

# Abordagem Global da Alergia

1 A 3 DE OUTUBRO DE 2011  
SHERATON PORTO HOTEL – PORTO

## PROGRAMA

### **Presidente de Honra**

Maria da Graça Castel-Branco

### **Presidente da Reunião**

Mário Morais de Almeida

### **Organização e Coordenação Científica**

Ângela Gaspar

Carlos Loureiro

Carlos Nunes

João Almeida Fonseca

Luís Miguel Borrego

Maria da Graça Castel-Branco

Mário Morais de Almeida

Rodrigo Rodrigues Alves

### **Conselho Científico da SPAIC**

Ana Todo-Bom

Antero Palma Carlos

António Bugalho de Almeida

José Costa Trindade

Luís Delgado

Marianela Vaz

### **Participação**

Associação Brasileira de Alergia e Imunopatologia (ASBAI)

*Global Asthma Association* (INTERASMA)

Sociedade Luso-Brasileira de Alergologia e Imunologia

Clínica (SLBAIC)

*Southern European Allergy Societies* (SEAS)

*World Allergy Organization* (WAO)

### **Creditação**

Ordem dos Médicos

(Conselho Nacional para a Avaliação da Formação)

<b>Palestrantes e Moderadores</b>	António Bugalho de Almeida	José Ferraz de Oliveira
<b>Estrangeiros</b>	António Segorbe Luís	José Ferreira
	Artur Paiva	José Luís Plácido
Carlos Baena-Cagnani (Argentina)	Beatriz Tavares	José Pinto Mendes
Dirceu Solé (Brasil)	Carlos Loureiro	José Rosado Pinto
Ignacio Ansotegui (Espanha)	Carlos Nunes	José Torres da Costa
Jean Bousquet (França)	Carlos Robalo Cordeiro	Josefina Rodrigues Cernadas
Joaquin Sastre (Espanha)	Celso Chieira	Leonor Bento
Jorge Martinez (Espanha)	Celso Pereira	Leonor Cunha
Kjell Alving (Suécia)	Cristina Arêde	Luís Araújo
Lawrence duBuske (Estados Unidos da América)	Cristina Lopes	Luís Delgado
Wilson Tartuce Aun (Brasil)	Cristina Santa Marta	Luís Miguel Borrego
	Elisa Pedro	Manuel Branco Ferreira
	Elza Tomaz	Margarida Trindade
	Emília Faria	Maria da Graça Castel-Branco
<b>Palestrantes e Moderadores</b>	Eunice Castro	Mariana Couto
<b>Nacionais</b>	Eva Gomes	Marianela Vaz
	Fernando Drummond Borges	Mário Miranda
Alexandra Santos	Francisca Carvalho	Mário Morais de Almeida
Alice Coimbra	Gisela Calado	Miguel Padilha
Amélia Spínola Santos	Graça Loureiro	Miguel Paiva
Ana Célia Costa	Graça Sampaio	Paula Leiria Pinto
Ana Margarida Romeira	Helena Falcão	Rita Câmara
Ana Morête	Isabel Carrapatoso	Rodrigo Rodrigues Alves
Ana Todo-Bom	Jaime Correia de Sousa	Rui Silva
Anabela Lopes	João Antunes	Sandra Medeiros
André Moreira	João Almeida Fonseca	Susana Lopes da Silva
Ângela Gaspar	José Costa Trindade	Susana Piedade
Antero Palma Carlos	José Dias Pereira	Tiago Jacinto

## Programa Geral

Sábado – 01/10/2011

11.30 – 13.00 h

Sala 1

### I.ª MESA-REDONDA: “PRURIDO CUTÂNEO”

*Presidente:* Ana Todo-Bom

*Moderadores:* Carlos Loureiro / Mário Miranda

#### **Fisiopatologia do prurido**

Celso Pereira

#### **Prurido na alergia cutânea: aspectos diagnósticos e tratamento**

Anabela Lopes

#### **Prurido para além da doença cutânea**

Sandra Medeiros

13.00 – 14.30 h

Almoço de trabalho

14.30 – 16.00 h

Sala 1

### I.º SIMPÓSIO: ASTRAZENECA – SPAIC: “ASMA – GRAVIDADE E IMPACTO”

*Moderador:* António Segorbe Luís

#### **Inquérito Nacional sobre Asma – Impacto da doença**

Carlos Loureiro

#### **Abordagem global da asma em Portugal**

António Bugalho de Almeida

#### **Asma grave, uma definição uniforme proposta pela OMS / Severe asthma, a uniform definition proposed to WHO**

Jean Bousquet (França)

14.30 – 16.00 h

Sala 2

### I.º WORKSHOP: “FUNÇÃO RESPIRATÓRIA NA PRÁTICA CLÍNICA”

Luís Araújo / Luís Miguel Borrego

16.00 – 16.30 h

Intervalo

16.30 – 18.00 h

Sala 1

### 2.º SIMPÓSIO: MSD – SPAIC: “O QUE FALTA FAZER PARA AUMENTAR O CONTROLO DO DOENTE? CARAT NA ASMA E RINITE ALÉRGICA”

*Moderador:* Mário Morais de Almeida

#### **O Papel do Especialista**

João Almeida Fonseca

#### **O Papel do Médico de Família**

Jaime Correia de Sousa

#### **O Papel do Enfermeiro**

Miguel Padilha

16.30 – 18.00 h

Sala 2

### 2.º WORKSHOP: “ALERGIA A ANTIBIÓTICOS”

Elza Tomaz / Eva Gomes

18.00 – 18.30 h  
Sala I

### 1.ª CONFERÊNCIA

*Presidente:* Mário Morais de Almeida

**“100 anos de imunoterapia específica /  
100 years of specific immunotherapy”**  
*Conferencista:* Jean Bousquet (França)

18.30 – 19.30 h  
Sala I

### ABERTURA OFICIAL DA XXXII REUNIÃO ANUAL DA SPAIC

Anúncio e entrega dos Prémios SPAIC 2011

19.30 – 21.00 h

### SESSÕES DE POSTERS COM DISCUSSÃO

Evento para Congressistas  
Recepção e Cocktail – Sheraton Porto Hotel

#### 1.ª Sessão de Posters

*Moderadores:* Francisca Carvalho / José Ferreira

#### 2.ª Sessão de Posters

*Moderadores:* Ana Margarida Romeira / Eunice Castro

#### 3.ª Sessão de Posters

*Moderadores:* Cristina Arêde / Leonor Cunha

#### 4.ª Sessão de Posters

*Moderadores:* Beatriz Tavares / Cristina Lopes

#### 5.ª Sessão de Posters

*Moderadores:* Ana Célia Costa / Graça Loureiro

**Domingo – 02/10/2011**

8.45 – 10.30 h  
Sala I

### 2.ª MESA-REDONDA: “IMUNOTERAPIA ESPECÍFICA”

*Presidente:* Antero Palma Carlos

*Moderadores:* António Segorbe Luís / José Pinto Mendes

#### **Resposta das populações linfocitárias B no mecanismo da imunoterapia**

Artur Paiva

#### **Componente não específica da imunoterapia dita específica**

Rodrigo Rodrigues Alves

#### **Reacções adversas na imunoterapia: o que há de novo?**

Elisa Pedro

8.45 – 10.30 h  
Sala 2

### 3.ª MESA-REDONDA: “MESA DOS JOVENS IMUNOALERGOLOGISTAS PORTUGUESES (JIPS): SIBILÂNCIA NA INFÂNCIA”

*Presidente:* José Rosado Pinto

*Moderadores:* Miguel Paiva / Rui Silva

#### **Fenótipos de sibilância recorrente**

Mariana Couto

#### **Diagnóstico diferencial**

Gisela Calado

#### **Novas opções terapêuticas**

João Antunes

10.30 – 11.00 h  
Sala I

## 2.ª CONFERÊNCIA

Presidente: Marianela Vaz

### “Angioedema hereditário: up-to-date”

Conferencista: Maria da Graça Castel-Branco

11.00 – 11.30 h  
Intervalo

11.30 – 13.00 h  
Sala I

## 3.º SIMPÓSIO: LABORATÓRIOS VITÓRIA – SPAIC: “UM NOVO MUNDO PARA O PACIENTE ALÉRGICO”

Moderador: Luís Delgado

**Bilastina – Mecanismos e segurança /  
Bilastine – Mechanisms and safety**  
Ignacio Ansotegui (Espanha)

**Bilastina – Na Urticária**  
Mário Morais de Almeida

**Bilastina – Na Rinite**  
Ana Todo-Bom

11.30 – 13.00 h  
Sala 2

## 3.º WORKSHOP: “TRATAMENTO DA URTICÁRIA AGUDA E CRÓNICA”

Cristina Santa Marta / Graça Sampaio  
Apoio: Novartis

13.00 – 14.30 h  
Almoço de trabalho

14.30 – 16.00 h  
Sala I

## 4.ª MESA-REDONDA: “MESA DA INTERASMA: ABORDAGEM GLOBAL DA ASMA”

Presidente: Carlos Nunes

Moderadores: Ignacio Ansotegui (Espanha) /  
Wilson Tartuce Aun (Brasil)

**Fatores de risco para sibilância recorrente  
em lactentes**  
Dirceu Solé (Brasil)

**Evolução da asma ao longo da vida /  
Evolution of asthma throughout life**  
Carlos Baena-Cagnani (Argentina)

**Abordagem terapêutica da asma ao longo da vida /  
Approach to treatment of asthma throughout life**  
Lawrence duBuske (Estados Unidos da América)

14.30 – 16.00 h  
Sala 2

## 4.º SIMPÓSIO: PHADIA – SPAIC: “DIAGNÓSTICO DE ALERGIA MOLECULAR E “O ESTADO DA ARTE”

Moderadores: Ângela Gaspar / Jorge Martinez (Espanha)

**Doença alérgica: o novo paradigma /  
Allergic disease: the new paradigm**  
Joaquín Sastre (Espanha)

**Abordagem molecular na polisensibilização  
alérgica**  
Luís Delgado

16.00 – 16.30 h  
Intervalo

16.30 – 18.00 h  
Sala I

**5.º SIMPÓSIO: GLAXOSMITHKLINE – SPAIC:  
“DOENÇAS ALÉRGICAS EM IDADE  
PEDIÁTRICA”**

*Moderador:* José Rosado Pinto

**Quantas são as crianças alérgicas em Portugal?**

José Rosado Pinto

**O que nos ensinou a Epidemiologia?**

**– Na Europa**

Carlos Nunes

**– Na América Latina**

Dirceu Solé (Brasil)

**As doenças alérgicas na criança estão controladas?**

Manuel Branco Ferreira

16.30 – 18.00 h  
Sala 2

**4.º WORKSHOP: “ALERGIA A ANESTÉSICOS”**

Emília Faria / Josefina Rodrigues Cernadas

18.00 – 19.00 h  
Sala I

**ASSEMBLEIA-GERAL DA SPAIC**

20.00 h

**EVENTO PARA CONFERENCISTAS**

Jantar (por convite)

Apoio: Laboratórios Vitória

**Segunda-feira – 03/10/2011**

8.45 – 10.30 h

Sala I

**5.ª MESA-REDONDA: “ASMA:  
PARA ALÉM DAS RECOMENDAÇÕES”**

*Presidente:* Celso Chieira

*Moderadores:* António Bugalho de Almeida /

Carlos Robalo Cordeiro

**Evicção alérgica**

José Luís Plácido

**Interpretação clínica do FeNO**

João Almeida Fonseca

**Terapêutica: para além das recomendações**

Manuel Branco Ferreira

8.45 – 10.30 h

Sala 2

**1.ª SESSÃO DE COMUNICAÇÕES LIVRES**

*Moderadores:* Fernando Drummond Borges /

Paula Leiria Pinto

10.30 – 11.00 h

Sala I

**3.ª CONFERÊNCIA**

*Presidente:* Luís Delgado

**“Óxido nítrico exalado: aspectos básicos /  
Basic aspects of exhaled nitric oxide”**

*Conferencista:* Kjell Alving (Suécia)

11.00 – 11.30 h

Intervalo

11.30 – 13.00 h  
Sala 1

**6.ª MESA-REDONDA:  
“RINOCONJUNTIVITE: UP-TO-DATE”**

*Presidente:* Maria da Graça Castel-Branco  
*Moderadores:* José Dias Pereira / José Ferraz de Oliveira

**Rinite não alérgica**

Carlos Nunes

**Provas de provocação específicas**

Alice Coimbra

**Corticóides tópicos e/ou anti-histamínicos**

Ana Morête

11.30 – 13.00 h  
Sala 2

**5.º WORKSHOP:  
“IMUNODEFICIÊNCIAS PRIMÁRIAS”**

Rita Câmara / Susana Lopes da Silva

13.00 – 14.30 h  
Almoço de trabalho

14.30 – 16.00 h  
Sala 1

**2.ª SESSÃO DE COMUNICAÇÕES LIVRES  
– SESSÃO ESPECIAL\***

*Moderadores:* José Torres da Costa / Margarida Trindade

\* Comunicações seleccionadas para atribuição do prémio SPAIC / MSD 2011

14.30 – 16.00 h  
Sala 2

**6.ª SESSÃO DE POSTERS  
– SESSÃO ESPECIAL\***

*Moderadores:* André Moreira / Ângela Gaspar  
\* Posters seleccionados para atribuição do prémio SPAIC / MSD 2011

16.00 – 16.30 h  
Intervalo

16.30 – 18.00 h  
Sala 1

**7.ª MESA-REDONDA: “ALERGIA  
ALIMENTAR: NOVAS PERSPECTIVAS”**

*Presidente:* José Costa Trindade  
*Moderadores:* Helena Falcão / Leonor Bento

**Prevenção**  
Alexandra Santos

**Diagnóstico**  
Isabel Carrapatoso

**Tratamento**  
Susana Piedade

16.30 – 18.00 h  
Sala 2

**6.º WORKSHOP:  
“PAUTAS DE IMUNOTERAPIA ESPECÍFICA”**

Amélia Spínola Santos / Carlos Nunes

18.00 h  
Sala 1

**SESSÃO DE ENCERRAMENTO**

Anúncio dos Prémios SPAIC / MSD 2011

## Curso Pós-Graduação

### CURSO PÓS-GRADUAÇÃO “FORMAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO CLÍNICA – 1.ª SESSÃO”

Sheraton Porto Hotel (Sala 2)  
1 de Outubro de 2011 – 9.00 – 13.00h

Apoio: MSD

Organização: SPAIC

Dirigido: Internos de Imunoalergologia /  
Jovens Imunoalergologistas Portugueses (JIPs)  
(máx. 30 participantes)

09.00 – 09.15 h

#### **Clínica e Investigação**

João Almeida Fonseca

09.15 – 09.45 h

#### **Investigação e desenhos de estudos**

João Almeida Fonseca

09.45 – 10.30 h

#### **População, Amostra e Amostragem Precisão e Validade de um estudo Confundimento e vieses**

Tiago Jacinto

10.30 – 11.00 h

Intervalo

11.00 – 11.45 h

#### **Medidas de frequência e associação Intervalos de confiança**

Testes de diagnóstico

#### **Níveis de evidência e graus de recomendação**

Tiago Jacinto

11.45 – 12.30 h

#### **Planeamento de um estudo**

João Almeida Fonseca

12.30 – 13.00 h

#### **Formação em Investigação clínica – próximos passos**

João Almeida Fonseca / Mário Morais de Almeida

## Workshops Teórico-Práticos

**Workshops de Formação Teórico-Prática**  
(máx. 15 participantes)

### 1.º WORKSHOP: “FUNÇÃO RESPIRATÓRIA NA PRÁTICA CLÍNICA”

1 de Outubro de 2011: 14.30 – 16.00 h (Sala 2)

Coordenação: Luís Araújo / Luís Miguel Borrego

### 2.º WORKSHOP: “ALERGIA A ANTIBIÓTICOS”

1 de Outubro de 2011: 16.30 – 18.00 h (Sala 2)

Coordenação: Elza Tomaz / Eva Gomes

### 3.º WORKSHOP: “TRATAMENTO DA URTICÁRIA AGUDA E CRÓNICA”

2 de Outubro de 2011: 11.30 – 13.00 h (Sala 2)

Coordenação: Cristina Santa Marta / Graça Sampaio

Apoio: Novartis

### 4.º WORKSHOP: “ALERGIA A ANESTÉSICOS”

2 de Outubro de 2011: 16.30 – 18.00 h (Sala 2)

Coordenação: Emília Faria / Josefina Rodrigues Cernadas

### 5.º WORKSHOP: “IMUNODEFICIÊNCIAS PRIMÁRIAS”

3 de Outubro de 2011: 11.30 – 13.00 h (Sala 2)

Coordenação: Rita Câmara / Susana Lopes da Silva

### 6.º WORKSHOP: “PAUTAS DE IMUNOTERAPIA ESPECÍFICA”

3 de Outubro de 2011: 16.30 – 18.00 h (Sala 2)

Coordenação: Amélia Spínola Santos / Carlos Nunes

## Agradecimentos

A Organização da XXXII Reunião Anual da SPAIC e a Direcção da SPAIC agradecem aos Principais Patrocinadores da SPAIC (*Major Sponsors*)

ASTRAZENECA  
BIAL  
BIOPORTUGAL / ALK-ABELLÓ  
GLAXOSMITHKLINE  
LETI  
MSD  
LABORATÓRIOS VITÓRIA

aos Patrocinadores (*Sponsors*)

ALMIRALL  
NOVARTIS  
STALLPHARMA / STALLERGÈNES-IPI

e ainda a presença na exposição técnica/apoio de

MEDINFAR  
MENARINI PORTUGAL  
OM PHARMA  
PHADIA  
LA ROCHE-POSAY  
SELLIUM PHARMA  
SIEMENS HEALTHCARE DIAGNOSTICS  
SHIRE

## Resumos das Comunicações Livres e dos Posters

### COMUNICAÇÕES LIVRES

#### I.ª SESSÃO DE COMUNICAÇÕES LIVRES

Dia: 3 de Outubro 2011  
Horas: 08.45 – 10.30 horas  
Local: Sala 2

Moderadores: Fernando Drummond Borges / Paula Leiria Pinto

#### C1 – Factores de risco para sibilância: resultados da Fase I do Projecto “Ambiente e Saúde em creches e infantários” (ENVIRH)

Pedro Martins<sup>1,2,3</sup>, Ana Luísa Papoila<sup>4,5</sup>, João Marques<sup>1,2</sup>, Iolanda Cairres<sup>2,3</sup>, José Martins<sup>2,3</sup>, Catarina Pedro<sup>3</sup>, Maria do Carmo Manilha<sup>6</sup>, Maria Manuela Cano<sup>6</sup>, Ana Sofia Mendes<sup>6</sup>, Susana Nogueira<sup>7</sup>, Paulo Paixão<sup>8</sup>, Daniel Aelenei<sup>9</sup>, João Paulo Teixeira<sup>6</sup>, João Viegas<sup>7</sup>, José Rosado-Pinto<sup>10</sup>, Paula Leiria-Pinto<sup>1,2</sup>, Nuno Neuparth<sup>1,2,3</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central; <sup>2</sup>Centro de Estudos de Doenças Crónicas – CEDOC; <sup>3</sup>Departamento de Fisiopatologia, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa; <sup>4</sup>Departamento de Bioestatística e Informática, CEAUL, Faculdade de Ciências Médicas (FCM), Universidade Nova de Lisboa; <sup>5</sup>Centro de Investigação do Centro Hospitalar de Lisboa Central; <sup>6</sup>Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge; <sup>7</sup>Laboratório Nacional de Engenharia Civil; <sup>8</sup>Departamento de Microbiologia, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa; <sup>9</sup>Faculdade de Ciências e Tecnologia, Universidade Nova de Lisboa; <sup>10</sup>Hospital da Luz

#### C2 – Utilidade diagnóstica dos testes cutâneos por picada com componentes alergénicos moleculares em crianças com alergia a frutas e vegetais

Teresa Vieira, Leonor Cunha, Helena Falcão  
Unidade de Imunoalergologia, Centro Hospitalar do Porto/Hospital Maria Pia, Porto

#### C3 – Avaliação de segurança – protocolo *ultra-rush* de imunoterapia com aeroalergénios

Fátima Cabral Duarte<sup>1</sup>, Isis Monteiro<sup>2</sup>, Maria Isabel Mascarenhas<sup>1</sup>, Sara Silva<sup>1</sup>, José Geraldo Dias<sup>1</sup>, Ana Célia Costa<sup>1</sup>, Susana Lopes da Silva<sup>1</sup>, Amélia Spínola Santos<sup>1</sup>, Manuel Branco Ferreira<sup>1</sup>, Elisa Pedro<sup>1</sup>, Manuel Pereira Barbosa<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte; <sup>2</sup>Serviço de Pediatria, Hospital Nossa Senhora do Rosário, Centro Hospitalar Barreiro Montijo

#### C5 – Novos mecanismos na patogénia da asma brônquica: papel da haptoglobina e do seu polimorfismo

Margarida Cortez e Castro<sup>1</sup>, Joana Ferreira<sup>2</sup>, Manuel Pereira-Barbosa<sup>1</sup>, Manuel Bicho<sup>2</sup>, Cláudia Marinho<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Lisboa Norte; <sup>2</sup>Departamento de Genética, Faculdade de Medicina de Lisboa

#### C6 – Contributo de Teste de Activação de Basófilos para o diagnóstico de hipersensibilidade aos anti-inflamatórios não-esteróides

Joana Bruno Soares<sup>1</sup>, Alcinda Campos Melo<sup>2</sup>, Joana Caiado<sup>1</sup>, Ana Mendes<sup>1</sup>, Anabela Lopes<sup>1</sup>, Manuel Branco Ferreira<sup>1</sup>, Manuel Pereira Barbosa<sup>1</sup>, Maria Conceição Santos<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Lisboa Norte; <sup>2</sup>Unidade de Imunologia Clínica (UIC), Instituto de Medicina Molecular, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

#### C7 – Hipersensibilidade selectiva a anti-inflamatórios não esteróides

Teresa Moscoso, Maria João Paes, Marta Neto, Margarida Trindade  
Serviço de Imunoalergologia, Hospital Pulido Valente, Centro Hospitalar Lisboa Norte

#### C8 – Omalizumab no tratamento da urticária crónica – experiência de um Serviço de Imunoalergologia

Pedro Morais Silva, José Geraldo Dias, Ana Célia Costa, Ana Mendes, Elisa Pedro, Manuel Pereira-Barbosa

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

#### C9 – Utilidade diagnóstica das provas de provocação oral com sulfitos

Teresa Vieira, Ana Margarida Pereira, Alice Coimbra, José Luís Plácido  
Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar São João, Porto

### CI – Factores de risco para sibilância: resultados da Fase I do Projecto “Ambiente e Saúde em creches e infantários” (ENVIRH)

Pedro Martins<sup>1,2,3</sup>, Ana Luísa Papoila<sup>4,5</sup>, João Marques<sup>1,2</sup>, Iolanda Caires<sup>2,3</sup>, José Martins<sup>2,3</sup>, Catarina Pedro<sup>3</sup>, Maria do Carmo Manilha<sup>6</sup>, Maria Manuela Cano<sup>6</sup>, Ana Sofia Mendes<sup>6</sup>, Susana Nogueira<sup>7</sup>, Paulo Paixão<sup>8</sup>, Daniel Aelenei<sup>9</sup>, João Paulo Teixeira<sup>6</sup>, João Viegas<sup>7</sup>, José Rosado-Pinto<sup>10</sup>, Paula Leiria-Pinto<sup>1,2</sup>, Nuno Neuparth<sup>1,2,3</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central; <sup>2</sup>Centro de Estudos de Doenças Crónicas – CEDOC; <sup>3</sup>Departamento de Fisiopatologia, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa; <sup>4</sup>Departamento de Bioestatística e Informática, CEAUL, Faculdade de Ciências Médicas (FCM), Universidade Nova de Lisboa; <sup>5</sup>Centro de Investigação do Centro Hospitalar de Lisboa Central; <sup>6</sup>Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge; <sup>7</sup>Laboratório Nacional de Engenharia Civil; <sup>8</sup>Departamento de Microbiologia, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa; <sup>9</sup>Faculdade de Ciências e Tecnologia, Universidade Nova de Lisboa; <sup>10</sup>Hospital da Luz

**Introdução:** Muitas crianças com idade inferior a 6 anos apresentam sibilância no decurso de infecções respiratórias. O projecto ENVIRH tem como parte integrante dos seus objectivos identificar factores de risco para sibilância relacionados com as características construtivas / qualidade do ar interior das creches e infantários.

**Métodos:** No âmbito do Projecto ENVIRH seleccionaram-se aleatoriamente 46 Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) das cidades de Lisboa e Porto, estratificadas por freguesia e número de alunos. As escolas seleccionadas corresponderam a metade das IPSS destas duas cidades. Em Outubro de 2010 foi entregue aos pais de todas as crianças uma versão resumida do questionário do estudo ISAAC (n=5161). Efetuou-se no mesmo período uma avaliação sumária das características construtivas e da qualidade do ar interior de todas as escolas participantes. Para a análise dos dados foram utilizados modelos de regressão que consideram a estrutura de dependência existente entre os indivíduos pertencentes à mesma IPSS. Os parâmetros destes modelos foram estimados através das Equações de Estimação Generalizadas (GEE) com uma matriz de correlação de trabalho uniforme (*exchangeable*).

**Resultados:** Foram devolvidos 3185 questionários. A idade média foi de  $3.1 \pm 1.5$  anos, sendo 50.5% do sexo masculino. A prevalência reportada de sibilância nos 12 meses anteriores foi de 27.5% (IC 95%: 25.9% – 29.0%). Das diversas variáveis consideradas – idade, sexo, escolaridade dos pais, tabagismo passivo, existência de irmãos mais velhos, antecedentes de eczema na criança, antecedentes de asma ou rinite nos pais, idade e área da IPSS, número de alunos, existência de bolores, temperatura, humidade relativa e concentração média de CO<sub>2</sub> no ar interior, durante o período de ocupação – somente persistiram significativas na análise multivariável ( $p < 0.05$ ) a idade (OR: 0.74; IC 95: 0.70 – 0.78;  $p < 0.001$ ), antecedentes de eczema (OR: 1.35; IC 95: 1.14 – 1.60;  $p < 0.001$ ), e antecedentes de asma ou rinite nos pais (OR: 1.99; IC 95: 1.67 – 2.38;  $p < 0.001$ ). Um aumento médio de 100 ppm de CO<sub>2</sub> também se associou com sibilância nos 12 meses anteriores (OR: 1.02; IC 95: 1.01 – 1.03;  $p = 0.008$ ).

**Conclusão:** Níveis elevados de CO<sub>2</sub> traduzem uma deficiente ventilação dos espaços e conseqüente degradação da qualidade do ar interior. Esta situação influenciará a saúde respiratória das crianças. Financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia – ENVIRH Project PTDC/SAU-ESA/100275/2008.

### C2 – Utilidade diagnóstica dos testes cutâneos por picada com componentes alergénicos moleculares em crianças com alergia a frutas e vegetais

Teresa Vieira, Leonor Cunha, Helena Falcão

Unidade de Imunoalergologia, Centro Hospitalar do Porto/Hospital Maria Pia, Porto

**Introdução:** A identificação exata das proteínas sensibilizantes em doentes alérgicos a alimentos de origem vegetal é extremamente importante, pois permite o reconhecimento de fenómenos de reatividade cruzada e do risco de reações graves e assim um correto aconselhamento alimentar. Na prática clínica diária esta abordagem não é habitualmente realizada. Este estudo teve como objetivo avaliar a utilidade diagnóstica dos testes cutâneos por picada (TCP) com componentes alergénicos moleculares em crianças com alergia a frutas e vegetais.

**Material e métodos:** Foram estudadas 21 crianças (61.9% do sexo masculino e idade média de  $9.9 \pm 4.0$  anos) com alergia a frutas e/ou vegetais, confirmada através de história clínica compatível, testes cutâneos picada por picada com os alimentos suspeitos em natureza, doseamento de IgE's específicas, quando disponível, ou prova de provocação oral, quando clinicamente justificada. Foram efetuados TCP com profilina de palmeira (Pho d 2,50µg/mL, ALK-Abelló – Spain), extrato de maçã contendo Mal d 1 (proteína homóloga da Bet v 1) (2µg/mL, ALK-Abelló – Spain), e extrato de pêsego contendo LTP (30µg/mL, ALK-Abelló, Spain). TCP com extratos comerciais de pólenes comuns na área geográfica do estudo também foram realizados.

**Resultados:** Alergia a múltiplas frutas e/ou vegetais verificou-se em 12 (57%) crianças e sensibilização aos panalergénios testados ocorreu igualmente em 12 crianças, tendo-se detetado uma correlação moderada entre estas variáveis ( $\rho = 0.42$ ). Sensibilização a LTP, Mal d 1, e Pho d 2, ocorreu em 9, 8, e 6 casos, respetivamente. Em 9 crianças verificaram-se co-sensibilizações entre os panalergénios. A sensibilização a LTP foi associada a alergia ao pêsego mas não a reações graves (envolvimento  $\geq 1$  órgão/ sistema), e a sensibilização a profilinas a alergia ao tomate, melão, melancia e laranja, e a reações graves. A sensibilização ao kiwi (13 casos) foi maioritariamente específica de espécie. Não foi demonstrada qualquer associação estatisticamente significativa entre sensibilização a pólenes e a panalergénios.

**Conclusões:** A sensibilização a panalergénios em crianças com alergia a frutas e/ou vegetais é comum e frequentemente múltipla. Não se verificou a associação de reações graves à sensibilização a LTP. Este estudo salienta a vantagem de realizar TCP com proteínas alergénicas purificadas nas consultas médicas iniciais, dado melhorar a abordagem clínica e a orientação terapêutica dos doentes.

**C3 – Avaliação de segurança – protocolo *ultra-rush* de imunoterapia com aeroalergénios**

Fátima Cabral Duarte<sup>1</sup>, Isis Monteiro<sup>2</sup>, Maria Isabel Mascarenhas<sup>1</sup>, Sara Silva<sup>1</sup>, José Geraldo Dias<sup>1</sup>, Ana Célia Costa<sup>1</sup>, Susana Lopes da Silva<sup>1</sup>, Amélia Spínola Santos<sup>1</sup>, Manuel Branco Ferreira<sup>1</sup>, Elisa Pedro<sup>1</sup>, Manuel Pereira Barbosa<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte; <sup>2</sup>Serviço de Pediatria, Hospital Nossa Senhora do Rosário, Centro Hospitalar Barreiro Montijo

**Introdução:** Os protocolos rápidos de indução de imunoterapia específica (IE) subcutânea (sc) têm evidenciado vantagens em relação aos convencionais, nomeadamente melhor adesão, menor n.º de administrações, redução de custos e menor probabilidade de erros de administração. Extractos polimerizados com alergenicidade reduzida, mas mantendo imunogenicidade têm sido usados nestes protocolos rápidos de indução de IE sc.

**Objectivo:** Avaliação da segurança de um protocolo rápido de indução de IE sc (*ultra-rush* – UR) com extractos polimerizados de aeroalergénios em doentes com alergia respiratória.

**Materiais e métodos:** Realizou-se um estudo retrospectivo (Fev. 2005-Jul. 2011) de todos os doentes (dts) com alergia respiratória incluídos em protocolo UR de IE sc com aeroalergénios. A administração da vacina decorreu sob vigilância clínica no Hospital de Dia do Serviço de Imunoalergologia. Todos os doentes incluídos deram o seu consentimento informado por escrito. Os diagnósticos e decisões terapêuticas assim como a monitorização da segurança foram realizados de acordo com as normas da EAACI. Foram utilizados extractos polimerizados de 3 laboratórios diferentes: Grupo A – extractos polimerizados e despigmentados (120 dts) e Grupos B1 (47 dts) e B2 (11 dts) – extractos polimerizados. O esquema de administração consistiu em duas injeções de 0,2 e 0,3 ml em braços alternados com intervalo de 30 minutos.

**Resultados:** Foram incluídos 178 dts (101F;77M; idade média-30±12,3; min.8, máx. 67 anos), com rinite (45%), rinite e asma (31%), rinoconjuntivite e asma (15%), rinoconjuntivite (8%) e asma (1%). Efectuaram vacina a ácaros 126 dts (71%) e a pólenes 52 dts (29%). Não foi usada pré-medicação em nenhum doente. No total administraram-se 356 injeções. Todos os dts atingiram a dose cumulativa máxima estabelecida (0,5 ml). O quadro abaixo mostra a frequência de reacções adversas ocorridas na população estudada, com as vacinas a pólenes e a ácaros, em 8 e 4 dts respectivamente. Apenas se registaram reacções sistémicas de grau 1.

**Quadro:** Frequência de reacções adversas

Reacções		Injecções		Doentes	
		n	%	n	%
Locais	Imediatas	2	0,56	2	1,12
	Tardias	4	1,12	4	2,24
<b>Total</b>		<b>6</b>	<b>1,68</b>	<b>6</b>	<b>3,36</b>
Sistémicas	Imediatas	7	1,96	7	3,93
	Tardias	0	0	0	0
<b>Total</b>		<b>7</b>	<b>1,96</b>	<b>7</b>	<b>3,93</b>

**Conclusões:** Os autores concluem que estes protocolos são seguros, verificando uma frequência de reacções locais inferior à publicada na literatura para este tipo de protocolo. As reacções sistémicas ocorreram com maior frequência em relação a outros estudos, embora com menor gravidade.

