

Rev Port Imunoalergologia 2010; 18 (Supl 1): 3-50

# Alergia sem fronteiras

14 A 17 DE OUTUBRO DE 2010  
CENTRO DE CONGRESSOS CS MADEIRA  
FUNCHAL – PORTUGAL

## Resumos das Comunicações Livres e dos Posters

### COMUNICAÇÕES LIVRES

#### I.ª SESSÃO DE COMUNICAÇÕES LIVRES – SESSÃO ESPECIAL

Comunicações orais seleccionadas para atribuição do prémio  
SPAIC / MSD 2010

Dia: 14 de Outubro 2010  
Horas: 11.00 – 13.00 horas  
Local: Sala 1

Moderadores: José Dias Pereira / Margarida Trindade

#### **C1 – Inovação na indução de tolerância oral específica em crianças com anafilaxia às proteínas do leite de vaca**

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

#### **C2 – Anafilaxia em idade pediátrica: um estudo retrospectivo de 9 anos (2001-2009)**

Rui Silva, Eva Gomes, Daniel Machado, Leonor Cunha, Helena Falcão  
Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar do Porto – Hospital Maria Pia

#### **C3 – Alergénios moleculares no diagnóstico de alergia ao kiwi**

Helena Pité<sup>1</sup>, Marija Gavrovic-Jankulovic<sup>2</sup>, Milica Popovic<sup>2</sup>, Milica Grozdanovic<sup>2</sup>, Ângela Gaspar<sup>1</sup>, Graça Pires<sup>1</sup>, Pedro Martins<sup>1</sup>, Vitória Matos<sup>3</sup>, Virgínia Loureiro<sup>3</sup>, Paula Leiria Pinto<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central; <sup>2</sup>Departamento de Bioquímica, Faculdade de Química, Universidade de Belgrado, Sérvia; <sup>3</sup>Serviço de Patologia Clínica, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central

#### **C4 – Análise das concentrações de pólen de Poaceae na atmosfera de Portugal Continental**

Elsa Caeiro<sup>1,2</sup>, Luísa Lopes<sup>3</sup>, Ângela Gaspar<sup>4,5</sup>, Ana Todo-Bom<sup>6</sup>, José Ferraz de Oliveira<sup>7</sup>, Carlos Nunes<sup>8</sup>, Mário Morais-Almeida<sup>5</sup>, Rui Brandão<sup>2,9</sup>

<sup>1</sup>Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica; <sup>2</sup>ICAAM, Universidade de Évora; <sup>3</sup>Hospital de Santa Luzia, Elvas; <sup>4</sup>Hospital de Dona Estefânia, Lisboa; <sup>5</sup>Hospital CUF Descobertas, Lisboa; <sup>6</sup>Hospitais da Universidade de Coimbra; <sup>7</sup>Hospital São João, Porto; <sup>8</sup>Centro de Imunoalergologia do Algarve; <sup>9</sup>Departamento de Biologia, Universidade de Évora



CMYK



**XXXI REUNIÃO ANUAL DA SPAIC /  
XIV CONGRESSO LUSO-BRASILEIRO DE ALERGOLOGIA E IMUNOLOGIA CLÍNICA**

**C5 – Função respiratória em crianças asmáticas em idade pré-escolar: reprodutibilidade e prova de broncodilatação**

Luís Miguel Borrego<sup>1,2</sup>, Janet Stocks<sup>3</sup>, Isabel Almeida<sup>1</sup>, João Antunes<sup>1</sup>, Paula Leiria-Pinto<sup>1</sup>, José Rosado-Pinto<sup>1</sup>, Ah-Fong Hoo<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central; <sup>2</sup>Departamento Imunologia, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa; <sup>3</sup>Portex Respiratory Unit, UCL Institute of Child Health & Great Ormond Street Hospital NHS, Londres, Reino Unido

**C6 – Hipersensibilidade a antibióticos no internamento hospitalar. Casuística de 2 anos**

Daniel Machado<sup>1</sup>, Miguel Tavares<sup>2</sup>, Beatriz Tavares<sup>1</sup>, Celso Pereira<sup>1</sup>, Graça Loureiro<sup>1</sup>, Francisco Parente<sup>2,3</sup>, António Segorbe Luís<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, <sup>2</sup>Serviço de Estatística, <sup>3</sup>Direcção Clínica, Hospitais da Universidade de Coimbra



**C1 – Inovação na indução de tolerância oral específica em crianças com anafilaxia às proteínas do leite de vaca**

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

**Introdução:** A alergia às proteínas do leite de vaca (APLV) afecta até 5% das crianças na primeira infância e até 20% mantém a sua alergia durante a segunda década de vida. Para os casos de APLV persistente e grave o prognóstico é menos favorável e a probabilidade de ocorrerem acidentes pela exposição a alérgeno oculto é elevada, pelo que é importante propor alternativas terapêuticas.

**Objectivo:** Avaliar a eficácia e a segurança de um protocolo misto (sublingual-oral) de indução de tolerância ao LV em crianças com APLV IgE-mediada grave.

**Métodos:** De Maio de 2009 a Maio de 2010 foram incluídas 10 crianças com APLV IgE-mediada persistente com queixas iniciadas no primeiro ano de vida; todas apresentavam clínica anterior de anafilaxia e manifestações alérgicas no último ano, a maioria graves, por ingestão de alérgeno na forma oculta. O protocolo de indução de tolerância, utilizando como extracto alérgico LV puro, iniciou-se com doses sub-linguais seguidas da ingestão oral de doses progressivas de LV até à dose alvo de 200mL/dia. A subida da dose decorreu sempre em Hospital-de-Dia sob vigilância médica permanente, não sendo efectuado qualquer internamento. Foi feita a preparação prévia dos familiares e da criança, sendo obtido o consentimento informado no início e em todas as sessões do tratamento; foi facultado o contacto telefónico da equipa médica nas 24 horas.

**Resultados:** Média etária 10,9±4,8 anos (4 a 16 anos), relação sexo M/F de 1:1; 100% com história pessoal de doença alérgica respiratória. A dose de manutenção unitária de 200mL/dia foi alcançada em todos os doentes, num intervalo variável de até 12 semanas, numa média de 4 visitas hospitalares. Registaram-se, durante a fase de indução, reacções alérgicas ligeiras a moderadas em 8 crianças, tratadas apenas com terapêutica oral (anti-histamínica e/ou corticosteróide) e 1 caso de anafilaxia após exercício físico e dependente da ingestão de LV (sexo ♂, 16 anos); refere-se 1 caso de anafilaxia durante o início da indução por acidente com alérgeno oculto; quando indicado efectuou-se ajuste da dose.

**Conclusão:** A indução de tolerância específica ao LV é uma opção terapêutica inovadora na abordagem da APLV IgE-mediada persistente e grave, independentemente do grau de sensibilização. O protocolo utilizado revelou-se eficaz, prático e seguro. Todos os doentes alcançaram uma dose que permite uma dieta sem restrições, com evidente melhoria da qualidade de vida das crianças e da sua família.

**C2 – Anafilaxia em idade pediátrica: um estudo retrospectivo de 9 anos (2001-2009)**

Rui Silva, Eva Gomes, Daniel Machado, Leonor Cunha, Helena Falcão  
Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar do Porto – Hospital Maria Pia

**Introdução:** A anafilaxia é uma reacção aguda multissistémica e potencialmente fatal, que resulta da libertação rápida de mediadores inflamatórios. A sua prevalência exacta é desconhecida. Nas crianças, os alimentos são os alérgenos mais frequentemente implicados. Outros agentes incluem os medicamentos e o veneno de himenópteros. Segundo estudos recentes, até 20% de todos os episódios de anafilaxia podem ser idiopáticos.

**Objectivo:** Caracterizar os casos de anafilaxia avaliados num Serviço de Imunoalergologia de um Hospital Pediátrico.

**Material e Métodos:** Estudo retrospectivo de todos os casos de anafilaxia (definida de acordo com Sampson *et al* 2006) avaliados no Serviço de Imunoalergologia do Centro Hospitalar do Porto – Hospital Maria Pia, no período de 2001 a 2009.

**Resultados:** Durante o período em estudo, 73 crianças tiveram reacções anafiláticas (47 ♂), das quais 64% tinham história de atopia. A idade na altura da reacção variou entre os 17 dias de vida e os 15 anos (mediana: 4 anos). Os alimentos foram a causa mais frequente (n=57), seguida dos fármacos (n=8), veneno de himenópteros (n=2) e frio (n=1). Em 5 casos não foi possível identificar a causa. De entre os alimentos, o leite de vaca foi responsável pela reacção em 27 crianças, os peixes, crustáceos e moluscos em 13, os cereais e frutos secos em 8, o ovo em 5 e os frutos em 4. Relativamente aos fármacos, os beta-lactâmicos e a gentamicina foram responsáveis pelos 8 casos. A reacção mais grave foi uma paragem cardio-respiratória. Os sintomas mais frequentes foram respiratórios e cutâneos em 51 casos (17 também com envolvimento gastrointestinal). Em 9 casos ocorreu hipotensão, com manifestações respiratórias e/ou gastrointestinais e/ou cutâneas. Dez crianças apresentaram sintomas gastrointestinais e cutâneos, e 2 tiveram sintomas respiratórios e gastrointestinais. A maioria das reacções foi tratada no SU com corticosteróides, anti-histamínicos ou ambos. A adrenalina foi utilizada no tratamento do episódio agudo em apenas 1/4 dos casos.

**Conclusões:** As causas mais frequentes de anafilaxia em crianças são alimentos, principalmente o leite de vaca. Tal como em estudos prévios, a prevalência de anafilaxia foi superior no sexo masculino. Apesar de ser o tratamento mais importante, a adrenalina ainda é utilizada numa minoria dos casos. O estudo completo de todos os casos de anafilaxia é fundamental, de forma a identificar a causa e prevenir reacções futuras. Um auto-injector de adrenalina deve ser prescrito a todos os doentes com história de anafilaxia.

### C3 – Alergénios moleculares no diagnóstico de alergia ao kiwi

Helena Pité<sup>1</sup>, Marija Gavrovic-Jankulovic<sup>2</sup>, Milica Popovic<sup>2</sup>, Milica Grozdanovic<sup>2</sup>, Ângela Gaspar<sup>1</sup>, Graça Pires<sup>1</sup>, Pedro Martins<sup>1</sup>, Vitória Matos<sup>3</sup>, Virgínia Loureiro<sup>3</sup>, Paula Leiria Pinto<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central; <sup>2</sup>Departamento de Bioquímica, Faculdade de Química, Universidade de Belgrado, Sérvia; <sup>3</sup>Serviço de Patologia Clínica, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central

**Introdução:** O kiwi é uma causa frequente de alergia alimentar, desconhecendo-se os alergénios relevantes na nossa população, bem como a sua utilidade potencial no diagnóstico e abordagem clínica dos doentes.

**Objectivo:** Avaliar o uso de alergénios moleculares no diagnóstico de alergia ao kiwi.

**Métodos:** A doentes com alergia IgE-mediada a kiwi, caracterizados no que concerne a história clínica por questionário médico, foram realizados testes cutâneos (TC) com extractos comerciais de kiwi (e kiwi em natureza, em caso de extracto negativo), pólenes e látex e extractos dos alergénios naturais ou recombinantes Act d 1 (actinidina), Act d 2 (proteína semelhante a taumatina), Act d 4 (cistatina) e Act d 5 (kiwelina), bem como determinação de IgE específica (sIgE) para kiwi. A mesma bateria de TC foi utilizada em indivíduos com ingestão regular assintomática de kiwi. Na análise estatística usou-se o teste exacto de Fisher.

**Resultados:** Foram avaliados 15 crianças e 10 adultos com alergia e TC positivos a kiwi. Em 60% dos doentes, os TC foram positivos para Act d 1, assim como para Act d 2 e, em 24% e 4% para Act d 4 e Act d 5, respectivamente. A frequência de TC positivos para pelo menos um dos quatro alergénios foi 72%, igual à obtida pela determinação de sIgE e superior à obtida em TC com o extracto comercial (64%). Os doentes sem polinose (n=13) tiveram mais frequentemente, embora sem significado estatístico, TC positivos com Act d 1; os sensibilizados ao látex (n=6) reagiram mais frequentemente a Act d 4 (67% vs 11%; p=0,015). A frequência de TC positivos para os alergénios individuais de kiwi foi significativamente superior nos doentes com reacções mais graves (100% vs 42%; p=0,002), diferença não observada quando considerados o extracto comercial em TC ou a determinação de sIgE. Os TC com os alergénios individuais foram negativos em todos os controlos. De registar a ausência de reacções adversas nos TC efectuados.

**Conclusão:** As proteínas Act d 1 e Act d 2 constituíram os alergénios *major* na população em estudo. A Act d 4 mostrou-se importante nos doentes sensibilizados ao látex. O uso de alergénios moleculares aumentou a sensibilidade diagnóstica dos TC na alergia IgE-mediada ao kiwi, quando comparado com o extracto comercial, igualando a da determinação de sIgE. Revelou-se também útil na identificação dos doentes com reacções mais graves. Esta caracterização com base no perfil de sensibilização poderá contribuir para uma melhor abordagem clínica dos doentes.

### C4 – Análise das concentrações de pólen de Poaceae na atmosfera de Portugal Continental

Elsa Caeiro<sup>1,2</sup>, Luísa Lopes<sup>3</sup>, Ângela Gaspar<sup>4,5</sup>, Ana Todo-Bom<sup>6</sup>, José Ferraz de Oliveira<sup>7</sup>, Carlos Nunes<sup>8</sup>, Mário Morais-Almeida<sup>5</sup>, Rui Brandão<sup>2,9</sup>

<sup>1</sup>Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica; <sup>2</sup>CAAM, Universidade de Évora; <sup>3</sup>Hospital de Santa Luzia, Elvas; <sup>4</sup>Hospital de Dona Estefânia, Lisboa; <sup>5</sup>Hospital CUF Descobertas, Lisboa; <sup>6</sup>Hospitais da Universidade de Coimbra; <sup>7</sup>Hospital São João, Porto; <sup>8</sup>Centro de Imunoalergologia do Algarve; <sup>9</sup>Departamento de Biologia, Universidade de Évora

**Introdução:** O pólen da família das *Poaceae* (gramíneas) é a principal causa de polinose no nosso País.

**Objectivos:** 1) Comparar o período de polinização principal (PPP) do pólen de gramíneas das diferentes estações de monitorização continentais da Rede Portuguesa de Aerobiologia: Porto (Norte), Coimbra e Lisboa (Centro), Évora e Portimão (Sul). 2) Analisar a variação interanual e intradiária das concentrações de pólen de gramíneas na atmosfera de cada localidade.

**Métodos:** No estudo utilizaram-se os dados diários e horários das monitorizações de pólen de gramíneas das cinco estações de monitorização continentais da Rede Portuguesa de Aerobiologia (RPA), ao longo de 7 anos (2002-2008).

**Resultados:** Entre as localidades encontraram-se diferenças significativas, em termos de pólen de gramíneas total colectado, de PPP: duração e término, e de curvas horárias. Este pólen encontrava-se bem representado no espectro polínico da atmosfera das várias localidades, próximo ou acima de 10%. Está presente na atmosfera durante todo o ano, porém as suas concentrações são particularmente importantes entre Maio a Julho. O início do PPP foi mais precoce nas estações do Litoral, Lisboa e Porto, e mais tardio no interior sul, em Évora. As concentrações máximas absolutas diárias registaram-se em Junho e Julho no Porto, finais de Maio e início de Junho em Coimbra, e em Maio em Lisboa, Évora e Portimão. A duração do PPP diminuiu de Norte para Sul. O término do PPP foi em Agosto, no Norte e, em Julho, no Sul. Apesar de existirem diferenças entre os anos, Porto e Coimbra revelam os mais baixos níveis de pólen, em média 2.151 e 1.617 grãos de pólen/m<sup>3</sup>/ano, respectivamente, enquanto Évora registou os mais elevados níveis, 16.736 grãos de pólen/m<sup>3</sup>/ano. Concentrações médias diárias superiores a 25 grãos de pólen/m<sup>3</sup> registaram-se no Porto durante 23 ± 5 dias, em Coimbra 16 ± 8 dias, em Lisboa 34 ± 15 dias, em Évora 54 ± 9 dias e em Portimão 39 ± 12 dias. O pólen encontrava-se presente na atmosfera durante 24h, mas as suas concentrações horárias apresentam oscilações ao longo do dia, com as mais baixas a registaram-se entre as 22h e as 6h, e as mais elevadas, observadas em Évora entre as 7h e as 21h, onde ultrapassam os 30 grãos de pólen/m<sup>3</sup>.

**Conclusões:** Entre as localidades registaram-se diferenças quantitativas e comportamentais deste pólen na atmosfera. Em Portugal, é nas regiões a Sul interiores e rurais que o risco de exposição a este pólen é maior.

**C5 – Função respiratória em crianças asmáticas em idade pré-escolar: reprodutibilidade e prova de broncodilatação**Luís Miguel Borrego<sup>1,2</sup>, Janet Stocks<sup>3</sup>, Isabel Almeida<sup>1</sup>, João Antunes<sup>1</sup>, Paula Leiria-Pinto<sup>1</sup>, José Rosado-Pinto<sup>1</sup>, Ah-Fong Hoo<sup>3</sup><sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central; <sup>2</sup>Departamento Imunologia, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa; <sup>3</sup>Portex Respiratory Unit, UCL Institute of Child Health & Great Ormond Street Hospital NHS, Londres, Reino Unido

**Introdução:** O estudo funcional respiratório em idade pré-escolar tem vindo a ser utilizado na avaliação de doentes asmáticos, não existindo estudos que comprovem a reprodutibilidade da espirometria e avaliação de resistências nesta faixa etária para medições efectuadas na mesma ocasião ou em ocasiões distintas. Por outro lado, a existência de uma prova de broncodilatação positiva é importante no diagnóstico de asma brônquica mas a sua acuidade na criança em idade pré-escolar não se encontra ainda bem aferida.

**Objectivo:** Avaliar a reprodutibilidade da espirometria animada e da avaliação das resistências em crianças em idade pré-escolar saudáveis e em crianças com diagnóstico clínico de asma e aferir qual o critério de uma prova de broncodilatação positiva, nesta faixa etária.

**Metodologia:** Procedeu-se à medição da resistência específica das vias aéreas basal (sReff) e de parâmetros espirométricos em crianças saudáveis e asmáticas. Os testes foram repetidos 20 min após inalação de placebo ou de salbutamol 400 mcg num primeiro tempo e numa segunda ocasião, até 1 mês depois, com a opção contrária, de forma randomizada. Foi utilizando o teste t de Student e teste  $\chi^2$ , consoante a natureza das variáveis em estudo.

**Resultados:** Foram avaliadas 22 crianças saudáveis [5.1 (SD 0.9) anos] e 45 crianças com asma [5.1 (SD 0.8) anos]. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas para as medições basais efectuadas na mesma ocasião e em diferentes ocasiões para nenhum dos grupos de crianças (saudáveis, asmáticas). Encontraram-se diferenças estatisticamente significativas após salbutamol para sReff [18 controlos (n=18): média (95% IC): -0.161 (-0.242; -0.080) kPa/s, p=0.001; 37 asmáticos: -0.277 (-0.345; -0.208) kPa/s, p<0.0001] e FEV<sub>0.75</sub> (FEV<sub>0.75</sub> z-score [22 controlos: 0.22 (0.03; 0.40), p=0.02; 45 asmáticos: 0.97 (0.78; 1.16), p<0.0001]. Não foram objectivadas diferenças após placebo em qualquer dos grupos. 35% (13/37) dos asmáticos apresentaram uma diminuição de sReff pós-broncodilatação superior ao grupo controlo (limite inferior da normalidade -29%), enquanto no grupo controlo, 33% (15/45) das crianças tiveram aumento significativo de FEV<sub>0.75</sub> (limite superior da normalidade +14.5%).

**Conclusão:** A espirometria e a avaliação de resistências são técnicas reprodutíveis e que podem ser utilizadas na prática clínica diária. O estudo da resposta ao broncodilatador em crianças saudáveis é fundamental para a interpretação de possíveis alterações em crianças asmáticas, propondo-se um *cutt-off* de 14,5% para FEV<sub>0.75</sub> como critério de positividade para a prova de broncodilatação em idade pré-escolar.

**C6 – Hipersensibilidade a antibióticos no internamento hospitalar. Casuística de 2 anos**Daniel Machado<sup>1</sup>, Miguel Tavares<sup>2</sup>, Beatriz Tavares<sup>1</sup>, Celso Pereira<sup>1</sup>, Graça Loureiro<sup>1</sup>, Francisco Parente<sup>2,3</sup>, António Segorbe Luís<sup>1</sup><sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, <sup>2</sup>Serviço de Estatística, <sup>3</sup>Direcção Clínica, Hospitais da Universidade de Coimbra

**Introdução:** As reacções adversas a fármacos (RAF), nomeadamente antibióticos (AB), constituem uma causa importante de morbilidade e mortalidade, com consequente prolongamento no tempo de internamento. Com este trabalho pretendeu-se avaliar as RAF a AB com provável mecanismo de hipersensibilidade (HS) subjacente.

**Métodos:** A partir da base de dados dos Grupos de Diagnósticos Homogéneos (GDH) do Hospital, foram seleccionados os internamentos com alta em 2008 e 2009, com menção de RAF com diagnóstico principal ou secundário, relacionados com antibióticos. Apenas episódios sugestivos de HS a AB foram seleccionados. Foram avaliadas as características demográficas, antibióticos envolvidos e manifestações clínicas.

**Resultados:** Dos 162 episódios obtidos, incluíram-se 122. A média de idades foi 58,25±18,06 anos (58,2% sexo masculino). Apenas 6 doentes tinham antecedentes de HS a AB. 16,4% das reacções motivaram o internamento, sendo os restantes 83,6% uma intercorrência. A reacção de HS foi assumida como diagnóstico principal em 13,9% dos casos. O tempo médio desde o início do AB e o desencadear da clínica foi de 6,41±5,05 dias. Em 86,1% dos casos estava implicado apenas 1 AB, mais frequentemente penicilinas e derivados (19%), cefalosporinas (18,1%), clindamicina (16,2%) e quinolonas (15,2%). No total estiveram envolvidos 141 fármacos, 36,2% beta-lactâmicos. A via de administração EV foi a mais implicada (54,2%). A associação beta-lactâmicos/clindamicina foi a mais frequente quando envolvido mais do que 1 AB (64,7%). As manifestações clínicas mais frequentemente observadas foram cutâneas (MC; 76,2%) e gastro-intestinais (GI; 18,9%), 11,5% foram graves (hepatite sintomática, DRESS e anafilaxia), todos com HS a apenas 1 AB. 20 doentes foram submetidos a estudo diagnóstico posterior. Em 30 episódios o processo clínico não continha informações completas sobre a reacção. O uso de beta-lactâmicos, clindamicina e sulfonamidas associou-se a toxidermia (p<0,0001) e penicilinas e derivados com MG (p=0,027). Nos doentes com HS a mais de 1 AB, a associação beta-lactâmico/clindamicina foi responsável por 12,6% dos casos de toxidermias e a clindamicina isolada por 31%.

**Conclusão:** Os AB não beta-lactâmicos foram responsáveis pela maioria dos episódios, reforçando a importância da investigação da HS a estes AB. A gravidade da clínica não depende do número de AB envolvidos, mas há associações que parecem predispor para HS.

## 2.ª SESSÃO DE COMUNICAÇÕES LIVRES

Dia: 14 de Outubro 2010  
Horas: 11.00 – 13.00 horas  
Local: Sala 2

Moderadores: Alice Coimbra / Rita Câmara

### **C7 – Avaliação da dermatite de contacto numa consulta de Imunoalergologia**

Pedro Morais Silva<sup>1</sup>, Ana Célia Costa<sup>1</sup>, Isabel Mascarenhas<sup>1</sup>, Cândida Machado<sup>2</sup>, Anabela Resende<sup>2</sup>, Manuel Pereira-Barbosa<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria EPE, CHLN, Lisboa; <sup>2</sup>Enfermeira do Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria EPE, CHLN, Lisboa

### **C8 – Imunodeficiências humorais: Experiência de uma Consulta diferenciada**

Susana Lopes Silva, Sara Pereira Silva, Elisa Pedro, Manuel Pereira Barbosa

Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria Centro Hospitalar Lisboa Norte; Centro de Imunodeficiências Primárias, Hospital de Santa Maria, Instituto de Medicina Molecular, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa

### **C9 – Alergia alimentar a camarão: a nossa experiência**

Alice Coimbra, Linda Cruz, José Ferraz de Oliveira

Serviço de Imunoalergologia, Hospital de São João, Porto

### **C10 – O teste de activação dos basófilos por citometria de fluxo no diagnóstico de intolerância a anti-inflamatórios não esteroides**

Andreia Ferrão, Sara Correia, Maria João Peres, Regina Viseu, Marta Salgado, Elza Tomaz, Filipe Inácio

Serviço de Imunoalergologia Hospital São Bernardo, Centro Hospitalar de Setúbal

### **C11 – Prevalência de asma e exposição a fungos no ambiente interno entre trabalhadores de dois prédios de escritórios**

José Laerte Boechat<sup>1</sup>, José Rios<sup>1</sup>, Maria da Conceição Ramos<sup>2</sup>, Ronir Luiz<sup>1</sup>, Francisco Aquino Neto<sup>2</sup>, José Lapa e Silva<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Faculdade de Medicina e <sup>2</sup>Instituto de Química, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

### **C12 – Associação entre o número de cópias de C4A e C4B e lúpus eritematoso sistêmico**

Kaline Medeiros Pereira, Átila Granados de Faria, Eloisa de Sá Moreira, Viviane Santos, Marcelle Grecco, Neusa Pereira da Silva, Luís Eduardo Andrade

Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) – Brasil

### **C13 – Linfocitopenia T CD4+ idiopática**

Jamira Sousa, Lourdes Cabezuelo, Lurdes Correia, Carlos Filipe, Adélia Simão, Armando Carvalho, Nascimento Costa

Serviço de Medicina Interna, Hospitais da Universidade de Coimbra

### **C14 – Angioedema hereditário: três diferentes tipos**

Eugénia Almeida, Nuno Sousa, Daniel Machado, Emília Faria, António Segorbe Luís

Serviço de Imunoalergologia, Hospitais da Universidade de Coimbra

### **C15 – Imunoterapia sublingual na rinosinusite fúngica alérgica**

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

Serviço de Imunoalergologia, Hospitais da Universidade de Coimbra

### **C16 – Detecção e quantificação de aeroalergenos polínicos de gramíneas e *Olea* spp. em amostras de ar exterior e sua correlação com as contagens polínicas**

Célia Antunes<sup>1,5</sup>, Raquel Ferro<sup>1</sup>, Rita Ribeiro<sup>1</sup>, Elsa Caeiro<sup>4</sup>, Luísa Lopes<sup>8</sup>, Carlos Nunes<sup>6</sup>, Rui Brandão<sup>2,3</sup>, Mário Morais-Almeida<sup>7</sup>, HIALINE working group<sup>9</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Química, Universidade de Évora; <sup>2</sup>Inst. Mediterrânico de Ciências Agrárias e Ambientais, Universidade de Évora; <sup>3</sup>Departamento de Biologia, Universidade de Évora; <sup>4</sup>Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica; <sup>5</sup>Centro de Neurociências e Biol. Celular, Universidade de Coimbra; <sup>6</sup>Centro de Imunoalergologia do Algarve; <sup>7</sup>Centro de Imunoalergologia, Hospital CUF Descobertas, Lisboa; <sup>8</sup>Hospital Santa Luzia, Elvas; <sup>9</sup>M.Thibaudon, France, M.Smith, United Kingdom, C.Galan, Spain, R.Albertini, Italy, L.Grewling, Poland, G.Reese, Germany, A.Rantio-Lehtimäki, Finland, S.Jäger, U.Berger, Austria, M.Sofiev, Finland, I.Sauliene, Lithuania, L.Cecchi, Italy

**C7 – Avaliação da dermatite de contacto numa consulta de Imunoalergologia**

Pedro Morais Silva<sup>1</sup>, Ana Célia Costa<sup>1</sup>, Isabel Mascarenhas<sup>1</sup>, Cândida Machado<sup>2</sup>, Anabela Resende<sup>2</sup>, Manuel Pereira-Barbosa<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria EPE, CHLN, Lisboa; <sup>2</sup>Enfermeira do Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria EPE, CHLN, Lisboa

**Introdução:** A dermatite de contacto (DC) é uma patologia cuja prevalência parece ter vindo a aumentar nos últimos anos no nosso país e os testes epicutâneos (TE) são parte fundamental do seu diagnóstico.

**Objectivo:** Caracterizar uma amostra de doentes (dts) com suspeita de DC referenciados à consulta de Imunoalergologia.

**Métodos:** Estudo retrospectivo dos processos clínicos de dts que realizaram TE com a bateria *standard* do Grupo Português de Estudo das Dermatites de Contacto numa consulta de Imunoalergologia durante o ano de 2009.