**C5 – Novos mecanismos na patogénia da asma brônquica: papel da haptoglobina e do seu polimorfismo**

Margarida Cortez e Castro<sup>1</sup>, Joana Ferreira<sup>2</sup>, Manuel Pereira-Barbosa<sup>1</sup>, Manuel Bicho<sup>2</sup>, Cláudia Marinho<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Lisboa Norte; <sup>2</sup>Departamento de Genética, Faculdade de Medicina de Lisboa

**Objectivos:** A haptoglobina (Hp) liga-se à hemoglobina livre (Hb). Além do seu papel na captação da hemoglobina e na resposta ao stress oxidativo, tem também uma função importante imunoreguladora, tendo sido implicada na modulação da resposta Th1/Th2, através de uma diferente polarização do sistema imune inato e adaptativo. O locus da Hp, é polimórfico para a cadeia alfa tendo dois alelos co-dominantes Hp\*1 e Hp\*2, levando a três variantes genóticas maior: Hp1-1, Hp2-1 e Hp2-2. Cada genótipo tem diferente afinidade para a Hb, diferente resistência ao stress oxidativo e diferente perfil imunoregulador.

**Métodos:** 116 doentes asmáticos foram comparados com um grupo controlo (n=50), os níveis de Hp foram avaliados por nefelometria, e os genótipos por PAGE. A análise estatística foi realizada com o software estatístico PASW 18, estabelecendo-se um nível de significância de: p<0.05.

**Resultados:** As frequências alélicas e genóticas da Hp não diferiram de forma significativa entre asmáticos e grupo controlo (p>0.05). No grupo de asmáticos, houve diferenças nos níveis de Hp por grupo etário: os doentes com idade: <30 anos apresentavam níveis de Hp mais baixos quando comparados com o grupo com idades ≥30 anos (p<0.05). Os asmáticos que expressam o genótipo Hp 2-2 têm valores mais baixos de Hp quando comparados com os genótipos Hp 2-1 e 1-1 (p<0.05).

Esta diferença de níveis de Hp por genótipo só foi observada no grupo etário com idade ≥15 anos (p<0.05). Os asmáticos com genótipo Hp 1-1 apresentam um risco 4.7 vezes maior da sua asma não estar controlada quando comparados com o grupo que expressa o genótipo Hp2-2 (OR: 4.7; IC95% [1.012-21.891]). Não existem diferenças nos valores médios de Hp entre asmáticos e grupo controlo (137.83±51.4 mg/dL vs 123.92±51.36mg/dL), no entanto, os indivíduos Hp 1-1 e 2-2 apresentam diferenças estatisticamente significativas entre grupos, sendo os asmáticos os que apresentam os valores mais baixos de Hp (p<0.05). No grupo controlo, não foram encontradas diferenças nos níveis de Hp, tanto na distribuição por genótipo como por grupo etário (p>0.05).

**Conclusões:** Apesar de não se ter observado uma prevalência do alelo 1-Hp\*1- no grupo dos doentes asmáticos, que tem sido frequentemente associado com um perfil Th2, estes doentes apresentam os níveis mais elevados de Hp, e um maior risco de doença não controlada, o que poderá traduzir diferenças entre os grupos estudados, que poderão estar relacionadas com o polimorfismo da Hp.

**C6 – Contributo de Teste de Activação de Basófilos para o diagnóstico de hipersensibilidade aos anti-inflamatórios não-esteróides**

Joana Bruno Soares<sup>1</sup>, Alcinda Campos Melo<sup>2</sup>, Joana Caiado<sup>1</sup>, Ana Mendes<sup>1</sup>, Anabela Lopes<sup>1</sup>, Manuel Branco Ferreira<sup>1</sup>, Manuel Pereira Barbosa<sup>1</sup>, Maria Conceição Santos<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Lisboa Norte; <sup>2</sup>Unidade de Imunologia Clínica (UIC), Instituto de Medicina Molecular, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

**Introdução:** A hipersensibilidade aos anti-inflamatórios não-esteróides (AINE), por vezes de difícil diagnóstico, devido à variedade de apresentações clínicas e desconhecimento de alguns mecanismos envolvidos. O contributo do teste de activação de basófilos (TAB) neste contexto permanece controverso.

**Objectivo:** Investigar o contributo do TAB no diagnóstico de hipersensibilidade aos AINE.

**Material e métodos:** Revisão dos TAB realizados com diclofenac (diclo), paracetamol (paracet) e/ou ácido acetilsalicílico (AAS) na UIC entre 2005 e 2011; avaliação de processos clínicos e entrevista telefónica aos doentes (dts). Realização de TAB c/diclo e paracet a 1 l controlos com tolerância a estes fármacos. TAB realizados por citometria de fluxo, c/dupla marcação IgE/CD63, e 2 diluições para cada fármaco (1/40 e 1/160). Critérios de validade:  $\geq 150$  basófilos activados (<5% nos controlos negativos e  $\geq 5\%$  nos controlos positivos). Critérios de positividade: basófilos activados  $\geq 5\%$  e IE  $\geq 2$ .

**Resultados:** Efectuaram-se TAB a um total de 148 dts. Entrevistaram-se 74 dts, 44 dos quais (59,5%) do sexo feminino. Idade média  $50 \pm 16,5$  anos (mediana 51,5). Realizaram-se 65 TAB c/diclo, 66 c/paracet e 64 c/AAS. Dois dts realizaram prova de provocação oral (PPO) c/diclo, 17 c/paracet e 2 c/AAS. Os testes cutâneos (TC) foram realizados c/diclo em 8 dts, 11 paracet e 9 AAS. Vinte e seis TAB c/diclo foram positivos (+); destes, apenas 6 dts referiam reacção e nenhum teve PPO ou TC +. Com paracet houve apenas 3 TAB +, em apenas 1 destes dts existia história de reacção e 2 tiveram PPO +. Nenhum dos 3 teve TC +. Dos TAB realizados c/AAS, 19 foram + mas em apenas 7 se confirmou existência de reacção ao fármaco e nenhum teve PPO ou TC +. No grupo controlo houve 1 TAB + c/diclo.

Calcularam-se sensibilidade, especificidade e VPP e VPN do TAB face à história clínica:

	Sensibilidade	Especificidade	Valor preditivo positivo (VPP)	Valor preditivo negativo (VPN)
Diclofenac	33,3%	66,1%	25%	51,1%
Paracetamol	9%	96,9%	33,3%	2,7%
AAS	25,9%	66,7%	36,8%	27,3%

A existência de história de reacção selectiva (4 dts c/diclo, 5 c/paracet e 10 c/AAS) não aumentou a sensibilidade do TAB para qualquer fármaco. Dado o baixo número de PPO realizadas, apenas foi possível calcular sensibilidade e especificidade do TAB face a esse meio de diagnóstico c/paracet (50% e 100%, respectivamente).

**Discussão:** O *gold-standard* actual é a PPO, que está muitas vezes contra-indicada pela gravidade das reacções e que num número significativo dos restantes dts não é realizada por recusa dos próprios. O TAB não dispensa, actualmente, o recurso a outros métodos para um diagnóstico definitivo de hipersensibilidade aos AINE.

**C7 – Hipersensibilidade selectiva a anti-inflamatórios não esteróides**

Teresa Moscoso, Maria João Paes, Marta Neto, Margarida Trindade  
Serviço de Imunoalergologia, Hospital Pulido Valente, Centro Hospitalar Lisboa Norte

**Objectivo:** Com o aumento do consumo de anti-inflamatórios não esteróides (AINEs), estes tornaram-se um dos grupos farmacológicos mais frequentemente envolvidos em reacções de hipersensibilidade, com os casos de selectividade a representar uma parte importante deste grupo. Reacções de hipersensibilidade selectivas a determinado AINE devem ser consideradas quando ocorre reacção após administração do mesmo com posterior comprovação de tolerância a AINEs de outros grupos ou até do mesmo grupo com estrutura química ligeiramente diferente. Quando surge hipersensibilidade apenas a um AINE, parece mais provável estar implicado um mecanismo mediado por imunoglobulina E. Contudo, os anticorpos IgE específicos nem sempre são doseáveis, havendo desta forma, apenas uma evidência indirecta para apoiar este mecanismo. Poucas são as revisões sistemáticas deste tipo de reacções. Descrevemos a nossa experiência em Consulta de Alergia Medicamentosa (Al. Med.).

**Métodos:** Foram estudados os casos de alergia aos AINEs, seguidos em consulta de Al. Med. desde 2004, com confirmação diagnóstica por testes cutâneos por picada, testes *in vitro* ou prova de provocação oral. Foram classificados como selectivos os doentes que apresentaram sintomas apenas para um AINE e boa tolerância aos outros AINEs. Casos de urticária crónica pré-existente foram excluídos.

**Resultados:** Do grupo total de 33 casos de alergia comprovada aos AINEs, 15 (45%) foram identificados como selectivos, com claro domínio do sexo feminino, na razão de 4:1. Os fármacos mais frequentemente envolvidos nestas reacções foram o ibuprofeno (20%), pirazolonas (20%) e o nimesulida (20%) seguidos do diclofenac, paracetamol e clonixina cada um representando 13% das reacções. Reacções cutâneas foram descritas em 12 doentes (80%) e anafilaxia em 3 doentes (20% dos casos). As reacções imediatas, considerando como limite a primeira hora, ocorreram em 67% dos casos, sendo que as restantes ocorreram após este intervalo temporal.

**Conclusões:** Na nossa consulta temos 33 casos de alergia aos AINEs comprovados, sendo que 15 correspondem a reacções de selectividade a um único AINE. O tipo de reacções apresentadas são na maior parte dos casos reacções cutâneas imediatas. De destacar o elevado número de reacções de hipersensibilidade selectivas na nossa consulta, evidenciando a importância de um estudo completo, no sentido de reduzir a evicção desnecessária de AINEs.

**C8 – Omalizumab no tratamento da urticária crónica – experiência de um Serviço de Imunoalergologia**

Pedro Morais Silva, José Geraldo Dias, Ana Célia Costa, Ana Mendes, Elisa Pedro, Manuel Pereira-Barbosa  
Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Lisboa Norte

**Introdução:** O omalizumab (omab) é recomendado pela EAACI como tratamento (tto) de 4.<sup>a</sup> linha na urticária crónica espontânea (UCE) grave. Têm sido publicados vários casos de sucesso do omalizumab no tto de UCE com mecanismo autoimune subjacente. Porém, não existem recomendações sobre a duração ideal do tto.

**Objectivo:** Reportar a experiência de um serviço de Imunoalergologia no tto com omab de doentes (dtes) com UCE grave.

**Métodos:** Sete dtes, média etária de 41 anos [27-49] com UCE corticodependente e teste do soro autólogo positivo, foram seleccionados para tto com omab. A duração média da UCE era 6 anos [1-18]. Cinco dtes tinham valores elevados de IgE total sérica (média: 184kUA/L). Em 2 dtes (29%) identificaram-se anticorpos anti-tiroideus. Em todos os dtes avaliou-se o *Urticaria Activity Score* (UAS) e a restante terapêutica efectuada, antes e durante o tto com omab. A dose de omab foi escolhida de acordo com o peso e valor de IgE total dos dtes (150mg 4/4semanas a 300mg 2/2s).

**Resultados:** Antes do omab, todos os dtes encontravam-se medicados com antihistamínicos (anti-H)-1 nas doses máximas estabelecidas, montelucaste, anti-H2 e corticóide oral (dose média: 13mg/dia [5-40]), sendo a duração média da corticoterapia de 3 anos [10meses-5anos]. Três dtes foram medicados previamente com ciclosporina, tendo interrompido por ausência de resposta (1 caso) ou devido a efeitos secundários (2 casos). Cinco dtes tinham realizado imunoglobulina G humana endovenosa (dose 400-1000mg/kg/mês) sem eficácia clínica. Após omab, todos os dtes melhoraram até à 3.<sup>a</sup> administração (4 dtes com UAS=0 após a 1.<sup>a</sup> dose). Cinco dtes encontram-se actualmente sem outra medicação para a UCE (duração média de omab: 13 meses [2-27]). Num dos casos a dose de omab foi diminuída (de 225mg de 2/2s para 300mg 4/4s), mantendo-se a eficácia clínica. Em 2 dtes com resposta clínica total, decidiu-se suspender o omab após 12 e 18 meses de tto respectivamente. Nos 2 casos houve reaparecimento de lesões cutâneas ao final de 3 meses com difícil controlo e necessidade de reintrodução de corticoterapia, o que levou a reinício de omab, com boa resposta. A UAS média dos dtes antes de iniciar tto era de 5,3[4-6], sendo actualmente de 0,7[0-2]. Em nenhum dte se observaram reacções adversas associadas à administração de omab.

**Conclusões:** O omab parece ser eficaz e seguro no tto da UCE grave corticodependente, com um mecanismo autoimune subjacente. No entanto, os dtes parecem necessitar de se manter sob tto para haver eficácia clínica.

**C9 – Utilidade diagnóstica das provas de provocação oral com sulfitos**

Teresa Vieira, Ana Margarida Pereira, Alice Coimbra, José Luís Plácido  
Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar São João, Porto

**Introdução:** As provas de provocação oral (PPO) são habitualmente usadas para confirmação/ exclusão de suspeitas de hipersensibilidade alimentar, no entanto não há evidência científica forte que valide estas provas no âmbito da hipersensibilidade a aditivos alimentares. Este estudo teve como objetivo avaliar a utilidade diagnóstica das PPO em doentes com suspeita de hipersensibilidade alimentar a sulfitos.

**Métodos:** Estudo prospetivo de doentes observados numa consulta de alergia alimentar, com suspeita clínica de hipersensibilidade a sulfitos. Constituíram critérios de inclusão, manifestações recorrentes associadas a múltiplos alimentos, por vezes não relacionados, e de preparação hoteleira / industrial, que habitualmente contém sulfitos. Foi excluída hipersensibilidade IgE mediada através de PPO nos doentes que referiram os mariscos como alimentos desencadeantes. Todos realizaram PPO aberta com cápsulas de metabisulfito de sódio (Bial-Aristegui®, Espanha), na dose cumulativa de 390mg. Adicionalmente, 2 doentes (1 com manifestação de broncoespasmo e outro de *flushing* facial) realizaram nova PPO aberta com protocolo modificado (diluição em água fria e meio acidificado) e sob controlo espirométrico.

**Resultados:** Foram estudados 12 doentes (7 do sexo masculino, idade média de 34.2±13.6 anos, 9 com sensibilização a aeroalergénios, 4 com antecedentes de asma, e 1 com alergia ao timerosal). Os desencadeantes mais comuns foram as bebidas alcoólicas (6 casos), enlatados (5), mariscos (4), produtos de charcutaria (2), e lacticínios (2). As manifestações clínicas de urticária e/ ou angioedema foram as mais frequentes (7 casos), seguidas de broncoespasmo (2, ambos asmáticos), exantema pruriginoso (1), *flushing* facial (1), e anafilaxia (1), com vinho. Foram realizados testes epicutâneos num doente com suspeita de dermatite de contacto ao níquel, que se revelaram negativos. Não foi observada reprodução dos sintomas aquando da realização das PPO e nas 24h subsequentes em nenhum dos doentes.

**Conclusões:** Não foi possível confirmar a suspeita clínica de hipersensibilidade a sulfitos através de PPO, nos doentes estudados, e sob diferentes protocolos. A grande diversidade de aditivos e a sua utilização em larga escala pela indústria alimentar, tem dificultado a avaliação do seu papel na hipersensibilidade alimentar. Permanecem assim os desafios de determinar em cada doente qual(ais) a(s) substância(s) a testar, e de acordo com uma metodologia rigorosa e sistematizada.

**2.ª SESSÃO DE COMUNICAÇÕES LIVRES  
– SESSÃO ESPECIAL**

Comunicações orais seleccionadas para atribuição do prémio SPAIC / MSD 2011

Dia: 3 de Outubro 2011  
Horas: 14.30 – 16.00 horas  
Local: Sala I

Moderadores: José Torres da Costa / Margarida Trindade

**C10 – Avaliação da abordagem da anafilaxia no Serviço de Urgência de um Hospital Central**

Ana Reis Ferreira, Diana Pereira da Silva, Josefina Cernadas, Alice Coimbra, José Luís Plácido  
Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar São João (CHSJ), Pólo São João, Porto

**C11 – Caracterização genética de uma população de doentes portugueses com angioedema hereditário**

Manuel Branco Ferreira<sup>1,2</sup>, João Mendes<sup>3</sup>, José Manuel Gomes<sup>3</sup>, Olívia Simões<sup>3</sup>, Leonor Viegas<sup>1</sup>, Amélia Spínola Santos<sup>1</sup>, Ana Célia Costa<sup>1</sup>, Anabela Lopes<sup>1</sup>, Estrella Alonso<sup>1</sup>, Joana Caiado<sup>1</sup>, Rodrigo Nunes<sup>3</sup>, Elisa Pedro<sup>1</sup>, António Martinho<sup>3</sup>, Manuel Pereira Barbosa<sup>1,2</sup>  
<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte (HSM/CHLN); <sup>2</sup>Faculdade de Medicina – Universidade de Lisboa; <sup>3</sup>Centro de Histocompatibilidade do Centro – Coimbra (CHC)

**C12 – Indução de tolerância oral específica em crianças com anafilaxia às proteínas do leite de vaca: follow-up**

Susana Piedade, Mariana Couto, Graça Sampaio, Cristina Santa-Marta, Ângela Gaspar, Mário Morais-Almeida  
Centro de Imunoalergologia – José de Mello Saúde, Hospital CUF Descobertas, Lisboa

**C13 – Avaliação do estado nutricional de crianças com alergia alimentar**

Mara Nunes<sup>1</sup>, André Moreira<sup>2</sup>, Mário Morais-Almeida<sup>3</sup>, Pedro Moreira<sup>1</sup>, Renata Barros<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto; <sup>2</sup>Serviço de Imunoalergologia do Hospital de São João, Porto; <sup>3</sup>Unidade de Imunoalergologia do Hospital CUF-Descobertas, Lisboa

**C14 – Importância da avaliação funcional respiratória no atleta de alto rendimento**

Mariana Couto<sup>1,2</sup>, Luís Horta<sup>3</sup>, Luís Delgado<sup>1,2,4</sup>, Miguel Capão-Filipe<sup>5</sup>, André Moreira<sup>1,2,4</sup>  
<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar São João, Porto; <sup>2</sup>Serviço e Laboratório de Imunologia, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; <sup>3</sup>Autoridade Antidopagem de Portugal; <sup>4</sup>CIN-TESIS, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; <sup>5</sup>Serviço de Medicina Interna, Hospital Infante D. Pedro, Aveiro

**C15 – Determinação da carga alérgica (Ole e I) presente no ar atmosférico na região de Évora: correlação com o conteúdo polínico de Olea**

José Moreira<sup>1</sup>, Raquel Ferro<sup>3</sup>, Ana Lopes<sup>1</sup>, Sara Morão<sup>1</sup>, Cátia Coelho<sup>2</sup>, Elsa Caeiro<sup>2,3</sup>, Luísa Lopes<sup>5</sup>, Célia Antunes<sup>1,2,4</sup>, Rui Brandão<sup>2,6</sup>  
<sup>1</sup>Departamento de Química, Universidade de Évora; <sup>2</sup>Instituto de Ciências Agrárias e Ambientais Mediterrânicas, Universidade de Évora; <sup>3</sup>Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica; <sup>4</sup>Centro de Neurociências e Biologia Celular, Universidade de Coimbra; <sup>5</sup>Hospital de Santa Luzia, Elvas; <sup>6</sup>Departamento de Biologia, Universidade de Évora

**C10 – Avaliação da abordagem da anafilaxia no Serviço de Urgência de um Hospital Central**

Ana Reis Ferreira, Diana Pereira da Silva, Josefina Cernadas, Alice Coimbra, José Luís Plácido  
Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar São João (CHSJ), Pólo São João, Porto

**Introdução:** Anafilaxia é uma reacção alérgica grave abordada no Serviço de Urgência (SU). Subdiagnosticada e subreportada, o seu impacto é desconhecido. A abordagem rápida e sistemática é crucial para o tratamento adequado.

**Objectivo:** Avaliar a abordagem clínica, terapêutica e orientação dos quadros passíveis deste diagnóstico no SU de um Hospital Central.

**Material e métodos:** Análise retrospectiva dos processos clínicos do SU do CHSJ de Janeiro de 2009 a Junho de 2010, dos episódios com diagnóstico de saída de choque anafilático e diagnósticos potencialmente relacionados com anafilaxia, de acordo com a CID-9. Foram revistos dados clínicos, abordagem terapêutica, período de observação, orientação e adequação da codificação do diagnóstico de saída.

**Resultados:** Revistos 1222 episódios de urgência; considerando a definição de anafilaxia (Sampson, JACI 2006), 46 doentes (3,8% dos episódios) apresentaram no SU um quadro clínico sugestivo de anafilaxia, cuja idade variava entre os 19 e os 98 anos (mediana – 45,0), sendo 28 (60,9%) do sexo feminino. Pela triagem de Manchester, 58,7% tinham prioridade *Laranja* à admissão. Destes, 3 foram admitidos na Sala de Emergência e 1 foi internado na Unidade de Cuidados Intermédios do SU. Todos os doentes reportaram sintomas cutâneos, 65,2% sintomas respiratórios e 43,5% gastro-intestinais. Em 17 (37,0%) houve envolvimento cardiovascular, com perda de consciência em 7 doentes e paragem cardio-respiratória em 1. Efectuaram adrenalina 11 doentes (23,9%). Os principais alergénios suspeitos foram fármacos (41,3%), alimentos (32,6%); e em 17,1% não foi registado qualquer factor desencadeante provável. Solicitada a presença de Imunoalergologia no SU em 11 episódios (23,9%). Foram orientados para a Consulta Externa de Imunoalergologia 41,3% dos doentes. Cinco doentes (10,9%) tiveram alta com auto-injector de adrenalina prescrito. A mediana do tempo de permanência no SU foi de 4,8 horas (mín – 1,0; máx – 26,0). O diagnóstico de saída foi codificado como *Alergia Não Especificada* em 56,5% destes episódios e o diagnóstico de *Choque Anafilático* foi estabelecido em 7 doentes (15,2%).

**Conclusões:** A anafilaxia foi subdiagnosticada e subtratada. O período de observação foi inferior ao recomendado. Mais de metade dos doentes tiveram alta sem orientação para uma consulta de Imunoalergologia. São necessárias medidas correctivas para melhorar a qualidade de cuidados destes doentes no SU (formação dos profissionais e aplicação de protocolos).

**C11 – Caracterização genética de uma população de doentes portugueses com angioedema hereditário**

Manuel Branco Ferreira<sup>1,2</sup>, João Mendes<sup>3</sup>, José Manuel Gomes<sup>3</sup>, Olívia Simões<sup>3</sup>, Leonor Viegas<sup>1</sup>, Amélia Spínola Santos<sup>1</sup>, Ana Célia Costa<sup>1</sup>, Anabela Lopes<sup>1</sup>, Estrella Alonso<sup>1</sup>, Joana Caiado<sup>1</sup>, Rodrigo Nunes<sup>3</sup>, Elisa Pedro<sup>1</sup>, António Martinho<sup>3</sup>, Manuel Pereira Barbosa<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte (HSM/CHLN); <sup>2</sup>Faculdade de Medicina – Universidade de Lisboa; <sup>3</sup>Centro de Histocompatibilidade do Centro – Coimbra (CHC)

**Introdução:** O angioedema hereditário (AH) é uma doença de transmissão genética autosómica dominante afectando o gene de C1 inibidor (C1INH), localizado no cromossoma 11. Estão já identificadas mais de duzentas mutações.

**Objectivo:** Descrever as mutações encontradas numa população de doentes (dts) portugueses com AH tipo I ou tipo 2, seguidos no S. Imunoalergologia do HSM/CHLN.

**Métodos:** O diagnóstico de AH foi efectuado pela história clínica, incluindo história familiar, e pelos doseamentos quantitativo e funcional de C1 INH. O estudo genético foi feito a partir da sequenciação bidireccional dos 8 exões do gene de C1INH, utilizando reacções de amplificação (PCR), num total de mais de 1700 reacções de sequenciação analisadas no software SeqScape V2, realizadas no CHC a partir de amostras de sangue colhidas no HSM/CHLN, após consentimento informado dos dts.

**Resultados:** Analisámos 59 dts, provenientes de 30 famílias, 37 (56%) mulheres. Tipo 1-32%; tipo 2-68%. O n.º total de mutações encontradas foi de 91, tendo o n.º de mutações/doente variado entre uma (51% dos dts), duas (44% dos dts) e três (5% dos dts). 85% das mutações localizaram-se no exão 8; 2% no exão 7, 2% no 6, 7% no 5, 2% no 4 e 2% no exão 3. No quadro 1 indicam-se as mutações encontradas, estando em itálico as que não constam da base de dados de mutações conhecidas. Verifica-se uma preponderância de mutações nas posições c\_DNA 1396 e 1438 que, nesta população, parecem constituir *hotspots* mutacionais. Há várias mutações que aparecem só num dos tipos de AH; contudo devido ao seu baixo número não é possível tirar quaisquer conclusões. No entanto, a mutação da posição 1396 ocorreu 32 vezes e sempre em dts com AH tipo 2.

**Quadro 1.** Descrição das 91 mutações encontradas

Exão	c_DNA	Mutação	N.º da sua ocorrência	% tipo I
3	468	C>T	1	100
3	481	A>T	1	0
4	587	Deleção TCCTCTCTTA	1	0
4	592	Deleção TCTTACCCCAAGGACTTCACCTGTGTCC	1	0
5	751	C>T	5	60
5	780	Deleção GCTCATCAACACCTGGGTGGCCAAG	1	100
6	932	A>C	1	0
6	933	A>G	1	0
7	1174	C>T	1	100
7	1223	A>T	1	100
8	1265	C>T	3	67
8	1396	C>T	32	0
8	1397	G>A	1	0
8	1438	G>A	35	40
8	1459	A>T	3	100
8	1493	C>T	3	100

**Conclusões:** No presente estudo identificaram-se algumas mutações ainda não previamente descritas em dts com AH. Identificou-se adicionalmente uma preponderância de mutações no exão 8, à semelhança do identificado em estudos espanhóis. Futuros estudos que tentem avaliar a correlação entre mutações genéticas e características clínicas (correlação genótipo/fenótipo) poderão ajudar a compreender melhor a diversidade clínica destes doentes.

**C12 – Indução de tolerância oral específica em crianças com anafilaxia às proteínas do leite de vaca: follow-up**

Susana Piedade, Mariana Couto, Graça Sampaio, Cristina Santa-Marta, Ângela Gaspar, Mário Morais-Almeida  
Centro de Imunoalergologia – José de Mello Saúde, Hospital CUF Descobertas, Lisboa

**Introdução:** Nos últimos anos, a indução de tolerância oral assume-se como uma alternativa terapêutica inovadora na abordagem da alergia alimentar IgE-mediada persistente, nomeadamente nas formas graves de alergia às proteínas do leite de vaca (APLV).

**Objetivo:** Avaliar a persistência da eficácia e a segurança de um protocolo misto (sublingual / oral) de indução de tolerância oral específica ao leite de vaca (LV), mais de 1 ano após a sua conclusão.

**Métodos:** Apresentamos o seguimento de 10 crianças com APLV IgE-mediada persistente e grave, que foram submetidas a indução de tolerância oral específica ao LV entre Maio de 2009 e Maio de 2010, nas quais foi alcançada com sucesso a dose de manutenção diária de 200mL de LV, num intervalo médio de 12 semanas e numa média de 4 visitas hospitalares.

**Resultados:** As crianças envolvidas apresentam uma média etária de  $12 \pm 4,3$  anos (6 a 17 anos) e relação sexo M/F de 1/1. O período de tempo médio de seguimento é de  $17,5 \pm 4$  meses (variando entre 12 e 25 meses). A taxa de sucesso é de 100%, mantendo actualmente as 10 crianças uma dieta sem restrições de LV, com ingestão diária mínima de 200mL de LV ou equivalente. Registaram-se, reações alérgicas ligeiras a moderadas em 2 crianças, de 10 e 16 anos, no contexto de infeção respiratória intercorrente e prática de exercício intenso 1 hora após ingestão de LV, em fase de manutenção há 3 semanas e há 1 ano, respetivamente; e 1 caso de reação anafilática moderada em criança de 9 anos aos 2 meses da fase de manutenção, coincidente com infeção respiratória alta; todas as reações regrediram após terapêutica oral com anti-histamínico e/ou corticosteróide. No 1.º e 3.º casos referidos efectuaram-se ajustes transitórios de dose. A doença alérgica respiratória concomitante manteve-se controlada em todas as crianças, com manutenção ou redução da terapêutica preventiva. Verificou-se, em 2 casos, com 6 e 17 anos de idade, a aquisição de alergia a outros alimentos, respetivamente aos frutos secos e ao caracol. Todas as famílias envolvidas apresentaram um elevado grau de satisfação pelo resultado da aplicação deste procedimento.

**Conclusão:** O protocolo de indução de tolerância oral ao LV utilizado mantém a garantia de um estado de tolerância clínica ao LV, permitindo a todas as crianças envolvidas uma dieta sem restrições, com melhoria muito significativa da sua qualidade de vida.

**C13 – Avaliação do estado nutricional de crianças com alergia alimentar**

Mara Nunes<sup>1</sup>, André Moreira<sup>2</sup>, Mário Morais-Almeida<sup>3</sup>, Pedro Moreira<sup>1</sup>, Renata Barros<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto; <sup>2</sup>Serviço de Imunoalergologia do Hospital de São João, Porto; <sup>3</sup>Unidade de Imunoalergologia do Hospital CUF-Descobertas, Lisboa

**Introdução:** A alergia alimentar (AA) afecta 5 a 10% das crianças e o único tratamento eficaz consiste na evicção completa do(s) alimento(s) responsável(is). As crianças têm necessidades nutricionais aumentadas, podendo ficar comprometidas pelas restrições impostas pela evicção.

**Objectivos:** Investigar o estado nutricional de crianças com AA em dieta de evicção específica e a adequação da sua ingestão nutricional.

**Métodos:** Estudo transversal, que incluiu crianças com AA, em evicção alimentar; seguidas nos Serviços de Imunoalergologia dos Hospitais de São João, Porto e CUF-Descobertas, Lisboa. O protocolo incluiu: avaliação antropométrica (peso, estatura, pregas cutâneas, perímetros da cintura e braquial e classificação de acordo com os percentis e z-scores do CDC); avaliação da ingestão nutricional (por entrevista à ingestão alimentar das 24 horas anteriores e comparação com valores de ingestão diária recomendada – DRI); avaliação da qualidade de vida relacionada com a AA através de questionário *Food Allergy Quality of Life Questionnaire* para os pais das crianças – FAQLQ-PF, e adolescentes – FAQLQ-TF; recolha de informação clínica, demográfica e avaliação da actividade física.

**Resultados:** Quarenta e sete crianças em evicção alimentar foram incluídas no estudo, idade média (D.P.) 5,9 (3,8) anos (mín. 1, máx. 16). Ovo e leite de vaca eram os principais alérgenos alimentares. Duas (4,3%) crianças tinham estatura baixa e 5 (10,6%) tinham baixo peso corporal. O percentil de índice de massa corporal para a idade classificou 15 (31,9%) das crianças com excesso de peso ou obesidade. A ingestão de energia, hidratos de carbono, vitamina D, vitamina E e potássio estava abaixo das DRI. O score médio (D.P.) obtido para a qualidade de vida relacionada com a alergia alimentar, foi de 1,9 (1,6) numa escala de 0 a 6, correspondendo a uma classificação de qualidade de vida ligeiramente alterada.

**Conclusão:** A avaliação do estado nutricional, a intervenção nutricional e a orientação alimentar são essenciais como abordagem complementar no tratamento da AA em idade pediátrica, permitindo garantir uma ingestão nutricional adequada e um desenvolvimento estatural-ponderal normal.

**C14 – Importância da avaliação funcional respiratória no atleta de alto rendimento**Mariana Couto<sup>1,2</sup>, Luís Horta<sup>3</sup>, Luís Delgado<sup>1,2,4</sup>, Miguel Capão-Filipe<sup>5</sup>, André Moreira<sup>1,2,4</sup><sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar São João, Porto; <sup>2</sup>Serviço e Laboratório de Imunologia, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; <sup>3</sup>Autoridade Antidopagem de Portugal; <sup>4</sup>CIN-TESES, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; <sup>5</sup>Serviço de Medicina Interna, Hospital Infante D. Pedro, Aveiro

**Introdução:** A asma é particularmente prevalente em atletas de alto rendimento, mas outros diagnósticos diferenciais devem ser considerados. Uma estratégia de diagnóstico baseada apenas em sintomas não se tem revelado fidedigna, pelo que o IOC-MC advoga avaliação funcional respiratória com objectivação de reversibilidade e/ou hipereactividade brônquica. Em 2009 a Agência Mundial Antidopagem (WADA) passou a impor a necessidade desta objectivação para aprovação dos pedidos de autorização de utilização terapêutica (AUT). **Objectivo:** Analisar o impacto e os resultados da avaliação funcional respiratória na abordagem diagnóstica e de utilização de terapêutica anti-asmática no atleta de alto rendimento.

**Métodos:** Análise retrospectiva dos pedidos de AUT anti-asmática (corticóides e/ou  $\beta_2$ -agonistas inalados) submetidos à Autoridade Antidopagem de Portugal nos anos 2008 e 2009 por atletas com mais de 16 anos.

**Resultados:** Em 2008 ocorreram 173 pedidos (81% do sexo masculino, média de 25 anos, 27% praticavam futebol, 12% natação e 8% ciclismo). Em 2009 desceram 50,3% (86 pedidos – 74% do sexo masculino, média de 24 anos, 31% praticavam futebol, 13% ciclismo e 12% natação). Em ambos os anos foi solicitado sobretudo uso de terapêutica combinada. Em 2008 a AUT assentou na presença de um diagnóstico médico de asma, não sendo mandatória a avaliação funcional. Em 2009, 84% dos atletas realizou espirometria, que apenas revelou obstrução em 19%; apenas 43% realizou prova de broncodilatação (positiva em 68%); e 57% realizou provocação brônquica (sobretudo com metacolina) que revelou hipereactividade em 92%. A fracção exalada de óxido nítrico raramente foi realizada (17%). A atopia foi investigada em 65% dos atletas (resultados positivos em 89%).

**Conclusões:** A necessidade de objectivação de critérios de asma parece ter reduzido para metade o número de atletas sob  $\beta_2$ -agonistas inalados. A problemática dos  $\beta_2$ -agonistas deve manter-se objecto de investigação para que a administração de doses elevadas dessas substâncias seja evitada e proibida mas, por outro lado, não se comprometa o tratamento adequado dos atletas asmáticos. Em qualquer dos casos a avaliação funcional respiratória do atleta de alto rendimento deve ser mandatória por parte dos clínicos, independentemente das recomendações da WADA. Deverá incluir a realização de prova de broncodilatação e de hipereactividade brônquica pois a espirometria, como mostram estes resultados, cumpre frequentemente critérios de normalidade.

**C15 – Determinação da carga alergénica (Ole e I) presente no ar atmosférico na região de Évora: correlação com o conteúdo polínico de Olea**José Moreira<sup>1</sup>, Raquel Ferro<sup>3</sup>, Ana Lopes<sup>1</sup>, Sara Morão<sup>1</sup>, Cátia Coelho<sup>2</sup>, Elsa Caeiro<sup>2,3</sup>, Luísa Lopes<sup>5</sup>, Célia Antunes<sup>1,2,4</sup>, Rui Brandão<sup>2,6</sup><sup>1</sup>Departamento de Química, Universidade de Évora; <sup>2</sup>Instituto de Ciências Agrárias e Ambientais Mediterrânicas, Universidade de Évora; <sup>3</sup>Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica; <sup>4</sup>Centro de Neurociências e Biologia Celular, Universidade de Coimbra; <sup>5</sup>Hospital de Santa Luzia, Elvas; <sup>6</sup>Departamento de Biologia, Universidade de Évora

**Introdução:** Em Portugal, o pólen da oliveira (*Olea europaea*) constitui uma das fontes mais relevantes de aeroalergénios, sendo uma causa frequente de polinose na região Mediterrânica, onde o Ole e I é um alérgeno major. Apesar de se julgar apenas associado aos grãos de pólen, desconhece-se a variabilidade inter-anual da carga alergénica do pólen e ainda existe alguma controvérsia sobre a forma como este aeroalérgeno se distribui no ar atmosférico.

**Objectivo:** Este trabalho teve como objectivos: i) determinar a fracção dos bioaerossóis mais rica em Ole e I; ii) avaliar a correlação dos conteúdos diários de pólen e aeroalérgeno no ar atmosférico; iii) avaliar variação anual da carga alergénica do pólen.

**Métodos:** Os aeroalérgenos foram captados utilizando um colector de impacto CHEMVOL equipado com dois filtros com capacidade para reter partículas de diferentes dimensões: PM>10 $\mu$ m e 10 $\mu$ m>PM>2,5 $\mu$ m. Após 24h os filtros foram retirados, a fracção proteica foi extraída e os alérgenos quantificados por ELISA. Simultaneamente o pólen foi monitorizado pela tecnologia padrão utilizando um colector volumétrico Burkard 7-Day Recording Volumetric Spore Trap<sup>®</sup>. Os colectores foram ambos colocados numa mesma plataforma a 17 m de altura, e a  $\approx$ 3-4m um do outro.

**Resultados:** Entre 2009 e 2011, registou-se uma variação inter-anual quer do perfil quer da duração da época polínica (39, 47 e 45 dias, respectivamente). O conteúdo polínico total no ar atmosférico também foi variável no intervalo de 7240 a 12524 grãos/m<sup>3</sup>. Mais de 90% do alérgeno foi encontrado na fracção de bioaerossóis de PM>10 $\mu$ m. O conteúdo em Ole e I foi directamente proporcional ao número de grãos de pólen no ar atmosférico, tendo-se encontrado uma correlação positiva entre os valores diários dos dois parâmetros. Comparando as épocas estudadas, os conteúdos totais de Ole e I e de pólen não foram proporcionais, tendo-se observado que a carga alergénica por grão de pólen variou mais de 3x.

**Conclusões:** Estes resultados sugerem que o Ole e I está preferencialmente associado aos grãos de pólen. Os conteúdos em pólen e Ole e I variaram inter-anualmente, tendo a carga alergénica dos grãos de pólen sido diferente. Este trabalho poderá assim contribuir para o desenvolvimento de um indicador que permita melhorar a previsão do risco de exposição a aeroalérgenos.

**Agradecimentos:** Este foi realizado no âmbito do projecto europeu HIALINE (Executive Agency for Health and Consumers, grant agreement No 2008 11 07).

## POSTERS

## I.ª SESSÃO DE POSTERS

Dia: 1 de Outubro 2011  
Horas: 19.30 – 21.00 horas

Moderadores: Francisca Carvalho / José Ferreira

**P0 – Estudo de marcadores de atopia em idosos com rinite alérgica**

Olga Lourenço<sup>1</sup>, Joana Monteiro<sup>1</sup>, Sérgio Farias<sup>1</sup>, Ana Mafalda Fonseca<sup>1</sup>, Luís Taborda-Barata<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>CICS – UBI, Centro de Investigação em Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior; <sup>2</sup>Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar da Cova da Beira

**P1 – Asma com mau controlo e função respiratória – o que revela a sua identificação sistemática?**

Ana Pereira<sup>1</sup>, Carla Martins<sup>1</sup>, João Fonseca<sup>1,2,3</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar São João, Porto (Director de Serviço: Dr. José Luís Plácido); <sup>2</sup>Departamento de Ciências de Informação e Decisão em Saúde, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto; <sup>3</sup>Unidades de Imunoalergologia, Instituto e Hospital CUF Porto

**P2 – Tradução e adaptação cultural do questionário CARAT (Controlo da Asma e Rinite Alérgica Teste)**

João Almeida Fonseca<sup>1,2,3,4</sup>, Jaime Correia de Sousa<sup>5,6</sup>, Ana Sá e Sousa<sup>1</sup>, Eduardo Burnay<sup>1</sup>, Luís Nogueira-Silva<sup>2,7</sup>, Tiago Jacinto<sup>1,2,3</sup>, Ana Pereira<sup>4</sup>, Pascal Demoly<sup>8</sup>, Hakan Yaman<sup>9</sup>, Vanessa Garcia Larsen<sup>10</sup>, Ioanna Tsigianni<sup>11</sup>, Barbara Silva<sup>12</sup>, Stefano Del Giacco<sup>13</sup>, Barbara Yawn<sup>14</sup>, Miguel Román Rodrigues<sup>15</sup>, Enrique Mascarós<sup>16</sup>, Thys van der Molen<sup>17</sup>, Suzana Diamant<sup>18</sup>, Mário Morais de Almeida<sup>19</sup>, Jean Bousquet<sup>20</sup>

<sup>1</sup>CINTESIS – Centro de Investigação em Tecnologias e Sistemas de Informação em Saúde, Universidade do Porto; <sup>2</sup>CIDES-Ciências da Informação e da Decisão em Saúde, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; <sup>3</sup>Instituto & Hospital CUF, Porto; <sup>4</sup>Imunoalergologia, Hospital São João; <sup>5</sup>Instituto de Investigação em Ciências da Vida e da Saúde, Escola de Ciências da Saúde da Universidade do Minho; <sup>6</sup>Unidade Saúde Familiar Horizonte, Matosinhos; <sup>7</sup>Medicina Interna, Hospital S. João EPE, Porto; <sup>8</sup>Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, França; <sup>9</sup>Turquia; <sup>10</sup>Imperial College London, Reino Unido; <sup>11</sup>Grécia; <sup>12</sup>Brasil; <sup>13</sup>Itália; <sup>14</sup>Department of Research, Olmsted Medical Center, Minnesota, EUA; <sup>15</sup>Servicio de Salud de Las Islas Baleares, Espanha; <sup>16</sup>Espanha; <sup>17</sup>Faculty of Medical Sciences, University of Groningen, Holanda; <sup>18</sup>Holanda; <sup>19</sup>Imunoalergologia, Hospital CUF Descobertas, Lisboa; <sup>20</sup>Hôpital Arnaud de Villeneuve, Centre Hospitalier Universitaire, Montpellier, França

**P3 – Inquérito Nacional sobre Asma – Cerca de metade dos doentes com asma estão controlados**

Ana Sá e Sousa<sup>1</sup>, Mário Morais de Almeida<sup>2,3</sup>, Luís Filipe Azevedo<sup>1,4</sup>, Rosa Carvalho<sup>5</sup>, Luís Araújo<sup>6,7</sup>, Ana Todo-Bom<sup>3,6</sup>, Carlos Loureiro<sup>3,8</sup>, Carlos Robalo-Cordeiro<sup>9,10</sup>, António Bugalho de Almeida<sup>11,12</sup>, João Almeida Fonseca<sup>1,4,6,7</sup>

<sup>1</sup>CINTESIS – Centro de Investigação em Tecnologias e Sistemas de Informação em Saúde, Universidade do Porto; <sup>2</sup>Imunoalergologia, Hospital CUF-Descobertas; <sup>3</sup>Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica; <sup>4</sup>CIDES-Ciências da Informação e da Decisão em Saúde, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; <sup>5</sup>GBN, Estudos de Mercado; <sup>6</sup>Imunoalergologia, Instituto e Hospital CUF Porto; <sup>7</sup>Imunoalergologia, Hospital São João; <sup>8</sup>Imunoalergologia, Hospitais da Universidade de Coimbra; <sup>9</sup>Pneumologia, Hospitais da Universidade de Coimbra; <sup>10</sup>Sociedade Portuguesa de Pneumologia; <sup>11</sup>Clínica Universitária de Pneumologia-Faculdade de Medicina de Lisboa; <sup>12</sup>Coordenador da Comissão de Acompanhamento do Programa Nacional de Controlo da Asma

**P4 – O que sabem as pessoas saudáveis sobre asma?**

Ana Sá-Sousa<sup>1</sup>, Mariana Gomes Couto<sup>1</sup>, Eduardo Burnay<sup>1</sup>, Tiago Jacinto<sup>1,2,6</sup>, Mário Morais de Almeida<sup>3</sup>, Luís Filipe Azevedo<sup>1,2</sup>, António Bugalho de Almeida<sup>4</sup>, João Almeida Fonseca<sup>1,2,5,6</sup>

<sup>1</sup>CINTESIS – Centro de Investigação em Tecnologias e Sistemas de Informação em Saúde, Universidade do Porto; <sup>2</sup>CIDES-Ciências da Informação e da Decisão em Saúde, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; <sup>3</sup>Imunoalergologia, Hospital CUF Descobertas; <sup>4</sup>Clínica Universitária de Pneumologia, Faculdade de Medicina de Lisboa; <sup>5</sup>Imunoalergologia, Hospital São João; <sup>6</sup>Instituto & Hospital CUF Porto

**P5 – Omalizumab no tratamento da asma brônquica alérgica: experiência num Serviço de Imunoalergologia**

José Geraldo Dias, Pedro Silva, Ana Mendes, Célia Costa, Elisa Pedro, Manuel Pereira Barbosa

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

**P6 – Asma no internamento de um Serviço de Pneumologia**

Catarina Ferreira, Inês Sanches, Ana Arrobas, Fernando Barata  
Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar de Coimbra (CHC)

**P7 – Broncoconstrição induzida pelo exercício físico**

Inês Sanches, Catarina Ferreira, Vitória Martins, Cidália Rodrigues, Joaquim Moita, Ana Arrobas

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar de Coimbra

**P8 – Impacto de um programa educativo na técnica inalatória de crianças asmáticas**

Marta Chambel, Selma Carrilho, Eduarda Serôdio, Susana Carvalho, Paula Leiria Pinto

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

**P9 – Bronquiolite aguda – Revisão casuística no Centro Hospitalar da Póvoa de Varzim – Vila do Conde (CHPVVC)**

Paulo Afonso<sup>1</sup>, Conceição Silva<sup>2</sup>

<sup>1</sup>USF das Ondas; <sup>2</sup>Centro Hospitalar da Póvoa de Varzim – Vila do Conde

**P0 – Estudo de marcadores de atopia em idosos com rinite alérgica**Olga Lourenço<sup>1</sup>, Joana Monteiro<sup>1</sup>, Sérgio Farias<sup>1</sup>, Ana Mafalda Fonseca<sup>1</sup>, Luís Taborda-Barata<sup>1,2</sup><sup>1</sup>CICS – UBI, Centro de Investigação em Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior; <sup>2</sup>Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar da Cova da Beira

A Rinite Alérgica (RA) é uma doença que afecta cerca de 10 a 20% da população e cuja prevalência tem vindo a aumentar durante as últimas décadas. No entanto, vários estudos mostram que a atopia diminui com o aumento da idade.

**Objectivo:** O objectivo deste estudo foi investigar a relação entre três marcadores atópicos (Phadiatop, IgE total e testes cutâneos de alergia por picada) numa população de idosos com rinite alérgica.

**Métodos:** A população incluiu dois grupos de indivíduos: um grupo de adultos jovens (nascidos entre Janeiro de 1976 e Dezembro de 1993) e outro de idosos (nascidos antes de 1944), seleccionados aleatoriamente das listas de utentes do Centro de Saúde da Covilhã. Um questionário validado foi aplicado a todos os voluntários e estes foram avaliados através de três marcadores atópicos de uso comum.

**Resultados:** A amostra da população em estudo incluiu 403 voluntários: 239 idosos (idade média = 73 anos; 141 mulheres) e 117 adultos jovens (idade média = 28 anos; 70 mulheres). Todos responderam ao questionário, mas apenas 381 realizaram os TCA e apenas 356 aceitaram proceder à colheita de sangue para determinação da IgE total e do Phadiatop. A análise dos dados foi baseada nos resultados do Phadiatop. Destes, 96 voluntários (38 idosos e 58 jovens) tiveram Phadiatop positivo e 48 (21 idosos e 27 jovens) apresentaram testes cutâneos positivos. Encontraram-se diferenças estatisticamente significativas nos dois grupos, no que diz respeito ao grau académico, classe social e tipo de residência. Em ambos os grupos a prevalência de atopia, de acordo com o Phadiatop, revelou ser maior nos homens, obtendo-se uma correlação significativa entre a positividade do Phadiatop e a sensibilização demonstrada por TCA. No que diz respeito à IgE total, não se verificou uma diferença significativa dos valores da sua concentração com a idade dos voluntários nem se conseguiu relacionar com a concentração do Phadiatop. A RA foi definida com o Phadiatop positivo e presença de sintomas da doença. 69 voluntários tinham RA (42 jovens e 27 idosos). Destes, os idosos estavam mais sensibilizados aos alérgenos outdoor do que os jovens.

**Conclusões:** Este estudo mostrou que a RA tem maior prevalência nos adultos jovens e afecta mais os homens; para além disso, a valor médio da concentração da IgE total da população é mais elevado nos adultos jovens. Adicionalmente mostrámos que os idosos são mais sensibilizados para os alérgenos outdoor do que os jovens.

**P1 – Asma com mau controlo e função respiratória – o que revela a sua identificação sistemática?**Ana Pereira<sup>1</sup>, Carla Martins<sup>1</sup>, João Fonseca<sup>1,2,3</sup><sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar São João, Porto (Director de Serviço: Dr. José Luís Plácido); <sup>2</sup>Departamento de Ciências de Informação e Decisão em Saúde, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto; <sup>3</sup>Unidades de Imunoalergologia, Instituto e Hospital CUF Porto

**Introdução:** O objectivo deste trabalho foi descrever doentes com asma não controlada, identificados sistematicamente através de espirometria e questionário de controlo.

**Métodos:** Participaram os adultos com FEV1 < 70% do previsto e CARAT-vias aéreas inferiores < 16 seleccionados de entre todos os doentes que realizaram prova de broncodilatação (BD) de Fevereiro a Junho de 2011 no Serviço de Imunoalergologia do Centro Hospitalar São João. Dos processos clínicos extraíram-se dados relativos a atopia, factores de agravamento, patologias concomitantes, exacerbações e utilização de cuidados de saúde.

**Resultados:** Os 42 doentes (71% mulheres) incluídos tinham uma idade média (DP) de 55 (14) anos, IMC de 29 (5) Kg/m<sup>2</sup> e BD positiva em 57%. Sete (17%) não tinham registo anterior de BD ou prova de broncoconstrição que suportasse o diagnóstico de asma. Eram atópicos 24 (59%). Dos 26 com dados sobre tabagismo, 3 eram fumadores e 6 ex-fumadores. À data da última observação todos estavam medicados com corticóide inalado, 14% com corticóide oral, 93% com beta-agonista de longa duração de acção, 33% com anti-leucotrienos, 31% com aminofilina, 21% com anti-colinérgico e 5% com omalizumab. Nos últimos 12 meses, 19 (45%) tiveram observações médicas não programadas por exacerbação, tendo 4 (10%) pelo menos um internamento, 12 (29%) recurso a Serviço de Urgência e 10 (24%) consulta não programada.

Em 24 registos, 8 tinham má adesão terapêutica. Em 13 de 14 registos os factores psicológicos foram referidos como agravantes. A rinite foi a patologia concomitante mais frequente (34 doentes), dos quais 97% tratados, mas 82% não controlados. Dos 8 doentes sem registos de rinite, 7 reportam mau controlo de sintomas nasais no CARAT. O refluxo gastro-esofágico estava registado em 15 e a obesidade em 13 doentes.

**Conclusão:** A rinite foi a patologia concomitante mais frequente. No entanto, 4/5 tinham mau controlo da rinite e 1/6 não tinham registo de tratamento para esta patologia. Na maioria dos casos os factores/patologias associadas a mau controlo da asma não estavam avaliados/registados. A identificação sistemática de mau controlo da asma através de espirometria e questionários validados é exequível e parece indicar que uma avaliação subsequente destes doentes poderá contribuir para uma melhor concordância com as recomendações de avaliação e seguimento dos doentes com asma grave nos cuidados especializados.

**P2 – Tradução e adaptação cultural do questionário CARAT (Controlo da Asma e Rinite Alérgica Teste)**

João Almeida Fonseca<sup>1,2,3,4</sup>, Jaime Correia de Sousa<sup>5,6</sup>, Ana Sá e Sousa<sup>1</sup>, Eduardo Burnay<sup>1</sup>, Luís Nogueira-Silva<sup>2,7</sup>, Tiago Jacinto<sup>1,2,3</sup>, Ana Pereira<sup>4</sup>, Pascal Demoly<sup>8</sup>, Hakan Yaman<sup>9</sup>, Vanessa Garcia Larsen<sup>10</sup>, Ioanna Tsiligianni<sup>11</sup>, Barbara Silva<sup>12</sup>, Stefano Del Giacco<sup>13</sup>, Barbara Yawn<sup>14</sup>, Miguel Román Rodrigues<sup>15</sup>, Enrique Mascarós<sup>16</sup>, Thys van der Molen<sup>17</sup>, Suzana Diamant<sup>18</sup>, Mário Morais de Almeida<sup>19</sup>, Jean Bousquet<sup>20</sup>

<sup>1</sup>CINTESIS – Centro de Investigação em Tecnologias e Sistemas de Informação em Saúde, Universidade do Porto; <sup>2</sup>CIDES-Ciências da Informação e da Decisão em Saúde, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; <sup>3</sup>Instituto & Hospital CUF, Porto; <sup>4</sup>Imunolergologia, Hospital São João; <sup>5</sup>Instituto de Investigação em Ciências da Vida e da Saúde, Escola de Ciências da Saúde da Universidade do Minho; <sup>6</sup>Unidade Saúde Familiar Horizonte, Matosinhos; <sup>7</sup>Medicina Interna, Hospital S. João EPE, Porto; <sup>8</sup>Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, França; <sup>9</sup>Turquia; <sup>10</sup>Imperial College London, Reino Unido; <sup>11</sup>Grécia; <sup>12</sup>Brasil; <sup>13</sup>Itália; <sup>14</sup>Department of Research, Olmsted Medical Center, Minnesota, EUA; <sup>15</sup>Servicio de Salud de Las Islas Baleares, Espanha; <sup>16</sup>Espanha; <sup>17</sup>Faculty of Medical Sciences, University of Groningen, Holanda; <sup>18</sup>Holanda; <sup>19</sup>Imunolergologia, Hospital CUF Descobertas, Lisboa; <sup>20</sup>Hôpital Arnaud de Villeneuve, Centre Hospitalier Universitaire, Montpellier, França

Pretendemos desenvolver versões do questionário CARAT (Controlo da Asma e Rinite Alérgica Teste) adaptadas a diferentes países para sua utilização posterior como ferramenta de implementação das diretrizes ARIA.

O CARAT é um questionário de 10-itens, desenvolvido e validado em Português, que avalia o grau de controlo da doença em adultos com asma e rinite alérgica<sup>(1,2)</sup>. A adaptação cultural do CARAT para diferentes países foi feita em 3 fases, seguido as recomendações da rede GA<sup>2</sup>LEN<sup>(3)</sup>: Tradução para a língua de destino (TLD); Retroversão (RV) para Português e Teste em doentes (TD).

Na TLD foram produzidas duas traduções independentes do CARAT original. Tradutores e investigadores chegaram depois a uma versão única e unânime. Esta versão foi traduzida de novo para Português (RV). Os autores do CARAT compararam a versão traduzida com a original e reportaram as discordâncias aos investigadores e tradutores envolvidos na TF. Estes produziram então uma versão de teste em língua estrangeira que foi testada por 10 doentes adultos. O investigador questionou os doentes sobre a compreensão e interpretação do questionário. No site [www.carat-network.org](http://www.carat-network.org) os investigadores tem acesso a uma aplicação web de registo de dados e submissão de relatórios dos diferentes passos do estudo.

O processo de adaptação cultural para Francês, Turco, Inglês(RU), Português(Br), Italiano, Inglês(EUA), Espanhol, Grego, Holandês e Finlandês foi conduzido por 13 investigadores a maioria pertencentes ao IPCRG. As versões turca, francesa e italiana completaram as 3 fases. As versões holandesa, inglesa(RU) e portuguesa(Br) estão a ser testadas em doentes. As versões inglesa(EUA), grega e espanhola receberam a retro-tradução e estão a preparar a versão de teste. A versão finlandesa está na fase de retro-tradução.

O processo de tradução e adaptação cultural do CARAT está ser realizado em 10 países sem dificuldades tendo já sido concluído em 3 países.

1. Nogueira-Silva L, Martins SV, Cruz-Correia R, Azevedo LF, Morais-Almeida M, Bugalho-Almeida A, et al. Control of allergic rhinitis and asthma test—a formal approach to the development of a measuring tool. *Respir Res.* 2009;10:52.

2. Fonseca JA, Nogueira-Silva L, Morais-Almeida M, Azevedo L, Sa-Sousa A, Branco-Ferreira M, et al. Validation of a questionnaire (CARAT10) to assess rhinitis and asthma in patients with asthma. *Allergy.* 2010;65(8):1042-8.

3. Baiardini I, Bousquet PJ, Brzoza Z, Canonica GW, Compalati E, Fiocchi A, et al. Recommendations for assessing patient-reported outcomes and health-related quality of life in clinical trials on allergy: a GA<sup>2</sup>LEN taskforce position paper. *Allergy.* 2010;65(3):290-5.

**P3 – Inquérito Nacional sobre Asma – Cerca de metade dos doentes com asma estão controlados**

Ana Sá e Sousa<sup>1</sup>, Mário Morais de Almeida<sup>2,3</sup>, Luís Filipe Azevedo<sup>1,4</sup>, Rosa Carvalho<sup>5</sup>, Luís Araújo<sup>6,7</sup>, Ana Todo-Bom<sup>3,6</sup>, Carlos Loureiro<sup>3,8</sup>, Carlos Robalo-Cordeiro<sup>9,10</sup>, António Bugalho de Almeida<sup>11,12</sup>, João Almeida Fonseca<sup>1,4,6,7</sup>

<sup>1</sup>CINTESIS – Centro de Investigação em Tecnologias e Sistemas de Informação em Saúde, Universidade do Porto; <sup>2</sup>Imunoalergologia, Hospital CUF-Descobertas; <sup>3</sup>Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica; <sup>4</sup>CIDES-Ciências da Informação e da Decisão em Saúde, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; <sup>5</sup>GBN, Estudos de Mercado; <sup>6</sup>Imunoalergologia, Instituto e Hospital CUF Porto; <sup>7</sup>Imunoalergologia, Hospital São João; <sup>8</sup>Imunoalergologia, Hospitais da Universidade de Coimbra; <sup>9</sup>Pneumologia, Hospitais da Universidade de Coimbra; <sup>10</sup>Sociedade Portuguesa de Pneumologia; <sup>11</sup>Clínica Universitária de Pneumologia-Faculdade de Medicina de Lisboa; <sup>12</sup>Coordenador da Comissão de Acompanhamento do Programa Nacional de Controlo da Asma

Pretendemos estimar a proporção de doentes com asma que têm a doença controlada em Portugal.

Segunda fase de um estudo nacional observacional transversal com aplicação de questionário por via telefónica. Os participantes classificados como asmáticos na primeira fase do estudo, foram re-entrevistados. O questionário incluiu o ATAQ, CARAT, MiniAQLQ, MiniRQLQ. A definição *Asma controlada* baseou-se nas pontuações global e do factor 2 do CARAT: pontuação global superior a 24 ou pontuação do factor 2 igual ou superior a 16. As entrevistas decorreram de Jun-Out 2010.

Foram incluídos 559 participantes, 60% do sexo feminino; 20% crianças, 50% adultos e 30% idosos; 64% tinham até ao 9.º ano de escolaridade, 22% entre o 9.º e 12.º anos e 12% superior ao 12.º ano; 8% pertenciam à classe socioeconómica A, 78% às B e C e 17% à D; 40% com peso normal, 8% abaixo do peso, 27% acima do peso e 18% eram obesos. Relativamente aos sintomas de asma, 39% tiveram sintomas diurnos, 30% limitações ao realizar as atividades diárias, 32% sintomas noturnos, 4% utilizavam medicação de alívio. Nos últimos 12 meses, por causa da asma, 68% tiveram pelo menos uma consulta médica, 25% fizeram provas funcionais respiratórias e 23% recorreram a um SU. A asma estava controlada em 57% (IC95% 52-62) dos participantes e 44% (IC95% 39-48) atingiram os objetivos clínicos GINA. Dos participantes com asma não controlada 88% (IC95% 83-93) tinham uma percepção errada do grau de controlo da sua asma. O controlo da asma foi mais frequente nos indivíduos de sexo masculino (71% vs. 46% feminino,  $p < 0.001$ ), da classe socioeconómica alta (82% vs. 60% média e 31% baixa,  $p < 0.001$ ) e em participantes com mais anos de escolaridade (49% até ao 9.º ano, 69% entre o 9.º e 12.º anos e 73% com mais do 12.º ano,  $p < 0.001$ ). O controlo da asma foi inferior ( $p < 0.001$ ) nos idosos (36%) comparativamente com as crianças (68%) e adultos (63%). Relativamente ao IMC, a proporção de doentes com asma controlada foi de 68% nos abaixo do peso, 61% nos de peso normal, 52% nos acima do peso e 51% nos obesos.

Em Portugal, a proporção de doentes com asma controlada é muita elevada comparativamente com estudos prévios realizados noutros países. O programa nacional de controlo da asma poderá ter tido influência nos resultados positivos. No entanto, este é o primeiro estudo populacional sobre o controlo da asma realizado em Portugal não existindo dados anteriores para se poder realizar uma comparação.

Projeto financiado pela SPAIC e SPP.

**P4 – O que sabem as pessoas saudáveis sobre asma?**

Ana Sá-Sousa<sup>1</sup>, Mariana Gomes Couto<sup>1</sup>, Eduardo Burnay<sup>1</sup>, Tiago Jacinto<sup>1,2,6</sup>, Mário Morais de Almeida<sup>3</sup>, Luís Filipe Azevedo<sup>1,2</sup>, António Bugalho de Almeida<sup>4</sup>, João Almeida Fonseca<sup>1,2,5,6</sup>

<sup>1</sup>CINTESIS – Centro de Investigação em Tecnologias e Sistemas de Informação em Saúde, Universidade do Porto; <sup>2</sup>CIDES-Ciências da Informação e da Decisão em Saúde, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; <sup>3</sup>Imunoalergologia, Hospital CUF Descobertas; <sup>4</sup>Clínica Universitária de Pneumologia, Faculdade de Medicina de Lisboa; <sup>5</sup>Imunoalergologia, Hospital São João; <sup>6</sup>Instituto & Hospital CUF Porto

Pretendemos avaliar o conhecimento sobre asma numa amostra de adultos saudáveis da população portuguesa.

Os dados foram colhidos como parte da 2.ª fase do Inquérito Nacional sobre Asma, um estudo observacional transversal com aplicação de questionário por via telefónica assistida por computador. Os adultos classificados na primeira fase como saudáveis (sem sintomas respiratórios, sem atopia e sem doenças cardíacas) foram selecionados para serem re-entrevistados. O conhecimento de asma foi avaliado por 13 afirmações com as possibilidades de resposta concordo/discordo.

Foram incluídos 858 participantes. A idade média (SD) foi 56.3 (17.4); a maioria pertencia ao sexo feminino 53% (457); relativamente à escolaridade 47% (401) tinham até 4 anos, 20% (175) entre 4.º e 9.º anos, 21% (176) entre o 9.º e 12.º anos e 12% (104) tinham escolaridade superior ao 12.º ano; 22% (186) pertenciam à classe socioeconómica D, 73% (619) às B e C e 5% (44) à classe A. A maior frequência de respostas corretas foi para a afirmação “A asma não pode ser curada mas pode ser bem controlada.” 86% (726); “A asma é uma doença crónica” 70% (592) e “Quando não estão em crise os asmáticos podem fazer desporto” 68% (573). Os erros mais frequentes foram para as afirmações: “Os medicamentos inalados para a asma são perigosos” 84% (710), “A asma começa na idade de criança ou jovem” 75% (631) e “As vias aéreas dos pulmões estão inflamadas na asma mesmo fora das crises” 67% (563). Ninguém respondeu corretamente a todas as afirmações; 19% (158) responderam corretamente a 10 ou mais e 23% (192) a 5 ou menos afirmações. O conhecimento sobre asma foi significativamente diferente para as várias classes sociais, níveis de escolaridade, idade (todas  $p < 0.001$ ) e sexo ( $p = 0.046$ ).

Existe uma grande variação no conhecimento sobre asma entre os adultos saudáveis da população portuguesa. Alguns tópicos como a cronicidade e impacto individual da asma parecem ser bem conhecidos, enquanto que tópicos como o tratamento e a persistência da inflamação são pouco percebidos.

Projeto financiado pela FCT (HMSP-IDSIM/SIM/0018/2009), SPAIC e SPP.

**P5 – Omalizumab no tratamento da asma brônquica alérgica: experiência num Serviço de Imunoalergologia**

José Geraldo Dias, Pedro Silva, Ana Mendes, Célia Costa, Elisa Pedro, Manuel Pereira Barbosa

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

**Introdução:** O omalizumab é um anticorpo monoclonal aprovado como terapêutica adicional na asma alérgica grave. Tem sido demonstrada redução das exacerbações, da sintomatologia, do uso de corticoterapia e de medicação SOS, bem como uma melhoria da qualidade de vida e da função respiratória. Geralmente é bem tolerado, sendo a maioria dos efeitos adversos ligeiros e em frequência semelhante à dos grupos placebo.

**Objectivo:** Avaliar a resposta clínica ao omalizumab em doentes com asma brônquica alérgica.

**Material e métodos:** Análise retrospectiva de processos clínicos de 23 doentes (17 do sexo feminino e 6 do sexo masculino) com asma brônquica alérgica tratados com omalizumab de Abril/2008 a Junho/2011 no nosso Serviço. Idade média de 42 anos (mín. 8 e máx. 72), todos sensibilizados a ácaros. Analisaram-se os seguintes parâmetros: redução de exacerbações, da terapêutica de base e de SOS; suspensão de corticoterapia sistémica, melhoria do controlo da asma (através do ACT), exame funcional respiratório (EFR) e efeitos adversos.

**Resultados:** Os doentes tinham as seguintes comorbilidades: rinite-22 doentes, eczema atópico-4 doentes, alergia alimentar-2 doentes; 3 doentes tinham Tríade de Vidal. Valor médio/mediana de IgE total: 918/458 KU/L. Duração média do tratamento: 14 meses (máx. 36); 6 doentes iniciaram terapêutica <16 semanas. Nos 17 doentes sob omalizumab >16 semanas, verificou-se uma redução da terapêutica de base e de SOS, diminuição da gravidade e número de exacerbações, e melhoria do controlo da asma (ACT: valor médio antes e depois do omalizumab-14/21); onze doentes tiveram melhoria do EFR. Em 3/6 doentes sob terapêutica com omalizumab <16 semanas já se verifica melhoria clínica, com redução da terapêutica de base e de SOS. Verificou-se a suspensão de corticoterapia oral (de base ou SOS) em todos os doentes após um período <2 meses. Dois doentes suspenderam o tratamento por abandono, apesar de evolução favorável. Reacções adversas: 4 doentes com reacções locais (eritema e dor ligeiras); 1 doente com cefaleias, 1 com mialgias e 1 com eritema pruriginoso do tronco (todos nas 1<sup>as</sup> administrações e com resolução em 24h).

**Discussão:** Como previamente descrito na literatura, o omalizumab utilizado como terapêutica adicional, parece ser uma opção segura, com resultados favoráveis na asma brônquica alérgica grave. Além da melhoria clínica, permite a suspensão da corticoterapia sistémica num curto período de tempo.

**P6 – Asma no internamento de um Serviço de Pneumologia**

Catarina Ferreira, Inês Sanches, Ana Arrobas, Fernando Barata  
Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar de Coimbra (CHC)

A asma constitui um importante problema de saúde, tendo-se verificado um aumento na prevalência e gravidade desta doença nos últimos anos, traduzindo-se por um elevado número de recursos ao serviço de urgência e internamentos hospitalares.

**Objectivo:** Caracterizar os internamentos por asma.

**Métodos:** Análise retrospectiva dos processos clínicos de doentes internados no Serviço de Pneumologia do CHC com diagnóstico de asma, entre Julho de 2009 e Junho de 2011. Avaliados dados demográficos, comorbilidades, terapêutica e evolução clínica.