**Resultados:** 101 (80%F) dts com uma média etária de 44,2 anos (7-79) realizaram TE. Todos apresentavam suspeita de DC e 23% reportavam também agravamento de eczema atópico. 37,6% dos dts referiram lesões cutâneas localizadas, enquanto 17,8% reportou queixas em 2 localizações e 24,7% em 3 ou mais. Os locais mais afectados foram as mãos (16,8%), a face (15,8%) e os membros (14,9%). O couro cabeludo foi referido em 9,8% das mulheres mas em nenhum homem. Em 69 casos (68%) os TE foram positivos. Os alergénios mais prevalentes foram sulfato de níquel (Ni) (53,6%), cloreto de cobalto (34,7%), mistura de perfumes (Mdp) (24,6%), bálsamo de Peru (BP) (23,1%) e timerosal (18,8%). TE positivos tinham uma média de sensibilização de 2,4 alergénios/bateria testada. A média etária dos sensibilizados foi de 45,2 anos (14-79). 21,7% tinham antecedentes de alergia respiratória. As profissões mais frequentes foram domésticas (10), administrativos (7) e estudantes (6). Em 4 casos (5,8%) ocorreu provavelmente sensibilização por exposição ocupacional [domésticas (2), massagista (1), trabalhadora fabril (1)]. Nas primeiras 5 décadas de vida Ni foi o alergénio mais comum, sendo o BP mais frequente nas 6.ª e 7.ª décadas. A sensibilização a Mdp, BP e procaína aumentou com a idade. Os dts entre 30-40 anos apresentaram o maior número de TE positivos (86,7%). Observaram-se TE positivos em 3 dts com menos de 20 anos (38%), mais frequentemente a Ni. No sexo feminino, Ni foi o alergénio positivo mais frequente (46%). Nos homens, o cobalto foi mais prevalente (20%).

**Discussão:** Observamos um maior número de sensibilizações a Mdp e BP e uma menor prevalência de crómio em comparação com outras publicações nacionais. As primeiras manifestações de dermatite pareceram surgir mais precocemente que o esperado. Dts do sexo feminino foram significativamente mais vezes referenciadas à consulta e apresentaram maiores taxas de sensibilização a Ni, o alergénio mais frequente.

**C8 – Imunodeficiências humorais: Experiência de uma Consulta diferenciada**

Susana Lopes Silva, Sara Pereira Silva, Elisa Pedro, Manuel Pereira Barbosa

Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria Centro Hospitalar Lisboa Norte; Centro de Imunodeficiências Primárias, Hospital de Santa Maria, Instituto de Medicina Molecular, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa

As imunodeficiências primárias (IDPs) predominantemente de anticorpos constituem o grupo mais frequente de IDPs, englobando grande diversidade de manifestações clínicas.

Apresenta-se a experiência de seguimento de IDPs predominantemente de anticorpos, numa Consulta de IDPs do Adulto, ao longo de 5 anos. Os doentes são submetidos a um protocolo inicial e de seguimento, com avaliação clínica, laboratorial, funcional respiratória e imagiológica periódicas, recorrendo frequentemente a outras especialidades médicas. As consultas realizam-se com periodicidade variável, trimestral a anual, de acordo com o tipo de IDP e estabilidade clínica de cada doente, sendo possível o acesso não programado à consulta em caso de agravamento clínico.

Encontram-se em seguimento 66 doentes com défice predominante de anticorpos, com idade média  $40 \pm 14$  anos. A imunodeficiência comum variável (IDCV) é o diagnóstico mais frequente (40 doentes), seguida de agamaglobulinemia (7, dos quais 6 com mutação BTK), défice selectivo de IgA (9, dos quais 1 com défice de anticorpos específicos), défice de subclasses isolado (1), síndrome Hiper-IgM (1) e síndrome de Good (1). Em 6 doentes com hipogamaglobulinemia de grau variável não é possível excluir causa secundária/iatrogénica. Dos 54 doentes sob terapêutica de substituição com imunoglobulina G, 70% efectuam tratamento endovenoso e 30% subcutâneo. Relativamente à sua origem, 38% dos doentes foram identificados em Imunoalergologia, sendo os restantes referenciados na sua maioria por Pneumologia (18%) ou Medicina Interna (18%). Seis doentes (13%) foram transferidos de Serviços de Pediatria, sob terapêutica substitutiva. No grupo com IDCV, as principais alterações clínicas incluem autoimunidade (64%), esplenomegalia (54%), diarreia crónica (57%), adenopatias persistentes e generalizadas (35%), infiltrado inflamatório gastrointestinal (67%; 25/32 com biópsia), doença pulmonar linfocítica-granulomatosa (16%, 6/6 com biópsia) e bronquiectasias (60%). Registou-se uma média de 3 internamentos / ano.

A divulgação das IDPs tem contribuído para a referenciação de grande número de doentes. Nesta casuística encontra-se subestimada a prevalência de defeitos *minor* de anticorpos, provavelmente pela diferenciação da Consulta. A optimização do seguimento destes doentes tem permitido o diagnóstico precoce de complicações, redução da taxa de internamentos e melhoria da sua qualidade de vida.

### C9 – Alergia alimentar a camarão: a nossa experiência

Alice Coimbra, Linda Cruz, José Ferraz de Oliveira  
Serviço de Imunoalergologia, Hospital de São João, Porto

**Objectivo:** Suspeita de alergia ao camarão, experiência da consulta de Alergia Alimentar (AA).

**Métodos:** Análise dos processos clínicos de 30 doentes referenciados (Janeiro de 2009 e Junho de 2010) com suspeita de alergia ao camarão. O estudo incluiu testes cutâneos por picada (TCP) a aeroalergénios comuns e camarão, testes cutâneos picada-picada (TCPP) ao camarão, determinação de IgE total e IgE específica ao camarão (KU/L) e realização de prova de provocação oral aberta (PPO).

**Resultados:** Os 30 doentes tinham idade média  $34,9 \pm 10,3$  anos (24-63), 24 (80%) eram do sexo feminino. O quadro mais frequente era envolvimento mucocutâneo (57%), 2 doentes (7%) tinham história de anafilaxia grave e 1 doente (3%) apresentava sintomatologia inespecífica. Vinte e quatro doentes (80%) realizaram TCP ao camarão, tendo 8 (33%) sido positivos, incluindo os 2 com anafilaxia. Vinte e três doentes (77%) realizaram TCPP, tendo 6 (26%) sido positivos, incluindo os 2 com anafilaxia. Apenas estes 2 doentes tinham simultaneamente TCP e TCPP positivos. Os 3 doentes com PPO positiva apresentaram TCPP negativos. Vinte e dois doentes (73%) tinham IgE total (17-1980) e elevada em 15 (68%). Os valores de IgE específica estavam elevados em 14 (48%) com valores entre 0,37 – 91,7. Os 6 doentes com TCPP positivos tinham também IgE específica elevada. Dos 26 doentes (87%) que realizaram TCP a ácaros, 22 (85%) foram positivos, incluindo 7 (87,5%) dos doentes com TCP positivos ao camarão. Do total de 19 doentes (63%) que realizaram PPO, 14 (74%) foram negativas, 3 (16%) foram positivas e 2 (10%) inconclusivas. De salientar que as 2 doentes com história de anafilaxia grave não realizaram PPO. As doses utilizadas nas PPO variam entre 31.Ig – 128,9g. As PPO foram positivas com doses cumulativas entre 52g – 64,8 g. Relativamente a co-morbilidades, 10 (33%) apresentavam asma e/ ou rinite alérgicas a ácaros (70%) ou ácaros e poléns (30%). Dois (67%) dos doentes com PPO positiva, tinham história de asma e/ ou rinite alérgicas. As 2 doentes com anafilaxia grave tinham asma e rinite alérgicas.

**Comentários:** A realização de PPO foi fundamental para o esclarecimento da suspeita de alergia ao camarão. Todos com PPO positiva tinham TCPP negativos, e apenas um tinha TCP positivo. O valor da IgE total e específica não parecem ter qualquer relação com o resultado da PPO.

### C10 – O teste de activação dos basófilos por citometria de fluxo no diagnóstico de intolerância a anti-inflamatórios não esteróides

Andreia Ferrão, Sara Correia, Maria João Peres, Regina Viseu, Marta Salgado, Elza Tomaz, Filipe Inácio  
Serviço de Imunoalergologia Hospital São Bernardo, Centro Hospitalar de Setúbal

**Objectivo:** Avaliar a eficácia do teste de activação dos basófilos (TAB) por citometria de fluxo no diagnóstico de intolerância anti-inflamatórios não esteróides (AINEs) em função do painel de AINEs utilizado.

**Métodos:** Foram realizados TAB por citometria de fluxo, utilizando como marcador de activação dos basófilos o CD63, a um painel de AINEs em 20 indivíduos 15 do sexo feminino e 5 do masculino, com mediana de idades de 45 anos: 12 com intolerância a AINEs manifestada por asma em 3 casos e por urticária/angioedema em 9; grupo controlo – 8 que toleravam AINEs, dos quais 4 eram saudáveis, 3 apresentavam episódios de urticária e angioedema e 1 asma. O painel base de AINEs utilizado foi constituído por ácido acetilsalicílico, diclofenac, metamizol e paracetamol em 2 concentrações por fármaco. Em 3 casos foi acrescentado o ibuprofeno a este painel. O teste foi considerado positivo se pelo menos um AINE apresentasse um índice de estimulação  $\geq 2$  e percentagem de activação  $\geq 5\%$ .

**Resultados:** No grupo com intolerância a AINEs verificaram-se 6 resultados positivos utilizando o painel base e 8 positivos considerando o painel com ibuprofeno. Quatro testes neste grupo não puderam ser validados por resposta inadequada aos controlos. No grupo controlo houve 1 resultado positivo. A sensibilidade, especificidade e valores preditivos positivo (VPP) e negativo (VPN) do TAB utilizando o painel base foram, respectivamente de 75%, 87,5%, 86% e 78%. Considerando o painel com ibuprofeno a sensibilidade subiu para 100%, sem alteração da especificidade e os VPP e VPN foram de 89% e 100%.

**Conclusões:** O TAB mostrou uma boa eficácia no diagnóstico de intolerância aos AINEs no grupo estudado, havendo uma vantagem evidente, por aumento de sensibilidade, com a inclusão de ibuprofeno no painel utilizado. A percentagem relativamente elevada (20%) de testes não validados foi uma limitação importante do TAB neste estudo.



**C11 – Prevalência de asma e exposição a fungos no ambiente interno entre trabalhadores de dois prédios de escritórios**José Laerte Boechat<sup>1</sup>, José Rios<sup>1</sup>, Maria da Conceição Ramos<sup>2</sup>, Ronir Luiz<sup>1</sup>, Francisco Aquino Neto<sup>2</sup>, José Lapa e Silva<sup>1</sup><sup>1</sup>Faculdade de Medicina e <sup>2</sup>Instituto de Química, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

**Introdução e Objetivo:** Nos últimos anos tem sido demonstrada a existência de relação entre aumento da contagem de esporos de fungos no ambiente e a presença de sintomas de alergia. O objetivo do estudo foi determinar a prevalência de asma em trabalhadores de escritórios de dois prédios e a sua relação com exposição fúngica no ambiente de trabalho.

**Métodos:** Cento e sessenta trabalhadores em tempo integral, de um total de 210, que trabalham há mais de 1 ano em um prédio selado de escritórios, e 164 de 186 funcionários de um edifício naturalmente ventilado, localizados no Rio de Janeiro, foram avaliados em um estudo transversal. O diagnóstico de asma alérgica ou não alérgica baseou-se em exame clínico, questionário escrito de asma do ECRHS, espirometria e teste cutâneo de leitura imediata por punção para *D. pteronyssinus*, *B. tropicalis*, *A. fumigatus*, *Cladosporium sp.*, *A. alternata* e *P. Americana*. Metodologias padronizadas internacionalmente foram utilizadas para investigar a concentração de fungos no interior dos edifícios.

**Resultados:** Não houve exposição fúngica significativa no ambiente interno do prédio selado, enquanto no não selado 35,4% dos trabalhadores estavam expostos. No prédio não selado, asma alérgica foi observada em 13,8% dos trabalhadores expostos, contra 2,8% na população não exposta ( $p=0,007$   $X^2=7,2$ ) e asma não alérgica foi observada respectivamente em 20,7% e 5,7% ( $p=0,003$   $X^2=8,67$ ). Na análise multivariada, considerando-se idade, sexo e exposição a endotoxina, ácaros e fungos, somente a exposição a fungos demonstrou ser um fator de risco significativo tanto para a asma não alérgica (OR=4,69 CI 95%=1,43-15,3  $p<0,01$ ) como para a alérgica (OR =8,67 CI 95%=1,60-46,9  $p<0,01$ ).

**Conclusão:** A exposição a alérgenos de fungos entre os trabalhadores do edifício não selado foi um importante fator de risco tanto para a asma alérgica e como para a não alérgica.

**C12 – Associação entre o número de cópias de C4A e C4B e lúpus eritematoso sistêmico**

Kaline Medeiros Pereira, Átila Granados de Faria, Eloisa de Sá Moreira, Viviane Santos, Marcelle Grecco, Neusa Pereira da Silva, Luís Eduardo Andrade

Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) – Brasil

**Introdução:** O C4 é um componente importante do sistema do complemento, participando da ativação de processos inflamatórios e da remoção de complexos imunes. Os genes do C4 apresentam duas isoformas, C4A e C4B, que diferem em apenas 5 nucleotídeos, mas codificam proteínas com funções diferentes. A deficiência de C4A é relacionada a doenças autoimunes, especialmente o lúpus eritematoso sistêmico (LES), enquanto a de C4B aumenta a susceptibilidade a infecções bacterianas. Vários estudos têm demonstrado a complexidade genética de C4, que apresenta variação do número de cópias. Um indivíduo normal pode ter de 2 a 8 genes C4, que podem ser C4A ou C4B.

**Objetivo:** Avaliar o número de cópias de C4A e C4B em pacientes com LES comparando ao de uma população controle saudável.

**Métodos:** Foram estudados 100 pacientes com LES do ambulatório de Reumatologia da UNIFESP e 100 indivíduos saudáveis. Todos assinaram o TCLE aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP. DNA genômico foi extraído do sangue periférico e o número de cópias foi avaliado por reação em cadeia da polimerase (PCR) em tempo real, com sondas TaqMan-MGB sequência-específicas. Para o cálculo do número de genes usamos o método do delta-delta CT e amostras de DNA com número de cópias de C4A e C4B conhecido.

**Resultados:** O número de cópias variou de 2 a 8 para C4 total e de 0 a 5 para C4A e C4B. A média de cópias de C4 total foi menor em pacientes com LES ( $3.7 \pm 1.2$ ; 95% CI=3.5 – 3.9) em relação aos controles ( $4.3 \pm 1.3$ ; 95% CI= 4.0 – 4.5;  $p=0.003$ ). Essa diferença foi devido à variação no número de cópias de C4A, que foi menor nos LES ( $1.9 \pm 1.0$ ; 95% CI= 1.7 – 2.1) em relação aos controles ( $2.3 \pm 1.1$ ; 95% CI=2.1 – 2.6;  $p=0.015$ ). Não houve diferença no número de cópias de C4B entre os grupos [(LES =  $1.8 \pm 0.8$ ; 95% CI= 1.6 – 1.9) e (controles =  $1.9 \pm 1.1$ ; 95% CI=1.7 – 2.1)  $p=0.320$ ]. A frequência de pacientes com LES com baixo número de cópias de C4 total (< 4) e de C4A (< 2) foi maior em relação aos controles (40% versus 25%;  $p=0.022$  e 35% versus 17%;  $p=0.009$ , respectivamente). A frequência de pacientes com apenas 2 cópias de C4 total foi maior no LES (16%) do que nos controles (5%;  $p=0,028$ ). O mesmo foi observado para indivíduos com apenas 1 cópia de C4A (LES= 30%; controles = 16%;  $p=0,020$ ).

**Conclusão:** Os resultados na nossa amostra populacional confirmaram a hipótese de que baixo número de cópias de C4A é um dos fatores predisponentes ao desenvolvimento de LES.

### C13 – Linfocitopenia T CD4+ idiopática

Jamira Sousa, Lourdes Cabezuelo, Lurdes Correia, Carlos Filipe, Adélia Simão, Armando Carvalho, Nascimento Costa  
Serviço de Medicina Interna, Hospitais da Universidade de Coimbra

**Introdução:** A linfocitopenia T CD4+ idiopática é uma síndrome heterogênea, rara, de etiologia desconhecida caracterizada por uma linfocitopenia TCD4+ persistente, associada a infecções oportunistas, na ausência de infecção pelo VIH (Vírus da Imunodeficiência Humana) ou de outra causa de imunodeficiência. Apresenta-se um caso clínico dada a importância epidemiológica desta entidade.

**Caso clínico:** Descreve-se o caso de uma mulher de 83 anos, raça branca, internada em Outubro de 2009 por odinofagia intensa com agravamento progressivo. O exame endoscópico revelou várias úlceras no esófago médio de bordos elevados sugestivas de esofagite herpética, com confirmação histopatológica. Após terapêutica com aciclovir houve recorrência dos sintomas tendo sido diagnosticado uma esofagite por citomegalovírus. As serologias para o HIV1/2 foram persistentemente negativas assim como a Reacção em Cadeia de Polimerase. Foram também negativas as serologias para o Citomegalovírus, Herpesvírus, Varicela Zoster, Epstein Barr e toxoplasma. As imunoglobulinas séricas estavam diminuídas e os sucessivos estudos das subpopulações linfocitárias evidenciaram baixos níveis de linfócitos T CD4.

**Discussão:** A linfocitopenia T CD4 idiopática constitui um diagnóstico de exclusão. A doente que apresentamos manteve sempre valores e linfócitos T CD4 inferiores a 300 células/microL e desenvolveu infecções oportunistas (esofagite herpética e por CMV) sem nenhuma outra causa demonstrável de imunossupressão, nomeadamente doença neoplásica, tratamento imunossupressor ou infecção VIH.

### C14 – Angioedema hereditário: três diferentes tipos

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

**Introdução:** Angioedema hereditário (AEH) é uma doença caracterizada por episódios recorrentes de edema subcutâneo de início súbito não pruriginoso. Estão descritos 3 tipos: tipo I e II causados pela mutação do gene C1-inibidor e o tipo III relacionado com estrogénios.

**Casos Clínicos:** Os autores descrevem 3 casos clínicos: **Caso 1:** Doente do sexo feminino, 40 anos de idade, assintomática até à puberdade, tendo iniciado após a menarca crises de angioedema localizados (à face e membros), episódios de cólicas abdominais intensas e sensação de edema da glote, coincidente com os catamênios e toma anticoncepcionais orais. Sem factores desencadeantes conhecidos. Iniciou Danazol 200 mg diário, com melhoria clínica. Mãe com quadro clínico semelhante, com cessação total das queixas após a menopausa. **Caso 2:** Doente 28 anos, com queixas desde a infância, de angioedema recorrente com agravamento da frequência e gravidade das crises nos últimos 5 anos. As crises surgem predominantemente nos membros, face ou com edema da glote, sem causa aparente, em média 1 vez por mês, com resposta parcial a terapêutica efectuada no Serviço de Urgência. Sem patologia associada conhecida. Pai e tio paternos com antecedentes de episódios de angioedema recorrente sem diagnóstico. Iniciou Danazol 200 mg diários, com melhoria clínica. **Caso 3:** Doente do sexo feminino, 40 anos de idade, que aos 20 anos de idade inicia queixas de angioedema com eritema e sem prurido, localizado predominantemente aos membros e/ou face, por vezes com sensação de edema da glote. As crises manifestam-se em média 1 vez por mês, sem resposta à terapêutica administrada no serviço de urgência. Agravamento com a toma de anticoncepcionais orais. De salientar que durante os 9 meses de gravidez não sofreu nenhuma crise. Antecedentes de distúrbios hormonais com aumento da testosterona e amenorreias frequentes.

Do estudo imunológico efectuado destacam-se as alterações do complemento:

	C1q (0,1-0,250)	C3 (0,9-1,8)	C4 (0,1-0,4)	C1 inibidor (0,210-0,390)	C1 funcional (>68%)
Caso 1	1,190	0,157	0,07	0,082	NE
Caso 2	0,166	1,10	0,04	0,756	6,7%
Caso 3	0,347	1,65	0,47	0,347	101,3%

**Conclusão:** Estes casos ilustram os três tipos diferentes do angioedema hereditário conhecidos. O fenótipo característico associado a uma história familiar e às alterações no complemento encontradas nos casos 1 e 2, permitem afirmar o diagnóstico de AHE tipo I e II respectivamente, enquanto no caso 3 a clínica é sugestiva de AEH tipo III.

### C15 – Imunoterapia sublingual na rinosinusite fúngica alérgica

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

**Introdução:** A rinosinusite fúngica alérgica é uma patologia pouco comum causada por uma reacção alérgica a antigénios fúngicos que se manifesta com rinosinusite crónica, polipose nasal, atopia e elevação da IgE total. A imunoterapia específica tem se mostrado recentemente benéfica quando combinada com terapêutica cirúrgica e médica.

**Caso clínico:** Doente do sexo feminino, 31 anos, sem queixas ou patologia conhecida até aos 23 anos de idade, altura que inicia rinite persistente, sinusopatia e anosmia. Foi-lhe diagnosticada grave polipose nasosinusal e submetida a 2 polipectomias nasais aos 26 anos sem sucesso. Dois meses após a segunda cirurgia houve reaparecimento dos sintomas e a tomografia computadorizada (TC) dos seios perinasais revelou preenchimento total dos seios perinasais e fossas nasais, pelo que submetida a nova a cirurgia associada a terapêutica intravenosa com variconazole e ciclo de corticoterapia oral. Nessa altura é referenciada à consulta de Imunoalergologia e do estudo imunoalergológico realizado realça-se testes cutâneos por picada (TCP) positivos para *Aspergillus fumigatus* (9 mm) e *Cladosporium herbanum* (4 mm), IgE total de 1560 IU/L e IgE específica para *Aspergillus fumigatus* de 41,1 KU/L (classe 5). O estudo funcional ventilatório era normal. Aos 28 anos iniciou imunoterapia sublingual (ITSL) para *Aspergillus*. Manteve-se assintomática até aos 31 anos com terapêutica diária com corticóide inalado nasal, montelukaste e anti-histamínico em SOS, altura que há reaparecimento das queixas nasais. Repete TC seios perinasais que mostra novamente preenchimento das cavidades sinusais. O estudo da IgE específica dois anos após início de ITSL revela TCP (18 mm) e IgE específica 18,9 KU/L (classe 4) a *Aspergillus fumigatus*.

**Discussão:** Este caso clínico é elucidativo da dificuldade no tratamento da rinosinusite fúngica alérgica dado o seu carácter crónico e recidivante. Discute-se a eficácia da imunoterapia específica a longo prazo na evolução e prognóstico desta patologia.

### C16 – Detecção e quantificação de aeroalergenos polínicos de gramíneas e *Olea spp.* em amostras de ar exterior e sua correlação com as contagens polínicas

Célia Antunes<sup>1,5</sup>, Raquel Ferro<sup>1</sup>, Rita Ribeiro<sup>1</sup>, Elsa Caeiro<sup>4</sup>, Luísa Lopes<sup>8</sup>, Carlos Nunes<sup>6</sup>, Rui Brandão<sup>2,3</sup>, Mário Morais-Almeida<sup>7</sup>, HIALINE working group<sup>9</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Química, Universidade de Évora; <sup>2</sup>Inst. Mediterrânico de Ciências Agrárias e Ambientais, Universidade de Évora; <sup>3</sup>Departamento de Biologia, Universidade de Évora; <sup>4</sup>Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica; <sup>5</sup>Centro de Neurociências e Biol. Celular, Universidade de Coimbra; <sup>6</sup>Centro de Imunoalergologia do Algarve; <sup>7</sup>Centro de Imunoalergologia, Hospital CUF Descobertas, Lisboa; <sup>8</sup>Hospital Santa Luzia, Elvas; <sup>9</sup>M. Thibaudon, France, M. Smith, United Kingdom, C. Galan, Spain, R. Albertini, Italy, L. Grewling, Poland, G. Reese, Germany, A. Rantio-Lehtimäki, Finland, S. Jäger, U. Berger, Austria, M. Sofiev, Finland, I. Sauliene, Lithuania, L. Cecchi, Italy

**Introdução:** As doenças alérgicas respiratórias desencadeadas após uma exposição ao pólen atmosférico, como a asma e a rinite alérgica, representam actualmente um grave problema de saúde pública. Em Portugal, o pólen de *Poaceae* (gramíneas) e de *Olea europaea* constitui uma das principais fontes de aeroalergenos polínicos atmosféricos e, como tal, uma das principais causas da alergia respiratória. Por essa razão, é importante o desenvolvimento de novas estratégias para a respectiva prevenção e tratamento. O objectivo deste estudo, desenvolvido no âmbito do projecto europeu Hialine, consistiu em avaliar a correlação entre o doseamento, por imunoensaios, de 2 importantes aeroalergenos – *Phl p 5* e *Ole e 1* – e as contagens polínicas do pólen de gramíneas e *Olea europaea*.

**Metodologia:** Numa plataforma meteorológica situada no centro da cidade de Évora (sul de Portugal), foram recolhidas amostras do ar ambiente a 800L/min com um colector Chemvol high-volume cascade impactor, equipado com filtros para os níveis PM>10µm e 10 µm>PM>2.5µm. As amostras dos filtros em polyurethane foram extraídas com 0.1M NH<sub>4</sub>HCO<sub>3</sub>, pH 8.1, suplementado com 0.1% BSA. Os aeroalergenos *Phl p 5* e *Ole e 1* foram determinados por ELISA's específicas. O polen atmosférico de *Poaceae* e *Olea europaea* foi monitorizado em simultâneo com um Burkard Seven Day Recording Volumetric Spore Trap®, entre 30 de Abril e 8 de Julho de 2009. Ambos os colectores estiveram colocados lado a lado, com o nível de entrada de ar à mesma altura.

**Resultados:** Durante a estação polínica de 2009, foram registados elevados valores de gramíneas entre os dias 2 de Maio e 1 de Junho. Foi observado também que o conteúdo das amostras de ar dos aeroalergenos *Phl p 5* ou *Ole e 1* estavam directamente correlacionados com as contagens polínicas de *Poaceae* e *Oleaceae*, respectivamente.

**Conclusões:** Estes resultados sugerem que a quantificação directa de aeroalergenos pode contribuir, juntamente com as contagens polínicas atmosféricas, para definir o risco alérgico com maior precisão.

**Agradecimentos:** Este estudo está integrado no projecto europeu HIALINE (Executive Agency for Health and Consumers under grant agreement No 2008 11 07).