**Resultados:** Foram incluídos 66 doentes correspondendo a 83 internamentos, 65% do sexo feminino, com idade média de 55,8±18,3 anos. Início dos sintomas de asma na infância em 52%. A maioria (55%) com asma extrínseca, dos quais 58% apresentavam monossensibilização e 42% polisensibilização alérgica. A maioria (77%) dos doentes apresentava comorbilidades, sendo as mais frequentes associação de outra patologia pulmonar (29%) e síndrome depressiva (27%). Verificou-se associação de rinite em 30% dos doentes. Quinze por cento eram fumadores activos, 14% ex-fumadores e 5% fumadores passivos. Seguidos em consulta hospitalar 65% dos doentes (51% em consulta de Pneumologia e 30% em consulta de Alergologia Respiratória). Vinte e sete por cento com história de internamentos anteriores por asma, dois terços dos quais com internamento no último ano. Vinte e quatro por cento com três ou mais recursos ao serviço de urgência por asma no último ano. Realizavam terapêutica de controlo 68% dos doentes, 20% medicados apenas com terapêutica em SOS e 12% não realizavam medicação. Na maioria dos casos (87%) a infecção respiratória foi o factor desencadeante da exacerbação da asma. Ocorreu insuficiência respiratória em 89% dos casos, com crise de asma grave com necessidade de suporte ventilatório mecânico em Unidade de Cuidados Intensivos em 5%. Verificou-se maior número de internamentos no Inverno (46%) e Primavera (28%). A duração média de internamento foi de 9,4±4,8 dias. Não se verificou nenhum óbito.

**Conclusão:** Apesar do seguimento em consulta e terapêutica de controlo da asma, a presença de comorbilidades, nomeadamente patologia pulmonar concomitante, rinite e história de tabagismo poderão contribuir para o aumento da gravidade das agudizações da asma, maioritariamente desencadeadas por infecções respiratórias, com necessidade de internamento hospitalar.

**P7 – Broncoconstrição induzida pelo exercício físico**

Inês Sanches, Catarina Ferreira, Vitória Martins, Cidália Rodrigues, Joaquim Moita, Ana Arrobas  
Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar de Coimbra

**Introdução:** A broncoconstrição induzida pelo exercício (BIE) é um síndrome que pode ocorrer em doentes com asma e na população em geral. O diagnóstico é geralmente simples desde que se associe a clínica com a prova de broncoconstrição induzida pelo exercício (PBE). O objectivo do trabalho foi caracterizar os doentes submetidos à PBE e analisar os seus resultados.

**Métodos:** Análise retrospectiva dos processos clínicos dos doentes submetidos a PBE em 2009 e 2010, no Serviço de Pneumologia. Foram analisados os seguintes parâmetros: dados demográficos e clínicos, alterações analíticas, sensibilização alérgica, avaliação funcional respiratória, doseamento do FeNO e PBE. A PBE foi considerada positiva quando ocorreu uma queda de FEV1 > 10%, numa das avaliações ao 1.º, 3.º, 5.º, 7.º, 10.º, 15.º ou 25.º min após 6-8 minutos em exercício máximo em cicloergómetro.

**Resultados:** Foram realizados 19 exames por suspeita de BIE. Maioritariamente eram do sexo masculino (68,4%), com 28,8±17,8 anos e 57,9% não praticavam actividade física. As patologias respiratórias mais frequentes foram a asma (73,7%) e rinite (42,1%). Os sintomas mais prevalentes foram a dispneia (89,5%) e tosse seca (42,1%). Os níveis de IgE foram 381,7±380,9g/L e 26,3% apresentavam sensibilização cutânea a ácaros. A principal alteração no EFR em repouso foi obstrução das pequenas vias aéreas (15,8%) e ocorreu broncoconstrição induzida por metacolina em 21,1%. O valor médio de FeNO foi de 51,7±54,3ppb. A PBE teve uma duração de 6min57seg (±38seg), sendo o principal motivo de interrupção o cansaço (63,2%) e dispneia (15,8%). O consumo de VO2 foi de 76,7±14%, com limiar anaeróbico de 58,8±12%; a reserva cardíaca foi de 9±11 e o pulso de O<sub>2</sub> de 109,9±35,9%. A reserva ventilatória foi de 30,8±21,9L/min) e observou-se hiperinsuflação dinâmica num doente. Ocorreu broncospasmo ligeiro em 21,1% dos doentes durante os 25 minutos após terminar o exercício. Em 52,6% a PBE não apresentou alterações e em 36,8% verificou-se descondicionamento ao exercício.

**Conclusões:** O broncospasmo induzido pelo exercício pode surgir até 25 minutos após o exercício ter terminado. Nem todos os doentes com asma desenvolvem BIE e a causa de limitação ao exercício pode ser o descondicionamento. A PBE associada à clínica é fundamental para o diagnóstico de asma induzida pelo esforço, no entanto a dificuldade no controlo de diversos factores, nomeadamente a humidade ou a temperatura ambiente, podem condicionar falsos negativos na PBE.

**P8 – Impacto de um programa educativo na técnica inalatória de crianças asmáticas**

Marta Chambel, Selma Carrilho, Eduarda Seródio, Susana Carvalho, Paula Leiria Pinto  
Serviço de Imunoalergologia, Hospital Dona Estefânia – Centro Hospitalar de Lisboa Central

**Introdução:** A eficácia da terapêutica inalada brônquica depende da correcta execução da técnica. Embora seja feito o ensino regular na consulta, os erros na técnica são frequentes. Os programas educativos, nomeadamente os cursos de férias, são um espaço privilegiado de aprendizagem e promoção de autonomia no controlo da doença.

**Objectivo:** avaliar a eficácia de um programa educativo – campo de férias para crianças asmáticas – na execução da técnica inalatória, mediante a avaliação do número de erros detectados.

**Material e métodos:** Foram incluídas 16 crianças com asma, acompanhadas na consulta de Imunoalergologia do Hospital Dona Estefânia – Centro Hospitalar de Lisboa Central (HDE – CHLC). A técnica inalatória foi avaliada diariamente, registando-se e corrigindo os erros, ao longo de 5 dias. Os resultados foram relacionados com a autonomia na realização da terapêutica, utilizando-se o teste qui-quadrado na análise dos resultados.

**Resultados:** Faziam terapêutica inalatória diária 16 crianças, com idade média de 10,9 (±1,3) anos. A maioria tinha como dispositivo inalatório turbóhaler (n=10); das restantes crianças, 2 tinham novo-lizer, 2 diskus e 2 inalador pressurizado em câmara expansora com bocal. Em D1, 87,5% das crianças faziam a terapêutica inalatória com erros, sendo a mediana de erros por criança de 2,2 (min-0; máx-5); em D5 apenas 3 crianças tinham erros na execução da terapêutica (máximo de 1 erro por criança). A diferença do número de erros por criança entre D1 e D5 é estatisticamente significativa (p=0,0006). As crianças que, em casa, faziam a terapêutica sozinhas (43,8%) tinham menos erros na técnica inalatória em D1 (mediana-2; min-0, máx-3), comparativamente com as que em casa faziam a medicação supervisionada por adulto (mediana-3; min-0, máx-5). Esta diferença não é estatisticamente significativa (p=0,16).

**Discussão/Conclusão:** Os erros da técnica inalatória são frequentes. A correcção diária da técnica inalatória diminui significativamente o número de erros efectuados. Parece existir uma tendência para haver mais erros nas crianças que fazem a terapêutica com supervisão no domicílio, embora não significativa. Assim, parece haver benefício em conceder autonomia e responsabilização na realização da medicação.

**P9 – Bronquiolite aguda – Revisão casuística no Centro Hospitalar da Póvoa de Varzim – Vila do Conde (CHPVVC)**Paulo Afonso<sup>1</sup>, Conceição Silva<sup>2</sup><sup>1</sup>USF das Ondas; <sup>2</sup>Centro Hospitalar da Póvoa de Varzim – Vila do Conde

**Introdução:** A bronquiolite aguda (BA) é a infecção do aparelho respiratório inferior mais frequente abaixo dos 2 anos de idade, sendo responsável por 17-25% dos internamentos hospitalares neste grupo etário. O diagnóstico é clínico dada a evolução estereotipada da doença. A avaliação laboratorial e radiológica não deverá ser feita por rotina, devendo ser ponderada nas crianças com factores de risco, sobretudo em regime de internamento.

**Objectivos:** Determinar a influência da idade e febre no pedido de meios auxiliares de diagnóstico, terapêutica e gravidade de BA.

Determinar o papel dos exames laboratoriais e radiológicos no tratamento e antecipação na evolução clínica nas crianças internadas com BA.

**Método:** Foi efectuado um estudo observacional transversal analítico através da revisão dos processos clínicos de episódios de internamento por BA referentes a crianças com idade inferior a 2 anos, internadas no CHPVVC, entre Abril de 2008 e Março de 2010.

**Resultados:** Verifica-se a associação entre a idade da criança e: pedido de proteína C reactiva (PCR), radiografia de tórax, prescrição de corticoterapia e antibioticoterapia. Verifica-se a associação entre febre e: pedido de contagem leucocitária, PCR, radiografia do tórax, prescrição de antibioticoterapia, e gravidade da doença. Verifica-se a associação entre: contagem leucocitária > 15.000 e duração do internamento, vírus sincicial respiratório (VSR) positivo e duração do internamento, VSR positivo e duração da oxigenoterapia. Verifica-se a associação entre: PCR > 5.0 e prescrição de antibioticoterapia, contagem leucocitária > 15.000 e prescrição de antibioticoterapia, contagem leucocitária > 15.000 e prescrição de oxigenoterapia.

**Conclusão:** Os resultados deste estudo apoiam a sugestão actual da pouca utilidade da solicitação por rotina de exames complementares de diagnóstico nas crianças internadas por BA ligeira a moderada, sem critérios de gravidade ou de evolução atípica.

**2.ª SESSÃO DE POSTERS**

Dia: 1 de Outubro 2011

Horas: 19.30 – 21.00 horas

*Moderadores:* Ana Margarida Romeira / Eunice Castro**P10 – Imunoterapia subcutânea a aeroalérgenos – avaliação de um período de 13 anos**

Filipa Ribeiro, Gisela Calado, Eugénia Almeida, Isabel Carrapatoso, António Segorbe Luís

Serviço de Imunoalergologia, Hospitais da Universidade de Coimbra

**P11 – Motivos de interrupção do tratamento com imunoterapia subcutânea**

Diana Pereira da Silva, Ana Pereira, Natacha Santos, José Luís Plácido

Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar São João, Porto

**P12 – Diferentes padrões de sensibilização na reacção alérgica imediata a antibióticos β-lactâmicos**

Eugénia Almeida, Emília Faria, Nuno Sousa, Filipa Ribeiro, António Segorbe Luís

Serviço de Imunoalergologia, Hospitais da Universidade de Coimbra

**P13 – Alergia a meios de contraste radiológicos – investigação numa consulta de Imunoalergologia**

Pedro Morais Silva, Ana Célia Costa, Joana Caiado, Fátima Duarte, Joana Soares, Anabela Lopes, Elisa Pedro, Manuel Pereira-Barbosa

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

**P14 – Dessensibilização ao ácido acetilsalicílico em mulher com trombofilia hereditária**Ângela Gaspar<sup>1</sup>, Natacha Santos<sup>1</sup>, Susana Livramento<sup>2</sup>, Graça Sampaio<sup>1</sup>, Mário Morais-Almeida<sup>1</sup><sup>1</sup>Unidade de Imunoalergologia, <sup>2</sup>Unidade de Medicina Interna, Hospital CUF Descobertas, Lisboa**P15 – Anafilaxia no perioperatório num doente com doença pulmonar obstructiva crónica**

Eugénia Almeida, Emília Faria, Filipa Ribeiro, Nuno Sousa, António Segorbe Luís

Serviço de Imunoalergologia, Hospitais da Universidade de Coimbra

**P16 – Reacção de hipersensibilidade imediata após cistoscopia**Fátima Cabral Duarte<sup>1</sup>, Amélia Spínola Santos<sup>1</sup>, Ana Célia Costa<sup>1</sup>, António Pedro Carvalho<sup>2</sup>, Manuel Pereira Barbosa<sup>1</sup><sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, <sup>2</sup>Serviço de Urologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte

**P17 – Provas de provocação diagnóstica com fármacos – a perspectiva do doente**

Ana Leblanc<sup>1</sup>, Eva Gomes<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital São João, Porto; <sup>2</sup>Centro Hospitalar do Porto – Hospital Maria Pia, Porto

**P18 – Anafilaxia ao azul patente**

Leonor Viegas<sup>1</sup>, Anabela Lopes<sup>1</sup>, Manuel Branco Ferreira<sup>1,2</sup>, Manuel Pereira Barbosa<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital Santa Maria – Centro Hospitalar Lisboa Norte; <sup>2</sup>Faculdade de Medicina – Universidade de Lisboa

**P10 – Imunoterapia subcutânea a aeroalergénios – avaliação de um período de 13 anos**

Filipa Ribeiro, Gisela Calado, Eugénia Almeida, Isabel Carrapatoso, António Segorbe Luís

Serviço de Imunoalergologia, Hospitais da Universidade de Coimbra

**Introdução:** A imunoterapia específica (ITE) é comprovadamente a única terapêutica que altera a história natural da doença alérgica. O objectivo deste trabalho foi avaliar a evolução clínica em doentes submetidos a ITE subcutânea a ácaros ou pólenes e a variação da sensibilização mediada pela IgE entre o início e o final da ITE.

**Métodos:** Analisaram-se, retrospectivamente, os processos clínicos dos doentes seguidos numa consulta de Imunoalergologia, que efectuaram e concluíram imunoterapia a ácaros ou pólenes entre 1998 e 2011. Para atingir o objectivo proposto, averiguou-se a evolução da frequência e intensidade dos sintomas bem como do consumo de medicamentos. A variação da sensibilização mediada pela IgE foi avaliada através da medição dos diâmetros médios das pápulas (DMP) nos testes cutâneos (TC) por picada e/ou pelo doseamento de IgE específica (sIgE) antes e depois da ITE. Análise estatística realizada com SPSS versão 17.0.

**Resultados:** Dos 43 doentes estudados, 32 cumpriram período terapêutico (variando entre 3 e 6,5 anos, média de 4,9 anos). Destes, 20 realizaram ITE a ácaros (9♀; média de idades 29,4±8,8) e 14 a pólenes (6♀; média de idades 35,1±11,6). Todos os doentes apresentavam rinite/rinoconjuntivite e, concomitantemente, asma em 14 do grupo dos ácaros e 8 do grupo dos pólenes. Nove doentes experimentaram reacções adversas (7 do grupo dos ácaros e 2 dos pólenes) e estas, quando ocorreram, foram locais (prurido e/ou pápula). Trinta doentes referiram diminuição dos sintomas e/ou diminuição da recurso à medicação (19 do grupo dos ácaros e 11 do grupo dos pólenes). No que respeita à sensibilização, para o grupo dos ácaros, a reactividade nos TC diminuiu em 10 doentes, o valor da sIgE em 9 sendo que em 8 doentes houve discordância da evolução nos resultados entre os TC e a sIgE. No grupo dos pólenes a reactividade nos TC diminuiu em 5 doentes, o valor da sIgE em 6 sendo que em 5 doentes houve discordância da evolução destes resultados.

**Discussão/Conclusão:** Como podemos observar, a maioria dos doentes melhorou clinicamente com a referida terapêutica (93,8%), com 28,2% dos doentes a experimentarem reacções adversas locais. No entanto, no que respeita à sensibilização mediada pela IgE, as diferenças entre o início e o final do tratamento não apresentaram significado estatístico, facto que poderá dever-se à pequena dimensão da amostra de doentes analisada.

**P11 – Motivos de interrupção do tratamento com imunoterapia subcutânea**

Diana Pereira da Silva, Ana Pereira, Natacha Santos, José Luís Plácido  
Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar São João, Porto

**Introdução:** Factores como via de administração, eficácia não imediata e custo podem comprometer a adesão à imunoterapia específica subcutânea (ITSC).

**Objectivo:** Descrever os motivos que levaram à suspensão de ITSC sem indicação médica e comparar estes doentes com um grupo que continuou o tratamento.

**Métodos:** Estudo transversal de amostra intencional de doentes em tratamento atual ou prévio com ITSC, seguidos no Centro Hospitalar São João (CHSJ). Elaborado questionário telefónico estruturado, incluindo questões sobre a adesão à imunoterapia, motivos para abandono e satisfação com o tratamento. Seleccionados 181 doentes, através do registo de enfermagem, sem registo de administração de ITSC nos últimos 3 a 6 meses e sem indicação de continuação noutra local. Entrevistados 122 (59 excluídos: 44 com número incorreto/indisponível, 15 não atenderam após 3 tentativas). Setenta e nove (65%) dos inquiridos eram do sexo feminino, com uma idade média(DP) de 26.8(11.0)anos, residentes a uma distância do CHSJ de 21.1(25.6)km; cerca de 96% tinham rinite, 40% asma e 25% conjuntivite; 73% efetuaram ITSC peranal e 85% com polimerizado. Não houve diferenças significativas nos vários factores descritos entre entrevistados e não entrevistados.

**Resultados:** Trinta e três doentes continuavam tratamento, 33 suspenderam por indicação médica (70% completaram tratamento) e 56 suspenderam sem indicação, após uma média(DP) de 10.8(8.8) meses de ITSC. Quando questionados de forma aberta sobre o principal motivo para suspensão, 39% referiram o custo da ITSC, 9% mudança de residência, 5% mudança de trabalho, 5% dificuldade em conciliar horários e 5% ausência de melhoria. Quando questionados especificamente sobre a influência de vários factores, 57% consideraram o custo da ITSC e 25% o custo da deslocação como factores importantes na decisão de interrupção. Cerca de 73% referiram melhoria com a ITSC e 77% ponderariam re-iniciar. Não houve diferença na idade, sexo, patologia, tipo de vacina e composição, reacções adversas, profissão, escolaridade e opinião sobre a eficácia da ITSC entre os grupos que suspenderam por opção própria ou que continuaram tratamento. A distância ao CHSJ era superior no grupo que manteve boa adesão 23.0 vs 18.3 Km nos que interromperam ITSC(p=0.04).

**Conclusões:** O custo económico parece ser o principal factor responsável pela suspensão de imunoterapia específica sem indicação médica. Esta realidade poderá vir a agravar-se face à situação económica nacional.

**P12 – Diferentes padrões de sensibilização na reacção alérgica imediata a antibióticos β-lactâmicos**

Eugénia Almeida, Emília Faria, Nuno Sousa, Filipa Ribeiro, António Segorbe Luís

Serviço de Imunoalergologia, Hospitais da Universidade de Coimbra

**Objectivo:** Conhecer os padrões de sensibilização nos doentes com reacções de hipersensibilidade imediata a antibióticos β-lactâmicos.

**Métodos:** Realizou-se um estudo retrospectivo de 63 doentes com suspeita de hipersensibilidade a β-lactâmicos. Foi analisada a respectiva história clínica e os resultados dos testes cutâneos por picada (TCP) e intra-dérmicos (TCID) ao determinante major e minor da penicilina (PPL,MDM), benzilpenicilina, amoxicilina/amoxicilina+ácido clavulânico e outro β-lactâmico suspeito. Se a reacção ocorreu nos 6 meses anteriores à realização dos testes, foram determinadas as IgE séricas específicas a β-lactâmicos. Quando os testes cutâneos e/ou as IgE séricas específicas foram negativos, foi realizada uma prova de provocação, de acordo com as recomendações do ENDA.

**Resultados:** Dos sessenta e três doentes [46 mulheres e 17 homens; média de idade 45,5 (13-89)] 36,5% apresentaram urticária, 17,5%, anafilaxia, 17,5% exantema maculo-papular, 3,2% angioedema isolado, 7,9% urticária e angioedema, 3,2% dispneia, 4,8% sintomas gastrointestinais, 3,2% prurido generalizado e 4,8% sintomas inespecíficos. Os fármacos suspeitos foram a amoxicilina (15 doentes), a amoxicilina+ácido clavulânico (17), cefalosporinas (5), benzilpenicilinas (20) e β-lactâmico não especificado (6). Em 31 doentes obtiveram-se 55 testes cutâneos positivos, 17 ao PPL (1 TCP, 16 TCID), 13 ao MDM (TCID), 1 à amoxicilina (TCID), 16 à amoxicilina+ácido clavulânico (2 TCP, 14 TCID) e 8 à cefuroxima (TCID). A IgE específica foi positiva em 4 doentes. Ocorreu uma reacção anafiláctica no decurso dos TCID à amoxicilina. Realizou-se prova de provocação oral em 41 doentes, com um resultado positivo à cefuroxima e 2 à amoxicilina. As reacções de hipersensibilidade ao antibiótico suspeito foram confirmadas em 25 casos: 11 às benzilpenicilinas, 4 à amoxicilina, 7 à amoxicilina+ácido clavulânico e 3 a β-lactâmicos não especificados.

**Conclusões:** As reacções de hipersensibilidade aos antibióticos β-lactâmicos foram confirmadas por teste cutâneo em 96% dos doentes e pela IgE específica em 1 caso (4%). Dos 56 doentes que completaram o estudo, confirmou-se alergia selectiva às benzilpenicilinas e às aminopenicilinas em 18% e 11% dos casos respectivamente. A cefuroxima demonstrou ser um antibiótico alternativo nos doentes com alergia comprovada às aminopenicilinas.

**P13 – Alergia a meios de contraste radiológicos – investigação numa consulta de Imunoalergologia**

Pedro Morais Silva, Ana Célia Costa, Joana Caiado, Fátima Duarte, Joana Soares, Anabela Lopes, Elisa Pedro, Manuel Pereira-Barbosa  
Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Lisboa Norte

**Introdução:** Os meios de contraste radiológicos (MCR) são causa crescente de reacções de hipersensibilidade imediata (RHI, <1h) e tardia (RHT). O seu mecanismo não se encontra ainda esclarecido, parecendo depender do fármaco e/ou do doente (dte).

**Objectivo:** Caracterização clínica e diagnóstica dos dtes com suspeita de RH a MCR, referenciados à Imunoalergologia entre 01/09 e 06/11.

**Métodos:** Análise dos processos de dtes avaliados por testes cutâneos (TC) em picada (TCP), intradérmicos (ID) e epicutâneos (EC) com os MCR implicados e alternativos. Resultados interpretados de acordo com recomendações da EAACI.

**Resultados:** Estudaram-se 29 dtes (83% mulheres; média etária: 49 anos[3-78]). Em 19(66%), o MCR era conhecido (iodinaxol:12; iobitridol:3; outros:4). Via de administração IV em 25 dtes(86%). Quinze dtes (52%) referiam exposição anterior a MCR, dos quais 4 com história de RH prévia. Dezoito dtes (62%) tinham factores de risco (FR) para RH a MCR: cardiopatia-6(21%), diabetes mellitus-4(14%), insuficiência renal crónica-3(10%), asma-3(10%). Não se observaram reacções mais graves ou maior proporção de RHI ou RHT em dtes com FR. Realizaram-se os TC, em média 33 meses [4 semanas-21 anos] após a RH. Em 15 dtes (52%) descreveram-se RHI: 47% grau I, 27% grau II, 27% grau III da escala Ring-Messner. Catorze dtes (48%) reportaram RHT: rash urticariforme (50%), eritema descamativo (36%), angioedema (29%), vômitos (29%), erupção esfoliativa (14%). As queixas reverteram, espontaneamente (10%), com antihistamínico (31%), corticóide (7%) ou ambos (48%), em média em 17h nas RHI e em 4 dias nas RHT. Observaram-se TC positivos em 16 (55%) dtes. Os TCP foram negativos em todos. Doze dtes apresentaram ID positivos aos 20min, não ocorrendo positivos tardios (às 48h). Os MCR mais frequentemente positivos foram ioversol (5), amido-trizoato (5), iodinaxol (4), gadoterato (4) e sulfato bórico (4). Verificou-se que todos os dtes com RHI grau III tiveram TC positivos (3 ID, 1 EC). Um dos 11 dtes com reacção grau I/II apresentou positividade em EC. Dos dtes com RHT, 11 (79%) apresentaram TC positivos, havendo distribuição semelhante entre ID e EC (4 ID+EC, 3 EC, 4 ID).

**Conclusão:** Observou-se um número significativo de TC positivos, apesar do tempo que distou da RH. Dtes com FR não aparentam apresentar RH mais graves. Os sintomas das RHT parecem persistir durante mais tempo apesar da medicação. Para o diagnóstico de RHT parece ser necessário tanto os ID como EC. Dtes com história de RHI de grau I/II parecem ter baixa positividade de TC.

**P14 – Dessensibilização ao ácido acetilsalicílico em mulher com trombofilia hereditária**

Ângela Gaspar<sup>1</sup>, Natacha Santos<sup>1</sup>, Susana Livramento<sup>2</sup>, Graça Sampaio<sup>1</sup>, Mário Morais-Almeida<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidade de Imunoalergologia, <sup>2</sup>Unidade de Medicina Interna, Hospital CUF Descobertas, Lisboa

**Introdução:** A dessensibilização ao ácido acetilsalicílico (AAS) é um procedimento essencial em doentes com hipersensibilidade ao AAS e necessidade de tratamento crónico imprescindível com este fármaco. É mais frequentemente realizada no contexto de doença cardiovascular e doença respiratória exacerbada pela aspirina, estando também descrita a sua indicação em mulheres com síndrome de anticorpos antifosfolípidos.

Apresentamos o caso de uma doente com homozigotia (polimorfismo 4G/4G) do inibidor do activador do plasminogénio tipo I (PAI-1), referenciada à consulta de Imunoalergologia por hipersensibilidade ao AAS / AINEs (anti-inflamatórios não esteróides) para dessensibilização ao AAS.

**Caso clínico:** Doente de 41 anos, com história de 3 abortos espontâneos até às 8 semanas, com estudo de trombofilias revelando uma homozigotia do PAI-1, que se associa a aumento do risco tromboembólico e de perda fetal. Refere aos 35 anos reacção anafiláctica (urticária generalizada e dispneia) após a toma de AAS (dose não especificada) e posterior reacção cutânea (urticária generalizada) 30 minutos após ingestão de ibuprofeno 200 mg, motivando recurso hospitalar, com regressão das queixas após tratamento com anti-histamínico e corticosteróide. Tolera paracetamol e AINEs inibidores preferenciais da COX-2 (nimesulide e meloxicam).

Na Unidade de Imunoalergologia realizou dessensibilização pré-gestacional ao AAS em dose antiagregante plaquetar. A dessensibilização ao AAS foi efectuada em 6 horas, segundo protocolo de Rossini modificado (*Am J Cardiol.* 2008;101:786-9), incluindo avaliação espirométrica. Após dose cumulativa de 16,1 mg, ocorreu sensação de aperto orofaríngeo e rinite, com redução do volume expiratório máximo no primeiro segundo de 10% (310mL) relativamente ao basal, que reverteu espontaneamente em 30 minutos. Concluiu a dessensibilização com dose cumulativa total de 251,1 mg e manutenção de toma única diária de 100 mg de AAS com boa tolerância.

**Discussão:** Saliencia-se o facto de, aparentemente, se tratar da primeira descrição da realização de dessensibilização ao AAS no contexto de uma homozigotia do PAI-1, sugerindo que as indicações deste procedimento podem incluir outras trombofilias, nomeadamente hereditárias, em que o tratamento com AAS esteja indicado, mesmo na existência de hipersensibilidade grave a este fármaco.

**P15 – Anafilaxia no perioperatório num doente com doença pulmonar obstructiva crónica**

Eugénia Almeida, Emília Faria, Filipa Ribeiro, Nuno Sousa, António Segorbe Luís  
Serviço de Imunoalergologia, Hospitais da Universidade de Coimbra

**Objectivo:** Nas reacções anafiláticas que ocorrem no período perioperatório é essencial a investigação no sentido de identificar o fármaco responsável, assim como a existência de factores de risco e definir recomendações precisas para futuras anestésias.

**Caso clínico:** Apresenta-se o caso de um doente de 73 anos, sexo masculino, observado na consulta de alergo-anestesia por reacção de broncospasmo acentuado, taquiarritmia e hipoxémia acentuada (grau III), imediatamente após intubação para realização de cirurgia ortopédica ao ombro esquerdo aos 70 anos. A cirurgia foi suspensa e a reacção controlada com a administração de solu-medrol® endovenosa. Foi realizada broncofibroscopia que não revelou alterações e um estudo funcional respiratório foi compatível com síndrome restrictivo moderado. Na indução anestésica tinha sido administrado tiopental e rocurónio e 3 dias antes da cirurgia tinha iniciado terapêutica com cefalosporina e netilmicina. Apresentava antecedentes de 8 cirurgias ortopédicas, doença pulmonar obstructiva crónica, HTA e Diabetes mellitus.

**Métodos:** Na investigação diagnóstica efectuada, 7 semanas após a reacção anafilática, foram realizados testes cutâneos a uma bateria de aeroalergénios comuns, látex e a agentes anestésicos, de acordo com as recomendações da SFAR/ENDA. O doente foi ainda observado pelas especialidades de Pneumologia e Cardiologia.

**Resultados:** O doente apresentou teste cutâneo positivo a pólen de oliveira. Os testes cutâneos aos agentes anestésicos foram positivos ao atracúrio (ID 1/1000), rocurónio (Prick e ID 1/1000), e negativos ao cis-atracúrio, pancurónio, tiopental, cefuroxime e látex. Foi interdita a administração dos relaxantes neuromusculares rocurónio e atracúrio e o doente foi submetido a cirurgia ortopédica com cis-atracúrio sem complicações. O ECG, ecocardiograma e broncofibroscopia não mostraram alterações de relevo e o estudo funcional respiratório foi compatível com síndrome restrictivo moderado. Dois anos depois, o doente apresentava testes cutâneos ID positivos para vecurónio (1/10) e cis-atracúrio (1/1000).

**Conclusões:** Os autores pensam que a gravidade da reacção anafilática pode ser atribuída ao grave compromisso ventilatório associado à patologia pulmonar de base do doente. Neste caso, ficou também demonstrada a importância da avaliação da hipersensibilidade a RMN na selecção de agentes anestésicos alternativos seguros e o risco sensibilizações a RNMs previamente tolerados.

**P16 – Reacção de hipersensibilidade imediata após cistoscopia**

Fátima Cabral Duarte<sup>1</sup>, Amélia Spínola Santos<sup>1</sup>, Ana Célia Costa<sup>1</sup>, António Pedro Carvalho<sup>2</sup>, Manuel Pereira Barbosa<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, <sup>2</sup>Serviço de Urologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte

**Introdução:** O Cidex® OPA (orto-ftalaldeído) é um desinfectante de alto nível usado em equipamento endoscópico flexível, em alternativa ao Cidex® (glutaraldeído) por ser mais seguro e prático, menos volátil e tóxico. Na literatura, estão descritos 9 casos de doentes com alergia ao OPA (anafilaxia) durante procedimentos endoscópicos.

**Objectivo:** Os autores descrevem 2 casos clínicos de reacção alérgica imediata ao Cidex® OPA após cistoscopia.

**Métodos:** Doente A – homem de 55 anos de idade com neoplasia da bexiga, submetido a 5 cistoscopias prévias com electrofulguração de tumores vilosos sem qualquer reacção, 5 minutos após realização de 6.ª cistoscopia teve eritema pruriginoso generalizado e edema do pénis. Doente B – homem de 68 anos de idade, com neoplasia da bexiga pós cistectomia parcial, 30 minutos após cistoscopia iniciou calor das mãos e edema do pénis seguido de retenção urinária. Já tinha feito múltiplas cistoscopias prévias (68) sem reacção.

Ambos os doentes efectuaram: Testes cutâneos por picada (TCP) para aeroalergénios, incluindo o látex e TCP com produtos usados na cistoscopia: luvas de látex, cloridrato de lidocaína [20 mg/ml], solução dérmica com 0,1 g iodopovidona+0,01 g iodo activo/ml, gel lubrificante (20 mg cloridrato de lidocaína+0,5 mg cloridrato de clorexidina/g gel) e o desinfectante do cistoscópio – Cidex® OPA puro [5,5 mg/ml] e diluído ( $1 \times 10^{-3}$ ,  $1 \times 10^{-2}$ ,  $1 \times 10^{-1}$ ). Avaliação laboratorial com determinação sérica de IgE total, IgE específica para látex (UniCap®, Phadia, Sweden).

**Resultados:** Os TCP para aeroalergénios foram negativos em ambos os doentes. Os TCP com produtos usados durante a cistoscopia foram positivos apenas para o desinfectante do cistoscópio nos 2 doentes: Doente A- Cidex® OPA  $1 \times 10^{-2}$  (4 mm),  $1 \times 10^{-1}$  (4,5 mm) e puro (14 mm); Doente B- Cidex® OPA puro (6,5 mm) e diluído negativos. Os TCP com OPA realizados em 4 controlos (2 indivíduos saudáveis e 2 atópicos) foram negativos. IgE total: Doente A-166 e Doente B-41 kU/L. IgE específica para látex negativa nos 2 doentes.

**Conclusões:** Nestes doentes foi diagnosticada alergia ao OPA, manifestada por uma reacção de hipersensibilidade imediata. Provavelmente, ficaram sensibilizados a este produto devido à exposição repetida a que foram sujeitos durante as múltiplas cistoscopias realizadas. Devem fazer evicção deste desinfectante e substituí-lo por outro de acordo com a compatibilidade do cistoscópio utilizado, a referir: peróxido de hidrogénio, ácido peracético e óxido de etileno.

**P17 – Provas de provocação diagnóstica com fármacos – a perspectiva do doente**Ana Leblanc<sup>1</sup>, Eva Gomes<sup>2</sup><sup>1</sup>Hospital São João, Porto; <sup>2</sup>Centro Hospitalar do Porto – Hospital Maria Pia, Porto

**Introdução e objectivo:** A prova de provocação é considerada o *gold standard* para o diagnóstico das reacções de hipersensibilidade a fármacos. Este trabalho pretendeu avaliar a satisfação dos doentes submetidos a uma prova de provocação diagnóstica e a sua percepção sobre a utilidade da mesma.

**Métodos:** Realizou-se um questionário aos pais de 73 crianças submetidas a prova de provocação diagnóstica com fármaco (PDF) suspeito de ter causado reacção de hipersensibilidade. Questionaram-se vantagens e desvantagens do procedimento, utilidade, importância e se o recomendariam a outros. Avaliou-se igualmente a satisfação global em relação à prova, numa escala de 1 (muito insatisfeito) a 5 (muito satisfeito).

**Resultados:** Foram avaliados 73 doentes (53.4% do sexo feminino), entre os 5 e os 18 anos (média: 10 anos). Na maioria dos doentes a reacção prévia tinha sido cutânea (69.9%). Os antibióticos foram responsáveis por 46.5% das reacções, seguidos pelos AINE's (30.1%). Onze PDF foram positivas, 5 das quais com urticária/angioedema como resultado da prova. Quarenta e quatro doentes (60.3%) não apontaram qualquer desvantagem da PDF e 13 doentes (17.8%) indicaram a morosidade do procedimento como principal inconveniente. As principais vantagens referidas pelos doentes foram: "maior certeza acerca do diagnóstico" (41.1%) e "saber que podem tomar o fármaco" (39.7%). Apenas 8.2% não identificou qualquer vantagem. Quase 99% dos doentes consideraram que a prova foi útil e todos acharam que o procedimento era importante. Quarenta e oito por cento dos doentes referiram estar muito satisfeitos (valor 5): 45.5% nos que tiveram provas positivas e 48.4% nos que tiveram provas negativas.

**Conclusões:** A maioria dos doentes não apontou desvantagens significativas da prova e reconheceram-lhe diversas vantagens, considerando o procedimento útil e importante. Todos os doentes referiram que recomendariam a PDF a outros doentes em situação semelhante. A maioria dos doentes mostrou-se muito satisfeita com a PDF, independentemente do resultado positivo ou negativo da mesma.

**P18 – Anafilaxia ao azul patente**Leonor Viegas<sup>1</sup>, Anabela Lopes<sup>1</sup>, Manuel Branco Ferreira<sup>1,2</sup>, Manuel Pereira Barbosa<sup>1</sup><sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital Santa Maria – Centro Hospitalar Lisboa Norte; <sup>2</sup>Faculdade de Medicina – Universidade de Lisboa

**Introdução:** O azul patente V (AzP) pertence ao grupo triarilmetano dos corantes sintéticos, sendo utilizado com crescente frequência no mapeamento e biópsia do gânglio sentinela em cirurgia oncológica. Tem sido referido a possibilidade de reacções anafiláticas associadas a este corante, nos doentes submetidos a biópsia do gânglio sentinela.

**Caso clínico:** Mulher de 46 anos, com antecedentes pessoais de 3 episódios de eritema macular generalizado, pruriginoso: 30 a 40 minutos após injeção IM de penicilina (12 e 30 anos) e 30 minutos após segunda toma de amoxicilina (36 anos). Aos 46 anos, na sequência de diagnóstico de carcinoma da mama, foi submetida a mastectomia com mapeamento linfático e biópsia do gânglio sentinela. Na indução anestésica foram utilizados midazolam, fentanil, propofol, rocurónio, cefazolina, dexametasona e esomeprazol. Foi entubada orotraquealmente e 5 minutos depois feita injeção com AzP, com desenvolvimento nos 10 minutos subsequentes de reacção anafilática com urticária generalizada e hipotensão grave. Foi instituída terapêutica com adrenalina, hidrocortisona, metilprednisolona, hidroxizina, ranitidina e fluidos, com reversão do quadro clínico. O estudo imunoalergológico revelou testes cutâneos (TC) negativos para aeroalergêneos, látex e beta-lactâmicos, incluindo cefazolina. As provas de provocação com amoxicilina e penicilina foram negativas. Os TC para relaxantes musculares (rocurónio), anestésicos gerais (propofol e fentanil), midazolam, dexametasona e esomeprazol foram negativos. O teste cutâneo em picada (TCP) com AzP na concentração 2,5% (1:1) foi positivo (aos 30 min.) assim como o teste cutâneo intradérmico (TID) na concentração de 1:10 000. Foi excluído efeito irritativo, utilizando-se as mesmas concentrações em controlos negativos. Foi pesquisada eventual alternativa com azul de metileno; contudo os testes cutâneos foram também positivos: TCP na concentração de 1:1 e TID a 1:10 000.

**Conclusão:** Dada a crescente frequência de utilização do AzP nas cirurgias oncológicas para marcação do gânglio sentinela, bem como a possibilidade de reacções anafiláticas associadas ao AzP, como demonstrado neste caso, sugere-se a inclusão do AzP no estudo imunoalergológico de todas as reacções peri-operatórias que tenham incluído a administração deste corante.

### 3.ª SESSÃO DE POSTERS

Dia: 1 de Outubro 2011  
Horas: 19.30 – 21.00 horas

Moderadores: Cristina Arêde / Leonor Cunha

#### **P19 – Prevalência de alergia alimentar no âmbito do estudo “Ambiente e Saúde em creches e infantários” (ENVIRH)**

Paula Leiria-Pinto<sup>1,2</sup>, João Marques<sup>1,2</sup>, Iolanda Caires<sup>2,3</sup>, José Araújo-Martins<sup>2,3</sup>, Catarina Pedro<sup>2</sup>, Maria do Carmo Manilha<sup>4</sup>, Maria Manuela Cano<sup>4</sup>, Ana Sofia Silva<sup>4</sup>, Daniel Aelenei<sup>5</sup>, Susana Nogueira<sup>6</sup>, Paulo Paixão<sup>7</sup>, João Paulo Teixeira<sup>4</sup>, João Viegas<sup>6</sup>, José Rosado-Pinto<sup>8</sup>, Pedro Martins<sup>1,2,3</sup>, Nuno Neuparth<sup>1,2,3</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central; <sup>2</sup>Centro de Estudos de Doenças Crónicas – CEDOC; <sup>3</sup>Departamento de Fisiopatologia, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa; <sup>4</sup>Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge; <sup>5</sup>Faculdade de Ciências e Tecnologia, Universidade Nova de Lisboa; <sup>6</sup>Laboratório Nacional de Engenharia Civil; <sup>7</sup>Departamento de Microbiologia, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa; <sup>8</sup>Hospital da Luz

#### **P20 – Avaliação da qualidade de vida na alergia alimentar**

Mónica Tavares<sup>1</sup>, Leonor Cunha<sup>2</sup>, Gisela Silva<sup>1</sup>, Helena Falcão<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Pediatria, <sup>2</sup>Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar do Porto

#### **P21 – Alergia à pêra em criança com sensibilização ao látex – Um caso de reactividade cruzada?**

Cátia Alves, Ana Margarida Romeira, Paula Leiria Pinto

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

#### **P22 – Alergia ao ovo. Será o queijo um alimento a evitar?**

Cátia Alves, Ana Margarida Romeira, Paula Leiria Pinto

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

#### **P23 – Alergia ao ovo e a carne de aves – uma evolução particular**

Maria João Paes, Teresa Moscoso, Francisca Carvalho, Margarida Trindade

Serviço de Imunoalergologia, Hospital Pulido Valente, Centro Hospitalar Lisboa Norte

#### **P24 – Alergia alimentar em idade pediátrica: caracterização de casos menos frequentes**

Marta Santalha<sup>1</sup>, Filipa Correia<sup>1</sup>, Águeda Matos<sup>2</sup>, Paula Alendouro<sup>3</sup>, Alberto Costa<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Interna Complementar de Pediatria, <sup>2</sup>Assistente Hospitalar Graduado(a) de Pediatria, <sup>3</sup>Assistente Hospitalar de Imunoalergologia, Serviço de Pediatria – Centro Hospitalar do Alto Ave, Guimarães

#### **P25 – Urticária após ingestão de bebidas alcoólicas – caso clínico**

Filipa Ribeiro, Nuno Sousa, Isabel Carrapatoso, António Segorbe Luís

Serviço de Imunoalergologia, Hospitais da Universidade de Coimbra

#### **P26 – Utilidade e segurança das provas de provocação oral com peixes: avaliação de uma série de casos**

Ana Pereira, Alice Coimbra, Linda Cruz, José Luís Plácido

Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar São João, Porto

#### **P27 – Anafilaxia a maçã: dois casos clínicos**

Natacha Santos, Ângela Gaspar, Graça Pires, Mário Morais-Almeida

Centro de Imunoalergologia – José de Mello Saúde, Hospital CUF Descobertas, Lisboa

**P19 – Prevalência de alergia alimentar no âmbito do estudo “Ambiente e Saúde em creches e infantários” (ENVIRH)**

Paula Leiria-Pinto<sup>1,2</sup>, João Marques<sup>1,2</sup>, Iolanda Caires<sup>2,3</sup>, José Araújo-Martins<sup>2,3</sup>, Catarina Pedro<sup>2</sup>, Maria do Carmo Manilha<sup>4</sup>, Maria Manuela Cano<sup>4</sup>, Ana Sofia Silva<sup>4</sup>, Daniel Aelenei<sup>5</sup>, Susana Nogueira<sup>6</sup>, Paulo Paixão<sup>7</sup>, João Paulo Teixeira<sup>4</sup>, João Viegas<sup>6</sup>, José Rosado-Pinto<sup>8</sup>, Pedro Martins<sup>1,2,3</sup>, Nuno Neuparth<sup>1,2,3</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central; <sup>2</sup>Centro de Estudos de Doenças Crónicas – CEDOC; <sup>3</sup>Departamento de Fisiopatologia, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa; <sup>4</sup>Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge; <sup>5</sup>Faculdade de Ciências e Tecnologia, Universidade Nova de Lisboa; <sup>6</sup>Laboratório Nacional de Engenharia Civil; <sup>7</sup>Departamento de Microbiologia, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa; <sup>8</sup>Hospital da Luz

**Introdução:** A alergia alimentar é uma situação cuja prevalência não se encontra convenientemente estimada na idade pediátrica. O presente trabalho pretendeu estimar a prevalência de alergia alimentar reportada, numa amostra de crianças de Lisboa e Porto.

**Métodos:** No âmbito do Projecto ENVIRH foram seleccionadas aleatoriamente 46 Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) das cidades de Lisboa e Porto, estratificadas por freguesia e número de alunos. As escolas seleccionadas corresponderam a metade das IPSS destas duas cidades. Em Outubro de 2010 foi entregue aos pais de todas as crianças um questionário que incluía perguntas do estudo ISAAC e questões sobre alergia alimentar (n=5161).

**Resultados:** Foram devolvidos 3185 questionários. A idade média foi de  $3.1 \pm 1.5$  anos, sendo 50.5% do sexo masculino. A prevalência reportada de alergia alimentar foi de 7.7% (IC 95%: 6.8% – 8.7%). Os principais alimentos reportados foram o leite (1.7%), ovo (0.7%), peixe (0.2%) e outros alimentos (3.9%). Estudou-se a associação da alergia alimentar com diversas variáveis, designadamente: idade, sexo, escolaridade dos pais, tabagismo passivo, existência de irmãos mais velhos, antecedentes de sibilância nos 12 meses anteriores, antecedentes de eczema na criança e antecedentes de asma ou rinite nos pais. Na análise multivariável persistiram significativos ( $p < 0.05$ ) somente a existência de antecedentes de eczema (OR: 1.60; IC 95: 1.21 – 2.11;  $p = 0.001$ ) e de sibilância nos 12 meses anteriores (OR: 2.27; IC 95: 1.71 – 3.02;  $p < 0.001$ ).

**Conclusão:** A alergia alimentar reportada é frequente na criança e associa-se ao eczema atópico e à sibilância recorrente. Estratégias visando a prevenção da alergia alimentar poderão ser úteis na redução do impacto da doença alérgica respiratória.

Financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia – ENVIRH Project PTDC/SAU-ESA/100275/2008.

**P20 – Avaliação da qualidade de vida na alergia alimentar**

Mónica Tavares<sup>1</sup>, Leonor Cunha<sup>2</sup>, Gisela Silva<sup>1</sup>, Helena Falcão<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Pediatria, <sup>2</sup>Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar do Porto

**Introdução:** A alergia alimentar (AA) representa um grande problema de saúde condicionando uma morbilidade significativa. A aplicação de um questionário validado pode ajudar a determinar o impacto que a AA tem nas crianças e famílias.

**Métodos:** Obtida autorização prévia por parte dos autores, foi aplicado durante um ano, o inquérito de qualidade de vida “Food Allergy Quality of Life Questionnaire – Parent Form” da autoria do DunnGalvin e colaboradores, na consulta de AA. Dos 81 questionários entregues 13 foram excluídos por serem repetidos ou por não estarem devidamente preenchidos.

Para a avaliação da qualidade de vida foram analisadas 14, 26 ou 30 questões dependendo da idade da criança e subdivididas em 3 domínios: impacto emocional, ansiedade alimentar e limitações sociais e da dieta. Cada pergunta tinha uma escala de 0 a 6, correspondendo o 6 ao maior impacto na qualidade de vida. A análise estatística foi realizada com o SPSS 19 considerando aceitável um nível de significância de  $p < 0,05$ ; aplicado o teste de Qui-quadrado.

**Resultados:** Foram analisados 68 inquéritos respondidos pelos pais de crianças com AA. A idade média foi de 7 anos, 45 (66.2%) do sexo masculino. A maioria das crianças era alérgica a mais do que um alimento. Os alimentos implicados na AA foram por ordem decrescente o ovo (47,1%), leite (44,1%), amendoim (27,9%), marisco e peixe (23.5%), frutos frescos e frutos secos (20.6%) e o trigo (16.2%). Os sintomas mais frequentemente relacionados com a AA foram os cutâneos (73,5%), prurido e eritema em 41,2% e 47,1%, seguidos pelos sintomas respiratórios em 58,8%, oculares em 36,8% e gastrointestinais em 33,8%, respectivamente. Quinze doentes (22,1%) tiveram uma reacção anafilática e 18 têm adrenalina para auto-administração. A qualidade de vida determinada pela média das três variáveis foi de 2,33, sendo que a ansiedade com a comida apresentou a pontuação média maior, de 2,9 (limitações sociais e da dieta 2,09 e o impacto emocional 1,98). Quando correlacionamos o género, a idade ou a existência de reacção anafilática com os scores obtidos no questionário verificámos que as diferenças não são significativas. Apenas a evicção de um número elevado de alimentos teve significado estatístico.

**Conclusões:** A alergia alimentar parece condicionar uma limitação na qualidade de vida que não directamente relacionada com a gravidade da AA. A percepção de um grande número de alimentos a evitar parece ser o factor de pior prognóstico na população estudada.

**P21 – Alergia à pêra em criança com sensibilização ao látex – Um caso de reactividade cruzada?**

Cátia Alves, Ana Margarida Romeira, Paula Leiria Pinto  
Serviço de Imunoalergologia, Hospital Dona Estefânia – Centro Hospitalar de Lisboa Central

**Introdução:** Na alergia ao látex são conhecidos como grupos de risco *major* doentes com espinha bífida/malformações urológicas e os profissionais de saúde. Está também descrita a possibilidade de reacções após a ingestão de frutos/vegetais – Síndrome látex-frutos –, entidade que devido ao perfil de sensibilização é mais comum nos profissionais de saúde. No entanto, têm surgido situações que não seguem os padrões esperados, como o caso clínico que a seguir se descreve.

**Caso clínico:** Reporta-se um caso clínico de uma jovem de 10 anos, com parésia do plexo braquial e luxação do ombro direito à data do nascimento, submetida a duas intervenções cirúrgicas. Como antecedentes familiares, apenas de salientar mãe com rinite alérgica. Aos 9 anos refere pela primeira vez dois episódios de edema das mãos e pavilhões auriculares, eritema da face e dispneia alguns minutos após a refeição. Aos 10 anos, após ingestão de castanha inicia quadro de angioedema labial, eritema da face, tosse e dispneia. Em ambas as situações recorreu ao serviço de urgência (SU), tendo sido medicada com antihistamínico e corticóide oral com boa resposta. A doente descrevia ainda prurido orofaríngeo com a ingestão de pêssego. Foi avaliada em consulta de Imunoalergologia, onde efectuou testes cutâneos por picada (TC) que foram negativos para aeroalergénios, extracto de pêssego e castanha e positivos para látex e estes alimentos em natureza. Doseou-se IgE específica, tendo sido positiva apenas para látex (classe 4). Ficou em evicção de látex, castanha e pêssego e com indicação para efectuar em SOS kit de auto-administração de adrenalina, corticóide e anti-histamínico. De salientar que não refere sintomas no contacto diário com látex. Seis meses depois, após ingestão de pêra, inicia quadro de urticária, dispneia e sensação de aperto da orofaringe. Realizou TC que foram positivos para pêra (polpa e casca), tendo iniciado evicção deste alimento.

**Discussão:** Trata-se de um caso clínico curioso, pela identificação de alergia ao látex numa criança não pertencendo a nenhum grupo de risco, cuja manifestação inicial é um episódio de anafilaxia com a ingestão de castanha, sendo a síndrome látex-frutos pouco frequente nesta faixa etária. O episódio de anafilaxia com a ingestão de pêra leva-nos a suspeitar da existência de reactividade cruzada com o látex, ainda não descrito até à data.

**P22 – Alergia ao ovo. Será o queijo um alimento a evitar?**

Cátia Alves, Ana Margarida Romeira, Paula Leiria Pinto  
Serviço de Imunoalergologia, Hospital Dona Estefânia – Centro Hospitalar de Lisboa Central

**Introdução:** A alergia ao ovo é uma das alergias alimentares mais frequentes nas crianças. Esta alergia pode provocar graves reacções alérgicas em crianças sensibilizadas, sendo que a evicção do ovo implica importantes restrições na dieta. É uma alergia alimentar habitualmente transitória. No entanto, existem casos, como o que a seguir se descreve, em que esta persiste.

**Caso clínico:** Os autores reportam um caso clínico de adolescente de 17 anos, com antecedentes de Síndrome de Kartagener e rinite alérgica. Com a primeira ingestão de ovo aos 12 meses refere reacção urticariforme e dispneia. Ficou em evicção desde essa altura, não tendo existido reacções ou contactos acidentais posteriores. Aos 17 anos, uma hora após ingestão de pizza com queijo *italiano*, descreve quadro de epífora, prurido nasal, esternutos, angioedema da face e palpebral, exantema, lesões maculopapulares generalizadas e dispneia. Recorreu ao Serviço de Urgência onde foi medicado com adrenalina, clemastina, metilprednisolona e salbutamol, com melhoria clínica. Na sequência deste episódio foi referenciado a consulta de Imunoalergologia.

Realizou testes cutâneos por picada que foram positivos para gramineas, oliveira, gato, clara, gema, ovalbumina e ovomucóide e doseamento de IgE total (1726 KUI/L) e específicas para clara e gema de ovo, ovalbumina e ovomucóide (classe 6). Foi medicado com kit de auto-administração de adrenalina, anti-histamínico e corticóide *per os* em SOS e evicção deste alimento. Na investigação do episódio referido verificou-se que o queijo italiano da pizza continha ovo, tendo sido este o factor desencadeante da reacção anafilática.

**Discussão:** A alergia ao ovo é considerada como tendo bom prognóstico, sendo que as crianças geralmente adquirem tolerância durante a idade escolar. No entanto, existem excepções. Com a introdução de alimentos habitualmente não consumidos na dieta portuguesa, fruto da globalização actual, podem surgir fontes alérgicas completamente inesperadas, pelo que devemos estar cada vez mais alerta e promover uma educação rigorosa dos nossos doentes nesse sentido.

**P23 – Alergia ao ovo e a carne de aves – uma evolução particular**

Maria João Paes, Teresa Moscoso, Francisca Carvalho, Margarida Trindade

Serviço de Imunoalergologia, Hospital Pulido Valente, Centro Hospitalar Lisboa Norte

**Introdução:** Descreve-se o caso clínico de um doente de 24 anos que, a partir do primeiro ano de vida, na tentativa de introdução de ovo na dieta, iniciou queixas de vômitos, cólica abdominal e diarreia. Desde então, manteve evicção de ovo e, nos contactos accidentais, descrevia clínica sobreponível, chegando a associar-se urticária e aperto cervical. Aos 4 anos, iniciou contacto com a pastelaria da família, onde trabalha diariamente desde os 20 anos. A partir dessa altura, notou dispneia baixa e aperto torácico imediatamente após inalação de aerossol de ovo utilizado na pastelaria, situação que se tornou frequente no último ano. Manteve-se assintomático fora do ambiente laboral. Tolerava carne de aves até há 4 meses, quando iniciou episódios de náuseas, aperto cervical e dispneia baixa após ingestão de carne de galinha e, posteriormente, de peru e codorniz. Nunca teve exposição ambiental a aves.

**Métodos:** Realizaram-se testes cutâneos em picada (TCP) com extracto (Merck® – de aeroalergénios comuns, ovo de galinha, clara e gema, carne de frango, leite de vaca, farinhas de trigo, cevada, centeio, aveia, milho e soja, glúten, noz, avelã, pistácio, caju, tremoço, sésamo e canela), bem como TCP com alimento em natureza (frango cru e assado, peru, codorniz e pato). Dosearam-se IgE específicas (UniCAP Phadia®) para clara e gema de ovo, ovomucóide, ovalbumina, carne de frango e mistura de penas. A função respiratória avaliou-se por espirometria e foi realizada prova de provocação brônquica com metacolina.

**Resultados:** Os TCP foram positivos para ovo de galinha, clara, gema e carne de frango (em extracto) e para frango, peru, codorniz e pato (em natureza). O doseamento de IgE específicas (kU/L) revelou: gema de ovo 45.30, clara de ovo 19.90, ovalbumina 4.72, ovomucóide 3.59 e carne de frango 11.40 (aguarda-se IgE específica para mistura de penas). O estudo funcional respiratório demonstrou reactividade brônquica muito ligeira à metacolina (PD 20 FEV1 – 10.1 µmol), com espirometria normal.

**Conclusão:** Propõe-se o diagnóstico de síndrome ovo-ave, com sensibilização primária ao ovo de galinha e, por reactividade cruzada, progressão para alergia à carne de aves na idade adulta. Discute-se o papel da exposição por via inalatória na evolução da clínica. Por fim, salienta-se a dificuldade de evicção alérgica diária no local de trabalho.

**P24 – Alergia alimentar em idade pediátrica: caracterização de casos menos frequentes**

Marta Santalha<sup>1</sup>, Filipa Correia<sup>1</sup>, Águeda Matos<sup>2</sup>, Paula Alendouro<sup>3</sup>, Alberto Costa<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Interna Complementar de Pediatria, <sup>2</sup>Assistente Hospitalar Graduado(a) de Pediatria, <sup>3</sup>Assistente Hospitalar de Imunoalergologia, Serviço de Pediatria – Centro Hospitalar do Alto Ave, Guimarães

**Introdução:** A prevalência da alergia alimentar, em idade pediátrica, é cerca de 4-6%. As principais alergias são às proteínas do leite de vaca e à clara do ovo, sendo geralmente transitórias, com aquisição de tolerância até à idade pré-escolar. Outras tendem a ser persistentes, assistindo-se a um incremento recente de alguns alérgenos alimentares como é o exemplo do kiwi (“actinidia”).

**Objectivos e métodos:** Selecção e caracterização de casos clínicos de alergias alimentares persistentes e/ou menos frequentes em idade pediátrica, seguidos na consulta de alergologia, num Hospital nível II, através da revisão de processos clínicos. O diagnóstico baseou-se na história clínica, testes cutâneos, doseamento de IgE sérica específica e, na ausência de contra-indicações, prova de provocação oral.

**Resultados:** Seleccionaram-se 12 casos, dos quais 75%(9) eram do sexo masculino. A principal origem de referência foi o serviço de urgência [41,7%(5)]. A idade média do diagnóstico foi aos 41 meses [5-132 meses]. Registaram-se antecedentes familiares de doença alérgica em 58,3%(7) e 83,3%(10) tinham concomitantemente outra manifestação de atopia, com maior frequência asma (6). Constatamos 7 casos de alergia ao kiwi, 2 dos quais com sensibilização cruzada com gramíneas (caso 1 e 10). Verificaram-se 4 casos de polissensibilização alimentar. As manifestações mais frequentes foram: urticária [66,7%(8)]; edema perioral [63,6%(7)]; angioedema [41,7%(6)] e dispneia [45,5%(5)]. Todos os testes cutâneos foram positivos, o mesmo não se verificou com os exames laboratoriais (caso 5: testes cutâneos e prova de provocação ao kiwi positiva, com IgE sérica específica, ISAC, Immunoblotting negativos). Dos 4 casos que realizaram provocação oral, apenas um adquiriu tolerância (caso 3: alergia à pescada com tolerância aos 13 anos). Um caso tem agendada provocação oral.

**Conclusões:** Nestes casos, constatou-se que a maioria das crianças apresenta sensibilização cruzada com outros alérgenos, bem como outra manifestação concomitante de alergia, reflectindo o passo primordial da alergia alimentar na marcha alérgica. Destaca-se o número de casos de alergia ao kiwi, fruta ubíqua entre os portugueses. O diagnóstico de alergia alimentar é de extrema importância, pela evicção que implica e potencial gravidade clínica. É essencial actuar na prevenção, não só a nível da indústria alimentar para a correcta rotulagem dos alimentos, mas também na promoção dos bons hábitos alimentares e na educação da criança alérgica.

**P25 – Urticária após ingestão de bebidas alcoólicas – caso clínico**

Filipa Ribeiro, Nuno Sousa, Isabel Carrapatoso, António Segorbe Luís

Serviço de Imunoalergologia, Hospitais da Universidade de Coimbra

**Introdução:** São frequentes as reacções adversas após a ingestão de álcool, estando principalmente implicadas diferenças metabólicas interpessoais e o conteúdo em histamina das bebidas alcoólicas. Quando uma reacção de hipersensibilidade está implicada, esta pode ser devida ao álcool em si ou a um dos seus metabolitos, nomeadamente o ácido acético ou o acetaldeído.

**Caso clínico:** Apresentamos o caso duma doente de 25 anos de idade com antecedentes pessoais de atopia que, desde há cerca de um ano e meio, refere queixas de urticária generalizada e náuseas imediatamente após a ingestão de qualquer bebida alcoólica, mesmo pequena quantidade (vinho do Porto, vinho branco, vermute, cerveja). Sem queixas com a ingestão de bebidas não alcoólicas (por exemplo, cerveja sem álcool), vinagre, ou qualquer alimento, inclusive alimentos confeccionados com bebidas alcoólicas. Foi enviada à Consulta de Imunoalergologia onde realizou hemograma, bioquímica e imunoglobulinas séricas (normais), testes cutâneos por picada a aeroalergénios (positivo a gramíneas e *Dermatophagoides pteronyssinus*) e *prick-prick* às bebidas alcoólicas suspeitas (cerveja, vinho branco, vermute, vinho do Porto) que foram negativos. Procedeu-se então a uma prova de provocação em ocultação simples com álcool absoluto diluído em sumo de laranja, tendo reagido com a dose cumulativa de 10ml (5+5) – cerca de 20 minutos após a primeira toma referiu prurido palmar; cerca de 15 minutos após a segunda toma apresentou eritema pruriginoso palmar, prurido plantar e lesões de urticária na face anterior do braço esquerdo. Foi administrada cetirizina 10mg *po* com resolução completa das queixas ao fim de 1h. Posteriormente, efectuaram-se testes cutâneos *prick-prick* a álcool absoluto nas concentrações de 10 e 96%, ácido acético a 0,6, 1,2 e 9,6% e acetaldeído a 0,1, 1, 10%. Destes foram positivos os testes ao ácido acético a 1,2 e 9,6% com pápulas de 3 e 5mm respectivamente. Finalmente realizaram-se testes cutâneos por picada a controlos atópicos e não atópicos (3 de cada) ao ácido acético nas 3 concentrações, os quais foram negativos.

**Discussão/Conclusão:** Apresentamos uma doente com reacção do tipo imediato a bebidas alcoólicas. Tendo em conta a história da doente e o estudo apresentado, o agente causal parece ser o ácido acético e a reacção parece ser mediada pela IgE.

**P26 – Utilidade e segurança das provas de provocação oral com peixes: avaliação de uma série de casos**

Ana Pereira, Alice Coimbra, Linda Cruz, José Luís Plácido

Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar São João, Porto

**Introdução:** As provas de provocação oral (PPO) são importantes na abordagem do doente com suspeita de alergia a peixes. O objectivo deste trabalho foi caracterizar uma série de doentes que realizaram PPO com peixes e comparar os resultados dos testes cutâneos picada-picada (TCPP) e IgE específicas com a resposta nas PPO.

**Métodos:** Revistos os processos de alergia alimentar do serviço de Imunoalergologia do Centro Hospitalar São João e seleccionados todos os doentes que realizaram PPO com peixes entre 06/2009 e 08/2011. Todas as PPO foram abertas; os peixes testados foram seleccionados de acordo com a reacção, TCPP, IgE específica e vontade do doente. Não foram realizadas PPO diagnósticas a doentes com anafilaxias graves. Foram tomadas as medidas de precaução habituais, com presença de pelo menos um médico especialista e medicação de emergência sempre disponível.

**Resultados:** Realizadas 61 PPO em 24 doentes (1-7 por doente). Quinze (63%) eram do sexo feminino, com idade mediana (variação interquartil) de 19 (6-38) anos. Cerca de 45% atópicos; 67% com história de rinite, 42% asma, 17% dermatite e 17% alergia a outros alimentos. Sete dos 24 tinham tido reacções anafiláticas possivelmente associadas a peixes. Cinquenta e uma PPO (84%) foram negativas, com uma dose mediana (variação interquartil) tolerada de 87,6 (63,1-127,3)g. Quatro foram duvidosas por sintomas inespecíficos que levaram a interrupção antes da dose final; 1 posteriormente repetida e negativa. Seis PPO (10%) foram positivas em 5 doentes; duas reacções ocorreram na dose inicial de contacto e 2 na primeira dose ingerida (1g); não foi necessária administração de adrenalina. Cinco das 6 positivas ocorreram em 4 doentes com história de anafilaxia (apenas 1 destas PPO realizada com o peixe suspeito). Três doentes com PPO positiva fizeram PPO com peixes alternativos que foram negativas. As proporções de discordância entre TCPP e PPO são elevadas (29% para atum, 60% bacalhau, 29% salmão e 33% pescada) tal como entre IgE e PPO (54% para atum e 20% bacalhau). Não foi possível análise para os outros peixes.

**Conclusões:** As provas de provocação oral com peixes são seguras se tomadas as medidas de precaução habituais; neste estudo, foi possível encontrar um peixe tolerado em quase todos os doentes (22 dos 24, 92%). Um estudo multicêntrico poderá permitir uma melhor avaliação da concordância entre os diferentes exames de diagnóstico e um melhor conhecimento dos alergénios e mecanismos de reactividade cruzada entre peixes.

**P27 – Anafilaxia a maçã: dois casos clínicos**

Natacha Santos, Ângela Gaspar, Graça Pires, Mário Morais-Almeida  
Centro de Imunoalergologia – José de Mello Saúde, Hospital CUF  
Descobertas, Lisboa

**Introdução:** As rosáceas são uma importante causa de alergia alimentar na área do Mediterrâneo, sendo o pêssego o fruto desta família mais implicado em casos de anafilaxia. Descrevem-se 2 casos clínicos menos usuais de anafilaxia a maçã, por provável sensibilização a proteínas de transferência de lípidos (LTPs).

**Caso clínico 1 (C1):** Mulher de 29 anos, com asma e rinoconjuntivite alérgica, sensibilizada a pólenes de gramíneas e parietária, ácaros e gato, sem antecedentes de alergia alimentar, com 1 episódio de anafilaxia (prurido e sensação de aperto orofaríngeo, dificuldade respiratória e urticária generalizada) imediata após ingestão de maçã com casca, após período de jejum. Efectuou anti-histamínico e corticóide orais e broncodilatador inalado, com regressão das queixas em 1h. Posteriormente refere 2 episódios de angioedema labial após ingestão de sumo de pêssego e pêssego com casca.

**Caso clínico 2 (C2):** Adolescente do sexo masculino com 18 anos, com asma e rinite alérgica, sensibilizado a ácaros e pólenes de gramíneas e cipreste, sem antecedentes prévios de alergia a maçã, com 1 episódio de anafilaxia (prurido generalizado, angioedema dos lábios, mãos e pés e dificuldade respiratória) imediata após ingestão de maçã com casca, durante jogo de futebol. Recorreu ao serviço de urgência, sendo medicado com anti-histamínico e corticóide ev, broncodilatador inalado e oxigenoterapia, com regressão das queixas em 3h. Previamente refere 1 episódio de angioedema da face após ingestão de sumo de pêssego.

Ambos negam queixas com ingestão de outras rosáceas. Do estudo complementar salientam-se os testes cutâneos por picada (extractos Bial-Aristegui®) positivos para casca de maçã e de pêssego, imunoglobulina E específica (slgE) positiva para maçã (C1=0,48kU/L; C2=10,3kU/L), pêssego (C1=0,51kU/L; C2=13,2kU/L) e rPru p 3 (C1=0,69kU/L; C2=8,3kU/L) e ImmunoCAP ISAC® (Phadia) positivo para LTPs (C1: nPru p 3 e rPar j 2; C2: nPru p 3 e rCor a 8).

**Discussão:** Confirmou-se a sensibilização a LTPs, panalergénios termoestáveis e resistentes à degradação enzimática, presentes na casca da maçã e do pêssego. Para além do alergénio Pru p 3 (LTP do pêssego) identificado, a determinação da slgE ao alergénio Mal d 3 (LTP da maçã) seria importante, mas não está disponível na prática clínica. Realça-se o facto de as manifestações com a maçã terem sido de maior gravidade, o que poderá dever-se à quantidade de LTPs presente, bem como a possíveis factores externos como o jejum ou o exercício.