### 3.ª SESSÃO DE COMUNICAÇÕES LIVRES

Dia: 14 de Outubro 2010  
Horas: 11.00 – 13.00 horas  
Local: Sala 3

Moderadores: Ana Marques / Marta Neto

#### **C17 – Alergénios de alto peso molecular na alergia a alimentos de origem vegetal**

Daniel Machado<sup>1</sup>, Gisela Calado<sup>1</sup>, Borja Bartolomé<sup>2</sup>, Maria Lundberg<sup>3</sup>, Graça Loureiro<sup>1</sup>, Beatriz Tavares<sup>1</sup>, Celso Pereira<sup>1</sup>, António Segorbe Luís<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospitais da Universidade de Coimbra; <sup>2</sup>I&D, Bial-Aristegui, Bilbao, Espanha; <sup>3</sup>MIAB, Uppsala, Suécia

#### **C18 – Reações adversas graves a fármacos – casuística de um ano num Hospital Central**

Gisela Calado<sup>1</sup>, Carmelita Ribeiro<sup>1</sup>, Miguel Tavares<sup>2</sup>, Beatriz Tavares<sup>1</sup>, Graça Loureiro<sup>1</sup>, Celso Pereira<sup>1</sup>, Francisco Parente<sup>2,3</sup>, António Segorbe Luís<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra; <sup>2</sup>Serviço de Estatística dos Hospitais da Universidade de Coimbra; <sup>3</sup>Direcção Clínica dos Hospitais da Universidade de Coimbra

#### **C19 – Hipersensibilidade aos AINEs em doentes asmáticos com idade pediátrica**

João Gaspar Marques<sup>1</sup>, Gisela Calado<sup>2</sup>, Marta Chambel<sup>1</sup>, Pedro Martins<sup>1,3</sup>, Paula Leiria Pinto<sup>1,4</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia do Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central; <sup>2</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospitais da Universidade de Coimbra; <sup>3</sup>Departamento de Fisiopatologia, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, CEDOC; <sup>4</sup>Departamento de Pediatria, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, CEDOC

#### **C20 – Síndrome de enterocolite induzida pelo arroz: a propósito de dois casos clínicos**

Gisela Calado<sup>1</sup>, Pedro Martins<sup>2</sup>, Sara Prates<sup>2</sup>, Paula Leiria-Pinto<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospitais da Universidade de Coimbra; <sup>2</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central

#### **C21 – Estudo da composição proteica das fórmulas lácteas da primeira infância**

Maria Isabel Mascarenhas<sup>1</sup>, Susana Lopes da Silva<sup>1</sup>, Idoia Postigo<sup>2</sup>, Ana Célia Costa<sup>1</sup>, Leonor Bento<sup>4</sup>, Manuel Pereira Barbosa<sup>1</sup>, Jorge Martinez<sup>2</sup>, Maria Conceição Santos<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte; <sup>2</sup>Departamento de Imunologia, Microbiologia y Parasitologia, Facultad de Farmacia, Universidad del País Vasco, Vitória-Gasteiz, Espanha; <sup>3</sup>Unidade de Imunologia Clínica, Instituto de Medicina Molecular/ Faculdade Medicina de Lisboa; <sup>4</sup>Serviço de Pediatria, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte

#### **C22 – Esquemas de indução rápida de imunoterapia em doentes pediátricos com alergia respiratória**

Sofia Luz<sup>1</sup>, José Geraldo Dias<sup>1</sup>, Susana Palma Carlos<sup>2</sup>, Paula Leiria Pinto<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte; <sup>2</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central

#### **C23 – Segurança da vacina da gripe A em crianças com alergia/sensibilização ao ovo**

João Antunes<sup>1</sup>, Marta Chambel<sup>1</sup>, Adriana Pinheiro<sup>2</sup>, Catarina Diamantino<sup>3</sup>, Sara Prates<sup>1</sup>, Ángela Gaspar<sup>1</sup>, Paula Leiria Pinto<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central; <sup>2</sup>Serviço de Pediatria, Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada; <sup>3</sup>Serviço de Pediatria, Hospital Espírito Santo, Évora

#### **C24 – Vírus H1N1 – a experiência de um Serviço de Medicina**

João Antunes<sup>2</sup>, Marisa Mariano<sup>1</sup>, Carla Maia<sup>1</sup>, Isabel Baptista<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidade Funcional de Medicina 1.2, <sup>2</sup>Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar de Lisboa Central

#### **C25 – Limites e possibilidades da Psicologia como instrumento de leitura e compreensão da relação entre o psiquismo e o somático no campo das doenças alérgicas**

José Renato Silva<sup>1</sup>, Rogéria Fernandes Soares<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Psicólogo Clínico e Especialista em Planeamento e Gestão Educacional, Professor Titular e Coordenador do Curso de Graduação em Psicologia da Faculdade de Ciências Humanas Esuda – Recife/PE (Brasil) e aluno do Ciclo de Seminários de Acesso ao Mestrado em Educação na Área de Inovação Pedagógica da Universidade da Madeira; <sup>2</sup>Psicóloga Clínica e Especialista em Neuropsicologia, Professora e Coordenadora do Curso de Pós-Graduação em Neuropsicologia da Faculdade de Ciências Humanas Esuda – Recife/PE (Brasil) e aluna do Ciclo de Seminários de Acesso ao Mestrado em Educação na Área de Inovação Pedagógica da Universidade da Madeira

#### **C26 – O papel do ImmunoCAP® ISAC no diagnóstico de alergia alimentar múltipla a propósito de 2 casos clínicos**

Sofia Luz<sup>1</sup>, Marta Chambel<sup>2</sup>, José Geraldo Dias<sup>1</sup>, Miguel Paiva<sup>2</sup>, João Antunes<sup>2</sup>, Sara Prates<sup>2</sup>, Paula Leiria Pinto<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte; <sup>2</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central

**C17 – Alergénios de alto peso molecular na alergia a alimentos de origem vegetal**

Daniel Machado<sup>1</sup>, Gisela Calado<sup>1</sup>, Borja Bartolomé<sup>2</sup>, Maria Lundberg<sup>3</sup>, Graça Loureiro<sup>1</sup>, Beatriz Tavares<sup>1</sup>, Celso Pereira<sup>1</sup>, António Segorbe Luís<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospitais da Universidade de Coimbra; <sup>2</sup>I&D, Bial-Aristegui, Bilbao, Espanha; <sup>3</sup>MIAB, Uppsala, Suécia

**Introdução:** A implicação de alergénios de alto peso molecular em sintomatologia alérgica é muito pouco frequente, mas pode determinar quadros de elevada severidade.

**Caso clínico 1:** Sexo feminino, 33 anos, enfermeira, sem antecedentes pessoais relevantes. Em 2008 teve 2 episódios de anafilaxia, cerca de 30 minutos após a ingestão de esparguete, sem exercício físico prévio. Os episódios ocorreram com 5 meses de intervalo. Anteriormente ingeria esparguete sem queixas. Estudo analítico geral sem alterações. Testes cutâneos por picada (TC) a aeroalergénios e alimentos negativos, excepto para o malte (6mm) e farinha de milho (4mm, *prick-prick*). IgE específica (sIgE) a cevada, trigo e malte de cevada negativas. Estudo de *immunoblotting* SDS-PAGE (BialAristegui, Spain) detectou uma banda fixadora de IgE específica de  $\pm 60$  kDa no extracto de semente de trigo; sem alterações nos extractos de semente de cevada, malte de cevada.

**Caso clínico 2:** Sexo feminino, 34 anos, doméstica, antecedentes de alergia ao látex, fazendo evicção deste e alimentos relacionados com a reactividade cruzada. Há 3 anos atrás iniciou episódios múltiplos de anafilaxia cerca de 30 minutos após a ingestão de abóbora. Estudo analítico geral sem alterações. TC a aeroalergénios negativos, sendo positivos para extractos comerciais de látex e banana (12 e 5mm, respectivamente) e extracto em natureza de *Cucurbita máxima* Duchesne (CmD), *Cucurbita pepo* L. (CpL), courgette, melancia e melão (7, 4, 3, e 3 mm). A determinação sérica de sIgE foi positiva para látex, banana, rHev b5, rHev b6.01, rHev b6.02 e rHev b11 (5,23; 53,0; 12,7; 19,7; 20,3 e 6,3 kU/L) e negativa para profilina e LTP. A sIgE (ImmunoCAP – Phadia, Sweden) a abóbora (f225) e a CpL e CmD (experimental) foram negativas. A prova de provocação oral aberta com CpL foi positiva. Não foi demonstrada reactividade cruzada entre látex e abóbora, por inibição ImmunoCAP. O *immunoblot* com f225 identificou 4 bandas de proteínas envolvidas ( $\pm 12, 28, 30$  e 68kDa). Porém, o mesmo estudo efectuado com as espécies descritas (CpL e CmD) detectou uma proteína com 64kDa.

**Discussão:** Nestas doentes proteínas de alto peso molecular foram identificadas para dois tipos de alimentos vegetais distintos, as quais parecem ser determinantes na indução de clínica grave, tal como descrito recentemente na literatura, não restritos aos alergénios *major*.

**C18 – Reacções adversas graves a fármacos – casuística de um ano num Hospital Central**

Gisela Calado<sup>1</sup>, Carmelita Ribeiro<sup>1</sup>, Miguel Tavares<sup>2</sup>, Beatriz Tavares<sup>1</sup>, Graça Loureiro<sup>1</sup>, Celso Pereira<sup>1</sup>, Francisco Parente<sup>2,3</sup>, António Segorbe Luís<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra; <sup>2</sup>Serviço de Estatística dos Hospitais da Universidade de Coimbra; <sup>3</sup>Direcção Clínica dos Hospitais da Universidade de Coimbra

**Introdução:** As reacções adversas a fármacos (RAF) são um problema crescente, motivando internamento em casos seleccionados.

**Objectivos:** Caracterizar as reacções adversas graves (RAG) a fármacos enquanto diagnóstico principal, nos episódios de internamento de um Hospital Central.

**Métodos:** Partindo da base de dados de GDHs, seleccionaram-se os episódios de internamento com alta em 2009, com menção de RAF (códigos de causa externa E930 a E949) associados ao diagnóstico principal. Completou-se a informação com consulta dos resumos de internamento. O estudo incidiu sobre as RAG, tendo-se avaliado as características demográficas, fármaco envolvido, manifestações clínicas e tipo de reacção (A-dependente da dose; B-independente da dose).

**Resultados:** Dos 236 episódios de RAF não foi possível obter informação em 5. Das restantes, 46,3% foram RAG (107 doentes, média de idade  $62,3 \pm 18,6$  anos; 55,1% sexo feminino; 0,2% do total de internamentos/2009). O tempo médio de internamento foi  $13,6 \pm 16,3$  dias. Os fármacos mais envolvidos foram AINEs (22,4%), antineoplásicos e imunossuppressores (18,7%), diuréticos (13,1%), anticoagulantes (12,1%) e o alopurinol (11,2%). Em 12 episódios estiveram implicados  $\geq 2$  fármacos suspeitos. Dois doentes apresentaram 2 RAF no mesmo episódio, 1 de menor gravidade. As manifestações clínicas mais frequentes foram: gastrointestinais (GI; 43%), cardiovasculares (CV; 36,4%), mucocutâneas (MC; 24,3%), SNC (19,6%), respiratórias (7,5%) e urinárias (7,5%). Quanto ao tipo de reacção, 75,7% das RAG foram do tipo A (54,3% sexo feminino; fármacos mais implicados – AINEs (23,4%) e antineoplásicos e imunossuppressores (23,4%); manifestações GI (49,3%) e CV (43,2%) foram as mais frequentes); em 6,5% não foi possível esclarecer o tipo. As restantes 19 RAG (17,8%) foram do tipo B (68,4% do sexo feminino), admitindo-se que tenham subjacente um mecanismo de hipersensibilidade (HS). Nestas, o alopurinol foi o fármaco mais implicado (63,2%) e as manifestações MC as mais frequentes (89,5%).

**Conclusões:** As RAG de tipo A foram as mais frequentes, com uma prevalência semelhante à descrita na literatura. O grupo dos AINEs e dos antineoplásicos e imunossuppressores constituíram as causas mais importantes de RAG de tipo A, o que poderá traduzir um crescente consumo destes fármacos pela população geral no primeiro caso e nos doentes oncológicos, no segundo. Nas reacções de HS, o alopurinol revela-se cada vez mais importante.

### C19 – Hipersensibilidade aos AINEs em doentes asmáticos com idade pediátrica

João Gaspar Marques<sup>1</sup>, Gisela Calado<sup>2</sup>, Marta Chambel<sup>1</sup>, Pedro Martins<sup>1,3</sup>, Paula Leiria Pinto<sup>1,4</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia do Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central; <sup>2</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospitais da Universidade de Coimbra; <sup>3</sup>Departamento de Fisiopatologia, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, CEDOC; <sup>4</sup>Departamento de Pediatria, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, CEDOC

**Introdução:** Numerosos estudos têm avaliado a frequência de hipersensibilidade aos anti-inflamatórios não-esteróides (AINEs) em doentes com asma brônquica, porém os seus resultados são discrepantes, variando entre 3 e 19%, consoante os critérios utilizados. Na idade pediátrica os dados publicados são escassos.

**Objectivos:** Estimar a frequência de hipersensibilidade aos AINEs, reportada através de inquérito, em doentes em idade pediátrica com o diagnóstico clínico de asma brônquica, confirmado por prova de broncodilatação positiva.

**Métodos:** Procedeu-se a uma análise retrospectiva, relativa ao período compreendido entre Agosto de 2008 e Fevereiro de 2010, das espirometrias efectuadas (pneumotacógrafo Vitalograph Compact®) aos utentes em idade pediátrica (6-17 anos), no Laboratório de Função Respiratória do Serviço de Imunoalergologia do Hospital de Dona Estefânia, referenciados por suspeita de asma brônquica. Os doentes com prova de broncodilatação positiva ( $\Delta FEV_1 \geq 12\%$  após administração de 400 $\mu$ g salbutamol) foram posteriormente contactados por via telefónica e inquiridos sobre a ocorrência prévia de reacções de hipersensibilidade aos AINEs. Nos casos identificados foi feita uma avaliação e descrição do tipo de reacção ocorrida.

**Resultados:** Foram identificadas 109 crianças com prova de broncodilatação positiva. Conseguiram-se contactar 75 doentes (69%), que apresentavam uma média de idades de  $11 \pm 3$  anos, sendo 41 (55%) do sexo masculino e 34 (45%) do sexo feminino. Entre os doentes contactados, 4 (5.3%) encontravam-se em evicção de AINEs, apesar de nunca terem tido qualquer reacção. Seis (8%) referiram reacções de hipersensibilidade a AINEs. Todos tiveram reacções imediatas, 5 com manifestações respiratórias e um com atingimento mucocutâneo. Em todos os casos o AINE envolvido foi o ibuprofeno. A mediana das idades com que ocorreram as reacções foi de 2 anos (P25: 1,25 anos; P75: 5 anos).

**Conclusões:** A frequência reportada de hipersensibilidade aos AINEs em crianças com asma brônquica, confirmada através de exame funcional respiratório, foi baixa. O valor alcançado encontra-se de acordo com os dados publicados. Este estudo encontra-se em fase de continuação, no sentido de estimar a verdadeira prevalência.

### C20 – Síndrome de enterocolite induzida pelo arroz: a propósito de dois casos clínicos

Gisela Calado<sup>1</sup>, Pedro Martins<sup>2</sup>, Sara Prates<sup>2</sup>, Paula Leiria-Pinto<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospitais da Universidade de Coimbra; <sup>2</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central

**Introdução:** A enterocolite induzida por proteínas alimentares é uma síndrome rara, não mediada por IgE. O arroz e a soja são os alimentos mais frequentemente implicados.

**Casos clínicos:** Apresentam-se 2 lactentes, actualmente com 11,5M, referenciados à consulta de Imunoalergologia por episódios recorrentes, graves, de vômitos incoercíveis e diarreia.

**Caso 1:** Leite materno (LM) exclusivo até 4M. Aos 4,5M, cerca de 40' após 2.ª ingestão de papa láctea, iniciou vômitos incoercíveis, prostração e diarreia, necessitando hidratação ev. Aos 6M repetiu o quadro 1h após papa láctea sem glúten. Uma semana depois teve novo episódio após sopa (batata e cenoura) e um preparado de fruta (sem leite). Enviado à consulta aos 6M para investigação de alergia alimentar. Os TC e IgE específica (IgEe) para alimentos foram negativos. Aos 6,5M fez prova de provocação oral (PPO) com papa não láctea sem glúten com leite extensamente hidrolizado (LEH), positiva após 2h (vômitos incoercíveis). PPO subsequentes com LEH, farinha de milho e leite adaptado (LA) negativas. Tolerou produtos lácteos, sopa, fruta e papa sem arroz.

**Caso 2:** LA na maternidade e LM exclusivo até aos 4,5M. Introdução de sopa (batata, cenoura, cebola) sem intercorrências. Associou abóbora 1 semana depois e, no 2.º dia, 1h após, iniciou prostração, vômitos, hipotermia e dejectão líquida, com necessidade de hidratação ev. Repetiu o quadro aos 5M com a 1.ª papa láctea sem glúten. A reintrodução da sopa (batata, cenoura, cebola) aos 6M desencadeou episódio semelhante. Entre cada episódio manteve LM exclusivo. Referenciado à consulta aos 6M, fez TC e IgEe, negativos. Em seguida fez PPO com LEH e com papa de milho, negativas. Aos 9M teve quadro de vômitos após ingestão de preparado de fruta contendo arroz. Tolerou produtos lácteos, fruta, papa sem arroz e sopa de cebola e batata.

**Discussão:** O facto de ambos terem reagido à papa sem glúten (milho e arroz) mas tolerarem leite e milho permitiu incriminar o arroz como alimento responsável. No caso 2, as reacções aparentemente desencadeadas pela sopa poderão ter sido motivadas pela cenoura ou abóbora, ainda não reintroduzidas, ou poderão ter resultado de ingestão oculta ou não recordada de alimento contendo arroz. Tratando-se de reacções não mediadas por IgE, o diagnóstico depende da realização de PPO com os alimentos incriminados. Salienta-se a importância de um elevado grau de suspeição, de modo a evitar intervenções desnecessárias decorrentes do atraso no diagnóstico desta síndrome rara.

### C21 – Estudo da composição proteica das fórmulas lácteas da primeira infância

Maria Isabel Mascarenhas<sup>1</sup>, Susana Lopes da Silva<sup>1</sup>, Idoia Postigo<sup>2</sup>, Ana Célia Costa<sup>1</sup>, Leonor Bento<sup>4</sup>, Manuel Pereira Barbosa<sup>1</sup>, Jorge Martinez<sup>2</sup>, Maria Conceição Santos<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte; <sup>2</sup>Departamento de Imunologia, Microbiologia y Parasitologia, Facultad de Farmacia, Universidad del País Vasco, Vitória-Gasteiz, Espanha; <sup>3</sup>Unidade de Imunologia Clínica, Instituto de Medicina Molecular/ Faculdade Medicina de Lisboa; <sup>4</sup>Serviço de Pediatria, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte

**Introdução:** As fórmulas lácteas (FL), usadas como complemento ou substituto do leite materno na primeira infância, são produzidas a partir de proteínas do leite de vaca (ou da soja). Em 1990, foi demonstrado que a adição de ácidos gordos polinsaturados de cadeia longa (LC-PUFA) às FL trazia benefícios para a acuidade visual, crescimento e desenvolvimento neurológico das crianças. Parecem contribuir para várias funções do sistema imunológico como percursores dos eicosanóides e também como imunomoduladores (promovendo a activação e proliferação linfocitária e as funções dos macrófagos, neutrófilos e células NK). Desde então, foi recomendada a adição de LC-PUFA às FL, obtidos e purificados a partir do peixe ou ovo, considerados alimentos potencialmente alergénicos e introduzidos mais tardiamente na dieta.

**Objectivos:** Avaliar a composição de algumas FL para lactentes existentes no mercado quanto à existência de fontes proteicas não lácteas.

**Material e Métodos:** Foram analisadas 4 marcas de FL para lactentes, existentes no mercado, em cuja composição estavam incluídos óleos de peixe e/ou ovo. Em 3 marcas foi também avaliada a FL hidrolisada, além da não hidrolisada. As FL foram reconstituídas e preparadas como descrito por Rosendal *et al* em 2000. Efectuou-se electroforese de dupla dimensão do sobrenadante filtrado (como descrito na mesma referência).

**Resultados:** Na electroforese de dupla dimensão das FL não hidrolisadas observaram-se apenas proteínas com o peso molecular e ponto isoeléctrico correspondentes à caseína,  $\alpha$ -lactoalbumina e  $\beta$ -lactoglobulina. Na electroforese de dupla dimensão das fórmulas hidrolisadas (realizada em gel 20% poliacrilamida) não se observaram vestígios de proteínas.

**Conclusão:** Numa primeira análise, não parecem estar presentes proteínas não lácteas nas FL, como desejável em fórmulas para lactentes. Não se encontraram vestígios de proteínas de qualquer proveniência nas FL hidrolisadas. A incubação das FL não hidrolisadas com soro de doentes alérgicos ao ovo e/ou peixe poderá comprovar a existência/ ausência de proteínas não identificadas destas fontes.

### C22 – Esquemas de indução rápida de imunoterapia em doentes pediátricos com alergia respiratória

Sofia Luz<sup>1</sup>, José Geraldo Dias<sup>1</sup>, Susana Palma Carlos<sup>2</sup>, Paula Leiria Pinto<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte; <sup>2</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central

**Introdução:** Os esquemas de indução rápida de imunoterapia específica por via subcutânea (ITSC) têm demonstrado, sem prejuízo da segurança, reduzir custos e aumentar a adesão à terapêutica. Por estas razões assiste-se a um grande aumento da utilização destes esquemas de indução em doentes adultos. Contudo, em doentes pediátricos não existe ainda tanta experiência. O protocolo estabelecido consiste na administração de 2 injeções subcutâneas em diferentes braços com 30 minutos de intervalo seguido de dose de manutenção mensal.

**Objectivos:** Avaliar a segurança de protocolos de indução rápida em doentes pediátricos com doença alérgica respiratória.

**Métodos:** Foram analisados os processos dos doentes com menos de 18 anos de idade com alergia respiratória submetidos a ITSC em esquema de indução rápida num Serviço de Imunoalergologia durante o último ano. Registaram-se os seguintes dados: sexo, idade no início da ITSC, diagnósticos, sensibilizações, constituição da IT, duração da IT, reacções adversas.

**Resultados:** Obtiveram-se 7 doentes (6 do sexo masculino e um do feminino), entre os 9 e os 13 anos (idade média  $11 \pm SD 1,67$  anos, mediana 11 anos). Todos tinham asma brônquica e rinite alérgica, excepto um doente que tinha exclusivamente rinoconjuntivite alérgica. A sensibilização predominante em todos os casos foi a ácaros do pó doméstico. A constituição da ITSC com extractos polimerizados foi: *dermatophagoides pteronyssinus* (dpt) *dermatophagoides farinae* (df) e *lepidoglyphus destructor* (lpd) em 2 casos, dpt e df em três, dpt e lpd em dois e 100% lpd num caso. Nenhum doente fez pré-medicação na indução. Não existiram quaisquer reacções adversas locais e/ou sistémicas, nem na indução nem nas doses de manutenção subsequentes. A duração da imunoterapia variou entre 1 e 9 meses (média  $3,9 \pm SD 3$  meses, mediana 2 meses).

**Conclusões:** Apesar da reduzida dimensão da amostra, o protocolo de indução rápida de ITSC com extractos polimerizados de ácaros é um método seguro e bem tolerado também no grupo etário pediátrico com patologia alérgica respiratória. Estes resultados estimulam a utilização deste esquema de indução de ITSC em crianças.

**C23 – Segurança da vacina da gripe A em crianças com alergia/sensibilização ao ovo**

João Antunes<sup>1</sup>, Marta Chambel<sup>1</sup>, Adriana Pinheiro<sup>2</sup>, Catarina Diamantino<sup>3</sup>, Sara Prates<sup>1</sup>, Ângela Gaspar<sup>1</sup>, Paula Leiria Pinto<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central; <sup>2</sup>Serviço de Pediatria, Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada; <sup>3</sup>Serviço de Pediatria, Hospital Espírito Santo, Évora

**Introdução:** A vacina da gripe causada pelo vírus H1N1 é produzida utilizando líquido extraembrionário de ovo de galinha, pelo que a sua administração pode, teoricamente, causar reacção alérgica em indivíduos com alergia ao ovo. Diversos estudos têm mostrado que a vacina é segura nestes doentes, sobretudo se o conteúdo em proteínas de ovo for  $\leq 1,2\mu\text{g/mL}$ . Contudo, a quantidade destas proteínas é variável entre produtores e os estudos que avaliam a segurança desta vacina incluem poucos doentes. Não foi fornecida informação da quantidade de proteínas de ovo na vacina disponibilizada em Portugal (Pandemrix®).

**Objectivo:** Avaliar a segurança da administração de vacina para vírus H1N1 em crianças com sensibilização ou alergia ao ovo.

**Metodologia:** Utilizou-se a vacina da gripe pandémica Pandemrix® (GlaxoSmithKline), em protocolo fraccionado (0,05mL+0,20mL, com 30 minutos de intervalo) nas crianças com história clínica compatível com alergia ao ovo e consideradas de maior risco, e em dose única nas restantes.

**Resultados:** Foram vacinadas 20 crianças, com idade mediana de 4 anos (mín – 1; máx – 17), sendo 65% do sexo masculino. As crianças foram vacinadas por: história pessoal de asma brônquica/sibilância recorrente (n=14; 70%); idade inferior a 5 anos (n=5; 25%); paralisia cerebral (n=1; 5%). Em 14 crianças (70%) existia alergia ao ovo, sendo a urticária (n=10; 71,4%) e vómitos (n=2; 14,3%) as manifestações mais frequentes; numa das crianças existia história de reacção anafilática e outra tinha esofagite eosinofílica. As restantes 6 crianças foram referenciadas para vacinação hospitalar por sensibilização ao ovo, embora com ingestão regular deste alimento sem reacção adversa. Relativamente ao esquema de vacinação, em 6 das 14 crianças com alergia ao ovo (43%), a primeira dose foi fraccionada; nas restantes crianças alérgicas e nas sensibilizadas optou-se pela administração única. Nas crianças com indicação para fazer dose de reforço, uma vez que não houve reacção adversa na dose inicial, todas as administrações foram feitas em dose única. Não ocorreram reacções de hipersensibilidade à vacina em nenhuma das 20 crianças.

**Conclusão:** A vacina para vírus H1N1 revelou ser segura neste grupo de crianças, mesmo quando existia história de reacção grave com a ingestão de ovo.

**C24 – Vírus H1N1 – a experiência de um Serviço de Medicina**

João Antunes<sup>2</sup>, Marisa Mariano<sup>1</sup>, Carla Maia<sup>1</sup>, Isabel Baptista<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidade Funcional de Medicina 1.2, <sup>2</sup>Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar de Lisboa Central

**Introdução:** Os dados nacionais referentes à infecção pelo vírus H1N1 indicam um total de 192 294 casos notificados no período de 24/04/2009 a 23/02/2010 tendo-se registado 1 436 (0.7%) internamentos no total (Fonte: DGS). A infecção H1N1 foi responsável por 121 (<0.1%) óbitos e os principais factores de risco identificados foram obesidade mórbida (21%), doença cardíaca (20%) e doença pulmonar (20%). Em doentes hospitalizados, é reportada história de asma entre 24-50% dos casos (adultos e crianças) e de doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) em 36% (adultos).

**Objectivos e Métodos:** Estudo prospectivo dos registos médicos e descrição das características clínicas, tratamento e evolução dos doentes internados com infecção H1N1 no período de Nov/2009 a Fev/2010.

**Resultados:** Registaram-se 13 doentes internados com infecção confirmada pelo vírus H1N1, 8 mulheres e 5 homens, com idades compreendidas entre 36-84 anos (média 49,6 anos) e com uma duração de internamento de 3-9 dias (média 6 dias). Nove doentes tinham doença pulmonar (5 com asma e 4 com DPOC), 1 doente apresentava obesidade mórbida e 3 não reportavam co-morbilidades. Dos doentes pulmonares, 4 apresentavam outras co-morbilidades (doença oncológica em 2 casos, obesidade mórbida e diabetes mellitus) e apenas 3 não cumpriam terapêutica inalatória diária com broncodilatadores e/ou corticóides. Onze doentes apresentavam hipoxémia, sendo 4 doentes asmáticos, 4 com DPOC e 3 sem doença respiratória, com valores médios de PaO<sub>2</sub> de 64.6, 56.4 e 56.2 mmHg, respectivamente. A idade média dos doentes asmáticos, com DPOC e sem doença respiratória era, respectivamente 42, 52 e 54 anos. Todos foram medicados com oseltamivir. Oito doentes apresentaram sobreinfecção bacteriana com necessidade de antibioterapia: 2 doentes asmáticos (40%), 3 com DPOC (75%) e 3 sem doença pulmonar (75%). Dois doentes, ambos sem doença pulmonar prévia ou outras co-morbilidades, necessitaram de ventilação invasiva e registou-se 1 óbito (sexo feminino, 84 anos de idade).

**Discussão:** Os casos apresentados, apesar do número reduzido, confirmam o maior impacto do vírus H1N1 em adultos jovens e alertam para o risco de co-morbilidades associadas, nomeadamente doença pulmonar prévia. A necessidade de ventilação mecânica invasiva realça a gravidade da infecção mesmo na ausência de factores de risco. Estes factos alertam para a importância de estratégias de prevenção de contágios, vacinação e uma abordagem correcta destes doentes em ambulatório.



**C25 – Limites e possibilidades da Psicologia como instrumento de leitura e compreensão da relação entre o psiquismo e o somático no campo das doenças alérgicas**  
José Renato Silva<sup>1</sup>, Rogéria Fernandes Soares<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Psicólogo Clínico e Especialista em Planejamento e Gestão Educacional, Professor Titular e Coordenador do Curso de Graduação em Psicologia da Faculdade de Ciências Humanas Esuda – Recife/PE (Brasil) e aluno do Ciclo de Seminários de Acesso ao Mestrado em Educação na Área de Inovação Pedagógica da Universidade da Madeira  
<sup>2</sup>Psicóloga Clínica e Especialista em Neuropsicologia, Professora e Coordenadora do Curso de Pós-Graduação em Neuropsicologia da Faculdade de Ciências Humanas Esuda – Recife/PE (Brasil) e aluna do Ciclo de Seminários de Acesso ao Mestrado em Educação na Área de Inovação Pedagógica da Universidade da Madeira

**Resumo:** A etiologia das doenças orgânicas é, no princípio, objeto das disciplinas médicas, o corpo vai interessar a psicologia clínica na medida em que é tocado pela palavra, um corpo/objeto constituído pela fala no contexto das relações humanas, que não se confunde com o organismo.

Desenvolvido em pesquisa qualitativa, o trabalho discute, através de um estudo de caso, fenômenos que abrangem a asma alérgica infantil, considerando ser humano e “ser sintoma” de forma integral, nas dimensões biopsicossocial, em que aspectos psicossociais influenciam na alergia como uma angústia manifestada no corpo.

Neste cenário, o aparecimento de um sintoma em um membro da família tem uma razão de ser, exerce papel simbólico, onde o corpo quanto sintoma, aparece como mensagem de que algo não vai bem. Um arranjo para a manutenção do equilíbrio psíquico, que Lacan em “Lê Sinthome” (1975-76), diz do sintoma como aquilo que as pessoas têm de mais real e que não pode simplesmente ser retirado sem uma interpretação da fala do paciente. Ao falar, o paciente resignifica a noção de corpo liberando o organismo das pressões exercidas pelo psiquismo no processo de formação das doenças psicossomáticas, em uma articulação entre doença, queixa e sofrimento, ação que embasa este objeto de estudo, que possui quanto objetivo discutir a importância da psicologia clínica enquanto instrumento de compreensão e de atuação nas doenças “psicoasmáticas” infantis.

Onde o presente trabalho ao descrever um estudo de caso de uma criança asmática com seis anos de idade, tem quanto relevância a análise da função materna operando na asma infantil, aqui compreendida como a própria angústia manifestada no corpo, mostrando com clareza, que quanto menor as condições simbólicas dos cuidados maternos, maiores poderão ser as manifestações asmáticas. Manifestações essas que na economia psíquica substitui a neurose, tornando-se, pelo trabalho de formação de sintoma, representante das fantasias inconscientes, vinculadas a desejos e sofrimentos e/ou punição. Uma doença que cada indivíduo dela se serve ou a ela resiste de forma bastante singular.

Não passando despercebido do saber médico que uma mesma doença não se expressa da mesma forma em todos os indivíduos e que essas diferenças, se podem ser atribuídas as particularidades de cada organismo, também podem ser entendidas como resultado da atuação particular de cada psiquismo sobre o próprio organismo e pela relação que esse mesmo psiquismo estabelece com a doença em si.

**C26 – O papel do ImmunoCAP® ISAC no diagnóstico de alergia alimentar múltipla a propósito de 2 casos clínicos**  
Sofia Luz<sup>1</sup>, Marta Chambel<sup>2</sup>, José Geraldo Dias<sup>1</sup>, Miguel Paiva<sup>2</sup>, João Antunes<sup>2</sup>, Sara Prates<sup>2</sup>, Paula Leiria Pinto<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte; <sup>2</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central

**Introdução:** O método ImmunoCAP® ISAC (Phadia) permite determinar a presença de IgE específicas para 103 recombinantes ou componentes moleculares alérgicos numa única etapa analítica, de forma rápida e com boa relação custo benefício. Em doentes com alergia alimentar múltipla, este método pode ser útil uma vez que o doseamento de IgE específicas para um elevado número de alérgenos torna-se bastante dispendioso.

**Caso clínico 1:** Menina de 9 anos, seguida em Consulta de Imunoalergologia por alergia a múltiplos frutos. Clinicamente apresentava urticária peribucal e síndrome de alergia oral com tomate, uva, kiwi, pêra, maçã, laranja, banana, melancia, amêndoa e ameixa. Tem ainda o diagnóstico de rinite intermitente ligeira. Os testes cutâneos em picada para aeroalérgenos foram positivos para *A.Siro*, *T.putrescentiae*, mistura de gramíneas, oliveira e plátano e positivos para os alimentos acima referidos. Foi efectuado ImmunoCAP® ISAC que revelou um perfil de sensibilização preponderante de profilinas (rBet v 2, rHev b 8 e rMer a 1). A doente tem indicação para evicção dos frutos implicados.

**Caso clínico 2:** Jovem de 18 anos seguida em Consulta de Imunoalergologia por alergia a múltiplos frutos e vegetais. Clinicamente apresentava anafilaxia com pêsego, amêndoa, uva e vinagre e urticária/angioedema com maçã, pêra, meloa, morango, figo, noz, avelã, milho e tremoço. Tem ainda o diagnóstico de rinite persistente moderada a grave. Os testes cutâneos em picada foram positivos para *D.pteronissinus*, *D.farinae*, epitélio de cão, gato e plantago e para todos os alimentos referidos. Apresentava ainda sensibilização cutânea para alimentos sem clínica associada (amendoim e cereja). O estudo ImmunoCAP® ISAC revelou um perfil de sensibilização preponderante de LTPs (nPru p 3, rCor a 8 e nArt v 3). A doente tem indicação para evicção rigorosa de frutos frescos, amendoim e frutos secos e utilização em caso de reacção anafiláctica de dispositivo para auto-administração de adrenalina.

**Discussão:** Estes 2 casos revelam a importância do método ImmunoCAP® ISAC na detecção do perfil de sensibilização (LTPs/profilinas) de cada indivíduo. As sensibilizações identificadas podem ser úteis na avaliação do prognóstico clínico, tendo em conta a associação, entre gravidade de reacção e perfil proteico. Em doentes com alergia alimentar múltipla, este método torna-se menos dispendioso do que a habitual determinação das IgE específicas, de um modo isolado.

POSTERS

I.ª SESSÃO DE POSTERS – SESSÃO ESPECIAL

Posters seleccionados para atribuição do prémio SPAIC / MSD 2010

Dia: 14 de Outubro 2010

Horas: 20.00 – 21.30 horas

Moderadores: Ana Morêto / António Vinhas de Sousa

**P1 – Caracterização das reacções sistémicas à imunoterapia subcutânea – um estudo prospectivo**

Natacha Santos, Ana Margarida Silva, Rui Silva, Aida Feiteira, Liliana Castro, José Torres da Costa, José Luís Plácido  
Serviço de Imunoalergologia, Hospital de São João, Porto

**P2 – Genotipagem HLA em doentes portugueses com polipose nasosinusal e asma**

Nuno Sousa<sup>1</sup>, Emília Faria<sup>1</sup>, Rodrigo Nunes<sup>2</sup>, Olívia Simões<sup>2</sup>, João Mendes<sup>2</sup>, António Seborbe Luís<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>Centro de Histocompatibilidade do Centro

**P3 – Polissensibilização a pólenes analisada e reinterpretada à luz do método ImmunoCAP ISAC®**

Marta Chambel<sup>1</sup>, Miguel Paiva<sup>1</sup>, Sara Prates<sup>1</sup>, Virgínia Loureiro<sup>2</sup>, Paula Leiria Pinto<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central; <sup>2</sup>Serviço de Patologia Clínica, Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central

**P4 – Os profissionais de farmácia utilizam correctamente os dispositivos inalatórios?**

Maria de Rosário Ferreira<sup>1</sup>, Alice Coimbra<sup>2</sup>, Hélder Pinheiro<sup>3,4</sup>

<sup>1</sup>Mestre em Ciências Farmacêuticas; <sup>2</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital de São João, Porto; <sup>3</sup>Requimte, Laboratório de Farmacologia, Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto; <sup>4</sup>Instituto de Farmacologia e Terapêutica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

**P5 – Função respiratória em idade pediátrica: alterações funcionais e critérios de avaliação**

João Gaspar Marques<sup>1</sup>, Pedro Martins<sup>1,2</sup>, Isabel Almeida<sup>1</sup>, Isabel Peralta<sup>1</sup>, Sandra Santos<sup>1</sup>, Sara Serranho<sup>1</sup>, Nuno Neuparth<sup>1,2</sup>, Paula Leiria Pinto<sup>1,3</sup>

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

**P6 – Hipersensibilidade a platinas – diagnóstico *in vitro***

Joana Caiado<sup>1</sup>, Elisa Pedro<sup>1</sup>, Lennart Venenalm<sup>2</sup>, Maria Conceição Santos<sup>3</sup>, Manuel Pereira Barbosa<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte; <sup>2</sup>Phadia AB, Uppsala, Suécia; <sup>3</sup>Laboratório de Imunologia Clínica, Instituto de Medicina Molecular/Faculdade de Medicina de Lisboa

**P7 – Comparação entre a prova de provocação conjuntival (PPC) e a avaliação de scores clínicos na resposta à imunoterapia subcutânea (ITSC)**

Andreia Ferrão, Irina Didenko, Elza Tomaz, Fátima Jordão, Vinhas Sousa, Filipe Inácio

Serviço de Imunoalergologia, Hospital São Bernardo, Centro Hospitalar de Setúbal

**P8 – Estudo dos esporos de fungos presentes na atmosfera de Évora**

Elsa Caeiro<sup>1,2</sup>, Denise Colito<sup>3</sup>, Luísa Lopes<sup>4</sup>, Ângela Gaspar<sup>5,6</sup>, Carlos Nunes<sup>7</sup>, Mário Morais-Almeida<sup>6</sup>, Rui Brandão<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica; <sup>2</sup>ICAAM, Universidade de Évora; <sup>3</sup>Departamento de Biologia, Universidade de Évora; <sup>4</sup>Hospital de Santa Luzia, Elvas; <sup>5</sup>Hospital de Dona Estefânia, Lisboa; <sup>6</sup>Hospital CUF Descobertas, Lisboa; <sup>7</sup>Centro de Imunoalergologia do Algarve

**P1 – Caracterização das reacções sistémicas à imunoterapia subcutânea – um estudo prospectivo**

Natacha Santos, Ana Margarida Silva, Rui Silva, Aida Feiteira, Liliana Castro, José Torres da Costa, José Luís Plácido  
Serviço de Imunoalergologia, Hospital de São João, Porto

**Introdução:** As reacções sistémicas (RS) são um efeito adverso pouco frequente mas potencialmente grave da administração de imunoterapia subcutânea (ITsc). Neste estudo pretendemos avaliar a incidência e caracterizar as RS ocorridas nos doentes que iniciaram ITsc a aeroalergéneos entre Janeiro de 2008 e Junho de 2010 no nosso hospital.

**Métodos:** Estudo descritivo, prospectivo, em que foi elaborado um formulário para registo da administração e vigilância das reacções adversas à ITsc segundo as recomendações da EAACI, com cumprimento dos critérios de exclusão, administração e vigilância, e registadas as reacções imediatas (<30 minutos), bem como as reacções tardias à imunoterapia (recurso ao serviço de urgência ou relato na próxima administração).

**Resultados:** Durante este período foram realizadas 19.328 administrações de imunoterapia subcutânea (690 doentes). Foram registadas reacções sistémicas em 13 doentes (1,8%), 8♂ e 5♀, idade média 25 anos (11-50 anos), 5 dos quais apresentaram mais de um episódio, e correspondendo a um total de 20 RS (0,1%). (Ver quadro)

De referir que tanto a ocorrência de reacções locais como de RS ligeiras prévias não reflectiram a gravidade das RS subsequentes e que todos os doentes que desenvolveram urticária, apresentaram posteriormente dispneia ou sintomas brônquicos. Por outro lado é de salientar que as RS com início nos 30 minutos após ITsc manifestaram-se todas apenas por agravamento da rinite e que nos doentes com ITsc a gramíneas, as RS ocorreram fora da época polínica. Três dos doentes suspenderam a ITsc.

**Conclusão:** As reacções sistémicas à ITsc foram, tal como é referido por outros autores, pouco frequentes e de baixa gravidade, pelo que a ITsc, cumprindo as normas de EAACI, pode ser considerada um tratamento seguro. Os procedimentos utilizados tanto nos registos de RS como na sua referenciação devem ser optimizados e devidamente divulgados, de forma a permitir o melhor conhecimento e caracterização das RS.

**P2 – Genotipagem HLA em doentes portugueses com polipose nasosinusal e asma**

Nuno Sousa<sup>1</sup>, Emília Faria<sup>1</sup>, Rodrigo Nunes<sup>2</sup>, Olívia Simões<sup>2</sup>, João Mendes<sup>2</sup>, António Seborbe Luís<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospitais da Universidade de Coimbra; <sup>2</sup>Centro de Histocompatibilidade do Centro

**Introdução:** Vários estudos têm tentado associar a polipose nasosinusal (PN) e a doença respiratória exacerbada pela aspirina (DREA) com diferentes alelos HLA, com resultados muito discrepantes entre os diversos autores.

**Objectivo:** Estudar uma eventual relação entre alelos HLA e predisposição para PN e asma na população portuguesa, com ou sem hipersensibilidade (HS) a aspirina.

**Doentes e métodos:** Foram seleccionados aleatoriamente 40 doentes com PN e asma da Consulta de Alergia a Fármacos dos HUC, 20 com HS a aspirina (11 F/9 M, média de idades 53,4±11 anos) e 20 sem HS a aspirina (12 F/8 M, média de idades 50,8±16 anos). Foi feita a genotipagem dos alelos HLA-A, -B, -Cw, -DRB1, -DQA1, -DQB1 e -DPB1 através de PCR-RSSO e PCR-SBT. Foi usado como controlo um grande número de indivíduos da região central de Portugal. A análise estatística foi efectuada com o SPSS v.17, usando o teste exacto de Fisher.

**Resultados:** A prevalência do HLA-A\*2, -A\*29, -B\*44 e -DQB1\*03 foi superior na totalidade dos doentes. Por outro lado, a prevalência do HLA-A\*11, -B\*7, -Cw\*16, -DPB1\*1401 e -DRB1\*3 foi inferior ao encontrado no grupo controlo. Quando consideramos isoladamente os doentes com HS à aspirina, apenas os alelos HLA-A\*2, -B\*44 e -B\*38 têm maior expressão em relação ao grupo controlo. Todas estas diferenças são estatisticamente significativas (p<0,05).

**Discussão:** Este é o primeiro estudo avaliando os alelos HLA em doentes com PN e asma em Portugal, com ou sem HS à aspirina. Encontrámos 4 alelos diferentes com prevalência significativamente superior e 5 com expressão significativamente inferior. Se considerarmos isoladamente os doentes com HS à aspirina, apenas 3 alelos tinham maior expressão. Nenhum destes alelos foi previamente associado a estas patologias e não foram encontradas associações previamente descritas, nomeadamente com os alelos HLA-A\*74, -B\*07, -CW\*12, -DRB1\*03, -DRB1\*04 e -DRB1\*16. Estas diferenças podem ser explicados, pelo menos parcialmente, pelas diferenças geográficas e étnicas das populações estudadas pelos diversos autores.

Sensibilização (n=13 doentes)	ITsc (n=13 doentes)	Reacções locais (n=13 doentes)	Reacções sistémicas (n=20 RS)			
			Clinica (n doentes)	Classificação Gravidade	Fase	Início
Ácaros – 3 Pólen – 1 Ác + Pol – 9  * 10 doentes fizeram ITsc a ácaros	Polimerizado – 11 Depot – 2  Peranual – 12 Pré-sazonal – 1  Convencional – 7 Rush – 6	Ausentes – 10 < 5 cm – 2 5-8 cm – 0 > 8 cm – 1	Rinite – 13 (9) Asma – 5 (3) U + Disp – 2 (2)	EAACI 2006 I – 18 II – 2  WAO 2010 I – 13 2 – 7	Ind – 18 Man – 2	<30' – 5 30'-3h – 4 > 3h – 3 Desc – 8

Ác = Ácaros. Pol = Pólen. U = Urticária. Disp = Dispneia. Ind = Indução. Man = Manutenção. Desc = desconhecido (>30')

**P3 – Polissensibilização a pólenes analisada e reinterpretada à luz do método ImmunoCAP ISAC®**

Marta Chambel<sup>1</sup>, Miguel Paiva<sup>1</sup>, Sara Prates<sup>1</sup>, Virgínia Loureiro<sup>2</sup>, Paula Leiria Pinto<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central; <sup>2</sup>Serviço de Patologia Clínica, Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central

**Introdução:** O ImmunoCAP ISAC® (*Immuno Solid-phase Allergen Chip*) é um novo teste *in vitro* que visa a detecção e identificação semi-quantitativa de IgE específica sérica (IgEe) para múltiplos componentes alergénicos moleculares.

**Objectivos:** Analisar os resultados do ImmunoCAP ISAC® (ISAC) em doentes com alergia respiratória, com testes cutâneos por picada (TCP) sugestivos de polissensibilização a pólenes.

**Métodos:** Seleccionámos 34 doentes com alergia respiratória e TCP positivos para extractos de 2 ou mais pólenes. Em todos foi determinada a IgEe para alergénios moleculares pelo método ISAC, assumindo-se como positivos os valores  $\geq 0,3$  ISU. Analisámos apenas os resultados obtidos para os pólenes testados pelos dois métodos (gramíneas, parietária, artemísia, salsola, oliveira, plátano, bétula).

**Resultados:** A mediana de idades é de 18 anos (4 a 50), com predominio do sexo masculino (56%). Nos TCP, a mediana de número de positividade por doente é 4 (2 a 9), sendo o maior número para gramíneas (n=33) e o menor para bétula (n=10). Por ISAC, o maior número de positividade observa-se para alergénios de gramíneas (n=31 doentes), surgindo a bétula em 2.º lugar (n=20) e o plátano em último (n=6). Para todos os pólenes, à excepção de gramíneas e bétula, o número resultados positivos é maior nos TCP do que no ISAC. A concordância entre os 2 métodos é elevada para gramíneas (91%), variando entre 79% e 47% para os restantes pólenes. À excepção da bétula, os casos discordantes resultam sobretudo de positividade nos TC com resultado negativo no ISAC. Para a bétula, os casos discordantes resultam do fenómeno oposto. Quando analisamos a frequência de sensibilização a panalergénios (rPhl p7, rPhl p12, Bet v2, Bet v4) verificamos que esta é maior nos casos de discordância entre os 2 métodos do que nos concordantes.

**Discussão:** Na amostra estudada, as gramíneas são o sensibilizante mais frequente, com uma boa concordância entre os 2 métodos. Para os restantes pólenes há um número considerável de doentes em que o ISAC é negativo apesar de TCP positivos para os respectivos pólenes. Numa percentagem elevada, este fenómeno surge associado à sensibilização a panalergénios, sugerindo que esta pode ser responsável por resultados falsamente positivos nos TCP, causando um padrão de polissensibilização aparente. O ISAC dá um contributo útil para a discriminação entre polissensibilização e reactividade cruzada em alguns doentes, permitindo reformular estratégia-terapêutica.

**P4 – Os profissionais de farmácia utilizam correctamente os dispositivos inalatórios?**

Maria de Rosário Ferreira<sup>1</sup>, Alice Coimbra<sup>2</sup>, Hélder Pinheiro<sup>3,4</sup>

<sup>1</sup>Mestre em Ciências Farmacêuticas; <sup>2</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital de São João, Porto; <sup>3</sup>Requimte, Laboratório de Farmacologia, Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto; <sup>4</sup>Instituto de Farmacologia e Terapêutica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

**Introdução:** A correcta utilização dos dispositivos inalatórios (DI) é fundamental na sua eficácia terapêutica.

**Objectivo:** Avaliação de competência de profissionais de farmácia na utilização dos DI.

**Métodos:** Estudou-se o manuseamento dos principais DI: Inalador Pressurizado (MDI), o mesmo MDI com uma Câmara Expansora (método activo e método passivo) e os inaladores de pó seco (DPI) Turbohaler, Diskus, Aerolizer, Novolizer e Handihaler em 20 farmácias do distrito do Porto correspondendo a 42 profissionais (27 farmacêuticos e 15 técnicos) escolhidas aleatoriamente das listas de turnos. Os profissionais de farmácia foram convidados primeiro a identificar os DI e depois a simular o uso destes aparelhos, carregados ou para carregar, com placebo, não sendo fornecida qualquer informação adicional. Para cada dispositivo, foram criadas 9 manobras necessárias para a sua correcta utilização, tendo sido atribuído 1 ponto a cada passo executado correctamente.

**Resultados:** Só 21% do total afirma ter recebido algum tipo de formação anterior. Em relação à identificação dos DI: 93% identificaram MDI, 95% a câmara expansora, 74% o Turbuhaler, 81% o Diskus, 74% Aerolizer, 43% o Novolizer, e 76% o Handihaler: o que dá uma taxa global de 77%. Para um máximo de 378 pontos possíveis para cada tipo de dispositivo, atingiram-se 219 pontos (65%) no Inalador Pressurizado (157 pontos para os farmacêuticos e 62 pontos para os técnicos), 263 pontos (70%) no Inalador Pressurizado + Câmara Expansora, método passivo (175 pontos para os farmacêuticos e 88 para os técnicos), 224 (59%) pontos no Inalador Pressurizado + Câmara Expansora, método activo (152 pontos para os farmacêuticos e 72 pontos para os técnicos). Para os DPI: 286 pontos (76%) para o Turbuhaler, 280 pontos (74%) para o Diskus, 285 pontos (75%), Aerolizer, 218 pontos (58%) Novolizer e 288 (76%) para o Handihaler. A média do desempenho do total de profissionais para o total de dispositivos estudados dá uma taxa de desempenho global de 68% (71% para os farmacêuticos e 57% para os técnicos).

**Conclusões:** Apesar dos MDI serem correctamente identificados com maior frequência não foram os que tiveram maior taxa de sucesso quanto à sua utilização. Os DPI obtiveram melhores resultados. Os DI não são manuseados da melhor forma pelos profissionais. A má técnica não se limita ao doente em si mas, ao pessoal responsável pelo seu ensino que, muitas vezes, não está sensibilizado para a sua importância.

**P5 – Função respiratória em idade pediátrica: alterações funcionais e critérios de avaliação**

João Gaspar Marques<sup>1</sup>, Pedro Martins<sup>1,2</sup>, Isabel Almeida<sup>1</sup>, Isabel Peralta<sup>1</sup>, Sandra Santos<sup>1</sup>, Sara Serranho<sup>1</sup>, Nuno Neuparth<sup>1,2</sup>, Paula Leiria Pinto<sup>1,3</sup>

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

**Introdução:** A interpretação correcta dos testes de função respiratória requer a utilização de critérios de normalidade apropriados. O limite inferior da normalidade (abaixo do percentil 5), tem sido apontado como sendo superior face à utilização de critérios fixos de obstrução brônquica. Existem poucos trabalhos que abordem este problema na idade pediátrica.

**Objectivos:** Descrever os resultados das pletismografias realizadas a doentes em idade pediátrica e comparar a concordância entre os valores previstos como limites fixos sugestivos de obstrução brônquica e os limites inferiores do normal, calculados pelas equações de referência.

**Métodos:** Foram analisados retrospectivamente os resultados das pletismografias (Jaeger Masterscreen® Body) realizadas no laboratório de função respiratória do Serviço de Imunoalergologia do Hospital de Dona Estefânia, a doentes em idade pediátrica (6-17 anos), entre Fevereiro de 2010 e Junho de 2010. Registaram-se as alterações funcionais respiratórias de acordo com dois critérios: limites fixos (FEV<sub>1</sub> <80%; FEV<sub>1</sub>/VC <75%; FEF25-75% <60%; TLC >120%; RV >140% e ITGV >130%) e limites inferiores do normal para o FEV<sub>1</sub>, FEV<sub>1</sub>/VC e FEF25-75% (Equação de Zapletal). Efectuou-se uma análise de concordância entre os dois critérios limite citados, utilizando o Teste de Concordância Kappa de Cohen.

**Resultados:** Foram avaliadas 202 pletismografias. A média de idades dos doentes avaliados foi de 11 ± 3 anos, sendo 61,4% do sexo masculino e 38,6% do sexo feminino. Os valores médios ± DP alcançados para os diferentes parâmetros funcionais respiratórios, foram: FEV<sub>1</sub> – 101% ± 17%, FEV<sub>1</sub>/VC – 82 ± 10%, FEF25-75% – 85 ± 28%, RV – 117 ± 30% e ITGV – 104 ± 20%. Observou-se que 7,7% dos doentes tinha um FEV<sub>1</sub> <80%; 16,9% um FEV<sub>1</sub>/VC <75%; 25,1% tinham FEF25-75% <60%; 9,2% uma TLC >120%; 13,3% apresentaram um RV >140% e em 8,7% observou-se um ITGV >130%. Tendo em conta o limite inferior da normalidade, encontraram-se alterações em 8,8% dos doentes para o FEV<sub>1</sub>, em 18,8% para o FEV<sub>1</sub>/VC e em 23,5% para o FEF25-75%. A análise de concordância entre os dois critérios avaliados foi óptima (Kappa de Cohen >0.80) para o FEV<sub>1</sub>, FEV<sub>1</sub>/VC e FEF25-75%.

**Conclusões:** A grande maioria dos doentes avaliados apresentou valores de função respiratória normais. Os resultados do estudo de concordância sugerem-nos que os limites fixos apresentados são úteis em idade pediátrica, facilitando a interpretação dos resultados.

**P6 – Hipersensibilidade a platinas – diagnóstico *in vitro***

Joana Caiado<sup>1</sup>, Elisa Pedro<sup>1</sup>, Lennart Venenalm<sup>2</sup>, Maria Conceição Santos<sup>3</sup>, Manuel Pereira Barbosa<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte; <sup>2</sup>Phadia AB, Uppsala, Suécia; <sup>3</sup>Laboratório de Imunologia Clínica, Instituto de Medicina Molecular/Faculdade de Medicina de Lisboa

**Introdução:** O diagnóstico de reacções de hipersensibilidade (RHS) a citostáticos do grupo das platinas baseia-se na caracterização da reacção e no resultado dos testes cutâneos (TC) em picada (TCP) e intradérmicos (ID). Sendo fármacos citostáticos, um dos riscos dos TC é a necrose cutânea local. Assim, seria ideal a possibilidade de aplicação de testes *in vitro* como alternativa diagnóstica.

**Objectivo:** Comparação entre os resultados dos TC e o doseamento de IgE específicas (slgE) para platinas (carboplatina – Crb- e oxaliplatina- Ox), em doentes (dts) com RHS prévias.

**Métodos:** Foram avaliados 6 dts (F-5;M-1) com reacções moderadas a graves durante a infusão de platinas (Crb=4; Ox=2). Realizaram-se TCP e ID aos 6 dts: Crb= 4 e Ox= 2 (doses não irritativas- 10 e 5 mg/ml, respectivamente) e a 4 controlos com exposição e sem reacção (Crb= 3; Ox= 1). Foi realizado o doseamento de slgE para ambos os citostáticos nos 6 dts, usando *cut-off* de 0.10 kU<sub>A</sub>/l (UniCAP; Phadia™ - Suécia). A avaliação foi efectuada antes do início do protocolo de dessensibilização.

**Resultados:** Todos os dts tinham tido RHS imediatas moderadas a graves. Os TC com os citostáticos envolvidos foram positivos nos 6 dts e negativos nos controlos. Dos 4 dts com reacção à Crb, apenas em 1 as slgE foram positivas. Os 2 dts com RHS à Ox tiveram slgE positivas, não só para a Ox mas também para a Crb.

Dts	Sexo/ Idade	Platina	Reacção	Testes cutâneos (mg/ml)	slgE Crb (kUA/l)	slgE Ox (kUA/l)
1	F/ 65	Crb	Choque anafilático	Crb: 0,1 ID	< 0,10	< 0,10
2	F/ 52	Crb	"	Crb: 10 TCP	< 0,10	< 0,10
3	F/ 56	Crb	Obstrução nasal, urticária generalizada	Crb: 1 ID	1,20	< 0,10
4	F/ 71	Crb	Rash generalizado, dispneia	Crb: 0,1 ID	< 0,10	< 0,10
5	M/ 54	Ox	Flushing facial, rash generalizado, dispneia	Ox: 5 TCP	1,60	0,16
6	F/ 62	Ox	Eritema palmar pruriginoso, dispneia	Ox: 0,5 ID	1,70	2,80

F=feminino; M=masculino

**Discussão:** Nos 6 dts avaliados, verificou-se correlação entre os TC e a clínica. No que concerne às slgE, nos dts com RHS à Ox houve correlação entre a clínica, TC e slgE, o que não se verificou nos dts com RHS à Crb, em que as slgE foram positivas em apenas ¼ dos dts. Esta positividade não se relacionou com a gravidade da RHS. O facto de 2 dts terem slgE positivas para ambos os citostáticos evidencia a reactividade cruzada entre as platinas, demonstrando a necessidade de uso de fármacos alternativos. Estes dados sugerem que o doseamento de slgE possa ser ponderado como alternativa diagnóstica apenas nas RHS com Ox, mas não com a Crb. Será no entanto necessária a avaliação de um maior número de dts para se poderem tirar ilações estatísticas.

**P7 – Comparação entre a prova de provocação conjuntival (PPC) e a avaliação de scores clínicos na resposta à imunoterapia subcutânea (ITSC)**

Andreia Ferrão, Irina Didenko, Elza Tomaz, Fátima Jordão, Vinhas Sousa, Filipe Inácio  
Serviço de Imunoalergologia, Hospital São Bernardo, Centro Hospitalar de Setúbal

**Objectivo:** Comparar a prova de provocação conjuntival (PPC) e a avaliação de scores clínicos na resposta à imunoterapia subcutânea (ITSC).

**Métodos:** Seleccionamos 13 doentes (6 do sexo feminino e 7 do sexo masculino), com uma média de idades de 28 anos, com os seguintes critérios de inclusão: diagnóstico de asma e rinite, teste cutâneo positivo para gramíneas, IgE específica positiva para Phleum (>0,35 kUA/l Imunocap Phadia) e presença de IgE específica positiva para pelo menos um dos seguintes alérgenos moleculares das gramíneas (Phleum p1, Phleum p2, Phleum p 4 e/ou Phleum p5). Entre Dezembro de 2009 e Janeiro de 2010 todos os doentes efectuaram PPC com extracto liofilizado de gramíneas (Allergopharma®) com concentrações crescentes de alérgeno (5, 50, 160, 500, 1600 e 5000 SBU/ml). Efectuamos a avaliação de scores de sintomas utilizando o questionário CARAT (CARAT 10) relativo à Primavera de 2009. Em Julho 2010, após 6 meses de ITSC para gramíneas realizamos PPC em 11 destes doentes e a avaliação de sintomas utilizando o CARAT relativo à Primavera de 2010. Procedemos a uma análise estatística com o SPSS para determinar se existia correlação entre a PPC pré-ITSC e o score de CARAT pré ITSC e entre a PPC pós-IT e o score de sintomas pós-ITSC (Correlação Spearman). Aferimos ainda as diferenças encontradas no CARAT pré e pós-ITSC e as diferenças encontradas na PPC pré e pós-ITSC (Teste de Wilcoxon).