**4.ª SESSÃO DE POSTERS**

Dia: 1 de Outubro 2011

Horas: 19.30 – 21.00 horas

*Moderadores:* Beatriz Tavares / Cristina Lopes

**P28 – Angioedema hereditário – características clínicas e demográficas**

Leonor Viegas<sup>1</sup>, Manuel Branco Ferreira<sup>1,2</sup>, Amélia Spínola Santos<sup>1</sup>, Manuel Pereira Barbosa<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Lisboa Norte; <sup>2</sup>Faculdade de Medicina – Universidade de Lisboa

**P29 – Angioedema hereditário (AEH) no Serviço de Urgência: tempo até ao tratamento**

Manuel Branco Ferreira, Leonor Paulos Viegas, Amélia Spínola Santos, Manuel Pereira Barbosa

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

**P30 – Diagnostico de componentes na alergia a *Anisakis*: utilidade dos alérgenos Ani s 1 e Ani s 3**

Pedro Gamboa, Juan Asturias<sup>\*</sup>, Rubén Martínez<sup>\*\*</sup>, Ignacio Antepará, Ignacio Jauregui, Iñaki Urrutia, Begoña Madariaga<sup>\*</sup>, Maria Sanz<sup>\*\*</sup>

Hospital de Basurto, Servicio de Alergología, Bilbao; <sup>\*</sup>Bial-Aristegui, R&D Department, Bilbao; <sup>\*\*</sup>Clínica Universidad de Navarra, Departamento de Alergología e Inmunología Clínica, Pamplona, España

**P31 – Dermate atópica: interesse dos têxteis biofuncionais na inibição do *Staphylococcus aureus***

Freni Tavarria<sup>1</sup>, Cristina Lopes<sup>2,3</sup>, Rosa Silva<sup>4</sup>, José Soares<sup>1</sup>, Vera Oliveira<sup>4</sup>, José Morgado<sup>4</sup>, Manuela Pintado<sup>1</sup>, Luís Delgado<sup>2,5</sup>

<sup>1</sup>Escola Superior de Biotecnologia, Universidade Católica Portuguesa, Porto; <sup>2</sup>Serviço & Laboratório de Imunologia Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; <sup>3</sup>Unidade de Imunoalergologia, Hospital Pedro Hispano, Matosinhos; <sup>4</sup>Centro Tecnológico e das Indústrias Têxtil e do Vestuário de Portugal, Vila Nova de Famalicão; <sup>5</sup>Serviço de Patologia Clínica, Hospital de São João, Porto

**P32 – Biodiversidade e caracterização de estirpes de *Staphylococcus* provenientes de indivíduos com dermatite atópica**

José Soares<sup>1</sup>, Freni Tavarria<sup>1</sup>, Cristina Lopes<sup>2</sup>, Rosa Silva<sup>3</sup>, Vera Oliveira<sup>3</sup>, José Morgado<sup>3</sup>, Luís Delgado<sup>2</sup>, Manuela Pintado<sup>1</sup>

<sup>1</sup>CBQF – Escola Superior de Biotecnologia, Universidade Católica Portuguesa, Porto; <sup>2</sup>Serviço & Laboratório de Imunologia Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; <sup>3</sup>Centro Tecnológico e das Indústrias Têxtil e do Vestuário de Portugal, Vila Nova de Famalicão

**P33 – Dermatite de contacto alérgica a dissulfureto de dialilo e alfa-metileno-gama-butirolactona**

Jorge Viana<sup>1</sup>, Leonor Ramos<sup>2</sup>, Juliano Isaías<sup>3</sup>, Margarida Gonçalo<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospitais Universidade de Coimbra;  
<sup>2</sup>Serviço de Dermatologia, Hospitais Universidade de Coimbra; <sup>3</sup>Serviço de Dermatologia, Hospital Américo Boavida, Luanda

**P34 – Eczema atópico e comorbilidades**

Vera Rodrigues, Cátia Fernandes Alves, Ana Margarida Romeira, Sara Prates, Paula Leiria Pinto  
 Serviço de Imunoalergologia, Área de Pediatria Médica, Hospital de Dona Estefânia – Centro Hospitalar de Lisboa Central (Director da Área Departamental de Pediatria Médica: Dr. Gonçalo Cordeiro Ferreira)

**P35 – Evolução clínica na imunodeficiência comum variável**

Rita Câmara, Filipa Sousa, Susana Oliveira  
 Unidade de Imunoalergologia, Hospital Nélcio Mendonça, Funchal

**P36 – Terapêutica com imunoglobulina G subcutânea vs endovenosa**

Filipa Sousa, Susana Oliveira, Rita Câmara  
 Unidade de Imunoalergologia, Hospital Nélcio Mendonça, Funchal

**P28 – Angioedema hereditário – características clínicas e demográficas**

Leonor Viegas<sup>1</sup>, Manuel Branco Ferreira<sup>1,2</sup>, Amélia Spínola Santos<sup>1</sup>, Manuel Pereira Barbosa<sup>1,2</sup>  
<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Lisboa Norte; <sup>2</sup>Faculdade de Medicina – Universidade de Lisboa

**Introdução:** Os doentes (dts) com angioedema hereditário (AH) têm características clínicas muito variáveis inter e intra-individualmente.

**Objectivo:** Descrever características clínicas de dts com AH, seguidos no S. Imunoalergologia do HSM/CHLN.

**Métodos:** Inquérito telefónico em Maio/2011 a dts com AH. Descrevem-se dados demográficos e clínicos: classificação de gravidade, duração das crises e terapêutica. Utilizámos os testes Mann-Whitney e Kruskal-Wallis; considerou-se significativo  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Obtiveram-se 58 questionários, em que as respostas foram dadas pelos próprios ou pais. Dados demográficos: 31 famílias (1-15 dts por família). Média de idades:  $41 \pm 16$  anos (mediana 40, mín 2, máx 73 anos); 55% mulheres. Dados clínicos: 38% com AH tipo 1 e 62% tipo 2. Terapêutica de manutenção: 18 dts (31%) não efectuam terapêutica; 31 dts (53%) tomam regularmente stanozolol (média 2mg/dia(d); mín 0,8 e máx 4mg/d) e 5 dts (9%) danazol (média 130 mg/d; mín 57 e máx 200 mg/d); 3 dts (5%) tomam regularmente antifibrinolíticos e 1 dte (2%) CIINH. Classificação gravidade no último ano: 35% grave, 38% moderada, 17% ligeira ou mínima e 10% assintomáticos. No ano anterior 21% não referiram crises, 40% 1-3 crises, 19% 4-6 e 20% referiram >6 crises; nesse ano 53% dts tiveram crises abdominais, 60% mucocutâneas e 16% orofaríngeas. No mês precedente 64% não tiveram crises, 22% 1 crise e 14% tiveram  $\geq 2$  crises. A duração da última crise variou entre  $\leq 24$ h (24%) e 96h (5%). Durante as crises apenas 10 dts recorreram ao SU, 7 deles ficando internados. No entanto, o impacto das crises é superior: dos 46 dts que tiveram crises, 26 (57%) referiram não ter conseguido fazer a sua vida habitual durante a crise. As mulheres (55% da amostra total) estão mais representadas nas formas graves (70%), crises abdominais (65%), crises com duração  $\geq 36$  horas (68%) e na necessidade de internamento (86%), embora sem diferenças significativas entre os 2 sexos. Há diferenças significativas no recurso ao SU (90% mulheres) e no número de crises no último mês (média  $0,72 \pm 0,8$  nas mulheres vs.  $0,27 \pm 0,5$  nos homens). Não se verificaram quaisquer diferenças entre dts de diferentes idades nem entre dts de tipo 1 e 2.

**Conclusões:** Apesar de seguidos e medicados, esta população de dts com AH ainda mantém significativo n.º de crises/ano, com incapacidade para as actividades diárias durante as crises mas, na maioria dos casos, conseguindo controlá-las em casa. As formas mais graves ocorrem mais no sexo feminino.

**P29 – Angioedema hereditário (AEH) no Serviço de Urgência: tempo até ao tratamento**

Manuel Branco Ferreira, Leonor Paulos Viegas, Amélia Spínola Santos, Manuel Pereira Barbosa

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

**Fundamento:** Nas crises graves de AEH a demora na administração de terapêutica é relevante.

**Objectivo:** Avaliar o tempo até à administração de icatibant ou concentrado de C1 inibidor (C1INH) em doentes com crises graves de AEH.

**Material e Métodos:** Avaliaram-se os processos de doentes com AEH já conhecido que tivessem recorrido ao serviço de urgência entre 2009 e 2011 por crise grave de AEH e que tivessem recebido icatibant ou C1INH e em que o processo clínico explicitasse as horas da admissão e da terapêutica. Descrevem-se as características clínicas e demográficas dos doentes bem como o tempo até à terapêutica. Usaram-se os testes Mann-Whitney e Kruskal-Wallis na análise estatística. Considerou-se significativo  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Analisámos 20 doentes (13 mulheres), com média de idades de  $35 \pm 10$  anos, 9 com AEH tipo I e 11 tipo II. Sete doentes tiveram crise faringolaríngea (um deles também com queixas abdominais), 5 doentes tiveram crise exuberante da face ou língua (um deles também com queixas abdominais) e 8 doentes tiveram crise de localização exclusivamente abdominal. A média global de tempo até à administração de icatibant ou C1INH foi de  $2,9 \pm 2,8$  horas (mediana 2,15; mínimo 0,25 e máximo 10,67). No quadro estão indicados os valores da demora até à administração de cada um dos fármacos consoante o tipo de fármaco e consoante a localização da crise. Verifica-se a existência de tendência para uma menor demora na administração de icatibant ( $p = 0,052$ ) e de diferenças no sentido de uma maior demora no caso de crises abdominais e menor demora no caso de crises da face ( $p = 0,021$ ). Não se registaram diferenças significativas nos tempos até à administração de terapêutica segundo o sexo, idade ou tipo de angioedema.

**Conclusões:** As crises abdominais, apesar de intensamente dolorosas, demoram mais tempo até à decisão de administrar icatibant ou C1INH, provavelmente por serem menos objectivas do que as crises faciais ou por serem objecto de outras hipóteses diagnósticas, mesmo em doentes já com diagnóstico conhecido e portadores de cartão informativo. Verifica-se uma tendência para um menor tempo de demora até à administração de icatibant, possivelmente por uma maior simplicidade do processo de prescrição/dispensa do fármaco.

**Quadro:** Tempo até à administração terapêutica (horas)

	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo
Icatibant (10 dtes)	2,28	2,97	0,88	0,25	10
C1INH (10 dtes)	3,5	2,67	2,6	1,47	10,67
Face ou língua	0,91	0,35	0,75	0,58	1,47
Faringolaríngea	2,41	1,51	2,5	0,25	4,25
Abdominal	4,55	3,65	2,6	2	10,67

**P30 – Diagnostico de componentes na alergia a *Anisakis*: utilidade dos alérgenos Ani s 1 e Ani s 3**

Pedro Gamboa, Juan Asturias\*, Rubén Martínez\*\*, Ignacio Antepará, Ignacio Jauregui, Iñaki Urrutia, Begoña Madariaga\*, Maria Sanz\*\*  
Hospital de Basurto, Servicio de Alergología, Bilbao; \*Bial-Arístegui, R&D Department, Bilbao; \*\*Clínica Universidad de Navarra, Departamento de Alergología e Inmunología Clínica, Pamplona, España

**Objectivo:** *Anisakis simplex* é um nematóde que é encontrado em peixe e cefalópodes, e pode encher de parasitas nos mamíferos. A ingestão de mariscos mal cozidos infestados com *A. simplex* pode induzir sintomas alérgicos em alguns pacientes sensibilizados. A alergia de *Anisakis* é responsável por 8% das reacções agudas de urticária na nossa mídia, que leva a choque anafiláctico em muitos casos (25%). A pica cutâneo (*skin prick*) e provas de *in vitro* específicas de IgE usando extractos do corpo inteiro, mostram pouca especificidade, o que leva a sobra-diagnostico da alergia de *Anisakis*. O uso de alérgenos puros de *A. simplex* podia tornar o diagnóstico da alergia de *Anisakis* mais confiável. Neste estudo estudamos o valor diagnóstico de dois alérgenos de *Anisakis*: rAni s 1 (secretou alérgeno) e rAni s 3 (tropomiosina).

**Métodos:** Os extractos de *Anisakis* foram preparados das larvas L3 de nematóde extraídas das vísceras e a cavidade de corpo do verminho (*Micromesistius poutassou*). Proteínas foram extraídas em solução salgada, esclarecido por centrifugação, dializada e liofilizada. O cDNA de Ani s 1 e Ani s 3 foram clonados no vetor pKNI172 e expressado em *E. coli* BL21 (DE3). rAni s 1 foi purificado por cromatografia de exclusão molecular. A prova da pica cutâneo, a prova de ativação de basófilos (BAT) e IgE específica (sIgE) com rAni s 1 e 3 foram executados em 25 pacientes alérgicos a *Anisakis*, 17 controlos atopicos e 10 controlos com urticaria agudo, SPT positiva e sIgE a *Anisakis* positiva (mas sem alergia de *Anisakis*).

**Resultados:** rAni s 1 é imunologicamente equivalente a seu correspondente alérgeno natural de acordo com immunoblotting, ELISA e ELISA-inibição. A *skin prick test* com rAni s 1 (100 e 20 µg/ml) mostrou 100% sensibilidade e especificidade, enquanto nenhum dos pacientes teve um SPT positivo a rAni s 3 em qualquer concentração usada. sIgE com rAni s 1 mostrou uma 100% sensibilidade e especificidade em grupo de controlo de atopicos e 90% em grupo de controlo de urticaria. Só um paciente teve sIgE positivo a rAni s 3. O BAT mostrou 96,8% sensibilidade e 100% especificidade em grupo de controlo de atopicos e 66,7% em grupo de controlo de urticaria. rAni s 3 não induziu nenhuma ativação de basófilos em nenhuma concentração em nenhum grupo de pacientes e controlos.

**Conclusões:** rAni s 1 é o alérgeno importante de *Anisakis* e é o alérgeno de escolha para diagnosticar alergia a *Anisakis*. rAni s 3 não é relevante para explicar resultados positivos falsos.

**P31 – Dermatite atópica: interesse dos têxteis biofuncionais na inibição do *Staphylococcus aureus***

Freni Travaria<sup>1</sup>, Cristina Lopes<sup>2,3</sup>, Rosa Silva<sup>4</sup>, José Soares<sup>1</sup>, Vera Oliveira<sup>4</sup>, José Morgado<sup>4</sup>, Manuela Pintado<sup>1</sup>, Luís Delgado<sup>2,5</sup>

<sup>1</sup>Escola Superior de Biotecnologia, Universidade Católica Portuguesa, Porto; <sup>2</sup>Serviço & Laboratório de Imunologia Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; <sup>3</sup>Unidade de Imunoalergologia, Hospital Pedro Hispano, Matosinhos; <sup>4</sup>Centro Tecnológico e das Indústrias Têxtil e do Vestuário de Portugal, Vila Nova de Famalicão; <sup>5</sup>Serviço de Patologia Clínica, Hospital de São João, Porto

Financiado pelo Projecto 2nd Dermis – IDT Individual, co-financiado no âmbito do QREN (Port I 462/2007)

**Introdução:** A dermatite atópica (DA) caracteriza-se pela maior predisposição para colonização/infecção por *Staphylococcus aureus* (SA). Os têxteis biofuncionais revestidos com componentes com actividade anti-microbiana têm vindo a emergir como abordagens complementares no tratamento de doentes com DA. O objectivo foi o desenvolvimento de um têxtil funcional, impregnado com um biopolímero natural com propriedades cicatrizantes e anti-microbianas. Pretendeu-se avaliar o efeito do biopolímero na inibição da proliferação *in vitro* de SA derivados da pele de doentes com DA.

**Métodos:** Foram analisadas 13 amostras de 6 doentes (média idade: 18,6 anos) com lesões de DA, sem sinais de infecção, sem tratamento prévio com antibióticos ou imunomoduladores nas 2 semanas anteriores. A avaliação microbiológica foi realizada após zaragatoa de 25 cm<sup>2</sup> de pele imersa em soro fisiológico estéril. As amostras foram cultivadas em meios apropriados e os microrganismos viáveis enumerados após 48 h incubação a 37°C. Foram determinadas as concentrações inibitórias mínimas do biopolímero sobre o SA. Foi realizada a caracterização do têxtil, dos agentes estruturais de funcionalização e da ligação entre estes e as fibras têxteis. Foram realizados ensaios de impregnação com o biopolímero, com diferentes concentrações em algodão 100% orgânico. Foi feita a validação da técnica à escala industrial e a durabilidade das lavagens foi avaliada após ensaios de lavagem segundo a norma ISO 6330:2000.

**Resultados:** as contagens de SA em todos os doentes foram 10<sup>3</sup> – 10<sup>4</sup> UFC/25 cm<sup>2</sup>. O biopolímero natural foi capaz de inibir eficazmente a produção de enterotoxinas de SA e as concentrações inibitórias mínimas foram na ordem de 0,3 a 0,5%. Não existiram diferenças significativas na condição de impregnação. Verificou-se a durabilidade das lavagens pelo menos até 30 ciclos.

**Conclusão:** o biopolímero natural testado inibiu a proliferação *in vitro* de *Staphylococcus aureus*. Este facto sugere que a inclusão deste biopolímero em têxteis poderá ser útil no controlo da proliferação microbiana cutânea na dermatite atópica.

**P32 – Biodiversidade e caracterização de estirpes de *Staphylococcus* provenientes de indivíduos com dermatite atópica**

José Soares<sup>1</sup>, Freni Tavaría<sup>1</sup>, Cristina Lopes<sup>2</sup>, Rosa Silva<sup>3</sup>, Vera Oliveira<sup>3</sup>, José Morgado<sup>3</sup>, Luís Delgado<sup>2</sup>, Manuela Pintado<sup>1</sup>

<sup>1</sup>CBQF – Escola Superior de Biotecnologia, Universidade Católica Portuguesa, Porto; <sup>2</sup>Serviço & Laboratório de Imunologia Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; <sup>3</sup>Centro Tecnológico e das Indústrias Têxtil e do Vestuário de Portugal, Vila Nova de Famalicão

**Introdução:** A fisiopatologia da Dermatite Atópica (DA) é produto de uma interacção complexa. Entre os factores de natureza ambiental que podem exercer acção preponderante sobre a evolução e intensidade do quadro clínico, destaca-se o *S. aureus*, sendo que pacientes com DA apresentam uma predisposição única para colonização por *S. aureus*.

O objectivo deste trabalho foi caracterizar a biodiversidade de estirpes de *Staphylococcus* provenientes da pele de indivíduos com DA e de indivíduos normais, sem manifestação de qualquer distúrbio ao nível da pele. Para além da identificação das estirpes isoladas por biologia molecular, foram também caracterizados alguns factores de virulência.

**Métodos:** A amostragem foi realizada pela técnica da zaragatoa para avaliação de uma superfície de 25 cm<sup>2</sup> de pele. As amostras foram cultivadas em meios selectivos apropriados e os microrganismos viáveis enumerados após 48 h de incubação a 37°C. A identificação molecular foi efectuada por tecnologia de Multiplex-PCR e confirmada pela amplificação e sequenciação parcial do gene *sodA*. As espécies alvo escolhidas para o Multiplex-PCR foram: *S. aureus*, *S. epidermidis*, *S. capitis*, *S. haemolyticus* e *S. hominis*. O teste da coagulase foi realizado por inoculação das estirpes com de plasma de coelho e incubação a 37°C com leitura de coagulação às 24 h. A enzima DNase foi detectada em meio Dnase com incubação a 37°C durante 24 h. A avaliação da actividade hemolítica foi realizada em meio Columbia agar suplementado com 5% de sangue de cavalo e examinada após 24 e 48 h de incubação.

**Resultados:** As estirpes prevalentes nos pacientes com DA foram o *S. aureus*, com 67 (34.9%) isolados, seguido por *S. epidermidis* com 59 (30.7%), *S. hominis* com 54 (28.1%) e *S. capitis* com 12 (6.3%) isolados. Nos indivíduos saudáveis as estirpes com maior incidência foram o *S. aureus* com 8 (40.0%) isolados, e de seguida o *S. haemolyticus* com 5 (25.0%), *S. capitis* com 4 (20.0%) e *S. epidermidis* com 3 (15.0%) isolados. Na detecção da actividade de coagulase e Dnase verificou-se que a maioria dos isolados são coagulase e Dnase negativo (> 60% dos isolados). A avaliação da actividade hemolítica demonstrou uma percentagem elevada de estirpes não hemolíticas e não foram detectadas estirpes  $\alpha$ -hemolíticas nos isolados totais.

**Conclusão:** Uma elevada colonização por *S. aureus* foi encontrada em indivíduos com DA destacando um possível mecanismo de acção preponderante destes microrganismos sobre a evolução e intensidade do quadro clínico.

**P33 – Dermatite de contacto alérgica a dissulfureto de dialilo e alfa-metileno-gama-butirolactona**Jorge Viana<sup>1</sup>, Leonor Ramos<sup>2</sup>, Juliano Isaías<sup>3</sup>, Margarida Gonçalo<sup>2</sup><sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospitais Universidade de Coimbra;<sup>2</sup>Serviço de Dermatologia, Hospitais Universidade de Coimbra; <sup>3</sup>Serviço de Dermatologia, Hospital Américo Boavida, Luanda

**Introdução:** O dissulfureto de dialilo (DIL) e a alfa-metileno-gama-butirolactona (AMGB) são alérgenos responsáveis por dermatite de contacto alérgica (DCA), relacionadas respectivamente com o alho e a *Alstroemeria* ou os bolbos de tulipas. Estes alérgenos têm em comum a capacidade de atravessar facilmente vários tipos de luvas comuns e causar dermatite das mãos com um padrão de pulpites fissuradas.

Reportam-se dois casos clínicos de sensibilização cutânea a ambos alérgenos observados em Julho 2011 no Serviço de Dermatologia H.U.C. e que motivaram uma revisão dos testes epicutâneos realizados de 2006 a Julho 2011, com o objectivo de avaliar possível correlação entre estas duas sensibilizações cutâneas.

**Casos clínicos:** A – Doente do sexo feminino de 59 anos de idade, cozinheira, com lesões eritemato-descamativas pruriginosas das superfícies palmares e faces laterais do 1.º, 2.º e 4.º dedo da mão direita e na face palmar do 2.º dedo da mão esquerda com 2 anos de evolução. B – Doente do sexo feminino de 71 anos de idade, rural com lesões eczematosas, fissuradas e prurido intenso dos 1.ºs e 2.ºs dedos de ambas mãos, com evolução recidivante desde há 10 anos. Os testes epicutâneos com a Série Básica de alérgenos e as séries de plantas, que inclui a AMGBL a 0.01% vas, e o DIL a 1% vas, revelaram testes positivos em D2 e D4 (++/ +++) a DIL e AMGBL, reacções relevantes e relacionadas com as suas tarefas domésticas e de cultivo de *Alstroemeria*. Houve melhoria progressiva com a evicção dos alérgenos.

**Revisão do histórico:** A amostra inclui 1671 doentes submetidos a testes epicutâneos entre 2006 e Julho 2011, 73% do sexo feminino, com média etária de 46 anos. Destes 210 foram testados com AMGB e 135 com DIL, tendo 54 sido testados a ambos os alérgenos.

Demonstrámos reacção positiva e relevante a AMGB em 34 doentes, todos do sexo feminino, a DIL em 39 doentes, apenas 1 do sexo masculino, e a ambos em 10 doentes do sexo feminino. A reactividade aos 2 alérgenos revelou-se superior ao esperado e com significado estatístico ( $p=0.013$ ) de acordo com análise em SPSS v19.

**Conclusão:** A reactividade simultânea a estes dois alérgenos revela uma associação estatisticamente significativa. A sua estrutura química, bastante distinta, não sugere reactividade cruzada. Provavelmente trata-se de uma sensibilização concomitante pois neste grupo populacional é frequente a exposição tanto ao alho como à *Alstroemeria*, plantas que possuem estes potentes alérgenos e com capacidade sensibilizar mesmo através de luvas.

**P34 – Eczema atópico e comorbilidades**

Vera Rodrigues, Cátia Fernandes Alves, Ana Margarida Romeira, Sara Prates, Paula Leiria Pinto

Serviço de Imunoalergologia, Área de Pediatria Médica, Hospital de Dona Estefânia – Centro Hospitalar de Lisboa Central (Director da Área Departamental de Pediatria Médica: Dr. Gonçalo Cordeiro Ferreira)

**Introdução:** O eczema atópico (EA) é uma doença heterogénea, que pode acompanhar-se ou não de outras doenças alérgicas. Na marcha alérgica, frequentemente surge na mesma linha cronológica que a alergia alimentar (AA), podendo ser seguido posteriormente pela patologia respiratória.

**Objectivos:** Caracterizar os doentes referenciados à consulta de Imunoalergologia com o diagnóstico de EA.

**Métodos:** Estudo descritivo de doentes com idade inferior a 18 anos avaliados pela primeira vez entre 2009 e 2010 em consulta de Imunoalergologia com o diagnóstico de EA. Analisaram-se idade, sexo, presença de patologia respiratória (rinite e asma), AA e resultados de testes cutâneos (TC).

**Resultados:** Registaram-se 102 casos, 61,8% do sexo feminino, com idade média de 4,1 anos (mín 0, máx 15). Em 83 casos (81,4%), registaram-se comorbilidades. Em 74,5% (76) das crianças registou-se patologia respiratória associada: em 63 casos (82,9%) rinite e em 48 (63,1%) asma. A AA esteve presente em 19 casos (18,6%). As manifestações de AA foram: urticária e angioedema (12 – 63,1%), sintomas gastrointestinais (6 – 31,5%), anafilaxia (2 – 10,5%), EA (1 – 5,2%) e sintomas respiratórios (1 – 5,2%), e os alimentos mais frequentemente envolvidos foram o leite (3), ovo (3) e peixe (3). Os TC com aeroalergénios foram realizados em 65 doentes, tendo sido positivos em 39 (60%). Os ácaros são os aeroalergénios mais frequentes (92,3%), seguido de pólenes (33,3%), faneras (23%) e fungos (2,5%). Verificou-se positividade dos TC em 71% das crianças com e 29% das crianças sem patologia respiratória. Em ambos os grupos os ácaros foram os aeroalergénios mais frequentes (94% e 80% respectivamente).

**Comentários:** Este estudo mostra uma elevada prevalência de patologia respiratória e AA em crianças com EA. O número reduzido de crianças com EA isolado pode dever-se a uma maior complexidade dos doentes referenciados. A prevalência de sensibilização a aeroalergénios é elevada no grupo de crianças com patologia respiratória, o que pode mostrar a importância do controlo dos mesmos nesta população. Cerca de 1/3 das crianças só com EA estão também sensibilizadas a aeroalergénios Tal como descrito na literatura, os alimentos mais frequentemente desencadeantes de alergia foram leite, peixe e ovo.

**P35 – Evolução clínica na imunodeficiência comum variável**

Rita Câmara, Filipa Sousa, Susana Oliveira

Unidade de Imunoalergologia, Hospital Nélcio Mendonça, Funchal

**Introdução:** Os doentes com imunodeficiência comum variável (IDCV) têm uma maior susceptibilidade para desenvolver infecções recorrentes, principalmente afectando o tracto respiratório e o gastro-intestinal. Um número significativo de doentes apresenta patologias associadas a desregulação do sistema imunitário, nomeadamente doenças autoimunes, inflamação granulomatosa e neoplasias malignas.

**Casos clínicos:** Os autores apresentam 3 doentes com IDCV, do sexo feminino com 39, 51 e 57 anos. A suspeita de IDCV é levantada em todos os casos por quadro clínico de infecções do tracto respiratório recorrentes, no 1.º caso tem ainda associada diarreia crónica e endocardite infecciosa, e no 3.º caso esplenomegalia. A duração do tratamento de substituição com imunoglobulina G (IG) até à data é de 9, 7 e 3 anos respectivamente, tendo nos últimos 18 meses sido feita a administração por via subcutânea da IG. As três doentes apresentavam antecedentes de doença alérgica nomeadamente de rinite; no 1.º caso associada à asma e neste caso e no 3.º caso há ainda associação a sinusite. Em termos de evolução clínica, no 1.º caso a doente manteve episódios de infecção respiratória (3 a 4 /ano) e diarreia crónica com infestação parasitária de difícil controlo. Foi-lhe diagnosticado bronquiectasias e hiperplasia nodular linfóide intestinal em 2005 que regrediu com aumento da dose de IgG de 300 mg/Kg para 400 mg/Kg, gastrite crónica atrofica associada a uma anemia megaloblástica, com resolução das alterações hematológicas após ter iniciado reposição de vitamina B12 e ácido fólico, em 2010 à esplenomegalia associa-se trombocitopenia e concomitantemente é-lhe diagnosticado adenocarcinoma gástrico pouco diferenciado, pelo que foi submetida a gastrectomia total alargada e esplenectomia. Nos outros dois casos, para além dos episódios de infecções respiratórias de repetição associados a bronquiectasias, ambos apresentaram esplenomegalia associada a pancitopenia que justificou esplenectomia, com normalização das alterações hematológicas após a cirurgia. O 3.º caso apresenta ainda episódios de infestação a *Giardia lamblia* e 2 episódios de iridociclite em vigilância pela oftalmologia.

**Comentários:** Os autores apresentam este trabalho dado a importância duma vigilância apertada e o seguimento protocolado dos doentes com IDCV, pela multiplicidade e complexidade de quadros clínicos graves associados.

**P36 – Terapêutica com imunoglobulina G subcutânea vs endovenosa**

Filipa Sousa, Susana Oliveira, Rita Câmara

Unidade de Imunoalergologia, Hospital Nélcio Mendonça, Funchal

**Introdução:** A imunoglobulina G (IG) é terapêutica de substituição nas imunodeficiências com défice de anticorpos com complicações infecciosas, nomeadamente na Imunodeficiência Comum Variável (IDCV) com diminuição da morbilidade/ mortalidade. A administração por via subcutânea (IGSC) veio trazer uma maior comodidade / segurança e uma estabilização dos níveis de IgG, que está associada a uma melhor evolução clínica.

**Objectivo:** Avaliar os efeitos / vantagens da IGSC relativamente à imunoglobulina G por via endovenosa (IGEV).

**Material e métodos:** Foram avaliados 7 doentes com IDCV, a fazer inicialmente IGEV e actualmente IGSC (dose equivalente), avaliando-se reacções locais / sistémicas, doseamento sérico de IgG, recorrência e gravidade dos episódios infecciosos, após a mudança do modo de administração.

**Resultados:** Analisou-se a população de 7 doentes, 6 do sexo feminino, com idade média de 46 anos; todos com antecedentes de patologia alérgica: rinite em 7 doentes associada a sinusite em 4 e a asma brônquica em 3. A suspeita diagnóstica foi por infecções do tracto respiratório de repetição associado em 4 doentes a diarreia crónica. Relativamente a outras patologias associadas a IDCV: 5 doentes tinham esplenomegalia, 3 bronquiectasias, 3 hiperplasia nodular linfóide intestinal e 1 gastrite crónica. Durante o último ano com terapêutica com IGEV houve ocorrência em 2 casos de reacções anafiláticas e cefaleias. Apresentaram episódios de rinosinusite de repetição 6 doentes, tiveram pneumonias 4 e episódios de infecções a *Giardia* 4 doentes. Uma doente com esplenomegalia e pancitopenia foi submetida a esplenectomia. Durante 12 meses de IGSC todos os doentes apresentaram reacção local a administração de IGSC. Os mesmos doentes mantiveram o quadro de rinosinusite crónica mas com menor n.º de agudizações, 2 doentes tiveram pneumonia e infecções a *giardia* e 1 doente teve gripe A. 2 doentes foram submetidos a esplenectomia por esplenomegalia com pancitopenia e 1 deles fez gastrectomia por adenocarcinoma gástrico. Para a média do nível sérico de IgG verificou-se que esta foi superior durante o período de administração de IGSC, em todos os doentes, tendo sido a diferença sido estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ) em 5 casos.

**Conclusões:** Nesta população a terapêutica de substituição com IGSC associou-se a um perfil de maior segurança apenas com reacções locais e à estabilização do nível sérico IgG correspondendo a um menor número de intercorrências infecciosas.

**5.ª SESSÃO DE POSTERS**

Dia: 1 de Outubro 2011  
Horas: 19.30 – 21.00 horas

Moderadores: Ana Célia Costa / Graça Loureiro

**P37 – Grau de conhecimento da Imunoalergologia pelos utentes de um hospital**

Teresa Vieira, Eunice Castro, Ana Reis Ferreira, José Luís Plácido  
Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar São João, Porto

**P38 – Estudo longitudinal da expressão de FcεRI e da IgE em basófilos e células dendríticas em associação com a função dos basófilos numa doente com asma alérgica grave tratada com Omalizumab**

Filipa Sousa<sup>1,2</sup>, Alcinda Melo<sup>1</sup>, Joana Caiado<sup>3</sup>, Manuel Pereira Barbosa<sup>3</sup>, Ana Sousa<sup>1</sup>, Maria da Conceição Santos<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidade de Imunologia Clínica, Instituto de Medicina Molecular, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa; <sup>2</sup>Unidade de Imunoalergologia, Hospital Central do Funchal; <sup>3</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar de Lisboa Norte

**P39 – Padrão de sensibilização a ácaros de doentes de um hospital central**

Carmelita Ribeiro<sup>1</sup>, Fernando Rodrigues<sup>2</sup>, Rosário Cunha<sup>2</sup>, António Segorbe Luís<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, <sup>2</sup>Sector de Imunologia do Serviço de Patologia Clínica, Hospitais da Universidade de Coimbra

**P40 – Prevalência e caracterização da sensibilidade a pólen de ervas na região Sul de Portugal**

Luísa Lopes, Elza Tomaz, Gabriela Palma-Carlos, Ivanilde Tavares, Emília Pina

**P41 – Estudo da sensibilização aos aeroalergenos *Phl p 1*, *Phl p 5*, *Ole 1* e *Ole 2* em doentes com patologia alérgica sazonal**

Cátia Coelho<sup>2</sup>, Elsa Caeiro<sup>2,4</sup>, Luísa Lopes<sup>1</sup>, Ana Filipa Lopes<sup>3</sup>, Raquel Ferro<sup>2</sup>, José Eduardo Moreira<sup>3</sup>, Célia Antunes<sup>3,4</sup>, Rui Brandão<sup>4,5</sup>

<sup>1</sup>Hospital de Santa Luzia, Elvas; <sup>2</sup>Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica (SPAIC); <sup>3</sup>Departamento de Química, Universidade de Évora; <sup>4</sup>Instituto de Ciências Agrárias e Ambientais Mediterrânicas (ICAAM), Universidade de Évora; <sup>5</sup> Departamento de Biologia, Universidade de Évora

**P42 – Efeitos da atopia e rinite nos valores de óxido nítrico exalado – revisão sistemática**

Daniela Linhares<sup>1</sup>, Tiago Jacinto<sup>1,2,3</sup>, Ana Pereira<sup>4</sup>, João Fonseca<sup>1,2,3,4</sup>

<sup>1</sup>Ciências da Informação e da Decisão em Saúde, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; <sup>2</sup>CINTESIS, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; <sup>3</sup>Imunoalergologia, Instituto & Hospital CUF Porto; <sup>4</sup>Imunoalergologia, Centro Hospitalar São João, Porto

**P43 – Disfonia e atopia**

Gisela Calado<sup>1</sup>, Graça Loureiro<sup>1</sup>, Carla Gapo<sup>2</sup>, António Paiva<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, <sup>2</sup>Serviço de Otorrinolaringologia, Hospitais da Universidade de Coimbra

**P44 – Hiperreatividade brônquica, teste de metacolina e pequenas vias aéreas**

Teresa Vieira, Hernâni Brito, Sandrine Almeida, Eva Gomes, Helena Falcão

Unidade de Imunoalergologia, Centro Hospitalar do Porto/Hospital Maria Pia, Porto

**P45 – Carcinóide brônquico – um diagnóstico a não esquecer**

Patrícia Barreira<sup>1</sup>, José Alberto Ferreira<sup>1</sup>, José Pinheiro Braga<sup>2</sup>, José Miranda<sup>3</sup>, Paulo Neves<sup>3</sup>, João Moura e Sá<sup>4</sup>, José Pedro Moreira da Silva<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia CHVNGaia/Espinho; <sup>2</sup>Serviço de Pneumologia CHPorto e Hospital Privado da Trofa; <sup>3</sup>Serviço de Cirurgia Cardio-Torácica CHVNGaia/Espinho; <sup>4</sup>Serviço de Pneumologia CHVNGaia/Espinho

**P37 – Grau de conhecimento da Imunoalergologia pelos utentes de um hospital**

Teresa Vieira, Eunice Castro, Ana Reis Ferreira, José Luís Plácido  
Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar São João, Porto

**Introdução:** Várias iniciativas têm sido desenvolvidas no nosso País com vista à divulgação da especialidade de Imunoalergologia. Este estudo teve como objetivos avaliar o conhecimento dos utentes de um hospital relativamente à Imunoalergologia e a utilização adequada dos seus serviços.

**Métodos:** Estudo transversal com preenchimento voluntário de um questionário pelos utentes de um hospital central do Porto, no âmbito do evento “Semana da Alergia” – conjunto de sessões de esclarecimento das principais doenças alérgicas e dos serviços prestados à comunidade pelo Serviço de Imunoalergologia do referido hospital.

**Resultados:** Participaram 158 adultos (72% do sexo feminino, idade média de  $50.3 \pm 15.1$  anos). Setenta por cento afirmaram ter conhecimento da especialidade de Imunoalergologia, e 46% das patologias-alvo. Deste grupo, apenas 55% identificaram  $\geq 5$  queixas, de um total de 9, que motivam observação pela especialidade (em ordem decrescente: comichão, pingão no nariz, nariz tapado/ entupido; falta de ar; tosse, chiadeira/ gatinhos ou pieira no peito; olhos vermelhos, a lacrimejar ou com comichão; pele vermelha, seca ou a descamar e com comichão; pele empolada e com manchas (urticária) ou inchaços no corpo; reação estranha com um medicamento; após uma picada de vespa ou abelha; após ter comido um alimento; diminuição das defesas do organismo), e 20% identificaram queixas de especialidades fronteira ou fora do âmbito da Imunoalergologia. Cinquenta e seis por cento da amostra referiu diagnóstico médico de doença alérgica, 28% observação prévia em consulta de Imunoalergologia (a maioria em hospitais públicos), e 63% considera ter motivos para observação pela especialidade (suspeita de rinite/ conjuntivite ou de asma em 50% e 24% dos casos, respetivamente). O grau de conhecimento das patologias-alvo não foi superior no grupo de utentes com diagnóstico de doença alérgica (51% vs. 39%,  $p=0.152$ ), nem no grupo previamente observado por Imunoalergologia (52% vs. 44%,  $p=0.511$ ).

**Conclusões:** Verificou-se uma elevada frequência de doença alérgica mas uma utilização reduzida dos serviços de Imunoalergologia. Constatou-se um baixo nível de conhecimento real das queixas que podem motivar observação pela especialidade. Este estudo aponta para a necessidade de aumentar e melhorar as estratégias de divulgação junto da população geral e de reforçar a articulação intra-institucional e com os cuidados de saúde primários, permitindo assim uma orientação adequada do doente alérgico.

**P38 – Estudo longitudinal da expressão de FcεRI e da IgE em basófilos e células dendríticas em associação com a função dos basófilos numa doente com asma alérgica grave tratada com Omalizumab**

Filipa Sousa<sup>1,2</sup>, Alcinda Melo<sup>1</sup>, Joana Caiado<sup>3</sup>, Manuel Pereira Barbosa<sup>3</sup>, Ana Sousa<sup>1</sup>, Maria da Conceição Santos<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidade de Imunologia Clínica, Instituto de Medicina Molecular, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa; <sup>2</sup>Unidade de Imunoalergologia, Hospital Central do Funchal; <sup>3</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar de Lisboa Norte

**Introdução:** A IgE contribui para a inflamação crónica na asma alérgica através da activação de células efectoras via receptores de alta afinidade (FcεRI), cuja expressão está aumentada em mastócitos, basófilos e células dendríticas. O Omalizumab é um anticorpo monoclonal anti-IgE utilizado no tratamento de doentes com asma alérgica grave, diminuindo a IgE livre e possivelmente a expressão de FcεRI e assim contribuir para uma diminuição da libertação de mediadores inflamatórios.

**Objectivo:** Investigar o efeito da terapêutica com omalizumab na expressão dos receptores FcεRI e da IgE em basófilos, células dendríticas mielóides (mDC) e plasmocitóides (pDC) e na activação de basófilos após estimulação com anti-receptor para a IgE (anti-FcεRI) e ácaros.

**Material e métodos:** Mulher de 23 anos, com rinite e asma brônquica persistentes graves, sensibilizada a ácaros e fungos, sem resposta a imunoterapia específica subcutânea (100% *Dermatophagoides*) que suspendeu após 3 anos por urticária aguda. Iniciou Omalizumab (300 mg 4/4 semanas) por manutenção de crises de asma, infecções respiratórias de repetição e necessidade de múltiplos ciclos de corticoterapia sistémica apesar de terapêutica otimizada. A evolução clínica foi avaliada por questionário ACT e estudo funcional respiratório (EFR); avaliou-se a expressão de FcεRI e da IgE em basófilos, mDC e pDC, e activação de basófilos após estimulação com receptor para a IgE (anti-FcεRI) e ácaros, por citometria de fluxo antes do tratamento (T0) e 1 (T1), 3 (T2) e 6 (T3) meses após o início do tratamento.

**Resultados:** Observou-se melhoria clínica evidente (ACT: inicial=18; 6 meses=24), apesar de EFR sobreponível (obstrução brônquica e bronquiolar moderada a grave). Em paralelo com a melhoria clínica observou-se uma diminuição progressiva (Intensidade média de fluorescência-IMF) da expressão dos receptores FcεRI em basófilos (T0-1564; T3-120), mDC (T0-430; T3-50) e pDC (T0-219; T3-163) bem como da IgE (Basófilos: T0-1746; T3-61; mDC: T0-243; T3-25 e pDC: T0-162; T3-9). Documentou-se também uma diminuição ao longo do tempo da activação dos basófilos “in vitro” (IMF do CD63) em resposta aos ácaros (T0-136; T3-23) e ao anti-FcεRI (T0-672; T3-42).

**Conclusões:** O tratamento com Omalizumab associou-se a redução marcada dos níveis de expressão de FcεRI e de IgE em paralelo com melhoria da resposta alérgica. Será interessante avaliar a resposta após descontinuação da terapêutica para verificar se estes parâmetros suportam esta melhoria clínica.

**Agradecimentos:** Os autores agradecem à Novartis o apoio financeiro para a realização deste estudo.

**P39 – Padrão de sensibilização a ácaros de doentes de um hospital central**

Carmelita Ribeiro<sup>1</sup>, Fernando Rodrigues<sup>2</sup>, Rosário Cunha<sup>2</sup>, António Segorbe Luís<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, <sup>2</sup>Sector de Imunologia do Serviço de Patologia Clínica, Hospitais da Universidade de Coimbra

**Objectivo:** Os ácaros são considerados importantes fontes de aeroalergénios em todo o mundo, particularmente em ambientes de interior, sendo o conhecimento da fauna dos ácaros domésticos uma importante ferramenta de trabalho na prática clínica diária. Sabe-se que a população portuguesa está regularmente exposta a estes agentes e em níveis suficientes para provocar sensibilização. O objectivo deste trabalho foi avaliar o padrão de sensibilização às principais espécies de ácaros dos doentes seguidos num hospital central.

**Métodos:** Foram incluídos todos os doentes que realizaram dosamentos de IgE específicas no soro (sIgE) (ImmunoCAP™, Phadia) para várias espécies de ácaros no Serviço de Patologia Clínica do nosso Hospital, desde Janeiro de 2000 até Junho de 2011. Na análise estatística realizada (SPSS® 18) estudaram-se os parâmetros demográficos, a representatividade de cada espécie de ácaros, a distribuição dos valores de sIgE por classes e o seu valor médio em cada espécie.

**Resultados:** Foram avaliados 5588 doentes: 60,6% do sexo feminino, 39,4% do sexo masculino, média de idades 29,2±15,9 anos.

Total de doentes N / %	sIgE (KU/L)	<0,35	0,35-0,69	0,7-3,49	3,5-17,49	17,5-49,99	50-99,99	≥100	Média
5360 /95,9	<i>Dermatophagoides pteronyssinus</i> (Der p)	29,7%	4,1%	12,3%	16,6%	16,1%	11,0%	10,3%	25,1±34,3
4938 /88,4	<i>Dermatophagoides farinae</i> (Der f)	32,0%	4,5%	12,6%	20,8%	16,9%	9,2%	4,1%	17,8±27,2
1509 /27,0	<i>Lepidoglyphus destructor</i> (Lep d)	34,9%	5,0%	19,5%	20,0%	13,3%	5,0%	2,3%	12,0±22,3
394 /7,1	<i>Tyrophagus putrescentiae</i> (Tyr p)	32,7%	4,6%	25,9%	22,6%	11,2%	2,8%	0,3%	7,9±14,8
178 /3,2	<i>Acarus siro</i> (Aca s)	44,4%	9,6%	19,1%	23,0%	3,4%	0,0%	0,6%	3,8±9,4
47 /0,8	<i>Euroglyphus maynei</i> (Eur m)	59,6%	6,4%	19,1%	14,9%	0,0%	0,0%	0,0%	1,6±2,8

Número de espécies doseadas na amostra de soro de cada doente	N	%
Uma	322	5,8
Duas	3966	71,0
Três	1040	18,6
Quatro	250	4,5
Cinco	8	0,1
Seis	2	0,0

As espécies de ácaros mais requisitadas foram: *Der p* + *Der f* em 3657 doentes; *Der p* + *Der f* + *Lep d* em 835; *Der p* + *Lep d* em 241 e *Der p* + *Der f* + *Lep d* + *Tyr p* em 237 doentes.

**Conclusões:** Os resultados obtidos corroboram o actual conhecimento da fauna acarológica portuguesa e as espécies de ácaros determinadas são aquelas que possuem maior capacidade alergizante. A existência de sensibilização a diferentes espécies pode dever-se quer a fenómenos de reactividade cruzada de determinantes alérgicos comuns, especialmente nas espécies mais relacionadas taxonomicamente, quer a processos de sensibilização múltipla. A prevenção primária através de medidas de controlo ambiental é fulcral.

**P40 – Prevalência e caracterização da sensibilidade a pólen de ervas na região Sul de Portugal**

Luísa Lopes, Elza Tomaz, Gabriela Palma-Carlos, Ivanilde Tavares, Emília Pina

Com o objectivo de estudar a prevalência e as características clínicas da sensibilização a ervas no Sul de Portugal, foram analisados 105 doentes com testes cutâneos positivos a pelo menos um pólen: 41 no Alentejo (grupo A) – idade média 35,4 anos, 51,2% do sexo feminino – e 64 na área de Lisboa (grupo L) – idade média 34,2 anos, 51,6% do sexo feminino. Foi registada a clínica, o período de sintomas, a sensibilidade a ácaros, o diâmetro médio dos testes cutâneos por picada para pólenes de parietária, salsola, plantago, artemísia, quenopódio, gramíneas e oliveira, classificando-se como: < 3mm – negativos, ≥3mm e < histamina – positivos, grupo 1, ≥ histamina – positivos, grupo 2.

Foram positivos para pelo menos uma erva 33 doentes do grupo A (80,5%) e 53 do grupo L (82,8%), mas apenas 8 do total (7,6%) apresentavam testes negativos para gramíneas e oliveira. Resultados da prevalência de sensibilização no total e sensibilizações grupo 1 e grupo 2 para cada erva: parietária – grupo A 31,7% (17,0% 14,6%), grupo L 64,1% (29,7%, 34,4%); salsola – grupo A 17,1% (7,3%, 9,8%), grupo L 53,1% (25,1%, 28,1%); plantago – grupo A 51,2% (19,5%, 31,7%), grupo L 48,4% (34,4%, 14,1%); artemísia grupo A 56,1% (19,5%, 36,6%), grupo L 51,6% (42,2%, 9,4%); quenopódio – grupo A 46,3% (17,1%, 29,3%), grupo L 35,9% (26,6%, 9,4%). Para a análise da clínica e do período do ano com sintomas foram considerados apenas os doentes não sensibilizados a ácaros – 45, 33 (73,3%) dos quais sensibilizados a ervas. Todos os 45 doentes referiam rinite. Asma e conjuntivite eram referidas, respectivamente, por 50,0% e 79,4% dos sensibilizados a ervas, contra 18,2% e 54,5% dos restantes. Sintomas para além do período de Abril – Julho existiam em 50,0% dos doentes com sensibilização a ervas, contra 18,2% dos doentes sem esta sensibilização.

Concluímos que a sensibilização a ervas é frequente na patologia polínica, mas baixa a percentagem de monossensibilização; comparando as 2 regiões estudadas as sensibilizações a parietária e a salsola têm maior relevância na região de Lisboa (diferenças significativas nos grupos 1 e 2) e as sensibilizações a artemísia e quenopódio no Alentejo (diferenças significativas no grupo 2); a asma, a conjuntivite e os sintomas fora da época de Abril – Julho tendem a ser mais frequentes quando existe sensibilidade a ervas, mas as diferenças não foram significativas neste estudo.

**P41 – Estudo da sensibilização aos aeroalergenos *Phl p 1*, *Phl p 5*, *Ole e 1* e *Ole e 2* em doentes com patologia alérgica sazonal**

Cátia Coelho<sup>2</sup>, Elsa Caeiro<sup>2,4</sup>, Luísa Lopes<sup>1</sup>, Ana Filipa Lopes<sup>3</sup>, Raquel Ferro<sup>2</sup>, José Eduardo Moreira<sup>3</sup>, Célia Antunes<sup>3,4</sup>, Rui Brandão<sup>4,5</sup>

<sup>1</sup>Hospital de Santa Luzia, Elvas; <sup>2</sup>Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica (SPAIC); <sup>3</sup>Departamento de Química, Universidade de Évora; <sup>4</sup>Instituto de Ciências Agrárias e Ambientais Mediterrânicas (ICAAM), Universidade de Évora; <sup>5</sup> Departamento de Biologia, Universidade de Évora

**Introdução:** A sensibilização aos pólenes depende de vários factores nomeadamente do tipo de vegetação local e sabe-se que a sintomatologia não está apenas associada à exposição aos pólenes mas também a partículas, algumas das quais resultantes da rotura dos grãos de pólen sendo posteriormente aerossolizadas.

**Objectivos:** Relacionar a sensibilização de doentes com a concentração polínica atmosférica e a concentração de alguns dos respectivos aeroalergenos.

**Métodos:** Das consultas externas de Imunoalergologia dos hospitais de Évora e Elvas seleccionaram-se doentes que apresentavam queixas sazonais de rinite alérgica e asma brônquica, aos quais foram realizados testes cutâneos em Prick, standardizados, aos pólenes identificados na região. A 55 doentes foram realizados testes ao extracto de *Phleum*, aos seus alergénios *Phl p 1* e *Phl p 5*, bem como aos extractos das restantes gramíneas e a 47 doentes foram realizados testes ao extracto de *Olea*, aos seus alergénios *Ole e 1* e *Ole e 2*. Monitorizaram-se diariamente as partículas polínicas e os aeroalergenos mediante 2 colectores específicos para cada tipo.

**Resultados:** A percentagem de doentes que é sensível aos 3 extractos de *Phleum* (*Phleum* total, *Phl p 1* e *Phl p 5*) é de 51%, a dos que são sensíveis aos extractos de *Phleum* total e *Phl p 1* é de 16% e a dos que são sensíveis a *Phleum* total e *Phl p 5* é de 2%. A percentagem de doentes que é sensível a somente um dos extractos é de 20% e os que não têm qualquer sensibilidade são 11%. A percentagem de doentes que é sensível aos 3 extractos de *Olea* (*Olea* total, *Ole e 1* e *Ole e 2*) é de 23%, a dos que são sensíveis à *Olea* total e *Ole e 1* é de 21% e a dos que são sensíveis à *Olea* total e *Ole e 2* é de apenas 4%. A percentagem dos que são sensíveis a um dos extractos é de 19% e a dos que não apresentaram qualquer sensibilidade é de 32%.

**Conclusões:** Podemos concluir que 89% dos doentes mostraram ser sensíveis aos alergénios da gramínea *Phleum pratense* pois mostraram positividade tanto ao extracto de *Phleum* e/ou aos seus alergénios *Phl p 1* e *Phl p 5*. Em relação à oliveira, 44% dos doentes são alérgicos a este pólen pois são sensíveis ao seu alergénio *major*, *Ole e 1*. Em ambos os casos estão correlacionados com os aeroalergenos detectados nas amostras de ar, sendo a sensibilidade aos pólenes de gramíneas maior que a sensibilidade ao pólen de oliveira. Mais estudos devem ser realizados para despiste de reacções cruzadas nomeadamente quanto à *Olea* com outras plantas da região.

**P42 – Efeitos da atopia e rinite nos valores de óxido nítrico exalado – revisão sistemática**

Daniela Linhares<sup>1</sup>, Tiago Jacinto<sup>1,2,3</sup>, Ana Pereira<sup>4</sup>, João Fonseca<sup>1,2,3,4</sup>

<sup>1</sup>Ciências da Informação e da Decisão em Saúde, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; <sup>2</sup>CINTESIS, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; <sup>3</sup>Imunoalergologia, Instituto & Hospital CUF Porto; <sup>4</sup>Imunoalergologia, Centro Hospitalar São João, Porto

**Introdução:** A atopia e a rinite estão entre os factores que influenciam os valores de óxido nítrico exalado (FeNO) e podem contribuir para as dificuldades inerentes à interpretação clínica dos valores de FeNO. Porém, os dados que avaliam os seus efeitos nos valores de FeNO nunca foram sumariados. Esta revisão tem como objectivo avaliar o efeito da atopia e da rinite nos valores de FeNO de indivíduos saudáveis/sem patologias concomitantes.

**Métodos:** Foi realizada uma revisão sistemática na Pubmed, Scopus e ISI Web of Knowledge. Num processo de selecção com duas fases foram incluídas 19 referências de um total de 2357. Os critérios de inclusão foram: participantes sem outras patologias conhecidas que não rinite; diagnóstico de atopia por SPT ou IgE específica; medição de FeNO realizada de acordo com as recomendações da ATS/ERS.

**Resultados:** Os 8 artigos que efectuem a medição de FeNO em crianças demonstraram a presença de valores mais elevados quer em crianças atópicas, quer em crianças com rinite alérgica, quando comparadas com crianças saudáveis. Os 11 artigos com uma população de adultos observaram valores de FeNO mais elevados em pacientes com rinite alérgica quando comparados com indivíduos saudáveis ou atópicos. Contudo, os indivíduos adultos saudáveis e os adultos atópicos têm valores de FeNO semelhantes.

**Conclusão:** Os valores de FeNO são superiores em indivíduos com rinite e/ou atopia sem outras patologias concomitantes. Estes efeitos são diminutos, parecem independentes e devem ser estudados recorrendo a modelos multivariados. O efeito da atopia apenas se observou em crianças. O efeito combinado da atopia e da rinite resultou em valores de FeNO mais elevados em adultos. Estes resultados mostram que ambas, rinite e atopia, devem ser tidas em consideração, aquando da interpretação ou definição dos valores de referência do FeNO.

**P43 – Disfonia e atopia**

Gisela Calado<sup>1</sup>, Graça Loureiro<sup>1</sup>, Carla Gapo<sup>2</sup>, António Paiva<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, <sup>2</sup>Serviço de Otorrinolaringologia, Hospitais da Universidade de Coimbra

**Introdução:** A disfonia é frequentemente multifactorial. A doença alérgica tem sido associada à disfonia de forma indirecta pelos efeitos secundários de anti-histamínicos e corticóides inalados e/ou pelo efeito irritativo dos sintomas. Os efeitos directos da alergia sobre a laringe têm sido discutidos, embora a literatura nesta área seja escassa e se admita que os sinais laringeos mais frequentemente descritos sejam partilhados com o refluxo faringo-laríngeo (RFL), o que dificulta o diagnóstico. A frequência de atopia nos doentes com disfonia não é conhecida.

**Objectivos:** Caracterizar uma população de doentes com disfonia e avaliar a frequência de atopia.

**Métodos:** Incluíram-se os doentes com disfonia sob terapia da fala no Serviço de ORL dos HUC (durante Abril a Junho de 2010) que aceitaram realizar testes cutâneos (TC) por picada a uma bateria de aeroalergénios comuns. Analizou-se o tipo de patologia laringea, a persistência ou recorrência da disfonia, a coexistência de comorbilidades e os hábitos tabágicos, alcoólicos e medicamentosos.

**Resultados:** Incluíram-se 19 doentes com uma idade média de 37,7±16,3 anos, 80% do sexo feminino. A caracterização clínica dos doentes encontra-se na tabela. Dos 6 doentes com TC positivos, apenas 1 não tinha outras manifestações de patologia das vias aéreas (VA) além da disfonia.

Dos 7 doentes com sinais sugestivos de RFL à laringoscopia, 1 era atópico e tinha clínica de RGE (16,7% dos atópicos) e 6 eram não atópicos (46,2% dos não atópicos), 5 dos quais referiam clínica de refluxo gastro-esofágico.

**Conclusão:** Estes doentes apresentam vários factores com impacto negativo sobre a qualidade da voz, tendo-se encontrado uma frequência de atopia de 31,6%. Apesar do tamanho da amostra poder condicionar os resultados, o facto de apenas uma minoria dos doentes atópicos apresentar sinais de RFL comparativamente aos não atópicos poderá traduzir a ausência de um papel activo da atopia na disfonia destes doentes e/ou a ausência de sobreposição dos seus sinais com o RFL.

Caracterização dos doentes	Grupo total	Atópicos	Não atópicos
n	19	6 (31,6%)	13 (68,4%)
<b>Disfonia</b>			
Persistente/recorrente	10/9	4/2	6/7
<b>Tipo de patologia laringea</b>			
Orgânica (primária/secundária)	10 (4/6)	4 (2/2)	6 (2/4)
Funcional	9	2	7
<b>Comorbilidades</b>			
<b>Patologia das vias aéreas</b>	13 (68,4%)	5 (83,3%)	8 (61,5%)
Asma	2	1	1
Rinite (+ conjuntivite)	10 (7)	3(2)	7(5)
Sinusite	8	4	4
<b>Outras</b>			
Patologia tiróide*	5	1	4
Refluxo gastro-esofágico*	10	3	7
Síndrome depressiva	6	1	6
<b>Hábitos Tabágicos</b>			
Fumador	1	0	1
Ex-fumador	2	0	2
<b>Hábitos etílicos</b>	0	0	0
<b>Hábitos medicamentosos</b>			
Corticóide inalado	1	1	0
Anti-H1	4	1	3
Antidepressivo	7	1	6
Diurético	2	1	1
<b>TC por picada positivos</b>	6	6	0
– Ácaros		2	
– Pólens (árvores/gramineas/ervas)		5 (3/3/2)	
– Epitélios		2	

\* 4 doentes com hipotiroidismo sob tratamento de reposição hormonal e 1 eutiroideu.

• Todos sob tratamento com inibidor da bomba de prótons.

**P44 – Hiperreatividade brônquica, teste de metacolina e pequenas vias aéreas**Teresa Vieira, Hernâni Brito, Sandrine Almeida, Eva Gomes, Helena Falcão

Unidade de Imunoalergologia, Centro Hospitalar do Porto/Hospital Maria Pia, Porto

**Introdução:** O teste de metacolina (TM) é largamente utilizado no estudo da hiperreatividade brônquica (HRB). O critério de positividade definido pela *American Thoracic Society* consiste numa concentração de metacolina  $\leq 16\text{mg/mL}$  que condicione uma queda  $\geq 20\%$  do FEV1. Nos últimos anos as pequenas vias aéreas têm sido novamente valorizadas no estudo da asma, quer com finalidade diagnóstica, quer na monitorização para avaliação do controlo e da resposta ao tratamento.

**Objetivos:** avaliar a resposta das pequenas vias aéreas em crianças que efetuaram TM com finalidade diagnóstica.

**Material e métodos:** Análise retrospectiva dos TM realizados nesta Unidade. Parâmetros avaliados: idade, sexo, valores basais da espirometria incluindo FEV1, FVC e FEF25-75, positividade do teste, PC20, sintomas brônquicos referidos pelo doente durante a realização do teste tais como dispneia, pieira, tosse ou desconforto torácico e avaliação de sinais de dificuldade respiratória ou sibilância pelo médico que acompanhou o teste. Considerou-se significativa uma queda  $\geq 30\%$  dos valores do FEF25-75 basais, com cálculo do PC30 (FEF25-75). Correlação dos sintomas referidos durante o teste com quedas significativas do FEV1 e FEF25-75.

**Resultados:** Foram analisados 118 TM em crianças com idades compreendidas entre os 5 e os 17 anos (idade média de  $10.7 \pm 2.7$  anos), 55.1% do sexo masculino. Um total de 58 testes (49.2%) foi considerado positivo (PC20 de  $2.9 \pm 3.3\text{mg/mL}$ ), todos com quedas significativas do FEF25-75 (PC30 de  $2.2 \pm 2.5\text{mg/mL}$ ) ( $p < 0.001$ ). Vinte e cinco crianças com teste considerado negativo (41.7%) apresentaram também uma queda significativa do FEF25-75 (PC30 de  $13.2 \pm 2.2\text{mg/mL}$ ). Foram referidos sintomas brônquicos por 49 (41.5%) crianças, das quais, 87.8% obtiveram um teste positivo e 93.9% obtiveram também uma queda significativa do FEF25-75. Das crianças com teste positivo, e das que também obtiveram uma queda significativa do FEF25-75, 74.1% e 55.4% respetivamente, referiram sintomas. A correlação entre a existência de sintomas e queda significativa do FEV1 ou do FEF25-75 foi moderada ( $\rho = 0.65$  e  $0.43$ , respetivamente). A objetivação de sintomas pelo médico ocorreu em 29 (24.6%) crianças.

**Conclusão:** O PC30 mostrou-se pelo menos tão sensível quanto o PC20 na deteção de HRB, dado que todas as crianças com queda significativa do FEV1 tiveram também queda significativa do FEF25-75. Sugere-se que este parâmetro possa ser considerado na definição da positividade do TM, contudo são necessários mais estudos.

**P45 – Carcinóide brônquico – um diagnóstico a não esquecer**Patrícia Barreira<sup>1</sup>, José Alberto Ferreira<sup>1</sup>, José Pinheiro Braga<sup>2</sup>, José Miranda<sup>3</sup>, Paulo Neves<sup>3</sup>, João Moura e Sá<sup>4</sup>, José Pedro Moreira da Silva<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia CHVNGaia/Espinho; <sup>2</sup>Serviço de Pneumologia CHPorto e Hospital Privado da Trofa; <sup>3</sup>Serviço de Cirurgia Cardio-Torácica CHVNGaia/Espinho; <sup>4</sup>Serviço de Pneumologia CHVNGaia/Espinho

**Introdução:** Os carcinóides brônquicos representam 1-2% das neoplasias pulmonares nos adultos e 20-30% de todos os carcinóides. A maioria localiza-se nas vias aéreas proximais, causando quadros obstrutivos (tosse, pieira, dispneia, dor torácica, atelectasias ou pneumonias recorrentes na mesma localização), mimetizando outras patologias, como asma ou infecções respiratórias de repetição, o que atrasa o seu diagnóstico. A ressecção cirúrgica é a terapêutica principal, embora a remoção endoscópica possa ser feita em casos seleccionados. O prognóstico é, habitualmente, excelente.

**Métodos:** Os autores descrevem o caso de uma mulher de 40 anos, previamente saudável, não fumadora. Enviada à nossa consulta por quadro com início após infecção respiratória, com 5 meses de evolução, de dispneia e pieira de agravamento progressivos, com má resposta à terapêutica inalatória. Nesse período de tempo apresentou duas pneumonias com atelectasia do lobo superior esquerdo (LSE), associadas a broncoespasmo resistente à terapêutica e má resposta à antibioterapia inicial, com necessidade de internamento e antibioterapia de largo espectro.

**Resultados:** Ao exame objectivo sem alterações, nomeadamente, da auscultação pulmonar. O hemograma, funções renal e hepática e estudo imunológico eram normais. Os testes cutâneos por picada revelaram-se positivos para ácaros. Espirometria sem alterações. RX tórax: hipotransparência do 1/3 superior do campo pulmonar esquerdo. TC torácico: nódulo endobrônquico na extremidade distal do brônquio principal esquerdo (BPE) e sua bifurcação, bem circunscrito, compatível com tumor carcinóide, causando atelectasia parcial do LSE, e pneumonite obstrutiva. Broncofibroscopia: massa vascularizada rósea-avermelhada a obliterar o BPE, muito friável (a impossibilitar a exérese). Os relatórios anátomo-patológicos do produto de biópsia e da peça cirúrgica mostraram tratar-se de um carcinóide típico. Submetida a lobectomia superior esquerda, com margem cirúrgica sem envolvimento tumoral.

**Conclusão:** Os carcinóides brônquicos típicos têm curso clínico indolente e raramente metastizam, apresentando prognóstico excelente. A sua raridade e o facto de poderem simular outras patologias, levam os autores a salientar a importância de estar alerta para este diagnóstico, particularmente nos casos de asma de início recente com má resposta à terapêutica ou pneumonias recorrentes na mesma localização.