**Resultados:** A média de score de sintomas no questionário CARAT pré e pós ITSC foi respectivamente de 12,3 e 22,18 (30 corresponde ao melhor controle possível da doença e 0 ao pior valor possível). Todos os doentes tiveram PPC positiva pré e pós ITSC. Não se verificou correlação entre o score de CARAT pré-ITSC e o valor em que a PPC pré-ITSC foi positiva. Não se verificou igualmente qualquer correlação entre o score de CARAT pós-ITSC e a PPC pós-ITSC. Aferiu-se uma melhoria significativa nos scores de (CARAT) pré e pós-ITSC ( $p < 0,003$ ) e uma maior tolerância a doses mais elevadas de alérgeno na PPC pós-ITSC ( $p < 0,035$ ).

**Conclusões:** Ambos os métodos: avaliação de score de sintomas (CARAT) e PPC mostraram uma melhoria significativa entre os valores pré e pós ITSC. A PPC não apresentou correlação com a avaliação por score de sintomas (CARAT) neste grupo de doentes.

**P8 – Estudo dos esporos de fungos presentes na atmosfera de Évora**

Elsa Caeiro<sup>1,2</sup>, Denise Colito<sup>3</sup>, Luísa Lopes<sup>4</sup>, Ângela Gaspar<sup>5,6</sup>, Carlos Nunes<sup>7</sup>, Mário Morais-Almeida<sup>6</sup>, Rui Brandão<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica; <sup>2</sup>ICAAM, Universidade de Évora; <sup>3</sup>Departamento de Biologia, Universidade de Évora; <sup>4</sup>Hospital de Santa Luzia, Elvas; <sup>5</sup>Hospital de Dona Estefânia, Lisboa; <sup>6</sup>Hospital CUF Descobertas, Lisboa; <sup>7</sup>Centro de Imunoalergologia do Algarve

**Introdução:** Os esporos de fungos constituem frequentemente a maior componente de bioaerossóis nos ambientes *indoor* e *outdoor* e muitas espécies desencadeiam reacções alérgicas pelo que, do ponto de vista clínico, é de grande interesse a identificação e quantificação dos vários tipos de esporos presentes na atmosfera de uma localidade.

**Objectivos:** 1) Identificar e quantificar os tipos de esporos de fungos presentes na atmosfera de Évora. 2) Analisar a influência dos factores meteorológicos sobre as concentrações dos vários tipos morfológicos.

**Métodos:** No estudo utilizaram-se os dados diários das monitorizações de esporos de fungos, provenientes de um colector “Hirst”, e dos parâmetros meteorológicos do Centro de Geofísica da Universidade de Évora, de 1 de Janeiro a 30 de Junho de 2009. A análise das amostras foi efectuada ao Microscópio Óptico (ampliação 400x, método das 2 linhas longitudinais). A influência dos factores meteorológicos sobre as concentrações dos vários tipos de esporos de fungos foi realizada através da análise da correlação de Spearman.

**Resultados:** Neste estudo colectaram-se 478.976 esporos de fungos da atmosfera de Évora. 74 tipos diferentes e os mais predominantes foram os seguintes: *Cladosporium*, *Alternaria*, *Aspergillaceae*, *Massarina* (conídios), *Coprinus* (basidiósporos), *Ustilago* (teliósporos), *Diatrypaceae*, *Pleospora*, *Didymiella* (ascósporos) e esporos de *Myxomycotas*. O tipo *Cladosporium* representou 61% dos esporos totais colectados. O tipo *Ustilago*, 9,8%, constituiu o segundo grupo mais importante. As concentrações mais elevadas registaram-se entre o final de Maio e meio do mês de Junho. A análise estatística mostrou que a temperatura influencia, de forma positiva, as concentrações atmosféricas de conídios e teliósporos e, de forma negativa, as de ascósporos; a humidade relativa favorece as dos ascósporos e de alguns basidiósporos e, tal como a precipitação, influencia negativamente as dos teliósporos e da maioria dos conídios; a precipitação favorece a concentração de alguns ascósporos. Não se verificou uma influência clara dos parâmetros meteorológicos sobre as concentrações dos esporos de *Myxomycotas*.

**Conclusões:** Este estudo permitiu aumentar o conhecimento sobre a aerobiologia dos esporos de fungos presentes na atmosfera de Évora e o seu comportamento, durante um período que é considerado “crítico” do ponto de vista das alergias. Este trabalho dá ênfase à importância e à necessidade de monitorizar esporos de fungos presentes no ar.

## 2.ª SESSÃO DE POSTERS

Dia: 14 de Outubro 2010  
Horas: 20.00 – 21.00 horas

Moderadores: Ana Teresa Silva / Eunice Castro

### **P9 – Síndrome de Steven-Johnson e necrólise tóxica epidérmica. Análise retrospectiva de 10 anos**

Daniel Machado<sup>1</sup>, Ana Oliveira<sup>2</sup>, Eva Gomes<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar do Porto – Unidade Hospital Maria Pia; <sup>2</sup>Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar do Porto – Unidade Hospital Geral de Santo António

### **P10 – Alergia a fármacos na criança: antibióticos não penicilínicos**

Daniel Machado, Gisela Silva, Eva Gomes

Serviço de Imunoalergologia – Centro Hospitalar do Porto. Unidade Hospital Maria Pia, Porto

### **P11 – Dessensibilização à carboplatina – Eficácia de protocolos alternativos em casos particulares**

Josefina Rodrigues Cernadas<sup>1</sup>, Mariana Couto<sup>1</sup>, M. João Gil-Costa<sup>2</sup>, Carmen Botelho<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital São João, Porto; <sup>2</sup>Unidade de Hematologia Pediátrica, Departamento de Pediatria, Hospital São João, Porto

### **P12 – Dessensibilização à rifampicina em doentes com reacções de hipersensibilidade não imediatas**

Josefina Rodrigues Cernadas<sup>1</sup>, Carmen Botelho<sup>1</sup>, António Sarmento<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital São João, Porto; <sup>2</sup>Serviço de Doenças Infecciosas, Hospital São João, Porto

### **P13 – Dessensibilização à colchicina em doente com febre mediterrânica familiar**

Josefina Rodrigues Cernadas<sup>1</sup>, Carmen Botelho<sup>1</sup>, António Sarmento<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital São João, Porto; <sup>2</sup>Serviço de Doenças Infecciosas, Hospital São João, Porto

### **P14 – Vacinação com toxóide tetânico em criança com reacção sistémica grave à vacina**

Irina Didenko<sup>1</sup>, Andreia Ferrão<sup>1</sup>, Fátima Ferreira<sup>1</sup>, Paula Pires<sup>2</sup>, Sara Correia<sup>2</sup>, Elza Tomaz<sup>1</sup>, Vinhas de Sousa<sup>1</sup>, Filipe Inácio<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, <sup>2</sup>Laboratório de Imunologia e Biologia Molecular, Hospital São Bernardo, Centro Hospitalar de Setúbal

### **P15 – Apresentação clínica incomum de hipersensibilidade a antibióticos beta-lactâmicos – descrição de 3 casos**

Ana Reis Ferreira, Mariana Couto, Carmen Botelho, Josefina Rodrigues Cernadas

Serviço de Imunoalergologia, Hospital de São João, Porto

### **P16 – Reacções de hipersensibilidade não imediatas a múltiplos antibióticos – infecção como factor desencadeante?**

Ana Reis Ferreira, Carmen Botelho, Josefina Rodrigues Cernadas

Serviço de Imunoalergologia, Hospital de São João, Porto

**P9 – Síndrome de Steven-Johnson e necrólise tóxica epidérmica. Análise retrospectiva de 10 anos**

Daniel Machado<sup>1</sup>, Ana Oliveira<sup>2</sup>, Eva Gomes<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar do Porto – Unidade Hospital Maria Pia; <sup>2</sup>Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar do Porto – Unidade Hospital Geral de Santo António

**Introdução:** O Síndrome de Steven-Johnson (SSJ) e a Necrólise Tóxica Epidérmica (NTE) são raros, mas têm mortalidade significativa. Caracterizam-se pelo envolvimento muco-cutâneo e são considerados por alguns autores espectros diferentes do mesmo processo patológico. Fármacos, infecções e neoplasias são os factores etiológicos mais reconhecidos.

O objectivo foi descrever os casos de SSJ/NTE internados, num período de 10 anos.

**Métodos:** Todos os episódios de SSJ/NTE que ocorreram de 1999 a Setembro de 2009 foram pesquisados na base de dados hospitalar, usando códigos da ICD-9-CM de SSJ, NTE e eritema multiforme. Foram revistos os registos médicos e avaliados diversos parâmetros clínicos.

**Resultados:** Dos 131 doentes inicialmente avaliados, apenas 31 (18 feminino) apresentavam critérios de SSJ/NTE; idade média: 35,94±27,84 anos. 35,5% tinham idade <12 anos. Um doente tinha SSJ prévio. Processo infeccioso surgiu 6,45±8,10 dias antes do SSJ/NTE, em 32% da amostra. 29% dos doentes apresentavam sintomas respiratórios (insuficiência respiratória em 16%), 10% gastro-intestinais, 16% lesões em alvo e 87% lesões erosivas. Em 90% dos doentes foi identificado um fármaco suspeito (antibióticos 42%, AINE's 19%, anticonvulsivantes 13%, alopurinol 7%, outros 6%); tempo médio entre início de tratamento e o início da clínica: 15,89±29,43 dias. 10% dos doentes estiveram numa unidade de cuidados intensivos. 29% dos doentes foram tratados com Imunoglobulinas EV. 15 doentes apresentavam critérios de SSJ, 7 de NTE e 9 síndrome de overlap (SO). À data de alta os fármacos foram implicados como factores responsáveis em 20 doentes, interacção de infecção e fármacos apontada em 8, apenas infecção em 2 e idiopático em 1. Os antibióticos associaram-se a maior probabilidade de desencadear SSJ (OR: 4,5) e induzir sintomas em crianças (OR: 4,1). O alopurinol associou-se a uma evolução mais desfavorável (p=0,003) e as crianças apresentaram uma evolução mais favorável (p=0,043). Dois doentes faleceram (todos NTE, p=0,013) e 4 foram transferidos para unidade de queimados (2 SSJ e 2 NTE).

**Discussão:** A incidência de SSJ foi 1,7, NTE 0,8 e SO 1,0 casos por milhão habitantes por ano, similar à encontrada noutros estudos. Os doentes pediátricos corresponderam a 1/3 da amostra e tiveram evolução mais favorável. As causas mais prováveis foram fármacos comuns, nomeadamente antibióticos e AINE's. Estas síndromes são uma emergência, com importante mortalidade, especialmente se a apresentação clínica é NTE.

**P10 – Alergia a fármacos na criança: antibióticos não penicilínicos**

Daniel Machado, Gisela Silva, Eva Gomes

Serviço de Imunoalergologia – Centro Hospitalar do Porto. Unidade Hospital Maria Pia, Porto

**Introdução:** A alergia às penicilinas é a mais reconhecida em idades pediátricas, motivando a maioria das consultas de alergia a fármacos nesta faixa etária. Reacções a outros antibióticos como as cefalosporinas, macrólidos e sulfonamidas são no entanto motivo de referência cada vez mais frequente.

**Objectivos:** Revisão casuística de uma consulta de alergia a fármacos visando os achados clínicos e resultados da investigação das reacções de hipersensibilidade aos três grupos farmacológicos atrás referidos.

**Material e métodos:** Avaliação retrospectiva relativa aos 4 últimos anos de consulta. Foram analisados os dados demográficos, idade à época da reacção, tipo de reacção, fármacos envolvidos e resultados da investigação diagnóstica.

**Resultados:** Foram incluídas 33 crianças; 15 com suspeita de alergia a cefalosporinas (grupo A), 7 com reacções a macrólidos (grupo B) e 11 que referiam hipersensibilidade a sulfonamidas (grupo C). 20 eram do sexo masculino e a média de idade da população foi de 6,5±3,2 anos não havendo diferenças significativas entre os 3 grupos.

A maioria (72,7%) apresentava reacções cutâneas não imediatas e 4 referiam reacções afectando mais de um sistema, com anafilaxia reconhecida em 2 (todos do grupo A). A idade média aquando das reacções foi de 4,1±3,1 anos (grupo A=5,1±3,6, B=2,9±2,3 e C=3,6±2,4). Fármacos mais frequentemente implicados no grupo A foram cefalosporinas de 2.ª geração enquanto para o grupo B o fármaco mais implicado foi claritromicina. Apenas se confirmou a suspeita de hipersensibilidade em 21,2% (grupo A=5, B=1 e C=1). No grupo A 2 doentes apresentaram testes cutâneos positivos para o fármaco implicado, 2 doentes com IgE específica positiva e 1 com teste de provocação (TP) positivo. No grupo B 1 doente foi diagnosticado com TC positivo. No grupo C o doente, com erupção fixa a drogas, foi diagnosticado após TP positivo.

**Conclusão:** As reacções mais frequentemente descritas nos 3 grupos avaliados foram as reacções cutâneas de carácter não imediato. As reacções mais graves, nomeadamente anafilaxia, foram mais frequentes com as cefalosporinas. Na maioria das crianças avaliadas foi excluída a existência de hipersensibilidade aos fármacos suspeitos tal como acontece em idades pediátricas com outros grupos farmacológicos.



**P11 – Dessensibilização à carboplatina – Eficácia de protocolos alternativos em casos particulares**

Josefina Rodrigues Cernadas<sup>1</sup>, Mariana Couto<sup>1</sup>, M. João Gil-Costa<sup>2</sup>, Carmen Botelho<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital São João, Porto; <sup>2</sup>Unidade de Hemat oncologia Pediátrica, Departamento de Pediatria, Hospital São João, Porto

**Introdução:** A carboplatina (CP) é um fármaco importante no tratamento de tumores cerebrais em idade pediátrica. Tem-se verificado um aumento de relatos de reacções de hipersensibilidade (RH) a este fármaco, a maioria mediadas por mecanismos imunológicos.

**Objectivo:** Descrição da aplicação de esquema de dessensibilização (DZT) modificado em doentes com RH imediatas à CP.

**Métodos e resultados:** Baseados em experiência prévia de aplicação de protocolo de DZT à CP em doentes com tumores cerebrais (17 procedimentos sem intercorrências), os autores aplicaram o mesmo protocolo em 3 novos doentes.

Quatro crianças de 9 (A), 3 (B), 7 (C) e 3 (D) anos com tumores cerebrais, foram tratadas com CP e vincristina (V) de acordo com o protocolo SIOP. Após a fase de indução com V e CP e uma pausa de 3-4 semanas, estes fármacos foram administrados de 4-4 semanas durante 1 ano. A criança C tinha história de tolerância prévia a um tratamento de quimioterapia (QT) efectuado há 5 anos. Todos os doentes apresentaram RH imediatas entre o 6.º e o 10.º ciclo. Os doentes A e B apresentaram reacções anafilácticas independentemente da realização de pré-tratamento. Foram realizados TCP para a CP com resultados negativos e doseamento de IgE específica para a CP e cisplatina (Phadia®). Atendendo a que a CP constitui tratamento de 1.ª linha, foi decidido proceder a DZT. O protocolo de 12 passos foi aplicado aos doentes A, B e D. As crianças A e B apresentaram reacção anafiláctica no início do 12.º passo (A – dose total 59mg; B – 70mg). Foi aplicado um protocolo alternativo de acordo com Cohen, com o mesmo resultado. Dado que a criança B apresentava um tumor irredutível com prognóstico fatal e IgE específicas positivas para a CP e cisplatina, a QT foi suspensa. No doente A foi aplicado, com sucesso, um protocolo de 2 dias modificado de Cohen, com dose inicial de 0,05mg. Realizou em 4 ciclos subsequentes de QT, sem reacção. Ao doente D foi aplicado o protocolo de Castells, com nova reacção. O protocolo de Cohen foi aplicado, com sucesso. Dado que a criança C apresentava história de reacção prévia grave, foi aplicado directamente o protocolo de Cohen, sem intercorrências.

**Resultados e comentários:** As reacções mais graves durante a DZT ocorreram em doentes com história de RH também mais graves. No doente com um mecanismo IgE mediado subjacente, ambos os protocolos revelaram-se ineficazes. Um protocolo modificado de 2 dias foi aplicado com sucesso no doente com reacções graves com protocolos standard.

**P12 – Dessensibilização à rifampicina em doentes com reacções de hipersensibilidade não imediatas**

Josefina Rodrigues Cernadas<sup>1</sup>, Carmen Botelho<sup>1</sup>, António Sarmento<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital São João, Porto; <sup>2</sup>Serviço de Doenças Infecciosas, Hospital São João, Porto

**Introdução:** A rifampicina (RP) é um antibiótico semi-sintético eficaz no tratamento de infecções por micobactérias, estafilococos e brucela. Cerca de 20% dos doentes tratados com este fármaco apresentam reacções adversas, sendo as mais frequentes as reacções tipo síndrome gripal. O envolvimento cutâneo pode ocorrer em 0,5 a 5% dos doentes, sendo as apresentações mais frequentes os exantemas e a urticária.

**Objectivo:** Descrição das reacções de hipersensibilidade (RH) à RP, referenciadas para estudo na Unidade de Alergia a Fármacos, abordagem diagnóstica e tomada de decisão.

**Material e Métodos:** Os autores depreendem 9 casos clínicos de doentes com RH não imediata com envolvimento cutâneo durante o tratamento com RP. Seis doentes eram HIV+ (4 com infecção por VHC) e apresentavam tuberculose pulmonar (TP). Estavam sob tratamento tuberculostático quádruplo, o qual inclui a RP. Os restantes doentes apresentavam um quadro clínico grave: dois doentes tinham meningite tuberculosa e outro TP e choque séptico. Todos os doentes apresentaram apenas exantema generalizado, 4 a 14 dias após o início do tratamento com RP. Atendendo à gravidade do estado clínico dos doentes, todos os procedimentos diagnósticos não eram possíveis no momento. Deste modo, todos os tuberculostáticos foram suspensos até resolução dos sintomas. O diagnóstico de RH à RP foi baseado na história clínica e re-introdução dos fármacos de 4 em 4 dias com aparecimento dos sintomas após toma de RP (prova de provocação terapêutica positiva). Dado que a RP constitui parte do tratamento de primeira linha da tuberculose, foi decidido prosseguir com dessensibilização. Foram utilizados dois protocolos de acordo com a gravidade da doença e características da reacção. Nos doentes com meningite tuberculosa e no doente séptico, foi aplicado um protocolo de um dia. Nos restantes doentes foi utilizado um protocolo de 3 dias (7 procedimentos no total), com uma dose inicial de 2 mg, todos com sucesso.

Em termos de resultados, um doente reagiu com o protocolo de 1 dia e tolerou o de 3 dias. Um doente não tolerou ambos os protocolos, tendo atingido apenas uma dose cumulativa de 100 mg de RP.

**Comentários:** Estão descritos casos de dessensibilização à RP, na maioria dos casos em reacções imediatas. Nos casos descritos a tolerância clínica à RP foi atingida, na maioria dos casos, com o protocolo de 3 dias. Os autores discutem a possibilidade de utilização do protocolo de 1 dia em doentes com estado clínico mais grave.

**PI3 – Dessensibilização à colchicina em doente com febre mediterrânica familiar**

Josefina Rodrigues Cernadas<sup>1</sup>, Carmen Botelho<sup>1</sup>, António Sarmiento<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital São João, Porto; <sup>2</sup>Serviço de Doenças Infecciosas, Hospital São João, Porto

**Introdução:** A Febre Mediterrânica Familiar (FMF) é uma doença autosossómica recessiva, resultante de mutação no gene MEFV que codifica uma proteína denominada pirina. Esta última modula a actividade de várias proteínas do inflamassoma, mediante ligação a estas. O diagnóstico baseia-se nas manifestações clínicas: febre elevada, serosite, etc. A colchicina é considerada terapêutica de primeira linha na prevenção das crises.

**Caso clínico:** Os autores descrevem o caso clínico de um doente do sexo masculino, 34 anos de idade, com diagnóstico inicial de suspeição de FMF. Após exclusão de outras causas e dadas as queixas do doente e o mal-estar associado, foi iniciado tratamento com colchicina 1 mg dia. Após algum tempo de terapêutica o doente refere aparecimento de uma mancha acastanhada, não pruriginosa, não descamativa no flanco direito e região lombossagrada, tendo sido medicado com corticóide tópico sem melhoria clínica. Foi referenciado à Unidade de Alergia a Fármacos por suspeita de erupção fixa por fármacos. A colchicina foi suspensa, objectivando-se regressão da lesão. Foram realizados testes epicutâneos com colchicina a 5 e 10% em vaselina em pele sã e no local da lesão, com re-aparecimento de lesão neste último. Atendendo a que a colchicina é considerada o tratamento de primeira linha na prevenção das crises de FMF, foi tentado procedimento de dessensibilização. De acordo com o protocolo elaborado por Levinger e colaboradores, o procedimento foi iniciado com uma dose de 0,0005mg, sendo a dose cumulativa de 1 mg atingida ao fim de 24 dias. O procedimento decorreu sem quaisquer intercorrências.

**Comentários:** A erupção fixa por fármacos é um tipo de reacção de hipersensibilidade não imediata, na qual as células T CD8+ intra-epiteliais têm um papel fulcral na lesão epidérmica. Apesar dos mecanismos imunológicos subjacentes ao procedimento de dessensibilização farmacológica serem desconhecidos, existem relatados na literatura casos de sucesso em situações de erupção fixa por fármacos. Os autores descrevem o caso clínico atendendo à sua raridade e sucesso do procedimento de dessensibilização em reacções de hipersensibilidade não imediatas a fármacos.

**PI4 – Vacinação com toxóide tetânico em criança com reacção sistémica grave à vacina**

Irina Didenko<sup>1</sup>, Andreia Ferrão<sup>1</sup>, Fátima Ferreira<sup>1</sup>, Paula Pires<sup>2</sup>, Sara Correia<sup>2</sup>, Elza Tomaz<sup>1</sup>, Vinhas de Sousa<sup>1</sup>, Filipe Inácio<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, <sup>2</sup>Laboratório de Imunologia e Biologia Molecular, Hospital São Bernardo, Centro Hospitalar de Setúbal

**Introdução:** O toxóide tetânico e diftérico é uma vacina segura e eficaz, constituída pela toxina tetânica e diftérica tratada com formaldeído. As reacções locais e sistémicas ocorrem em 13% e 0,2% das administrações, respectivamente. As reacções sistémicas são geralmente não IgE mediadas.

**Métodos:** Apresentamos o caso de uma criança de 11 anos de idade, enviada à nossa consulta para vacinação com toxóide tetânico e diftérico (DTP), após reacção sistémica grave às vacinas (VASPR e DTP) aos 5 anos de idade. Na altura desencadeou exantema eritematoso generalizado, com edema acentuado da face seguido de síncope, 6 horas após a administração das vacinas VASPR e DTP. Como antecedentes pessoais apresentava história de rinite alérgica negando antecedentes de alergia ou intolerância alimentar, nomeadamente ao ovo. Realizamos testes cutâneos por *prick* com proteínas de ovo (gema de ovo, clara de ovo e ovalbumina), gelatina, látex e vacina DTP, seguidos por testes cutâneos intradérmicos (ID) com a vacina DTP na diluição 1:1000, 1:100, 1:10, 1:1. Efectuámos os seguintes testes *in vitro*: determinação de IgE específica para gelatina e toxóide tetânico, IgG específica para toxóide tetânico e teste de activação de basófilos (TAB) com gelatina e com a vacina.

**Resultados:** Os testes *prick* e ID com a vacina foram negativos aos 15 minutos com positividade às 6h nos testes ID com o toxóide tetânico nas diluições de 1:10 e 1:1 com diâmetro da pápula de 15 mm. A IgE específica para gelatina, toxóide tetânico e o TAB com a gelatina e a vacina foram negativos. Dado que a determinação de IgG apresentava um valor inferior ao valor protector (<0,02UI/mL), decidiu-se vacinar a criança utilizando o protocolo de dessensibilização de *Paterson* adaptado. O protocolo foi completado com sucesso, não se tendo registado qualquer reacção adversa.

**Conclusão:** Este caso relembra mais uma vez que mesmo em doentes com reacções sistémicas graves mas sem títulos protectores para a toxina tetânica, o tratamento de dessensibilização deve ser proposto.

**P15 – Apresentação clínica incomum de hipersensibilidade a antibióticos beta-lactâmicos – descrição de 3 casos**

Ana Reis Ferreira, Mariana Couto, Carmen Botelho, Josefina Rodrigues Cernadas

Serviço de Imunoalergologia, Hospital de São João, Porto

**Introdução:** As reacções de hipersensibilidade a  $\beta$ -lactâmicos (BL) podem ser imediatas ou não imediatas (NI). Das NI, as mais comuns incluem os exantemas maculopapulares, habitualmente associados à amoxicilina e ampicilina, urticária/angioedema e exantemas pustulosos ou bolhosos.

**Objectivo:** Os autores reportam 3 casos de reacção de hipersensibilidade a BL com apresentação clínica incomum.

**Doente 1:** 26 anos, sexo masculino, com história de 2 episódios de eritema palmar com vesiculação e descamação, associado a ulceração da mucosa oral, 2 a 3 semanas após tratamento com amoxicilina+ácido clavulânico (AC) e ibuprofeno. Foi medicado com corticóide tóxico, com resolução após 1 mês.

**Doente 2:** 17 anos, sexo feminino, que 8 horas após início de amoxicilina por abcesso dentário apresentou exantema palmoplantar pruriginoso. Os sintomas persistiram e ao 3.º dia de tratamento surgiu edema da língua, tendo sido suspenso o antibiótico e iniciados corticóide e anti-histamínico, com resolução das queixas.

**Doente 3:** 26 anos, sexo feminino, com trissomia 21, que apresentou exantema palmoplantar descamativo, 3 dias após iniciar AC por infecção respiratória. Os sintomas persistiram até ao 7.º dia de tratamento, tendo sido suspenso o antibiótico e iniciado corticóide tóxico, com melhoria.

**Métodos:** Foram realizados nos 3 doentes os seguintes procedimentos: avaliação clínica, testes cutâneos por picada, intra-dérmicos (ID), com leitura imediata e tardia, e epicutâneos com amoxicilina, ampicilina, penicilina e determinantes *major* e *minor*, IgE específica para amoxicilina, ampicilina, peniciloil G e V (Unicap® Phadia), e provocação oral em ocultação simples.

**Resultados:** Os testes cutâneos e *in vitro* foram negativos nos 3 doentes. As provas de provocação com amoxicilina e ibuprofeno foram negativas no doente 1. A provocação com AC foi positiva nos 3 doentes, com reacções reprodutíveis.

**Comentários:** Reacções de hipersensibilidade NI a BL são comuns mas o eritema palmar descamativo como apresentação foi raramente reportado. Embora não esteja descrita maior predisposição nos doentes com síndrome de Down, 1 dos 3 doentes agora descritos tem trissomia 21, assim como 2 dos 5 doentes já descritos por outros autores. As lesões poderão ser interpretadas como eritema fixo por fármacos. Não foram realizados testes epicutâneos na pele envolvida devido à sua localização (palmas). A provocação com o fármaco suspeito foi determinante nos 3 casos, visto todos os procedimentos diagnósticos terem sido negativos.

**P16 – Reacções de hipersensibilidade não imediatas a múltiplos antibióticos – infecção como factor desencadeante?**

Ana Reis Ferreira, Carmen Botelho, Josefina Rodrigues Cernadas

Serviço de Imunoalergologia, Hospital de São João, Porto

**Introdução:** Na idade pediátrica, habitualmente a prescrição de antibióticos (ATB) restringe-se a betalactâmicos e macrólidos. No caso de reacção de hipersensibilidade (RH) a ambos, o tratamento de infecções bacterianas está dificultado.

**Caso clínico:** Os autores descrevem o caso de uma criança de 2 anos com infecções recorrentes das vias aéreas superiores (IVAS), referenciada por RH a vários antibióticos. Em Março/2007, ao 7.º dia de amoxicilina (AX) por otite média aguda (OMA), aparecimento de lesões cutâneas em alvo, pruriginosas, associadas a edema palpebral, das mãos e pés. Foi medicada com corticóide oral (CO), anti-histamínico (AH) e azitromicina, com agravamento das lesões. Internada por eritema multiforme, teve alta assintomática após 5 dias de CO e AH. Apresentou reacções reprodutíveis com nova prescrição de AX, com claritromicina e cefaclor, prescritos por OMA. Referenciada à Unidade de Alergia a Fármacos em Dezembro/2008. Os testes cutâneos por picada e epicutâneos com os fármacos suspeitos, penicilina e seus determinantes foram negativos, assim como a IgE específica para cefaclor, peniciloil V, G e AX. Em Janeiro/2009, por apresentar amigdalite bacteriana (AB) e ainda não ter sido testado ATB alternativo, foi internada sob clindamicina. Apresentou exantema macular frustrado após as administrações de ATB, facilmente controlado com AH. Testes epicutâneos posteriores com clindamicina foram negativos.

Em Junho, 2.º episódio de AB, tendo sido tentada indução de tolerância à AX, que decorreu sem sintomas até ao 7.º dia, quando surgiu exantema papular generalizado com 1 mês de duração, apesar de tratamento com CO e AH. Novo episódio em Agosto; prescrito cotrimoxazole, que foi suspenso ao 3.º dia por exantema. Quarto episódio de AB em Setembro, tendo sido internada sob clindamicina. Sugerida amigdalectomia, que foi realizada 2 meses depois. Realizada prova de provocação oral com AX 6 meses após a cirurgia, com resultado negativo. Sem novos episódios de infecção bacteriana ou exantema desde a cirurgia.

**Comentários:** RH a múltiplos antibióticos são raras em crianças. Neste caso, os autores postulam que IVAS recorrentes possam ser factor desencadeante de RH a ATB de diferentes classes, podendo também justificar o insucesso da tentativa de indução de tolerância. A provocação diagnóstica após amigdalectomia não desencadeou sintomas, o que parece confirmar esta teoria. No entanto, a provocação não foi realizada em contexto infeccioso.

3.ª SESSÃO DE POSTERS

Dia: 14 de Outubro 2010  
Horas: 20.00 – 21.00 horas

Moderadores: Graça Pires / Leonor Cunha

**P17 – Características dos pacientes com alergia à borracha de acordo com o tipo de hipersensibilidade**

Adriana Teixeira Rodrigues, Cristina Abud de Almeida, Fátima Rodrigues Fernandes, Wilson Tartuce Aun, João Ferreira de Mello  
Serviço de Alergia e Imunologia do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo – FMO, Brasil

**P18 – Alergia ao látex – um caso incomum**

Mariana Couto<sup>1</sup>, Mário Miranda<sup>1</sup>, Artur Bonito Vitor<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital de São João, Porto; <sup>2</sup>Serviço de Pediatria, Hospital de São João, Porto

**P19 – Existe de facto uma “marcha alérgica” nos doentes com alergia alimentar?**

Leonor Cunha, Daniel Machado, Helena Falcão.  
Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar do Porto -Unidade Hospital Maria Pia, Porto

**P20 – Alergia ao peixe numa consulta de Imunoalergologia**

Marta Salgado, Rute Reis, Elza Tomaz, Vinhas de Sousa, Fátima Ferreira, Filipe Inácio  
Centro Hospitalar de Setúbal

**P21 – Alergia à pescada (*Merluccius merluccius*) em doente adulto**

Maria Isabel Mascarenhas<sup>1</sup>, Ana Margarida Romeira<sup>2</sup>, Susana Carvalho<sup>2</sup>, Paula Leiria Pinto<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte; <sup>2</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central

**P22 – Anafilaxia após ingestão de bombom com caju numa doente com alergia ao pistachio**

Ana Célia Costa<sup>1</sup>, Pedro Morais Silva<sup>1</sup>, Borja Bartolomé<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>Bial-Aristegui, Research and Development Department, Bilbao, Espanha; <sup>3</sup>Unidade de Imunologia Clínica, Instituto de Medicina Molecular, Faculdade de Medicina de Lisboa

**P23 – Alergia alimentar grave a múltiplos alimentos de diferentes famílias vegetais com identificação de LTP. Caso clínico**

Anna Sokolova<sup>1</sup>, Borja Bartolomé<sup>2</sup>, Maria Inês Mascarenhas<sup>1</sup>, Graça Sampaio<sup>1</sup>, Helena Carreiro<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Departamento de Pediatria, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, Amadora; <sup>2</sup>Bial-Aristegui, R&D Department, Bilbao, Espanha

**P24 – Anafilaxia à semente de girassol**

Susana Piedade, Ângela Gaspar, Mário Morais-Almeida  
Centro de Imunoalergologia – José de Mello Saúde, Hospital CUF Descobertas, Lisboa

**P17 – Características dos pacientes com alergia à borracha de acordo com o tipo de hipersensibilidade**

Adriana Teixeira Rodrigues, Cristina Abud de Almeida, Fátima Rodrigues Fernandes, Wilson Tartuce Aun, João Ferreira de Mello  
Serviço de Alergia e Imunologia do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo – FMO, Brasil

**Objetivo:** Avaliar as características dos pacientes com história de alergia ao látex de acordo com tipo de hipersensibilidade.

**Casuística e Método:** Foram estudados 43 pacientes encaminhados ao ambulatório de alergia com suspeita de alergia ao látex. Eles foram classificados segundo o tipo de manifestação clínica e divididos em 3 grupos: Tipo I de hipersensibilidade (Grupo A) quando o paciente apresentava quadro clínico de urticária, angioedema, rinite ou asma após contato com o látex; Tipo IV (Grupo B) quando o quadro descrito era sugestivo de dermatite após contato com látex e a associação do Tipo I e IV (Grupo C) quando o paciente iniciou o quadro com manifestação cutânea tipo Grupo B e evolução para o Grupo A. Então analisamos a presença de IgE específica por teste *in vivo* (teste epicutâneo com extrato padronizado de látex IPI-ASAC® e *prick to prick* com a luva de látex) e *in vitro* (ImunoCAP, Phadia), teste de provocação com a luva de látex (*use test*) e avaliação de reação tardia com o teste de contato com bateria padrão realizando leitura em 72 e 96 horas.

**Resultados:** Noventa e um por cento (39/43) eram do gênero feminino e 63.6% (28/44) eram profissionais da área da saúde. A média de idade no grupo A foi 34 anos, 53 anos no grupo B e 51 anos no grupo C. História prévia de atopia no grupo A foi 95% (19/20), 33% (3/9) no grupo B e 57% (8/14) no grupo C. Noventa e cinco por cento (19/20) dos pacientes no grupo A tiveram teste epicutâneo com extrato positivo, 60% (3/8) no grupo B e 67% (10/15) no grupo C. A pesquisa *in vitro* (IgE específica >0,35KU/L) foi 93% (14/15) no grupo A e 67% (8/12) no grupo C e 100% negativo no grupo B. O *use test* foi positivo em 75% (9/12) no grupo A, 20% (1/5) no grupo B e 73% (8/11) no grupo C. O teste de contato padrão foi positivo para substâncias da borracha 9% (1/11) no grupo A, 67% (6/9) no grupo B e 58% (7/12) no grupo C.

**Conclusão:** No grupo estudado observamos predomínio de alergia ao látex no gênero feminino, profissionais da área da saúde e em atópicos. Analisando a história de atopia houve maior prevalência no grupo A. A associação do teste *in vivo* e *in vitro* tem bom valor para o diagnóstico da alergia ao látex. O *use test* apresentou menor valor no diagnóstico de alergia, sendo útil para avaliar o tempo de tolerância ao contato com o látex. Observamos reatividade cutânea imediata ao látex em pacientes com dermatite de contato à borracha, o que pode sinalizar uma possível evolução para alergia ao látex tipo imediata.

**P18 – Alergia ao látex – um caso incomum**

Mariana Couto<sup>1</sup>, Mário Miranda<sup>1</sup>, Artur Bonito Vitor<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital de São João, Porto; <sup>2</sup>Serviço de Pediatria, Hospital de São João, Porto

**Introdução:** A sensibilização ao látex pode ocorrer por 2 vias de exposição distintas: no decurso de intervenções cirúrgicas e por exposição ocupacional, o que explica algumas particularidades clínicas de cada grupo de risco, sobretudo a presença e gravidade do síndrome látex-frutos. Nos doentes com exposição cirúrgica múltipla em idade precoce, os alérgenos major do látex são o Hev b 1 e 3; nos profissionais de saúde, com contacto por via cutânea e inalatória, os alérgenos major do látex são o Hev b 5, 6, 13 e 2, sendo comum a síndrome látex-frutos.

**Caso Clínico:** Criança de 9 anos, com antecedentes de Doença de Hirschsprung, operado 5 vezes nos primeiros anos de vida (aos 2, 3, 13, 22 e 23 meses). Aos 2 anos inicia episódios de urticária, edema palpebral e prurido quando se encontrava em Unidades de Saúde. Aos 2,5 anos é diagnosticada alergia ao látex (slgE 16,4 kU/L, TCP látex 15x11mm, TCP frutos-negativos). Aos 3 anos iniciou urticária com ingestão de batata. Progressivamente foi apresentando edema labial e ocular com ingestão de mais alimentos: banana, kiwi, tomate, maçã, manga, ananás, castanha, alho, cebola, e mais recentemente laranja. Em 2006 (com 5 anos) tem TCP + para avelã, banana, kiwi, cenoura, alho, batata e gramíneas. Em 2009 (com 8 anos) tem TCP + para tomate e soja, negativos para pêssego, trigo, leite de vaca, laranja, e TCPP + para maçã e cebola. Em 2009 tem IgE total 406 kU/L e IgE látex 39.10 kU/L, leite de vaca 4.12 kU/L, gramíneas 1.14 kU/L. Aos 4 anos, iniciou IT sublingual, mas por persistência de efeitos laterais locais (queilite e despilação da língua), mantém apenas 6 meses e não atinge dose de manutenção. Aos 8 anos é enviado à Consulta de Imunoalergologia. Realizou ISAC que foi positivo para Hev b 5 e 6 e Phl p 1. Apresentava disfagia para sólidos desde há vários anos, episódios frequentes de tosse e engasgamento com agravamento progressivo, e já com disfagia para líquidos. Realizou EDA com biópsia que revelou esofagite eosinofílica. Actualmente medicado com omalizumab (co-adjuvante de IT), fluticasona deglutida, montelucaste e omeprazol diários, e com ebastina, deflazacorte e adrenalina em SOS.

**Comentários:** Apesar de neste caso a sensibilização ao látex ter ocorrido provavelmente por exposição no decurso de múltiplas cirurgias em idade precoce, o doente apresenta sensibilização a Hev b 5 e 6 e clínica de síndrome látex-frutos. A ocorrência em simultâneo de esofagite eosinofílica e alergia ao látex é bastante incomum.

XXXI REUNIÃO ANUAL DA SPAIC /  
XIV CONGRESSO LUSO-BRASILEIRO DE ALERGOLOGIA E IMUNOLOGIA CLÍNICA

**P19 – Existe de facto uma “marcha alérgica” nos doentes com alergia alimentar?**

Leonora Cunha, Daniel Machado, Helena Falcão.

Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar do Porto – Unidade Hospital Maria Pia, Porto

**Introdução:** A alergia alimentar (AA) encontra-se associada a um aumento de sintomas de alergia respiratória (AR), bem como dermatite atópica (DA). Esta associação de apresentações diferentes da doença alérgica, pode traduzir a expressão da “marcha alérgica”. O objectivo deste trabalho foi avaliar em crianças com AA a ocorrência de outras doenças alérgicas.

**Métodos:** Em crianças e adolescentes com AA mediada por IgE seguidas na Consulta de Alergia Alimentar, durante um período de 2 meses, foi avaliada a idade de início de sintomas de AA bem como de outras doenças alérgicas e a sensibilização a alimentos e alérgenos inalantes.

**Resultados:** Foram avaliados 115 doentes (68 do sexo masculino), com uma idade média de 7,42±4,59 anos. A tabela seguinte descreve a apresentação clínica, de acordo com os alérgenos alimentares mais comuns:

	Idade início AA	% doentes AA	Idade início AR	% doentes AR	Idade início DA	% doentes DA
Total	2,69±3,34	100%	3,22±2,88	68,7%	1,37±1,87	49,6%
AA leite	1,18±1,75	59,1%	2,74±2,73	63,6%	1,37±2,01	47,7%
AA ovo	1,34±1,65	48,7%	2,81±2,76	80,6%	1,37±2,15	64,5%
AA mariscos	5,62±4,33	21,7%	4,05±3,39	73,7%	1,72±1,49	26,3%
AA frutos secos	3,72±3,34	15,7%	3,61±3,43	100%	1,26±0,98	41,7%
AA peixes	3,76±3,27	14,8%	3,32±3,57	70,0%	1,54±2,33	50,0%
AA frutos frescos	4,60±2,83	11,3%	3,53±2,76	88,9%	2,33±2,11	33,3%
AA cereais	1,89±1,93	7,8%	2,26±1,87	80,0%	0,73±1,27	40,0%
AA moluscos	5,74±3,63	7,0%	3,50±1,87	50,0%	0,78±0,38	16,7%

A maioria da amostra apresentou reacções imediatas (80,9%). Os sintomas descritos foram cutâneos (87,8%), respiratórios (29,6%), gastro-intestinais (20,0%), síndrome oral alérgico (9,6%) e edema da glote (1,7%). Anafilaxia foi encontrada em 21,7% dos doentes. Os sintomas de AR estiveram mais relacionados com AA ao leite (p=0,019) e a frutos secos (p=0,01). Os sintomas de DA estiveram associados com AA ao ovo (p=0,001) e a mariscos (p=0,047). 46,9% da amostra estava sensibilizada a ácaros do pó doméstico.

**Discussão:** A história natural da doença alérgica foi diferente, dependendo do tipo de alimento envolvido. A AA ao leite, ovo e cereais foi mais precoce que os sintomas de AR, tendo sido o contrário para os mariscos, moluscos e frutos frescos. Os sintomas de DA iniciaram mais cedo do que os de AA para todos os alimentos, excepto leite e ovo, sendo para estes alimentos idades similares. A AA a leite e frutos secos associou-se com AR e a AA a ovo e mariscos esteve relacionada com DA.

**P20 – Alergia ao peixe numa consulta de Imunoalergologia**

Marta Salgado, Rute Reis, Elza Tomaz, Vinhas de Sousa, Fátima Ferreira, Filipe Inácio

Centro Hospitalar de Setúbal

**Introdução:** A alergia ao peixe tem uma prevalência de 0 a 2 %, variando com a população estudada e os métodos de avaliação utilizados. Tem início na infância ou na idade adulta, sendo geralmente persistente. Por reactividade cruzada, em alguns casos, são implicadas várias espécies de peixe, sendo o principal responsável, a parvalbumina, alérgeno major do peixe. As manifestações clínicas mais comuns são a urticária e/ou angioedema.

**Objectivo:** Caracterizar uma população de doentes alérgicos ao peixe, seguidos na Consulta de Alergia Alimentar do Serviço de Imunoalergologia HSB.

**Métodos:** Estudo retrospectivo de 12 processos clínicos de doentes com alergia ao peixe. Foram analisados a história clínica, os testes cutâneos, os doseamentos de IgEs específicas e totais e em 9 doentes a parvalbumina, rGadI.

**Resultados:** Os 12 doentes estudados (M:8/F:4) tinham idades compreendidas entre os 6 e os 59 anos, média 20,1±17,7. Residem todos no distrito de Setúbal. Oito doentes iniciaram sintomas na infância, 1 na adolescência e 2 na idade adulta. A maioria dos doentes (n=11) introduziu o peixe na dieta antes dos 12 meses de idade. Seis doentes não toleram nenhuma espécie. Dois doentes apresentam sintomas apenas com bacalhau e um apenas com salmão. Três doentes têm sintomas com 2 ou mais espécies, tolerando outras. As manifestações clínicas mais frequentes foram urticária e angioedema (5 doentes), hiperreactividade brônquica e queixas gastrointestinais (4 doentes), anafilaxia e urticária de contacto (3 doentes). Dois doentes apresentavam agravamento de eczema atópico. Cinquenta por cento dos doentes tem alergia a outros alimentos. Todos os doentes apresentavam patologia respiratória (asma e/ou rinite) e sensibilização a aeroalérgenos. Todos os doentes tiveram pelo menos 1 teste *prick* positivo a uma espécie de peixe. Os doseamentos de IgE específica foram positivos para pelo menos 1 espécie de peixe em 11 doentes, sendo a do bacalhau e da pescada as mais frequentemente positivas, respectivamente em 8 e em 6 doentes. A rGadI foi positiva em apenas 4 dos doentes testados. O doseamento de IgE total variou entre 32.7 e 2448 KUA/L, com uma mediana de 396 KUA/L.

**Conclusões:** Na população estudada, o início da sintomatologia ocorreu predominantemente na infância (66.6%). Parece haver uma associação com a introdução de peixe antes dos 12 meses de idade (92%) e com a existência de alergia respiratória (100%). A alergia alimentar múltipla foi muito frequente neste grupo (66,6%).

**P21 – Alergia à pescada (*Merluccius merluccius*) em doente adulto**

Maria Isabel Mascarenhas<sup>1</sup>, Ana Margarida Romeira<sup>2</sup>, Susana Carvalho<sup>2</sup>, Paula Leiria Pinto<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte; <sup>2</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central

**Introdução:** O peixe é uma das principais causas de alergia alimentar, aparecendo como a 3.<sup>a</sup> causa nas crianças. Nos adultos é menos prevalente, estimando-se que seja responsável por 0,4% da alergia alimentar nos EUA. As manifestações clínicas mais frequentes são reacções cutâneas imediatas (urticária e angioedema) após a ingestão, sendo também responsável por anafilaxia de causa alimentar. O alérgeno major responsável pela alergia ao peixe é a parvalbumina, uma proteína termoestável, resistente à digestão. A sua homologia entre as várias espécies de peixes é responsável pela reactividade cruzada, presente em 50% dos doentes.

**Caso clínico:** Apresentamos uma mulher de 35 anos, lojista, referenciada à consulta em Outubro de 2009 por 2 episódios de anafilaxia. No 1.º (Julho de 2009) com aparecimento de edema dos lábios e pálpebra direita, urticária generalizada, dispneia e diarreia 8 horas após refeição que incluiu peixe que não sabe especificar. O 2.º episódio (Outubro de 2009) ocorreu 5 horas após ingestão de pescada frita e arroz, com aparecimento de urticária generalizada, edema da face e lábios e dispneia. Nega reacção anterior com alimentos (nomeadamente peixe, que come regularmente, crustáceos, moluscos). Nos antecedentes pessoais destacam-se diagnósticos de dermatite de contacto com sensibilização confirmada à cebola, alho e lanolina e hipertireoidismo (actualmente sem medicação). Foram realizados testes cutâneos em picada com extractos comerciais de vários peixes (incluindo pescada), crustáceos e cefalópodes, que foram negativos. As IgE específicas (ImmunoCAP® e Immulite®2000) para vários peixes (incluindo pescada), moluscos, crustáceos e cefalópodes também foram negativas. Os testes cutâneos com alimento em natureza foram positivos com pescada cozida, mas negativos com pescada crua, bacalhau cru e cozido. Foram realizadas provas de provocação abertas com peixe-espada, atum, solha, linguado e carapau, que foram negativas. Nos *microarrays* realizados com soro da doente (ISAC®, Phadia) não foram detectadas IgE específicas para as parvalbuminas (Gad c I, Cyp c I).

**Conclusão:** É raro o aparecimento de alergia ao peixe num adulto, e, nestes casos, a sensibilização ocorre por contacto ou inalação habitualmente de causa ocupacional. Também pouco frequentes são as manifestações tardias, como ocorre nesta doente. A ausência de sensibilização a outras espécies sugere que a proteína responsável não é a parvalbumina.

**P22 – Anafilaxia após ingestão de bombom com caju numa doente com alergia ao pistachio**

Ana Célia Costa<sup>1</sup>, Pedro Morais Silva<sup>1</sup>, Borja Bartolomé<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>Bial-Aristegui, *Research and Development Department*, Bilbao, Espanha; <sup>3</sup>Unidade de Imunologia Clínica, Instituto de Medicina Molecular, Faculdade de Medicina de Lisboa

**Introdução:** A alergia ao caju (*Anacardium occidentale*) é uma entidade cuja prevalência tem vindo a aumentar mas que raramente se manifesta em doentes sem alergia a frutos secos e/ou a pólenes. Na literatura, estão descritos casos de alergia a caju e pistachio que parecem dever-se a reactividade cruzada entre proteínas de armazenamento.

**Caso clínico:** Doente do sexo feminino, 50 anos, referenciada à consulta de Imunoalergologia devido a episódio de edema da língua e dispneia após ingestão de bombom contendo caju, amendoim e avelã na sua composição. 14 anos antes refere 3 reacções anafiláticas associadas à ingestão de pistachio. Após a sua evicção, ingeria outros frutos secos sem reacção.

**Resultados:** Dos testes cutâneos em picada (TCP) com extracto comercial de ácaros, pólenes, epitélios, fungos, amendoim, frutos secos, LTP e profilina, apenas com pistachio foi positivo. Cinco minutos após os TCP, a doente desenvolveu prurido e eritema em ambas as mãos. Testes *prick-prick* foram positivos para caju, amêndoa e para o recheio do bombom. A IgE específica (em kU/L) UniCAP® (Phadia, Suécia) para pistachio foi de 1,44 e por EAST (Bial-Aristegui, Espanha) para pistachio 0,7, caju 1,1 e extracto preparado do bombom 1,3. Não foram detectados anticorpos IgE específicos para outros frutos secos nem para LTPs de pêssego (Pru p 3). Foram realizados estudos de immunoblotting SDS-PAGE (Bial-Aristegui, Espanha) onde foram identificadas bandas proteicas com os seguintes pesos moleculares: Estudo sem 2-mercaptoetanol- Pistachio: ~70, 50-66 (provavelmente a 11S globulina Pis v 2), 42 (provavelmente a 7S globulina Pis v 3), 29-30, 27 e 14 kDa (2S albumina, possivelmente Pis v 1); Caju: ~66, 50 (provável 7S globulina Ana o 1), 27 e 14kDa (2S albumina, possivelmente Ana o 3); Extracto de bombom: bandas semelhantes às identificadas no extracto de caju. Estudo com 2-mercaptoetanol-Bandas com 10-16kDa nos 3 extractos. A inibição do extracto de bombom (fase sólida) com caju e pistachio (fase livre) mostrou desaparecimento das bandas correspondentes. A inibição com anti-Pru p3 foi negativa.

**Discussão:** A doente está sensibilizada às proteínas de armazenamento (cupinas e prolaminas) Ana o 3 e Ana o 1 presentes no caju, assim como a Pis v 1, Pis v 2 e Pis v 3 do pistachio. Os anticorpos IgE específicos presentes no soro do doente reconhecem estes alérgenos através de um mecanismo de reactividade cruzada que esteve provavelmente na origem da reacção.



## XXXI REUNIÃO ANUAL DA SPAIC / XIV CONGRESSO LUSO-BRASILEIRO DE ALERGOLOGIA E IMUNOLOGIA CLÍNICA

### P23 – Alergia alimentar grave a múltiplos alimentos de diferentes famílias vegetais com identificação de LTP.

#### Caso clínico

Anna Sokolova<sup>1</sup>, Borja Bartolome<sup>2</sup>, Maria Inês Mascarenhas<sup>1</sup>, Graça Sampaio<sup>1</sup>, Helena Carreiro<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Pediatria, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, Amadora; <sup>2</sup>Bial-Aristegui, R&D Department, Bilbao, Espanha

**Introdução:** As características dos alérgenos envolvidos nas reacções a alimentos de origem vegetal, condicionam a gravidade do quadro e possíveis reacções cruzadas. A anamnese fornece os elementos de suspeição clínica que podem ser confirmados pelo estudo laboratorial.

**Caso clínico:** Doente de sexo masculino, 16 anos de idade foi referenciado à Consulta de Imunoalergologia para investigação de alergia alimentar. Aos 7 anos de idade descreve angioedema labial e palpebral, prurido orofaríngeo e dispneia alta imediatamente após ingestão de maçã com pele. Posteriormente, refere clínica semelhante com maçã assada, mantendo desde essa data evicção deste alimento. Aos 8 anos de idade tem episódio semelhante imediatamente após ingestão de melão. O doente nega ingestão de pêsego apesar de aparentemente não ter tido qualquer reacção adversa. A exposição inalatória a pó de amendoim desencadeia prurido nasal e ocular, estertores, rinorreia e prurido orofaríngeo, fazendo evicção deste alimento e de frutos secos. Nega sintomas respiratórios para além dos referidos anteriormente. Os testes cutâneos em picada com aeroalérgenos comuns foram negativos. Os testes realizados com extractos comerciais de pêsego, maçã, melão, amêndoa, noz, avelã e amendoim foram positivos.

Os doseamentos de IgE específicas por *Enzime Allergo Sorbent test* para pele e polpa de pêsego, pele de maçã, pele de melão, noz, avelã, amendoim cru e torrado revelaram 7,9; 1,1; 5,2; 2,9; 3,3; 0,43; 2,2; 2,3 kU/L respectivamente. O valor de IgE específica para LTP purificada de pêsego (Pru p 3) estava elevado (13,7 kU/L). Determinou-se o peso molecular das proteínas de ligação às IgE por SDS PAGE *immunoblotting* para os extractos de maçã, melão, pêsego e noz com identificação de bandas de 15-17 kDa, semelhantes para todos os extractos. O estudo com 2-mercaptoetanos detectou banda de ligação muito menos intensa com peso molecular de 10 kDa. O *immunoblotting* de inibição do extracto de maçã usando LTP purificado (Pru p 3) como inibidor demonstrou uma inibição de 100%. O doente tem indicação para evicção de frutos da família *Rosaceae*, melão, frutos secos e amendoim. Tem prescrito dispositivo de autoadministração de adrenalina.

**Discussão:** Trata-se de um caso clínico de alergia grave a múltiplos alimentos de diferentes famílias vegetais. Esta diversidade clínica e o estudo laboratorial sugerem o envolvimento de LTP. Salienta-se o facto de não ter sido descrita até à data clínica com ingestão de melão associada a LTP.

### P24 – Anafilaxia à semente de girassol

Susana Piedade, Ângela Gaspar, Mário Morais-Almeida  
Centro de Imunoalergologia – José de Mello Saúde, Hospital CUF  
Descobertas, Lisboa

**Introdução:** A alergia alimentar a sementes e frutos secos assume, também na nossa população, uma relevância crescente, em termos de prevalência e gravidade. A semente de girassol (*Helianthus annuus*) apesar de frequentemente consumida em saladas, produtos de panificação, como aperitivo ou na forma de óleo, é apenas raramente associada a reacções anafiláticas. A sensibilização tem sido descrita a LTPs (Hel a 3) e a proteínas de armazenamento (albuminas 2S), estas últimas também identificadas na semente de sésamo, frutos secos, amendoim e mostarda.

**Caso clínico:** Doente do sexo feminino com 32 anos, com rinoconjuntivite alérgica persistente moderada-grave desde os 20 anos, com sensibilização a pólenes de artemísia, gramíneas, oliveira, parietária, plantago, quenópódio e salsola. Desde 2007 refere 3 episódios de anafilaxia, caracterizados por angioedema peri-orbitário, rinite, prurido oro-faríngeo, tosse, estridor e pieira, imediatamente (5-10 min) após ingestão de semente de girassol, com regressão das queixas após administração de anti-histamínico e corticosteróide. Os primeiros episódios ocorreram após ingestão de “pipas” e o último após ingestão de batatas fritas confeccionadas em óleo de girassol. A doente refere ainda prurido oro-faríngeo após ingestão de pistácio, sem queixas com outros frutos secos, semente de sésamo e amendoim. Recusa mostarda.

Na consulta de Imunoalergologia foram efectuados testes cutâneos por picada (extractos Bial-Aristegui<sup>®</sup>) que se revelaram positivos para semente de girassol (9x7mm), mostarda (5x4mm), pistácio (4x3mm) e pinhão (5x3mm), sendo negativos para outros frutos secos, semente de sésamo e amendoim. O doseamento sérico de IgE total foi 158 UI/mL e de IgE específica para semente de girassol foi 79 kU/L (ImmunoCAP<sup>®</sup>). Foi efectuado ImmunoCAP<sup>®</sup> ISAC (Phadia) que revelou um perfil de sensibilização preponderante de LTPs (rPar j 2, nArt v3, nPru p 3). Actualmente a cumprir evicção rigorosa de semente de girassol, incluindo alimentos confeccionados em óleo de girassol, a doente é portadora de dispositivo para auto-administração de adrenalina.

**Discussão:** Trata-se de um caso clínico raro de alergia alimentar grave IgE-mediada à semente de girassol. Este caso destaca-se também pela particularidade de a doente apresentar anafilaxia ao óleo de girassol, pois a maioria dos doentes com alergia a esta semente tolera a pequena quantidade de proteína alérgica contida no óleo de girassol, o que poderá ser explicado por sensibilização a LTPs.