**6.ª SESSÃO DE POSTERS  
– SESSÃO ESPECIAL**

Posters seleccionados para atribuição do prémio SPAIC / MSD 2011

Dia: 3 de Outubro 2011  
Horas: 14.30 – 16.00 horas  
Local: Sala 2

Moderadores: André Moreira / Ângela Gaspar

**P46 – Conteúdo em pólen de gramíneas e alergeno Phl p 5 em ar atmosférico na região de Évora: caracterização das épocas polínicas de 2009 a 2011**

Ana Lopes<sup>1</sup>, José Moreira<sup>1</sup>, Raquel Ferro<sup>2</sup>, Sara Morão<sup>1</sup>, Cátia Coelho<sup>2</sup>, Elsa Caeiro<sup>2,3</sup>, Luísa Lopes<sup>5</sup>, Célia Antunes<sup>1,2,4</sup>, Rui Brandão<sup>2,6</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Química, Universidade de Évora; <sup>2</sup>Instituto de Ciências Agrárias e Ambientais Mediterrânicas, Universidade de Évora; <sup>3</sup>Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica; <sup>4</sup>Centro de Neurociências e Biologia Celular, Universidade de Coimbra; <sup>5</sup>Hospital de Santa Luzia, Elvas; <sup>6</sup>Departamento de Biologia, Universidade de Évora

**P47 – Score de sintomas, peak flow nasal e rinometria acústica na rinite alérgica**

Gisela Calado<sup>1</sup>, Graça Loureiro<sup>1</sup>, Carmelita Ribeiro<sup>1</sup>, Daniel Machado<sup>1</sup>, Carla Gapo<sup>2</sup>, António Paiva<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, <sup>2</sup>Serviço de Otorrinolaringologia, Hospitais da Universidade de Coimbra

**P48 – Inquérito Nacional sobre Asma – Qual é a prevalência de asma em Portugal?**

Ana Sá e Sousa<sup>1</sup>, Mário Morais de Almeida<sup>2,3</sup>, Luís Filipe Azevedo<sup>1,4</sup>, Rosa Carvalho<sup>5</sup>, Ana Todo-Bom<sup>3,6</sup>, Carlos Loureiro<sup>3,6</sup>, António Bugalho de Almeida<sup>7,8</sup>, João Almeida Fonseca<sup>1,4,9,10</sup>

<sup>1</sup>CINTESIS – Centro de Investigação em Tecnologias e Sistemas de Informação em Saúde, Universidade do Porto; <sup>2</sup>Imunoalergologia, Hospital CUF-Descobertas; <sup>3</sup>Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica; <sup>4</sup>CIDES-Ciências da Informação e da Decisão em Saúde, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; <sup>5</sup>GBN, Estudos de Mercado; <sup>6</sup>Imunoalergologia, Hospitais da Universidade de Coimbra; <sup>7</sup>Clínica Universitária de Pneumologia – Faculdade de Medicina de Lisboa; <sup>8</sup>Coordenador da Comissão de Acompanhamento do Programa Nacional de Controlo da Asma; <sup>9</sup>Imunoalergologia, Instituto e Hospital CUF Porto; <sup>10</sup>Imunoalergologia, Hospital São João

**P49 – Descrição de parâmetros funcionais respiratórios e dos resultados do questionário CARAT em 431 doentes**

Ana Pereira<sup>1</sup>, Carla Martins<sup>1</sup>, João Fonseca<sup>1,2,3</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar São João, Porto (Director de Serviço: Dr. José Luís Plácido); <sup>2</sup>Departamento de Ciências de Informação e Decisão em Saúde, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto; <sup>3</sup>Unidades de Imunoalergologia, Instituto e Hospital CUF Porto

**P50 – Qualidade de vida e psicopatologia em crianças e adolescentes com asma brônquica**

Neuza Silva<sup>1</sup>, Graça Loureiro<sup>2</sup>, Susana Santos<sup>1</sup>, Gisela Calado<sup>2</sup>, Carlos Carona<sup>1</sup>, Carla Crespo<sup>1</sup>, Maria Cristina Canavarro<sup>1</sup>, António Segorbe Luís<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra; <sup>2</sup>Serviço de Imunoalergologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra

**P51 – Indução de tolerância oral específica em jovens/adultos com alergia persistente grave ao leite de vaca**

Ana Célia Costa<sup>1</sup>, Fátima Cabral Duarte<sup>1</sup>, Pedro Silva<sup>1</sup>, Joana Caiado<sup>1</sup>, Elisa Pedro<sup>1</sup>, Maria Leonor Bento<sup>2</sup>, Maria Conceição Pereira Santos<sup>3</sup>, Manuel Pereira Barbosa<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte; <sup>2</sup>Serviço de Pediatria, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte; <sup>3</sup>Unidade de Imunologia Clínica, Instituto de Medicina Molecular, Faculdade de Medicina de Lisboa

**P52 – Grau de concordância da obstrução brônquica com o resultado da prova de broncodilatação e com o aumento do volume residual**

João Gaspar Marques<sup>1</sup>, Teresa Moscoso<sup>3</sup>, João Antunes<sup>1</sup>, Cátia Alves<sup>1</sup>, Marta Chambel<sup>1</sup>, Isabel Peralta<sup>1</sup>, Sandra Santos<sup>1</sup>, Sara Serranho<sup>1</sup>, Pedro Martins<sup>1,2</sup>, Nuno Neuparth<sup>1,2</sup>, Paula Leiria Pinto<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar Lisboa Central; <sup>2</sup>Departamento de Fisiopatologia, Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa, Universidade Nova de Lisboa; <sup>3</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital Pulido Valente, Centro Hospitalar Lisboa Norte

**P53 – Segurança de pauta ultra-rápida na iniciação de imunoterapia a veneno de himenópteros**

Ana Reis Ferreira<sup>1</sup>, Patrícia Barreira<sup>2</sup>, José Pedro Moreira da Silva<sup>2</sup>, Alice Coimbra<sup>1</sup>, José Luís Plácido<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar São João, Pólo São João, (CHSJ) Porto; <sup>2</sup>Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho (CHVNGE), Vila Nova de Gaia

**P46 – Conteúdo em pólen de gramíneas e alergeno Phl p 5 em ar atmosférico na região de Évora: caracterização das épocas polínicas de 2009 a 2011**

Ana Lopes<sup>1</sup>, José Moreira<sup>1</sup>, Raquel Ferro<sup>2</sup>, Sara Morão<sup>1</sup>, Cátia Coelho<sup>2</sup>, Elsa Caeiro<sup>2,3</sup>, Luísa Lopes<sup>5</sup>, Célia Antunes<sup>1,2,4</sup>, Rui Brandão<sup>2,6</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Química, Universidade de Évora; <sup>2</sup>Instituto de Ciências Agrárias e Ambientais Mediterrânicas, Universidade de Évora; <sup>3</sup>Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica; <sup>4</sup>Centro de Neurociências e Biologia Celular, Universidade de Coimbra; <sup>5</sup>Hospital de Santa Luzia, Elvas; <sup>6</sup>Departamento de Biologia, Universidade de Évora

**Introdução:** O pólen das gramíneas constitui uma das fontes mais relevantes de aeroalergénios, sendo uma causa frequente de polinose na Europa. O Phl p5 é um alergénio *major* largamente distribuído na família *Poaceae*. Apesar de se julgar associado apenas aos grãos de pólen, desconhece-se a variabilidade inter-anual da carga alérgica do pólen e ainda existe alguma controvérsia sobre a forma como este aeroalergeno se distribui no ar atmosférico.

**Objectivo:** Este trabalho teve como objectivos: i) determinar a fracção dos bioaerossóis com maior concentração de Phl p5; ii) avaliar a correlação dos conteúdos diários de pólen e aeroalergeno no ar atmosférico; iii) avaliar a variação anual da carga alérgica do pólen.

**Métodos:** Os aeroalergenos foram captados utilizando um colector de impacto CHEMVOL equipado com dois filtros com capacidade para reter partículas de diferentes dimensões: PM>10µm e 10µm>PM>2,5µm. Após 24h os filtros foram retirados, a fracção proteica foi extraída e os alergenos quantificados por ELISA. Simultaneamente o pólen foi monitorizado pela tecnologia padrão utilizando um colector volumétrico Burkard 7-Day Recording Volumetric Spore Trap<sup>®</sup>. Os colectores foram ambos colocados numa mesma plataforma a 17 m de altura, e a ≈3-4m um do outro.

**Resultados:** Entre 2009 e 2011, registou-se uma variação inter-anual quer do perfil quer da duração da época polínica (65 ± 22 dias). O conteúdo polínico total no ar atmosférico também foi variável no intervalo de 5643 a 17107 grãos/m<sup>3</sup>. Cerca de 90% de Phl p5 foi encontrado na fracção de bioaerossóis de PM>10µm. O conteúdo em Phl p5 foi directamente proporcional ao número de grãos de pólen no ar atmosférico, tendo-se encontrado uma correlação positiva entre os valores diários dos dois parâmetros. Comparando as épocas estudadas, os conteúdos totais de Phl p5 e de pólen não foram proporcionais, registando-se uma variação da carga alérgica por grão de pólen entre 1.696pg e 1.945pg.

**Conclusões:** Estes resultados sugerem que o Phl p5 está preferencialmente associado aos grãos de pólen. Os conteúdos em pólen e Phl p5 variaram inter-anualmente. Finalmente, a carga alérgica dos grãos de pólen foi também diferente. Este trabalho poderá assim contribuir para o desenvolvimento de um indicador que permita melhorar a previsão do risco de exposição a aeroalergenos.

**Agradecimentos:** Este foi realizado no âmbito do projecto europeu HIALINE (Executive Agency for Health and Consumers, grant agreement No 2008 11 07).

**P47 – Score de sintomas, peak flow nasal e rinometria acústica na rinite alérgica**

Gisela Calado<sup>1</sup>, Graça Loureiro<sup>1</sup>, Carmelita Ribeiro<sup>1</sup>, Daniel Machado<sup>1</sup>, Carla Gapo<sup>2</sup>, António Paiva<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, <sup>2</sup>Serviço de Otorrinolaringologia, Hospitais da Universidade de Coimbra

**Introdução:** A percepção de obstrução nasal pelos doentes nem sempre se correlaciona com a avaliação objectiva da mesma, sendo controversa a existência de correlação entre diferentes métodos objectivos de avaliação da obstrução nasal.

**Objectivos:** Comparar o score de sintomas, *peak flow* nasal inspiratório (PFNI) e rinometria acústica (RAC) na monitorização da resposta terapêutica da rinite alérgica (RA).

**Material e Métodos:** Estudo prospectivo de 11 doentes com RA persistente e/ou moderada-grave realizado entre Abril-Junho de 2010. Idade inferior a 18 ou superior a 40 anos e realização prévia de imunoterapia específica foram critérios de exclusão. O uso de corticoide intranasal, anti-histamínico oral e vasoconstritor tópico nasal foi descontinuado antes do estudo. Nenhum doente estava sob corticoterapia oral ou antileucotrieno. Os doentes foram avaliados por score de sintomas, PFNI e RAC antes (T0) e após 1 mês de tratamento com corticoide intranasal (T1), antes (pré) e após (pós) descongestão nasal. Calculou-se o Factor de Congestão (FC=valor pós – valor pré/valor pré) em T0 e T1 para os 3 métodos. A análise estatística baseou-se no teste *t student* e de *Wilcoxon* e na correlação de Pearson e de Spearman.

**Resultados:** Os 11 doentes (63,6% mulheres) apresentavam uma idade média de 26,5±4,6 anos. A RA era persistente moderada/grave em 54,5%, intermitente moderada/grave em 27,3% e persistente ligeira em 18,2%. A maioria (90,9%) apresentava sensibilização a ácaros, 54,5% a pólenes de gramíneas, ervas ou árvores, 27,3% a fungos e 36,4% a epitélios. A rinoscopia anterior revelou hipertrofia dos cornetos (HC) sem desvio do septo (DS) em 45,4%, DS e HC em 27,3%, DS sem HC em 18,2%, tendo sido normal em 9,2%. 81,8% dos doentes tinham conjuntivite, 36,4% asma e 36,4% sinusite.

	T0 pré	T0 pós	P T0 (pós-pré)	T1 pré	T1 pós	P T1 (pós-pré)	P T1-T0 (pré)	P T1-T0 (pós)
Score total (obstrução)	4,5±3,09 (1,68±1,06)	2,09±2,16 (0,54±0,68)	0,01* 0,007*	2,14±2,02 (0,41±0,66)	1,32±1,82 (0,32±0,64)	ns ns	0,049* 0,017*	ns ns
PFNI (L/min)	100,45±33,12	120±40,92	0,016*	112,73±29,78	126,73±36,82	0,033*	ns	ns
RAC								
ASTm (cm <sup>2</sup> )	0,53±0,12	0,54±0,08	ns	0,55±0,06	0,6±0,08	ns	ns	0,002*
DASTm (cm)	1,41±0,57	1,0±0,66	ns	1,32±0,84	1,08±0,71	ns	ns	ns
Volume (cm <sup>3</sup> )	10,26±2,54	11,62±2,52	ns	11,33±2,21	12,64±2,32	0,037*	ns	ns

Legenda: ASTm – área de secção transversal mínima; DASTm – distância da valva nasal a que se verificou a ASTm.  
\* Aplicado teste *t de student*; \* Aplicado teste de *Wilcoxon*

Não se encontrou correlação significativa entre os métodos. Em T0 observou-se correlação linear entre o FC do score total e do score de obstrução (p=0,001). Consistente foi a correlação linear entre o FC do ASTm e do volume em T0 (p=0,038) e T1 (p=0,005), inexistente quando avaliados de forma estática.

**Conclusões:** A ausência de correlação entre os métodos poderá resultar da avaliação de diferentes parâmetros da obstrução (avaliação subjectiva, funcional e anatómica), fornecendo informação complementar. Na prática clínica o score de sintomas é um bom método de avaliação da RA, insubstituível pelo PFNI ou pela RAC. O tamanho da amostra e a presença de DS em quase metade poderá ter condicionado os resultados.

**P48 – Inquérito Nacional sobre Asma – Qual é a prevalência de asma em Portugal?**

Ana Sá e Sousa<sup>1</sup>, Mário Morais de Almeida<sup>2,3</sup>, Luís Filipe Azevedo<sup>1,4</sup>, Rosa Carvalho<sup>5</sup>, Ana Todo-Bom<sup>3,6</sup>, Carlos Loureiro<sup>3,6</sup>, António Bugalho de Almeida<sup>7,8</sup>, João Almeida Fonseca<sup>1,4,9,10</sup>

<sup>1</sup>CINTESIS – Centro de Investigação em Tecnologias e Sistemas de Informação em Saúde, Universidade do Porto; <sup>2</sup>Imunoalergologia, Hospital CUF-Descobertas; <sup>3</sup>Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica; <sup>4</sup>CIDES-Ciências da Informação e da Decisão em Saúde, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; <sup>5</sup>GBN, Estudos de Mercado; <sup>6</sup>Imunoalergologia, Hospitais da Universidade de Coimbra; <sup>7</sup>Clínica Universitária de Pneumologia – Faculdade de Medicina de Lisboa; <sup>8</sup>Coordenador da Comissão de Acompanhamento do Programa Nacional de Controlo da Asma; <sup>9</sup>Imunoalergologia, Instituto e Hospital CUF Porto; <sup>10</sup>Imunoalergologia, Hospital São João

Pretendemos estimar a prevalência de asma na população portuguesa. Estudo nacional observacional transversal realizado por entrevista telefónica (1.ª fase do Inquérito Nacional sobre Asma). O questionário baseou-se no questionário GA<sup>2</sup>LEN. Asma atual foi definida como asma auto-reportada e um dos 3 sintomas nos últimos 12 meses: pieira, acordar com falat de ar ou uma crise de asma. A análise dos dados foi ponderada com base na distribuição por idade, sexo e região do último censo nacional (2001). As entrevistas decorreram entre Março e Maio de 2010.

Foram incluídos 6 003 participantes, 57%(3 438) do sexo feminino; 12%(716) crianças, 52%(3 104) adultos e 36%(2 178) idosos; 65%(3 907) com até ao 9.º ano de escolaridade, 20%(1 175) entre o 9.º e 12.º anos e 12% superior ao 12.º ano; 6.7%(405) pertenciam à classe socioeconómica A, 69% (4 137) às B e C e 21%(1 280) à D; 36%(2,179) com peso normal, 30%(1,825) acima do peso e 12%(710) obesos. A prevalência de asma atual foi de 6.8% (IC95% 6.0-7.7) e a prevalência durante a vida foi de 10.5% (IC95% 9.5-11.6). Destes, o começo da asma foi em 73% em criança, 26% em adulto e em 1.7% na 3.ª idade. A prevalência de sintomas de asma nos últimos 12 meses foi: pieira 18%, sintomas noturnos 35% e crise de asma 3.2%. A prevalência de asma atual foi 7.2% no sexo feminino e 6.3% no masculino; 7.2%(IC95% 5.4-9.5) nas crianças, 6.3%(IC95% 5.3-7.5) nos adultos e 8.0%(IC95% 6.7-9.5) nos idosos. A distribuição de asma atual por IMC foi 6.1% para peso normal, 6.6% abaixo do peso, 6.4% acima do peso, 8.7% nos obesos. Relativamente à escolaridade, foi 7.1% até ao 9.º ano, 7.4% entre 9.º e 12.º anos e 4.5% para superior a 12.º ano. Da população com asma atual, 52.3% (IC95% 45.8-58.6) tinham sintomas de rinite alérgica.

Pela primeira vez foi estimada a prevalência de asma em Portugal através de um estudo nacional – 695 000 (6.8%) da população portuguesa tem asma atual e mais de 1 milhão (10.5%) tiveram asma durante as suas vidas.

Projeto financiado pela SPAIC e SPP.

**P49 – Descrição de parâmetros funcionais respiratórios e dos resultados do questionário CARAT em 431 doentes**

Ana Pereira<sup>1</sup>, Carla Martins<sup>1</sup>, João Fonseca<sup>1,2,3</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar São João, Porto (Director de Serviço: Dr. José Luís Plácido); <sup>2</sup>Departamento de Ciências de Informação e Decisão em Saúde, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto; <sup>3</sup>Unidades de Imunoalergologia, Instituto e Hospital CUF Porto

**Introdução:** O objectivo deste trabalho foi descrever os parâmetros funcionais respiratórios e os resultados do questionário CARAT numa série consecutiva de um serviço de Imunoalergologia (SIA).

**Métodos:** Participaram todos os doentes adultos que realizaram espirometrias com broncodilatação (BD) de Fevereiro a Julho de 2011 no SIA do Centro Hospitalar São João, capazes de realizar a manobra espirométrica e de preencher autonomamente o questionário. As espirometrias foram classificadas em normais, alteração ventilatória restritiva, mista e obstrutivas ligeira/moderada/grave e as BD em positivas e negativas de acordo com recomendações ATS/ERS. A percentagem do previsto para o FeNO (%FeNO) foi calculada utilizando a aplicação “FeNO interpretation Aid” (<http://feno.med.up.pt/>) com os valores de referência de Olin (Chest, 2007), sendo classificada em normal (até 150% do previsto), inflamação provável (entre 151 e 300%) e inflamação presente (>300%). O controlo da asma e rinite foi definido como pontuação global no CARAT >24; foram também avaliadas as pontuações para as vias aéreas superiores (VAS), controlo se >8, e inferiores (VAI), controlo se ≥16.

**Resultados:** Foram incluídos 431 doentes, 69% mulheres, com idade média(DP) de 41(15) anos e FEV1 (%) de 96(21.8)% sendo 98(22) nas mulheres vs. 91(21) nos homens, p=0.003. Foram classificadas como normais 68% das espirometrias, 20% apresentavam obstrução ligeira, 6% moderada e 0.5% grave; 5% síndrome ventilatório misto e apenas uma (0.2%) restrição. A BD foi positiva em 24% de todos os doentes e em 17% dos com FEV1 ≥80%, p<0.001. A mediana (interquartil) do FeNO foi 27(14-53)ppb correspondendo a uma %FeNO de 198%(101.8-395.8). A %FeNO foi classificada como normal em 42%, inflamação provável em 26% e inflamação presente em 32% dos doentes avaliados (n=127). A maioria dos doentes (83%) foram classificados como não controlados pelo CARAT global, sendo 89% nas mulheres e 69% nos homens, p<0.001.

**Conclusão:** A maioria dos doentes apresentava espirometrias normais, FeNO aumentado e baixas pontuações no questionário de controlo da asma e rinite. Uma proporção importante de doentes com espirometria normal apresentou broncodilatação positiva. Uma futura avaliação das associações entre os diferentes testes realizados terá de ter em conta o diagnóstico, atopia e a medicação em curso.

**P50 – Qualidade de vida e psicopatologia em crianças e adolescentes com asma brônquica**

Neuza Silva<sup>1</sup>, Graça Loureiro<sup>2</sup>, Susana Santos<sup>1</sup>, Gisela Calado<sup>2</sup>, Carlos Carona<sup>1</sup>, Carla Crespo<sup>1</sup>, Maria Cristina Canavarro<sup>1</sup>, António Segorbe Luís<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra; <sup>2</sup>Serviço de Imunoalergologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra

**Objectivos:** 1) Avaliar a qualidade de vida relacionada com a saúde (QVrS) em crianças e adolescentes com asma brônquica (AB); 2) Analisar as relações entre QVrS e psicopatologia; 3) analisar a concordância entre auto-relatos das crianças/adolescentes e hetero-relatos dos cuidadores na avaliação da QVrS; e 4) analisar a concordância entre médicos, crianças/adolescentes e cuidadores na avaliação da gravidade da AB.

**Metodologia:** A amostra foi constituída por 42 crianças e adolescentes com AB, e respectivos cuidadores. A QVrS foi avaliada através do DISABKIDS-37 e KIDSCREEN-10 e a psicopatologia do *Strengths and Difficulties Questionnaire*. Todas estas medidas foram preenchidas pelas crianças/adolescentes (auto-relato) e pelos cuidadores (hetero-relato). A gravidade e controlo da AB foram avaliados pelos médicos a partir das directrizes do GINA. Ao nível dos procedimentos estatísticos foram realizados testes de comparação de médias (*U* de *Mann-Whitney*), coeficientes de correlação de *Pearson*, e coeficientes de correlação intraclasse (ICC).

**Resultados:** A amostra pediátrica integrou 42 crianças e adolescentes, entre 8 e 18 anos (13,02 ± 2,59), maioritariamente do sexo masculino (61,9%), com AB intermitente (42,9%), ligeira persistente (31%) ou moderada persistente (26,2%), na maioria controlada (76,2%). A amostra de cuidadores foi constituída por 42 sujeitos (idade 43,12 ± 7,29), a maioria do sexo feminino (85,7%) e de nível socioeconómico baixo (61,9%) ou médio (28,6%). As crianças/adolescentes com AB intermitente apresentaram melhor QVrS global e particularmente nos domínios físico e social, comparativamente às crianças/adolescentes com AB persistente. Não foram observadas diferenças na QVrS entre grupos etários. A QVrS correlacionou-se negativa e moderadamente com a psicopatologia (*r*'s entre -0,27 e -0,65), principalmente ao nível dos sintomas emocionais. O grau de acordo entre auto e hetero-relatos da QVrS pediátrica foi fraco a moderado (ICC's entre 0,35 e 0,57). Não foi observada concordância entre a avaliação médica da gravidade da AB e a percepção da gravidade das crianças/adolescentes e cuidadores.

**Conclusões:** Os resultados sublinham a importância de, no contexto clínico da AB pediátrica, avaliar a adaptação global e psicológica, através de múltiplos informadores (crianças/adolescentes, cuidadores, médicos), e sugerem a necessidade de intervenções multidisciplinares dirigidas à promoção da QVrS das crianças/adolescentes.

**P51 – Indução de tolerância oral específica em jovens/adultos com alergia persistente grave ao leite de vaca**

Ana Célia Costa<sup>1</sup>, Fátima Cabral Duarte<sup>1</sup>, Pedro Silva<sup>1</sup>, Joana Caiado<sup>1</sup>, Elisa Pedro<sup>1</sup>, Maria Leonor Bento<sup>2</sup>, Maria Conceição Pereira Santos<sup>3</sup>, Manuel Pereira Barbosa<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte; <sup>2</sup>Serviço de Pediatria, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte; <sup>3</sup>Unidade de Imunologia Clínica, Instituto de Medicina Molecular, Faculdade de Medicina de Lisboa

**Introdução:** A indução de tolerância oral específica (ITOE) é uma possibilidade terapêutica na alergia às proteínas do leite de vaca (APLV) mas o protocolo não está ainda estandardizado e existe uma grande variabilidade inter-hospitalar.

**Objectivos:** Caracterizar clínica e laboratorialmente jovens/adultos com APLV persistente grave submetidos a ITOE ao LV, de 08/2009 a 06/2011.

**Material e métodos:** Oito dts [6F,2M; média de idades-17,8 anos (14-22)] com APLV grave (anafilaxia) IgE-mediada: TCP e IgE específica (sIgE) positivos para LV total (LVT),  $\alpha$ -lactoalbumina (LAB),  $\beta$ -lactoglobulina (LGB) e caseína (C) e reacção alérgica (RA) após exposição acidental ou em prova de provocação oral nos 3 meses que antecederam a ITOE. Antes de iniciar ITOE, todos os doentes foram também submetidos a TCP com LV em diluições progressivas até 1/10000, de modo a encontrar a menor dose reactiva e doseamento de IgG4 para LVT, LAB, LGB e C.

O protocolo IOTE consiste na administração de quantidades crescentes de LV em 2 fases: 1.ª fase, decorre em Hospital de Dia de Imunoalergologia, com um rápido aumento das doses durante 5 dias (fase rápida-FR); a dose inicial corresponde à diluição superior à que foi reactiva no TCP, com progressão até à dose máxima de 200ml/dia. Na 2.ª fase, a dose LV é aumentada semanalmente. Em todos os doentes, registaram-se as RA, repetiram-se TCP com extracto comercial e LV nas diluições anteriores e dosearam-se sIgE e sIgG4 ao fim de 6 meses.

**Resultados:** Sete doentes (88%) completaram a FR: 4 com 200ml, 2-45ml, 1-40ml; 1 dte abandonou a ITOE devido à ocorrência de 2 reacções anafiláticas após 1 e 3ml de LV puro, tendo alcançado uma dose cumulativa de 15ml. Uma dte que terminou a FR a ingerir 200ml/dia, abandonou a ingestão de LV 5 meses depois, por epigastrálgias diárias e 3 meses depois foi internada por anafilaxia após ingestão de LV oculto. Em 6/8 dts (75%) o 1.º sintoma foi prurido orofaríngeo com resolução espontânea. Nos 7 dts que completaram a FR ocorreram 2,7 RA/dte (1-6) ligeiras/moderadas. Nos 6 dtes sob IOTE, verificou-se uma diminuição da reactividade cutânea e do valor de sIgE para o LV e fracções proteicas, em paralelo com o aumento da sIgG4 ao fim de 6 meses (Quadro 1).

**Quadro 1.** Monitorização da resposta IgE e IgG4, antes e após 6 meses de ITOE ao leite de vaca

Doente	TCP (diâmetro médio da pápula em mm)				TCP+ LV diluído	IgE específica (KU/L)			IgG4 específica (mgAl)					
	LVT	LAB	LGB	C		LVT	LAB	C	LVT	LAB	LGB	C		
1	pré-ITOE	7	11	11	9	1:1000	15,6	3,95	0,9	6,79	13,513	0,11	0,14	0,6
	6 meses	0	9	6	6	1:1	11,9	2,5	0,9	2,88	40,252	33,199	19,7	37,034
2	pré-ITOE	6	6	7	9	1:1000	4,95	3,17	0,77	4,24	9,991	0,57	0,22	0,67
	6 meses	5	6	5	7	1:1	1,43	0,11	0,16	1,36	17,901	0,98	0,5	1,35
3	pré-ITOE	8	9	10	8	1:1000	>100	51,7	33	78,8	23,972	5,28	1,92	3,57
	6 meses	5	6	7	7	1:1	>100	28,2	13,5	64,3	32,592	41,054	38,947	33,365
4	pré-ITOE	6	8	11	18	1:100	23,3	17,7	7,17	8,26	16,159	1,11	1,8	3,3
	6 meses	5	7	9	13	1:1	18,3	13	4,8	5,06	23,934	8,04	3,98	11,4
5	pré-ITOE	7	13	12	9	1:100	>100	8,5	0,62	>100	11,138	0,15	0,01	1,55
	6 meses	5	10	10	8	1:1	34,7	2,09	0,28	45,1	21,171	0,96	0,2	8,24
6	pré-ITOE	7	12	10	14	1:100	>100	55,3	69,7	>100	10,762	1,33	0,73	3,59
	6 meses	4	9	8	8	1:1	81,1	26,4	57,2	>100	30,562	8,57	5,33	9,29

Leite de vaca total, LVT; lactoalbumina, LAB; -lactoglobulina, LGB; Caseína, C.

**Conclusões:** A ITOE parece ser uma opção de tratamento válida para dts com APLV persistente grave, melhorando a sua qualidade de vida. A monitorização clínica e laboratorial cuidada é importante. No entanto, a ingestão regular parece ser necessário para manter a tolerância estabelecida.

**P52 – Grau de concordância da obstrução brônquica com o resultado da prova de broncodilatação e com o aumento do volume residual**

João Gaspar Marques<sup>1</sup>, Teresa Moscoso<sup>3</sup>, João Antunes<sup>1</sup>, Cátia Alves<sup>1</sup>, Marta Chambel<sup>1</sup>, Isabel Peralta<sup>1</sup>, Sandra Santos<sup>1</sup>, Sara Serranho<sup>1</sup>, Pedro Martins<sup>1,2</sup>, Nuno Neuparth<sup>1,2</sup>, Paula Leiria Pinto<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar Lisboa Central; <sup>2</sup>Departamento de Fisiopatologia, Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa, Universidade Nova de Lisboa; <sup>3</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital Pulido Valente, Centro Hospitalar Lisboa Norte

**Introdução:** A pletismografia é um meio complementar de diagnóstico, que permite uma caracterização detalhada da função pulmonar, fornecendo informações sobre os débitos das vias aéreas e sobre os volumes pulmonares. A pletismografia pode ser complementada por uma prova de broncodilatação, sendo esta decisão muitas vezes tomada de acordo com a existência ou não de obstrução brônquica.

**Objectivo:** Determinar o grau de concordância da obstrução brônquica com o resultado da prova de broncodilatação e com as alterações dos volumes pulmonares.

**Materiais e métodos:** Foram avaliados os resultados referentes a exames pletismográficos efectuados no período compreendido entre Março de 2010 a Maio de 2011, no laboratório de exploração funcional respiratória do Serviço de Imunoalergologia do Hospital de Dona Estefânia. Foram utilizados os limites inferiores do normal (LLN) de FEV<sub>1</sub>, relação FEV<sub>1</sub>/FVC e FEF25-75% para estabelecer a existência de alterações nestes parâmetros. Os volumes pulmonares consideraram-se aumentados nas seguintes situações: VR > 140%, ITGV > 130% ou TLC > 120% do valor previsto. Foi avaliada a resposta ao broncodilatador ( $\Delta$ FEV<sub>1</sub>) em todos os exames, considerando-se uma resposta significativa um  $\Delta$ FEV<sub>1</sub> > 12% e superior a 200ml.

**Resultados:** No período analisado efectuaram-se 1439 pletismografias, 51% das quais corresponderam a indivíduos do sexo masculino. A mediana de idades foi de 14 anos (p25-p75: 10-22 anos). Nos exames avaliados, 9% apresentaram um FEV<sub>1</sub> diminuído, 20% uma relação FEV<sub>1</sub>/FVC reduzida e 23% um FEF25-75% abaixo do LLN. Verificou-se a existência de VR > 140% em 14.5% dos exames, ITGV > 130% em 12% e TLC > 120% em 16.5%. A percentagem de doentes que apresentou uma resposta significativa ao broncodilatador foi de 18%. O FEV<sub>1</sub>/FVC abaixo do LLN foi o parâmetro de obstrução brônquica que apresentou melhor concordância com a resposta ao broncodilatador (Kappa de Cohen = 0.448, que corresponde a um grau de concordância moderado) e com alterações do volume residual (Kappa de Cohen = 0.256, que corresponde a um grau de concordância razoável). A conjugação de parâmetros de obstrução brônquica não melhorou os valores de concordância.

**Conclusões:** O resultado da prova de broncodilatação e do estudo do volume residual não apresentaram uma boa concordância com a obstrução brônquica. A obstrução brônquica não deve ser o único critério para determinar a necessidade de avaliar a resposta ao broncodilatador ou de estudar os volumes pulmonares.

**P53 – Segurança de pauta ultra-rápida na iniciação de imunoterapia a veneno de himenópteros**Ana Reis Ferreira<sup>1</sup>, Patrícia Barreira<sup>2</sup>, José Pedro Moreira da Silva<sup>2</sup>, Alice Coimbra<sup>1</sup>, José Luís Plácido<sup>1</sup><sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar São João, Pólo São João, (CHSJ) Porto; <sup>2</sup>Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho (CHVNGE), Vila Nova de Gaia

**Introdução:** A imunoterapia específica a veneno (VIT) constitui a única terapêutica eficaz em doentes com reacção sistémica a picada de himenóptero. Diferentes pautas de iniciação têm sido utilizadas com o propósito de atingir uma protecção satisfatória no menor tempo possível, com o mínimo de efeitos laterais, custos e maior conveniência para o doente. A pauta ultra-rápida (PUR) é uma alternativa eficaz, embora a sua utilização seja pouco reportada.

**Objectivo:** Avaliar a segurança na iniciação de VIT com PUR versus pauta semi-rápida (PSR).

**Material e Métodos:** Estudo retrospectivo dos doentes a cumprir VIT no CHSJ e CHVNGE. Foram recolhidos dados clínicos, do estudo de alergia a veneno de himenópteros e registos de reacções locais e sistémicas na iniciação da VIT. Reacções sistémicas foram classificadas de acordo com a classificação de Mueller. Os doentes foram agrupados de acordo com a pauta de iniciação (PUR – Iniciação em 210 min; PSR – Iniciação em 7 semanas). O teste de Fisher

foi utilizado para comparação de frequências ( $p < 0,05$  significativo).

**Resultados:** Foram incluídos 37 doentes, 28 do sexo masculino, entre os 9 e os 68 anos de idade ( $39,8 \pm 13,4$ ), 37,8% atópicos. Realizaram VIT a abelha 73,0% dos doentes, os restantes a vespa. Em 64,9% dos doentes as reacções sistémicas à picada foram de gravidade III e IV. Realizaram PUR 21 doentes (56,8%); destes, 8 (38,1%) tiveram reacções locais, por vezes múltiplas, num total de 12, todas com diâmetro  $< 10$  cm. Em 5 doentes (23,8%) ocorreram reacções sistémicas, sendo que em 2 ocorreram 2 reacções sistémicas (total – 7 reacções sistémicas). Todas estas reacções foram de gravidade I, não tendo sido utilizada adrenalina. Nos doentes submetidos a pauta SR, 8 (50,0%) apresentaram reacções locais (6 com reacções  $> 10$  cm e 2  $< 10$  cm), todos com múltiplas reacções (total de reacções locais – 28). Em 3 doentes (18,8%) ocorreram reacções sistémicas, sendo que 2 tiveram 2 reacções sistémicas no decurso da iniciação e outro teve 3 (total – 7 reacções sistémicas). Estas foram de gravidade I, II e III (adrenalina e interrupção da VIT no doente com reacção grau III). A diferença entre a frequência de reacções locais e sistémicas em ambos os grupos não é significativa ( $p = 0,5$  reacções locais;  $p = 1$  reacções sistémicas).

**Comentários:** Para além da comodidade para o doente e menores custos, a PUR é segura. É necessário um número superior de doentes para permitir uma melhor comparação entre a segurança da PUR e pautas mais lentas.