#### 4.ª SESSÃO DE POSTERS

Dia: 14 de Outubro 2010  
Horas: 20.00 – 21.00 horas

Moderadores: Francisca Carvalho / Isabel Rosmaninho

**P25 – Terapêutica com omalizumab em doentes com asma grave. Experiência de uma consulta de Pneumologia**

Elsa Fragoso, Carlos Lopes, Dolores Moniz, Alda Manique, António Bugalho de Almeida

Serviço de Pneumologia I, Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar de Lisboa Norte

**P26 – Asma grave ou algo mais?**

Filipa Ribeiro<sup>1</sup>, Eugénia Almeida<sup>1</sup>, Fernanda Gamboa<sup>2</sup>, Isabel Carrapatoso<sup>1</sup>, António Segorbe Luís<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC); <sup>2</sup>Serviço de Pneumologia, HUC

**P27 – Às vezes o que parece é...**

Joana Correia, Daniela Malheiro, Susana Cadinha, José Pedro Moreira da Silva

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

**P28 – Revisão do apoio da Imunoalergologia ao Serviço de Urgência**

Joana Soares, Leonor Viegas, Maria Isabel Mascarenhas, Susana Lopes da Silva, Manuel Branco Ferreira, Anabela Lopes, Manuel Pereira Barbosa

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

**P29 – Internamentos por agudização de asma numa Unidade de Pneumologia Pediátrica**

Joana Soares<sup>2</sup>, Raquel Carreira<sup>1</sup>, Teresa Rodrigues<sup>3</sup>, Teresa Bandeira<sup>1</sup>, Luísa Pereira<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Pediatria, <sup>2</sup>Serviço de Imunoalergologia, <sup>3</sup>Laboratório de Biomatemática, Faculdade de Medicina de Lisboa, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte

**P30 – Vantagens e desvantagens da imunoterapia específica subcutânea**

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

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

**P31 – Icatibant no angioedema hereditário: experiência no HSM/CHLN**

Leonor Viegas, Ana Célia Costa, Manuel Branco Ferreira, Amélia Spínola Santos, Manuel Pereira Barbosa

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

**P32 – Urticária ao frio – caso clínico**

Filipa Ribeiro, Isabel Carrapatoso, António Segorbe Luís

Serviço de Imunoalergologia, Hospitais da Universidade de Coimbra

**P25 – Terapêutica com omalizumab em doentes com asma grave. Experiência de uma consulta de Pneumologia**  
Elsa Fragoso, Carlos Lopes, Dolores Moniz, Alda Manique, António Bugalho de Almeida  
Serviço de Pneumologia I, Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar de Lisboa Norte

**Introdução:** Alguns doentes com asma grave, apesar da terapêutica médica convencional, apresentam níveis baixos de controlo, traduzindo-se em elevada morbilidade e mortalidade e aumento de custos. O uso do anticorpo monoclonal omalizumab (anti-IgE) está recomendado nestes casos.

**Objectivo:** Avaliar os resultados da terapêutica com omalizumab em doentes com asma persistente grave.

**Material e métodos:** Estudo retrospectivo de 15 doentes submetidos a tratamento com omalizumab. Todos tinham terapêutica médica optimizada. Foram excluídos os não aderentes à terapêutica inalatória e os doentes com bronquiectasias associadas ou aspergillose broncopulmonar alérgica. Foram registados os dados demográficos, controlo da doença – ACT (*Asthma Control Test*), co-morbilidades, exacerbações, recurso a serviços de urgência, internamentos por asma, medicação concomitante, IgE total e parâmetros funcionais respiratórios.

**Resultados:** Idade (mediana): 53 anos (28-68), sexo feminino: 73,3%. Treze doentes tinham sensibilização documentada a ácaros. IgE total (mediana) inicial/final: 264/313 kU/mL. FEV<sub>1</sub> (mediana) inicial/final: 66/72,5% previsto. FEV<sub>1</sub>/FVC (mediana) inicial/final: 59/67%. FEF50 (mediana) inicial/final: 26/38% previsto. Mediana do ITGV (*intrathoracic gas volume*) inicial/final: 126/118% previsto. Dos 15 doentes propostos, apenas 13 prosseguiram o tratamento. Duração da terapêutica com omalizumab (mediana, n=13): 12 meses (3-29). Resposta clínica (n=13): ausência de resposta: um doente, redução/suspensão dos cursos de corticoterapia oral: 8, redução da terapêutica de alívio: 12, redução do número de exacerbações: 12, redução do recurso à urgência e/ou internamentos: 12. Subida média no ACT: 7,8 pontos. Não foram registados efeitos secundários.

**Discussão e conclusão:** Apesar dos doentes tratados terem asma com uma longa evolução e provável remodelação das vias aéreas, todos reduziram drasticamente o recurso à terapêutica de alívio e a maioria não teve novas exacerbações ou internamentos, à excepção de uma doente (asma+DPOC provável). Nos doentes que faziam cursos regulares de corticóide oral, foi possível reduzir o número e duração dos mesmos. Embora o número de doentes seja reduzido, verificou-se uma subida relevante na pontuação do ACT. A resposta clínica acompanhou-se de discreta melhoria funcional, ainda que sem significado estatístico. O omalizumab melhorou significativamente o controlo da doença nos asmáticos que iniciaram e mantiveram a terapêutica, com segurança e boa tolerância.

**P26 – Asma grave ou algo mais?**

Filipa Ribeiro<sup>1</sup>, Eugénia Almeida<sup>1</sup>, Fernanda Gamboa<sup>2</sup>, Isabel Carrapatoso<sup>1</sup>, António Segorbe Luís<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC); <sup>2</sup>Serviço de Pneumologia, HUC

**Introdução:** Cerca de 10% dos asmáticos mantêm persistentemente critérios de gravidade apesar de terapêutica farmacológica óptima. Numa doente jovem, com o diagnóstico de asma grave, descrevemos os sucessivos passos seguidos na investigação de possíveis diagnósticos diferenciais.

**Caso clínico:** Doente do sexo feminino, 30 anos, com episódios de tosse produtiva mucopurulenta, por vezes hemoptóica, dispneia de esforço e cansaço fácil desde os 18 anos e queixas de obstrução nasal diária desde a adolescência. Nessa altura é encaminhada para a consulta de Pneumologia dos HUC, tendo sido colocado inicialmente o diagnóstico de asma brônquica. O agravamento progressivo, clínico, gasométrico e de função respiratória (padrão obstrutivo grave), conduziu ao aprofundamento do estudo complementar de diagnóstico (ECD). Foi excluída atopia e fibrose quística e a TAC torácica revelou padrão em vidro despolido, pelo que foi realizada broncofibroscopia com biópsia transbrônquica (pneumonia intersticial não específica). Foi ainda diagnosticada rinosinusite através de TC dos seios perinasais (SPN). A má compliance da doente quer no cumprimento da terapêutica quer na assiduidade às consultas dificultou a avaliação diagnóstica e da eficácia terapêutica. Desde 2004 refere queixas progressivas de xerofalmia, xerodermia, secura vaginal e aftose oral recorrente. Nesse mesmo ano, após novo internamento por agudização, foi reconduzido ECD, excluindo-se sarcoidose pulmonar, défice de  $\alpha 1$ -antitripsina e patologia alérgica fúngica. Foram doseados os ANA que foram negativos e realizada nova TC SPN que mostrou polipose nasal. Em 2009, após novo período de ausência das consultas por 4 anos, foi realizado novo ECD. Destacamos a positividade dos ANA (positivo moderado para anticorpos anti-SSA/Ro), bem como do factor reumatóide e Waaler-Rose. De referir ainda queixas de fadiga acentuada e artralgias com um ano de evolução.

**Conclusão:** O diagnóstico de asma grave, particularmente em doentes jovens e sem atopia, deve implicar sempre, para além de avaliação da adesão terapêutica, um estudo exaustivo no sentido de investigar co-morbilidades, mas também a eventual existência de outras patologias que possam interferir negativamente no curso da doença. Esta doente apresenta asma brônquica grave, rinosinusite com polipose nasal associadas a patologia auto-imune, a qual só foi possível diagnosticar após estudo exaustivo e prolongado.

**P27 – Às vezes o que parece é...**

Joana Correia, Daniela Malheiro, Susana Cadinha, José Pedro Moreira da Silva

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

**Introdução:** A asma é uma doença inflamatória crónica das vias áreas, com episódios recorrentes de pieira, dispneia, aperto torácico e tosse. O diagnóstico baseia-se na história clínica, exame objectivo e provas funcionais respiratórias (PFR).

**Caso clínico:** Sexo masculino, 33 anos, serralheiro, não fumador, sem antecedentes de relevo, recorreu ao SU por tosse seca irritativa, pieira e dispneia com 4 dias de evolução, e início de toracalgia. Sem febre ou outras queixas. Do exame objectivo salienta-se sibilância bilateral e satO<sub>2</sub> de 94%. Estudo analítico, gasimetria arterial, ECG e enzimas cardíacas sem alterações. RX torácico com hiperinsuflação bilateral. Iniciou tratamento, inalado e sistémico, com broncodilatadores e corticóides, sem melhoria significativa, sendo internado no Serviço de Pneumologia. Durante o internamento manteve tosse irritativa, realizando o seguinte estudo: Marcadores víricos e tumorais negativos. TC-Torácica: sem alterações relevantes. Broncofibroscopia: congestão difusa da mucosa e secreções mucopurulentas bilaterais. Lavado bronco-alveolar: citologia normal; microbiologia e pesquisa de BK negativas. Alta medicado com associação de salmeterol e fluticasona inalados (50/250ug bid), salbutamol inalado (SOS), prednisolona, ebastina e azitromicina. Orientado para consulta de Pneumologia, sendo observado, por erro de marcação, 3 meses depois por Imunoalergologia. Mantinha queixas brônquicas >1x/semana e >3-4 episódios nocturnos, com necessidade de broncodilatador em SOS. Sem agravamento das queixas no local de trabalho. Sendo asma a hipótese de diagnóstico mais provável, efectuou, pela primeira vez, PFR que revelaram alteração ventilatória obstrutiva ligeira (FEV<sub>1</sub>=72% prev), com prova de broncodilatação positiva (22,5%); difusão de CO normal. A fracção exalada de NO (FeNO) foi de 90 ppb. Realizou testes cutâneos por picada e estudo analítico que demonstrou sensibilização a *D. pteronyssinus*. Optimizada a terapêutica, com aumento da dose de corticóide inalado e adição de montelucaste 10mg (id), com resolução das queixas e melhoria das PFR (FEV<sub>1</sub> = 82,7% prev) e FeNO (25ppb).

**Conclusão:** Trata-se de um diagnóstico inaugural de asma numa idade pouco frequente, sem relação aparente com exposição ocupacional. Salienta-se a exclusão inicial de diagnósticos diferenciais, sem que uma das hipóteses mais prováveis fosse confirmada, com recurso a um exame auxiliar de fácil execução, económico, não invasivo e que permite monitorizar a doença.

**P28 – Revisão do apoio da Imunoalergologia ao Serviço de Urgência**

Joana Soares, Leonor Viegas, Maria Isabel Mascarenhas, Susana Lopes da Silva, Manuel Branco Ferreira, Anabela Lopes, Manuel Pereira Barbosa  
Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte

**Introdução:** Diariamente, recorrem ao serviço de urgência central (SUC) do nosso hospital, doentes (dts) com manifestações clínicas sugestivas de patologia do foro alérgico. Com o objectivo de optimizar a orientação destes dts, foi instituído o apoio da Imunoalergologia (IA) ao SUC em 2004.

**Objectivos:** Avaliar os motivos de referência dos dts do SUC à IA, tratamento e orientação dos mesmos.

**Material e Métodos:** Revisão dos episódios de urgência (ALERT<sup>®</sup>) dos dts referenciados do SUC à IA entre 01-01-2006 e 30-06-2010, com preenchimento de base de dados e análise estatística em Excel<sup>®</sup>.

**Resultados:** Identificaram-se 521 episódios de urgência, correspondendo a 152 homens e 369 mulheres, com idade média 43,5±18,4 anos (mediana 42). Dos 521, 489 (94%) foram referenciados à IA pela Medicina Interna, 12 pela Otorrinolaringologia (ORL), 14 pela Dermatologia, 1 pela Pneumologia, 1 pela Estomatologia e 2 por outras instituições. 2 casos foram enviados pela própria IA. Os motivos de referência mais frequentes foram urticária associada ou não a angioedema (AE) (303; 57,8%) ou AE isolado (136; 26,1%), seguidos de sintomatologia respiratória (26; 5%) e eczema (25; 4,8%). Quinze dts (2,9%) foram referenciados por anafilaxia. Treze dtes referenciados (2,5%) não apresentavam patologia alérgica, 76,9% dos quais tinham sintomatologia cutânea e 23,1% respiratória. Em 37% dos casos dos casos observados a etiologia não foi identificada. Nos dts com urticária/AE ou AE isolado a causa provável mais frequente foram fármacos (38,7% e 52,2%, respectivamente). A maioria dos dts (347; 66,6%) foi medicada com antihistamínicos e corticóides sistémicos, de acordo com o principal motivo de referência. Doze dts (2,3%) necessitaram de adrenalina associada a outros fármacos. A maioria dos dts (408; 78,3%) teve alta para ambulatório orientada para a consulta de Imunoalergologia. Vinte e sete dts (5,2%) foram internados para vigilância. Oitenta e seis dts (16,5%) foram orientados para outras especialidades (mais frequentemente para o médico assistente ou para a consulta de Dermatologia).

**Conclusões:** A referência ao apoio da IA ao SUC permite identificar e encaminhar em tempo útil os dts que necessitam de posterior seguimento por esta especialidade. A patologia cutânea é a que mais frequentemente motiva o pedido de apoio ao SUC, sendo uma percentagem significativa destes casos presumivelmente causada por fármacos.

**P29 – Internamentos por agudização de asma numa Unidade de Pneumologia Pediátrica**

Joana Soares<sup>2</sup>, Raquel Carreira<sup>1</sup>, Teresa Rodrigues<sup>3</sup>, Teresa Bandeira<sup>1</sup> Luísa Pereira<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Pediatria, <sup>2</sup>Serviço de Imunoalergologia, <sup>3</sup>Laboratório de Biomatemática, Faculdade de Medicina de Lisboa, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte

**Introdução:** A asma é uma doença prevalente na criança. Apesar da redução do número de internamentos nos últimos anos continua a ser causa importante de recurso às urgências e de absentismo escolar.

**Objectivo:** Caracterizar um grupo de doentes (dts) internados por asma, quanto aos antecedentes, seguimento e terapêutica, na tentativa de identificar causas de agudização para otimizar a intervenção médica e prevenir futuros internamentos.

**Material e métodos:** Consulta de processos de dts com idade  $\geq 36$  meses, internados na Unidade de Pneumologia Pediátrica do Hospital de Santa Maria por agudização de asma, entre 01/01/2006 e 31/12/2009.

**Resultados:** Identificámos 78 internamentos (int) relativos a 67dts (53% feminino), com idade média  $5,8 \pm 2,7$  anos (3-14; mediana 5). No grupo etário dos 3-5 anos foram identificados 42 dts e no grupo dos 6-14 anos, 36 dts. Os meses de Outubro, Novembro e Dezembro foram aqueles em que se verificou maior número de int. A duração média do internamento foi  $4 \pm 4$  dias (1-10; mediana 4). Os int mais prolongados (6-10 dias) verificaram-se com maior frequência no grupo dos 6-14 anos. Nove dts tiveram  $\geq 2$  int durante o período estudado mas 23 (29%) havia já necessitado de int anteriores a 2006 por agudização de asma. Cinquenta e três dts (79%) tinham conhecimento prévio do diagnóstico; 54 (81%) referiam antecedentes familiares de asma e 28 (34%) de outras doenças alérgicas. 14 (21%) apresentavam  $\geq 6$  crises/ano. O desencadeante mais identificado foi a infecção respiratória (38%) sendo este mais frequente no grupo dos 3-5 anos (69%). Na maioria dos casos (60%) não foi possível determinar o factor desencadeante. O fármaco mais usado em ambulatório era o salbutamol (53%); apenas 29% fazia corticóide inalado. Durante o internamento todos foram medicados com salbutamol, 99% com corticóide sistémico e 96% necessitaram oxigenoterapia. Nenhum necessitou de ventilação mecânica. 29% não tinha acompanhamento médico (ou não foi determinado). Destes, 76% foram encaminhados para Consulta de Pneumologia/Alergologia e os restantes para o médico assistente.

**Conclusões:** No grupo estudado uma % significativa de dts não tinha acompanhamento médico e a maioria não fazia terapêutica de controlo, apesar do diagnóstico prévio. Na maioria dos casos não foi possível determinar o desencadeante da crise; o mais frequentemente identificado foi a infecção respiratória, particularmente no grupo dos 3-5 anos. Quase todos os dts necessitaram de terapêutica com corticóide sistémico e oxigénio durante o internamento.

**P30 – Vantagens e desvantagens da imunoterapia específica subcutânea**

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

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

**Objectivo:** Avaliação das vantagens e desvantagens da imunoterapia específica subcutânea (ITSC) percebidas pelos doentes (dts).

**Métodos:** Aplicou-se um inquérito de auto-preenchimento (13 questões) durante o mês de Maio de 2010 a todos os dts sob ITSC. Para a análise estatística foi utilizado o *software* SPSS. Foram considerados como significativos valores de  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Obtiveram-se 204 questionários validamente preenchidos. Cerca de 50% dos dts referem mais vantagens que desvantagens, 35% referem igual n.º e apenas 15% referem maior n.º de desvantagens, referidas no quadro abaixo. Nos dts sob ITSC há  $< 3$  anos, nos dts com reacções adversas não locais e nos que referem dor associada à ITSC há maior % a referirem desvantagens. Não se verificam diferenças significativas na percepção das vantagens/desvantagens da ITSC entre os diferentes extractos e entre dts com reacções mais ou menos frequentes. De forma geral os dts que referem mais desvantagens da ITSC também afirmam preferirem a via sublingual. Nas desvantagens são os custos directos e indirectos que dominam.

Vantagens	%	Desvantagens	%
Melhoria das alergias	34,3	Deslocação mensal ao hospital	36,3
Uma toma mensal	16,2	Custo elevado	18,1
Não esquecimento da administração	11,8	Efeitos secundários	9,3
Rapidez de acção	10,8	Esperar 30 minutos após a vacina	5,4
Melhoria da qualidade de vida	10,3	Absentismo laboral	4,9
Menor necessidade terapêutica	8,8	Tratamento prolongado	4,9
Melhoria do sistema imunitário	6,9	Tempo de espera no hospital	2,0
Diminuição das crises de asma	4,9	Outras <sup>2</sup>	12,8
Administração no hospital/ Possibilidade de tratamento médico rápido	4,4		
Menos sintomas	3,9		
Maior eficácia	2,9		
Mais cómodas	2,0		
Acção preventiva	2,0		
Outras <sup>1</sup>	10,3		

<sup>1</sup>Menor custo, possibilidade de alterar o dia, seguras, diminuição da progressão da doença, tolerância gástrica, efeito duradouro.

<sup>2</sup>Picada/dor, necessidade de refrigeração, toma mensal, frustração se em sucesso, necessidade de memorizar datas, conservantes e excipientes na vacina, ineficazes na Primavera, não poder fazer esforços físicos, dependência.

**Conclusão:** A maior parte dos dts percepção mais vantagens que desvantagens na ITSC, nomeadamente melhoria das alergias e da qualidade de vida ou redução da terapêutica, bem como a comodidade de uma única toma mensal que, contudo, tem a desvantagem de implicar deslocação ao hospital. As reacções adversas e o custo elevado são também outras das desvantagens mais frequentemente apontadas pelos dts.

**P31 – Icatibant no angioedema hereditário: experiência no HSM/CHLN**

Leonor Viegas, Ana Célia Costa, Manuel Branco Ferreira, Amélia Spínola Santos, Manuel Pereira Barbosa  
Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte

**Fundamentos:** O icatibant é um novo fármaco, antagonista dos receptores da bradicinina, para o tratamento das crises de angioedema hereditário (AEH).

**Objectivo:** Descrever a experiência do nosso hospital com a utilização de icatibant no angioedema hereditário.

**Métodos:** Estudo retrospectivo dos processos dos doentes a quem foi administrado icatibant no contexto de crise de AEH.

**Resultados:** Quatro doentes (2M; 2F; média de idades de 31,7 anos) foram tratados com icatibant no serviço de urgência (SU) entre Novembro de 2009 e Junho de 2010. Todos os doentes tinham AEH tipo II, dois deles admitidos no SU com crise de angioedema faringo-laríngeo, confirmado por videolaringoscopia em ORL, com início em média cerca de 10 h antes, um com angioedema exuberante da face iniciado 24 h antes e um com crise grave de angioedema abdominal, havendo documentação ecográfica de ascite, a qual tinha iniciado 48 h antes. Quanto aos antecedentes pessoais, um dos doentes com angioedema faringo-laríngeo tinha antecedentes de episódios de asfixia (entubação orotraqueal, traqueostomia). Todos os doentes reportaram alívio sintomático nas primeiras 2 horas após a administração de icatibant. O único efeito secundário reportado foi ligeira dor/sensação de queimadura no local da administração subcutânea (parede abdominal). Dois doentes com angioedema faringo-laríngeo e abdominal, que tinham efectuado concentrado de CI inibidor no passado para crise de AEH com mesma clínica, referem que da comparação subjectiva e retrospectiva entre os dois fármacos, uma percepção de um início de acção mais rápido do icatibant.

**Conclusões:** Os autores sugerem que a utilização de icatibant no tratamento agudo das crises de AEH (duas faringo-laríngeas, uma com envolvimento facial exuberante e uma abdominal) é eficaz e segura, tendo sido percebida pelos dois doentes que já tinham feito CI inibidor no passado como mais rápida que o CI inibidor. O icatibant foi apenas associado a reacções adversas locais, bem toleradas.

**P32 – Urticária ao frio – caso clínico**

Filipa Ribeiro, Isabel Carrapatoso, António Segorbe Luís  
Serviço de Imunoalergologia, Hospitais da Universidade de Coimbra

**Caso clínico:** Doente de 15 anos de idade, sexo masculino, que desde os 10 anos refere clínica de urticária localizada/generalizada nos locais expostos ao frio. Refere ainda dispneia e cansaço fácil quando tem episódios de urticária generalizada. As queixas desaparecem espontaneamente cerca de 5 minutos após suspensão do estímulo. Aos 12 anos refere episódio de anafilaxia (urticária generalizada e síncope) após banho de mar. Resolveu espontaneamente ao fim de 10 minutos. Antecedentes pessoais de rinoconjuntivite persistente ligeira. Sem história familiar de urticária ao frio. Foi encaminhado para consulta de Imunoalergologia, tendo sido conduzido um extenso estudo analítico: hemograma com fórmula leucocitária, velocidade de sedimentação, bioquímica, proteína C reactiva, imunoglobulinas séricas, estudo do complemento, crioglobulinas, triptase sérica basal, hormonas tiroideias, anticorpos anti-tiroideus, auto-anticorpos, serologias para toxoplasmose, Epstein-Barr, *Treponema pallidum*, HIV 1 e 2 e vírus da hepatite B e C. Foram ainda realizados testes cutâneos a bateria standard de aeroalergenos e IgE específicas de acordo com o resultado dos testes cutâneos; estudo da função respiratória e teste do cubo de gelo. Do estudo analítico realizado destaca-se o aumento da IgE total que num primeiro doseamento foi de 774UI/ml e, após desparasitação, baixou para 568UI/ml; factores C3 e C4 do complemento discretamente diminuídos; testes cutâneos positivos para gato (3mm de diâmetro médio da pápula, sendo o da histamina de 4mm); IgE específica a gato 0,69kU/L; teste do cubo de gelo positivo. Todos os outros parâmetros encontravam-se dentro dos valores considerados normais.

Com o diagnóstico de urticária crónica adquirida ao frio, o doente foi medicado com montelucaste 10mg *id*, ebastina 10mg *id* e adrenalina auto-injectável 0,3mg em SOS e recomendado a evitar exposição ao frio, nomeadamente banhos de mar.

**Conclusão:** Apesar da urticária ao frio ser considerada habitualmente uma patologia benigna e auto-limitada, a realização de um estudo complementar exaustivo deve ser sempre realizado de forma a excluir patologia associada mais grave e que necessita de outro tipo de abordagem terapêutica.

5.ª SESSÃO DE POSTERS

Dia: 14 de Outubro 2010  
Horas: 20.00 – 21.00 horas

Moderadores: Ana Margarida Romeira / Teresa Conde

**P33 – Síndrome de hipersensibilidade múltipla a fármacos? – Caso clínico**

Susana Piedade, Ângela Gaspar, Luís Miguel Borrego, Mário Morais-Almeida

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

**P34 – Hipersensibilidade ao etoricoxib**

Cristina Arêde, Ângela Gaspar, Mário Morais-Almeida

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

**P35 – Anafilaxia idiopática?**

José Geraldo Dias<sup>1</sup>, Filipa Sousa<sup>3</sup>, Sofia Luz<sup>1</sup>, Sara Prates<sup>2</sup>, Paula Leiria Pinto<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte; <sup>2</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar Lisboa Central; <sup>3</sup>Unidade de Imunoalergologia, Hospital Central do Funchal

**P36 – Anafilaxia durante a hemodiálise – qual o agente responsável?**

Ana Leblanc<sup>1</sup>, Luís Coentrão<sup>2</sup>, Patrícia Martins<sup>2</sup>, Berta Carvalho<sup>2</sup>, Carmen Botelho<sup>1</sup>, Eunice Castro<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, <sup>2</sup>Serviço de Nefrologia, Hospital de São João, Porto

**P37 – Influência do nível de IgE específica e gravidade das reações a veneno de *Hymenoptera***

Denise Barcelos Borges, Paula Rezende Meireles, Jorge Kalil, Alexandra Watanabe, Clovis Eduardo Galvão, Fabio Morato Castro, Ariana Yang  
Disciplina de Imunologia Clínica e Alergia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Serviço de Imunologia Clínica e Alergia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; Laboratório de Investigação Médica (LIM-60), Brasil

**P38 – Alergia IgE-mediada por exposição ocupacional a *Drosophila melanogaster***

Helena Pité, Luís Miguel Borrego, Paula Leiria Pinto

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

**P39 – Necessidade do uso de antibiótico sistêmico em dermatite atópica grave na vigência ou não do uso de ciclosporina**

Paula Rezende Meireles, Denise Barcelos Borges, Fabio Morato Castro, Jorge Kalil, Ariana Yang

Disciplina de Imunologia Clínica e Alergia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Serviço de Imunologia Clínica e Alergia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; Laboratório de Investigação Médica (LIM-60), Brasil

**P40 – Síndrome Steven-Johnson e rufinamida – caso clínico**

Marta Chambe<sup>1</sup>, Maria Isabel Mascarenhas<sup>2</sup>, Joana Regala<sup>3</sup>, Catarina Gouveia<sup>3</sup>, Sara Prates<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central; <sup>2</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar de Lisboa Norte; <sup>3</sup>Unidade de Infeciologia, Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central

**P33 – Síndrome de hipersensibilidade múltipla a fármacos?****– Caso clínico**

Susana Piedade, Ângela Gaspar, Luís Miguel Borrego, Mário Morais-Almeida

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

**Introdução:** A síndrome de hipersensibilidade múltipla a fármacos (SHMF) define-se pela presença, no mesmo doente, de reacções de hipersensibilidade a pelo menos dois fármacos, química e estruturalmente diferentes. Os fármacos mais implicados são antibióticos e anti-inflamatórios não esteróides (AINE). Apresentamos o caso de uma doente referenciada à consulta de Imunoalergologia, na sequência de reacção anafiláctica, com suspeita de SHMF, focando a abordagem diagnóstica realizada.

**Caso clínico:** M.C.M., 39 anos, com antecedentes de asma e rinite, não atópica, que refere em Junho de 2010, imediatamente (5 min) após administração intramuscular de AINE (diclofenac) e relaxante muscular (tiocolquicosido), urticária generalizada, angioedema da face/lábios e edema da glote, com dificuldade respiratória e hipoxémia. Foi assistida pelo INEM, com recurso a SU, onde efectuou adrenalina, hidrocortisona e clemastina parentéricas, com reversão do quadro. Refere história de reacção adversa após administração de penicilina em criança e de analgésico (tramadol) aos 25 anos, efectuando evicção deste fármaco e antibióticos beta-lactâmicos desde então. Refere ainda patologia da coluna vertebral, tendo programada intervenção por Neurocirurgia.

No Centro de Imunoalergologia foi efectuada abordagem diagnóstica, pela realização de testes cutâneos (TC) e provas de provocação oral em ocultação simples controladas com placebo (PPO). Efectuou TC com antibióticos beta-lactâmicos, tiocolquicosido e tramadol que foram negativos. Efectuou em seguida PPO com amoxicilina (1g), tiocolquicosido (4mg) e tramadol (100mg) que foram negativas, excluindo hipersensibilidade a estes fármacos. O TC com diclofenac foi positivo: intradérmico (diluição 1/10) com pápula de 13x11mm, acompanhado de prurido palmar. Tolera paracetamol. Efectuou PPO com meloxicam (15mg) e naproxeno (500mg) que foram negativas.

**Discussão:** Os AINE são geralmente associados a reacções de hipersensibilidade mediada por via metabólica (inibição da COX), no entanto, em casos de reacção anafiláctica apenas com um AINE específico, a hipótese de um mecanismo IgE mediado deve ser considerada. A realização de TC confirmou o diagnóstico de anafilaxia IgE-mediada ao diclofenac. Este caso ilustra a importância de uma abordagem diferenciada por Imunoalergologia, permitindo por um lado confirmar uma alergia potencialmente fatal e por outro desmistificar uma SHMF, evitando evicções medicamentosas desnecessárias.

**P34 – Hipersensibilidade ao etoricoxib**

Cristina Arêde, Ângela Gaspar, Mário Morais-Almeida

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

**Introdução:** Os anti-inflamatórios não esteróides (AINEs) são dos medicamentos mais amplamente prescritos na prática clínica. Os AINEs mais recentes, inibidores da ciclooxigenase-2 (COX-2), são cada vez mais utilizados como fármacos de primeira escolha no tratamento da dor aguda, dor crónica e doenças reumáticas, uma vez que têm sido associados a menor incidência de efeitos adversos. Constituem também, muitas vezes, uma alternativa segura para doentes com hipersensibilidade a outros AINEs, inibidores da ciclooxigenase-1. O etoricoxib é um AINE inibidor da COX-2 altamente selectivo.

**Caso clínico:** Doente do sexo masculino com 69 anos de idade, com doença de refluxo gastro-esofágico e patologia da coluna vertebral (hérnia discal), referenciado à consulta de Imunoalergologia para esclarecimento de 2 episódios de lesões cutâneas que o doente relacionava com a toma de etoricoxib. Referia toma prévia ocasional de etoricoxib para tratamento de lombalgia. A primeira reacção surgiu cerca de 6-8 horas após toma de 60 mg de etoricoxib: sensação de mal-estar, eritema e rash da face e pescoço, prurido palmar e aparecimento de lesão cutânea eritematosa e pruriginosa, arredondada, bem delimitada, com cerca de 2-3 cm de diâmetro, na mão esquerda. Nega atingimento das mucosas, febre ou outra sintomatologia concomitante. A segunda reacção foi semelhante à descrita, mas com intervalo de tempo mais curto e também na sequência de toma de 60 mg de etoricoxib. Na anamnese efectuada na consulta verificou-se haver relação causal entre a ingestão de etoricoxib e as lesões referidas pelo doente. Procedeu-se, em Hospital-de-Dia, a prova de provocação oral (PPO) com etoricoxib, para confirmação diagnóstica, realizada em ocultação simples controlada com placebo, que foi positiva ao fim de 35 min com dose cumulativa de 45 mg, com reprodutibilidade de todos os sintomas referidos pelo doente anteriormente, incluindo recidiva da lesão cutânea, no mesmo local. Procedeu-se posteriormente a PPO com meloxicam e nimesulide, que foram negativas.

**Discussão:** Apresentamos um caso raro de hipersensibilidade ao etoricoxib, caracterizado pelo aparecimento de dois tipos de lesões, rash na face e pescoço e eritema fixo na região palmar esquerda. Embora o etoricoxib, inibidor altamente selectivo da COX-2, seja considerado seguro em indivíduos com hipersensibilidade a outros AINEs, situações excepcionais como a que descrevemos podem ocorrer.

### P35 – Anafilaxia idiopática?

José Geraldo Dias<sup>1</sup>, Filipa Sousa<sup>2</sup>, Sofia Luz<sup>1</sup>, Sara Prates<sup>2</sup>, Paula Leiria Pinto<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte; <sup>2</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar Lisboa Central; <sup>3</sup>Unidade de Imunoalergologia, Hospital Central do Funchal

**Introdução:** Sendo a anafilaxia potencialmente fatal, é fundamental identificar a sua etiologia, pois o tratamento passa pela evicção dos factores desencadeantes. A anafilaxia idiopática é um diagnóstico de exclusão. É essencial excluir uma possível associação com alimentos, fármacos, picada de insecto, látex ou exercício.

**Caso clínico:** Menino de 8 anos seguido em Consulta de Imunoalergologia por asma e rinite não alérgica persistente. Tinha testes cutâneos em picada com aeroalergénios negativos e exame funcional respiratório normal. Medicado diariamente com montelucaste, levocetirizina e budesonido nasal. Primeiro episódio de anafilaxia (urticária generalizada, dificuldade respiratória e vômitos) aos 6 anos, sem factor desencadeante identificado. Posteriormente, num período de 10 meses, teve 5 episódios de anafilaxia, todos de etiologia não esclarecida, com necessidade de recorrer ao SU onde era medicado com adrenalina. A mãe negava uma possível associação com ingestão alimentar ou medicamentosa. Após ter sido questionada exaustivamente, referiu que os episódios eram precedidos de cefaleias, habitualmente medicadas com paracetamol ou ibuprofeno. Negava qualquer associação dos episódios de anafilaxia com a ingestão destes fármacos, afirmando que os ingeria noutras situações sem reacção. Analiticamente, discreta eosinofilia e triptase sérica-3,6 (normal). Realizou prova de provocação oral (PPO) com paracetamol e 10 minutos após a terceira toma (dose acumulada de 290 mg), iniciou urticária do tronco e membros, seguida de tosse e broncoespasmo, pelo que se administrou adrenalina IM, anti-histamínico e corticóide EV. Passados 45 minutos, administrou-se novamente adrenalina IM por angioedema da face e agravamento da urticária, com resolução do quadro clínico em 3 horas. Tem feito evicção de paracetamol e não voltou a ter episódios de anafilaxia. Entre o último episódio e a PPO, a mãe administrou ibuprofeno por duas ocasiões, sem reacção.

**Discussão:** Este caso ilustra bem a importância da anamnese na determinação da etiologia de um episódio de anafilaxia. Apesar da mãe o negar por várias ocasiões, veio a confirmar-se a etiologia medicamentosa das reacções anafiláticas. Deverá ter sempre em sua posse adrenalina injectável, tendo em conta que existem inúmeros fármacos de venda livre com paracetamol na sua composição, podendo contribuir acidentalmente para novo episódio que poderá ser fatal.

### P36 – Anafilaxia durante a hemodiálise – qual o agente responsável?

Ana Leblanc<sup>1</sup>, Luís Coentrão<sup>2</sup>, Patrícia Martins<sup>2</sup>, Berta Carvalho<sup>2</sup>, Carmen Botelho<sup>1</sup>, Eunice Castro<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, <sup>2</sup>Serviço de Nefrologia, Hospital de São João, Porto

**Introdução:** As reacções de hipersensibilidade durante a hemodiálise (HD), entre as quais a anafilaxia, têm sido descritas na literatura. Contudo, a identificação da etiologia é ainda difícil. A maioria dos casos associam-se à esterilização com óxido de etileno, às membranas de diálise não biocompatíveis (membranas de celulose activadoras de complemento), ao uso simultâneo de membranas e IECAs e ao ferro. Em geral, as manifestações clínicas não permitem distinguir entre reacções IgE e não IgE mediadas. O reconhecimento imediato da situação, tratamento correcto e identificação do responsável são muito importantes para a resolução do caso.

**Caso clínico:** Doente de 84 anos de idade, sexo feminino, com asma controlada e diabetes mellitus tipo 2 com insuficiência renal grave. Desde a primeira sessão de HD, 30-45 minutos após o seu início, apresentou dificuldade respiratória com broncoespasmo e hipoxemia, hipotensão e prurido cutâneo. As sessões de HD foram interrompidas e a doente tratada com corticosteróides, anti-histamínicos e adrenalina. Para tentar excluir agentes hipoteticamente implicados, solicitaram-se IgEs específicas para látex (que foi negativa), óxido de etileno e formaldeído (não disponíveis). A HD foi então efectuada com uma solução de diálise “ultrapura”, membrana sintética de polissulfona (FX 80, Fresenius®) e sistema de tubos esterilizados por radiação, mas com manutenção das reacções. As medidas preventivas seguintes – mudança da membrana de diálise por outras sintéticas biocompatíveis (poliamida e polietersulfona), lavagem destas imediatamente antes de usar, administração profiláctica de anti-histamínico, mudança do tubo de diálise e evicção de heparina – revelaram-se ineficazes. Nenhum outro factor predisponente foi encontrado, sugerindo poder estar implicada uma activação do complemento. A medida seguinte consistiu na substituição da membrana de diálise por uma nova membrana com tratamento de superfície (AN69 ST®). Desde então, a doente não voltou a ter episódios de anafilaxia, mesmo sem medicação profiláctica, sendo capaz de completar um programa regular de HD.

**Comentários:** As reacções graves durante a HD constituem um desafio para a Imunoalergologia e Nefrologia. Como este caso sugere, poderão estar relacionadas com a incompatibilidade da membrana de diálise. Após exclusão de outros possíveis agentes implicados, realizar HD com a nova membrana biocompatível AN69 ST® poderá constituir a solução.



**P37 – Influência do nível de IgE específica e gravidade das reações a veneno de *Hymenoptera***

Denise Barcelos Borges, Paula Rezende Meireles, Jorge Kalil, Alexandra Watanabe, Clovis Eduardo Galvão, Fabio Morato Castro, Ariana Yang

Disciplina de Imunologia Clínica e Alergia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Serviço de Imunologia Clínica e Alergia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; Laboratório de Investigação Médica (LIM-60), Brasil

**Objetivo:** Avaliar o efeito dos níveis de IgE veneno específica correlacionando com a gravidade das reações apresentadas pelos pacientes com alergia a venenos de himenópteros.

**Métodos:** 157 pacientes alérgicos a venenos de abelha, vespa e formiga foram incluídos no estudo pela análise de prontuários do ambulatório de alergia a veneno de himenópteros do Serviço de Imunologia Clínica e Alergia do HC – FMUSP.

**Resultados:** Dos pacientes que apresentaram reação local extensa 37,5% tinham IgE específica classe 3; 25% classe 6; 25% classe 0 e 12,5% classe 2. Para os que apresentaram reação sistêmica grau I: 100% tinham IgE específica classe 3. Para aqueles com reação sistêmica grau II: 38,9% com IgE específica classe 3; 30,6% classe 2; 11,1% classe 4; 5,6% classes 0, 5 e 6 e 2,8% classe 1. Para as reações grau III: 37,3% classe 3; 20,9% classe 4; 19,4% classe 2; 9% classe 6; 6% classes 0 e 5 e 1,5% classe 1. Finalmente, para os de grau IV: 32,5% classe 4; 22,5% classe 0; 15% classe 2; 10% classe 6; 5% classe 1 e 2,5% classe 5.

**Conclusão:** Não há estudos que avaliem a dosagem de IgE específica e gravidade de reação após a ferroada desses insetos. De forma geral, não houve relação direta e proporcional quando avaliadas essas duas variáveis, sendo que na maioria das reações (local extensa, reações grau I, II e III) houve predomínio de IgE específica pertencente a classe 3. Fatores genéticos e ambientais (identificação correta do inseto responsável) podem estar envolvidos na determinação da IgE específica e portanto mais estudos são necessários para melhor interpretação.

**P38 – Alergia IgE-mediada por exposição ocupacional a *Drosophila melanogaster***

Helena Pitê, Luís Miguel Borrego, Paula Leiria Pinto

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

**Introdução:** Muitas espécies de insectos podem provocar reacções de hipersensibilidade, incluindo as moscas. Estas reacções são geralmente locais e não IgE-mediadas. A *Drosophila melanogaster* é um insecto utilizado em laboratórios de investigação científica, tendo sido muito raramente descrita como causa de alergia respiratória ocupacional.

**Caso clínico:** Doente de 29 anos de idade, sexo feminino, bióloga, referenciada à consulta de Imunoalergologia por episódios de tosse acessual, pieira e dispneia em ambiente laboral, desde há dois anos. Em quatro dos episódios as queixas respiratórias supracitadas foram acompanhadas de prurido nasal e ocular, tendo a doente sido medicada com fármacos broncodilatadores e corticosteróide sistémico, no Serviço de Urgência. A doente menciona como factor desencadeante a exposição a *Drosophila melanogaster*, insecto com o qual trabalha na sua linha de investigação. Nega quaisquer sintomas fora do período laboral ou mesmo durante a actividade de trabalho no laboratório, utilizando os mesmos produtos mas na ausência de exposição a estes animais. Refere em situações de picada acidental com fórceps de dissecação da mosca, o aparecimento imediato de lesões de urticária no local. Nega outros desencadeantes, bem como quaisquer queixas respiratórias, oculares ou cutâneas anteriores. Nega hipersensibilidade à picada ou mordedura de outros insectos. O teste cutâneo por picada com extracto de *Drosophila melanogaster* foi positivo (diâmetro médio da pápula de 17mm, acompanhada de eritema e prurido francos). O doseamento de IgE específica foi de 0,37kU/L. De salientar ainda testes cutâneos e doseamentos de IgE positivos com os extractos comerciais de ácaros e crustáceos (alimentos que a doente tolera). Não foi possível a avaliação funcional respiratória no ambiente laboral e na presença de *Drosophila melanogaster*, uma vez que a doente recusa a re-exposição a este insecto.

**Discussão:** Os dados da anamnese são sugestivos de asma e urticária por exposição ocupacional a *Drosophila melanogaster*. O resultado fortemente positivo do teste cutâneo com o extracto do insecto e o doseamento de IgE específica reforçam esta hipótese diagnóstica. Os testes cutâneos positivos para ácaros e crustáceos podem sugerir a possibilidade do quadro estar relacionado com sensibilização a tropomiosina do insecto, envolvendo fenómenos de reactividade cruzada, à semelhança do descrito na alergia IgE-mediada a outros insectos.

**P39 – Necessidade do uso de antibiótico sistêmico em dermatite atópica grave na vigência ou não do uso de ciclosporina**

Paula Rezende Meireles, Denise Barcelos Borges, Fabio Morato Castro, Jorge Kalil, *Ariana Yang*

Disciplina de Imunologia Clínica e Alergia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Serviço de Imunologia Clínica e Alergia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; Laboratório de Investigação Médica (LIM-60), Brasil

**Objetivo:** Avaliar a necessidade do uso de antibiótico sistêmico em pacientes com Dermatite atópica grave refratária ao tratamento convencional, comparando períodos na vigência ou não de uso da ciclosporina via oral.

**Métodos:** Estudo retrospectivo por levantamento de dados através do Prontuário Eletrônico – PRONTMED, dos pacientes com dermatite atópica grave entre 2000 e 2009, no ambulatório de Dermatite Atópica do HC – FMUSP. Avaliados 10 pacientes quanto ao tempo de uso da ciclosporina (3,4,5,6,9 e 12 meses) e tratamento convencional e número de infecções.

**Resultados:** Um paciente reduziu o número de infecções de 4 (1,34 infecções/mês) para 1 (0,34 infecções/mês) com 3 meses de ciclosporina. Dois pacientes fizeram curso de 4 meses, um manteve o mesmo número de infecções, uma (0,25 infecções/mês). Outro reduziu de 4 (1 infecção/mês) para 1 (0,25 infecção/mês). Três pacientes realizaram cursos de 5 meses de ciclosporina, os três reduziram de 1, 2 e 4 infecções (respectivamente 0,2, 0,4 e 0,8 infecções/mês) para nenhuma infecção com ciclosporina. Um paciente fez curso de 6 meses, reduzindo de 4 (0,67 infecções/mês) para nenhuma infecção. Um paciente realizou curso de 9 meses, reduzindo de 6 (0,67 infecções/mês) para 4 (0,46 infecções/mês). Dois pacientes realizaram curso de 12 meses. Uma apresentou aumento no número de infecções com a mesma, 2 (0,17 infecções/mês) para 5 (0,41 infecções/mês) o outro teve redução de 8 (0,66 infecções/mês) para 5 (0,41 infecções/mês). Dos 10 pacientes avaliados, a ciclosporina reduziu em 8 (80%) o número de infecções. Foram 36 cursos de antibiótico durante o tratamento convencional e 17 na vigência da ciclosporina. A média de infecções/mês durante o tratamento convencional foi de 0,61, enquanto no uso da ciclosporina 0,21.

**Conclusão:** Neste estudo, a ciclosporina mostrou-se eficaz na redução do número de infecções/mês e cursos de antibióticos em pacientes com dermatite atópica grave refratária ao tratamento convencional.

**P40 – Síndrome Steven-Johnson e rufinamida – caso clínico**

*Marta Chambel*<sup>1</sup>, Maria Isabel Mascarenhas<sup>2</sup>, Joana Regala<sup>3</sup>, Catarina Gouveia<sup>3</sup>, Sara Prates<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central; <sup>2</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar de Lisboa Norte; <sup>3</sup>Unidade de Infecção, Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central

**Introdução:** O Síndrome Steven-Johnson (SSJ) é uma reacção mucocutânea grave, com baixa incidência mas elevada taxa de mortalidade. Associa-se geralmente a infecções ou fármacos – sulfonamidas, anti-inflamatórios não-esteróides, alopurinol e antiepilépticos. O tratamento é sintomático e a corticoterapia sistémica é controversa. A rufinamida é um fármaco antiepiléptico, sem relação química com outros antiepilépticos. Foi aprovado em 2007 como terapêutica adjuvante de convulsões associadas ao Síndrome Lennox-Gastaut, em doentes >4 anos de idade. Não há relato de casos de SSJ em relação com rufinamida.

**Caso clínico:** Apresentamos o caso de uma doente, 13 anos de idade, com diagnóstico de síndrome de West e atraso de desenvolvimento psicomotor, medicada com valproato, clonazepam e levetiracetam. Por não haver controlo das convulsões, foi adicionada rufinamida à terapêutica diária. Após 2 semanas houve aparecimento de úlceras eritematosas e friáveis na mucosa oral, com agravamento progressivo; 2 dias depois inicia febre, edema da face, hiperémia conjuntival, anorexia, rash cutâneo, lesões maculopapulares nos membros e uma lesão bolhosa no braço esquerdo. Na observação por Oftalmologia e Estomatologia no serviço de urgência não tinha complicações locais. Foi internada na Unidade de Infecção; analiticamente não tinha alterações e foi excluída infecção aguda. Iniciou tratamento sintomático e a administração de rufinamida foi interrompida. Por agravamento clínico, foi instituída corticoterapia sistémica; houve melhoria progressiva, com resolução completa das lesões orais e cutâneas em 12 dias. De acordo com a escala de probabilidade de Naranjo, obtivemos um score de 6, que corresponde a uma relação provável da rufinamida com a reacção. A investigação etiológica da reacção, do ponto de vista alergológico, é limitada. Não foi possível efectuar teste de transformação linfocitária (TTL) por inexistência do fármaco na forma solúvel; os exames complementares de diagnóstico restringem-se a *patch* teste com rufinamida, que não foi efectuado por se ter considerado que, neste caso, não traria benefício diagnóstico adicional.

**Conclusão:** Apresentamos este caso clínico na medida em que, de acordo com a revisão da literatura existente à data actual, este é o primeiro caso de SSJ em provável associação com a rufinamida. O diagnóstico apoiou-se na clínica e escala de probabilidade de Naranjo. O caso ilustra a limitação de exames de diagnóstico para este tipo de reacção adversa.

6.ª SESSÃO DE POSTERS

Dia: 14 de Outubro 2010  
Horas: 20.00 – 21.00 horas

Moderadores: Carlos Neto Braga / Susana Oliveira

**P41 – Análise do pólen atmosférico presente na atmosfera de S. Paulo, Brasil**

Barbara Gonçalves da Silva<sup>1</sup>, Elsa Caeiro<sup>2,3</sup>, Mário Morais-Almeida<sup>4</sup>, Carlos Nunes<sup>5</sup>, Ângela Gaspar<sup>4,6</sup>, Wilson Tartuzaun<sup>1</sup>, Kaline Medeiros Costa Pereira<sup>7</sup>, Rui Brandão<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Hospital do Servidor Estadual de São Paulo, Brasil; <sup>2</sup>SPAIC; <sup>3</sup>ICAAM, Universidade de Évora; <sup>4</sup>Hospital CUF Descobertas, Lisboa; <sup>5</sup>Centro de Imunoalergologia do Algarve; <sup>6</sup>Hospital Dona Estefânia, Lisboa; <sup>7</sup>Universidade Federal de São Paulo, Brasil

**P42 – Estudo, *in vivo* e *in vitro*, da correlação existente entre os testes cutâneos, o doseamento da IgE específica (RAST's) e a determinação dos antígenos recombinantes moleculares por tecnologia de Microarray (perfil ISAC®)**

Helena Simões<sup>1</sup>, Maria José de Sousa<sup>2</sup>, Rita Ribeiro<sup>2</sup>, José Germano de Sousa<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Clínica Dra. Helena Simões; <sup>2</sup>Centro de Medicina Laboratorial Dr. Germano de Sousa

**P43 – Acesso por telemóvel à Rede Portuguesa de Aerobiologia**

Carlos Nunes<sup>1</sup>, Mário Morais-Almeida<sup>2</sup>, Ângela Gaspar<sup>2</sup>, Elsa Caeiro<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Centro de Imunoalergologia do Algarve; <sup>2</sup>Hospital da CUF-Descobertas; <sup>3</sup>Universidade de Évora

**P44 – Referenciação pelos Cuidados Primários a uma Consulta de Imunoalergologia**

André Negrão<sup>1</sup>, Andreia Ferrão<sup>2</sup>, Vinhas de Sousa<sup>2</sup>, Teresa Antunes<sup>1</sup>, Filipe Inácio<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Unidade Cuidados de Saúde Personalizados de Santa Maria, Setúbal; <sup>2</sup>Serviço Imunoalergologia do Centro Hospitalar Setúbal, Hospital de S. Bernardo

**P45 – Eritema nodoso hansênico simulando quadro de urticária vasculite – Relato de caso**

Simone Oliveira, Aline Macêdo, Maurício Nobre, Janaína Pinto  
Universidade Potiguar – UnP, Hospital Giselda Trigueiro – Secretaria Estadual de Saúde /RN, Brasil

**P46 – Síndrome de Sweet – um diagnóstico inesperado?**

Patrícia Barreira, Daniela Malheiro, José Pedro Moreira da Silva  
Serviço Imunoalergologia, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

**P47 – *Tetranychus urticae*: um ácaro esquecido?**

Natacha Santos, José Luís Plácido  
Serviço de Imunoalergologia, Hospital de São João, Porto

**P48 – Síndrome Gato-Porco: a propósito dum caso clínico**

Nuno Sousa<sup>1</sup>, Emília Faria<sup>1</sup>, Borja Bartolomé<sup>2</sup>, Eugénia Almeida<sup>1</sup>, António Segorbe Luís<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospitais da Universidade de Coimbra; <sup>2</sup>Bial-Arístegui, R&D Department, Bilbao, Espanha

**P49 – Aplicação de métodos baseados na análise de ADN para a detecção de alergénios de frutos de casca rija em alimentos**

Joana Costa<sup>1</sup>, Isabel Mafrá<sup>1</sup>, Isabel Carrapatoso<sup>2</sup>, Maria Beatriz Oliveira<sup>1</sup>

<sup>1</sup>REQUIMTE, Serviço de Bromatologia, Faculdade de Farmácia, Universidade do Porto; <sup>2</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospitais da Universidade de Coimbra

**P50 – Primeiro Inquérito Nacional sobre Asma (INAsma) – descrição da amostra**

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

<sup>1</sup>Serviço de Bioestatística e Informática Médica, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto; <sup>2</sup>Imunoalergologia, Hospital CUF-Descobertas, Lisboa; <sup>3</sup>Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica; <sup>4</sup>CINTESIS, Universidade do Porto; <sup>5</sup>Imunoalergologia, Hospitais da Universidade de Coimbra; <sup>6</sup>Pneumologia, Hospitais da Universidade de Coimbra; <sup>7</sup>Sociedade Portuguesa de Pneumologia; <sup>8</sup>Clínica Universitária de Pneumologia, Faculdade de Medicina de Lisboa; <sup>9</sup>Coordenador da Comissão de Acompanhamento do Programa Nacional de Controlo da Asma; <sup>10</sup>Imunoalergologia, Instituto e Hospital CUF Porto; <sup>11</sup>Imunoalergologia, Hospital S. João, Porto

**P51 – Dessensibilização ultra-rush com veneno de hime-nópteros em pediatria**

Carla Chaves Loureiro, Sónia Lemos, José António Pinheiro  
Consulta de Alergologia do Serviço de Pediatria de Ambulatório do Hospital Pediátrico de Coimbra, Centro Hospitalar de Coimbra

**P52 – Papel do polimorfismo da haptoglobina na asma**

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

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

**P41 – Análise do pólen atmosférico presente na atmosfera de S. Paulo, Brasil**

Barbara Gonçalves da Silva<sup>1</sup>, Elsa Caeiro<sup>2,3</sup>, Mário Morais-Almeida<sup>4</sup>, Carlos Nunes<sup>5</sup>, Ângela Gaspar<sup>4,6</sup>, Wilson Tartuce Aun<sup>1</sup>, Kaline Medeiros Costa Pereira<sup>7</sup>, Rui Brandão<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Hospital do Servidor Estadual de São Paulo, Brasil; <sup>2</sup>SPAIC; <sup>3</sup>ICAAM, Universidade de Évora; <sup>4</sup>Hospital CUF Descobertas, Lisboa; <sup>5</sup>Centro de Imunoalergologia do Algarve; <sup>6</sup>Hospital Dona Estefânia, Lisboa; <sup>7</sup>Universidade Federal de São Paulo, Brasil

**Introdução:** Os pólenes são uma importante causa de alergia respiratória e dado que estes tipos de estudos são escassos no Brasil resolveu-se efectuar um estudo aeropalinológico na cidade de S. Paulo. Este estudo resultou da colaboração entre a Associação Brasileira de Alergia e Imunologia (ASBAI) e a Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica (SPAIC).

**Objectivo:** Identificar os principais tipos polínicos presentes na atmosfera da cidade de S. Paulo, Brasil, durante o Inverno e a Primavera.

**Material e Métodos:** Neste estudo aeropalinológico, utilizaram-se as monitorizações polínicas de 8 de Julho a 22 de Dezembro de 2009, 24 semanas (Inverno e Primavera). A metodologia utilizada foi a padronizada pela Rede Portuguesa de Aerobiologia e recomendada pela Assoc. Internacional de Aerobiologia: 1) Uso de um *Burkard Seven Day Volumetric Spore-trape*® como colector. 2) Uso da solução de silicone como meio adesivo; 3) Método de leitura: sistema das 4 linhas longitudinais com uma ampliação de 400x; 4) expressão de resultados em n.º de grãos de pólen por metro cúbico de ar. As amostras provieram de um colector colocado no teto do Hospital do Servidor Estadual de São Paulo, a 15m de altura e foram analisadas no Lab. de Palinologia da Universidade de Évora.

**Resultados:** Durante o período de estudo registaram-se 8.285 grãos de pólen, de cerca de 82 tipos diferentes. A máxima concentração polínica registou-se a 3 de Agosto, 399 grãos de pólen/m<sup>3</sup>. Os principais tipos polínicos presentes foram, os seguintes: *Moraceae* (21,3%), *Cecropiaceae* (21,1%), *Euphorbiaceae* (11,3%), *Urticaceae* (9,7%), *Myrtaceae* (9,3%), *Melastomataceae* (3,5%), *Pinnaceae* (3,5%), *Poaceae* (3,3%), *Myrsinaceae* (2,2%), *Cupressaceae* (2,0%), *Palmae* (1,4%), *Mimosa caesalpiniaefolia* (1,1%) e *Rhizophoraceae* (1,1%).

**Conclusões:** Ao contrário do que era esperado, registaram-se elevadas concentrações de pólen na atmosfera de S. Paulo durante o período de estudo. Este estudo permitiu identificar os principais tipos polínicos presentes na atmosfera de S. Paulo durante o Inverno e Primavera, estações do ano em que habitualmente se registam as mais elevadas concentrações nos diversos estudos aeropalinológicos efectuados noutros locais do Mundo. Dado que para um correcto diagnóstico, tratamento e prevenção da doença alérgica respiratória resultante da sensibilização ao pólen é extremamente útil o conhecimento do calendário polínico da localidade ou região, torna-se importante prolongar este tipo de estudo por mais anos e verificar a sensibilização de pacientes com alergias respiratórias aos pólenes encontrados.

**P42 – Estudo, *in vivo* e *in vitro*, da correlação existente entre os testes cutâneos, o doseamento da IgE específica (RAST's) e a determinação dos antígenos recombinantes moleculares por tecnologia de Microarray (perfil ISAC®)**

Helena Simões<sup>1</sup>, Maria José de Sousa<sup>2</sup>, Rita Ribeiro<sup>2</sup>, José Germano de Sousa<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Clínica Dra. Helena Simões; <sup>2</sup>Centro de Medicina Laboratorial Dr. Germano de Sousa

**Objectivos:** Os autores propuseram-se a estudar as possíveis correlações existentes entre os diferentes testes utilizados na rotina imunoalergológica, tais como os testes cutâneos (*prick tests*), o doseamento das imunoglobulinas IgE específicas para determinados extractos alérgenos, juntamente com uma nova ferramenta laboratorial: a determinação de um perfil múltiplo de antígenos recombinantes moleculares, por tecnologia de *microarray*.

**Metodologia:** Foram analisados 330 doentes, entre Novembro 2008 e Junho 2010, entre os 15 meses e os 70 anos. A faixa etária entre os 4-13 anos representa 36% e entre os 23-37 anos representa 33% da amostra. Aproximadamente 55% da população é do sexo feminino e 45% do sexo masculino. A análise dos dados foi feita através de testes estatísticos de significância: análise de variância, com intervalo de confiança de 95%. As associações entre as variáveis foram analisadas por regressão linear e análise dos resíduos e a dinâmica entre as possíveis relações existentes foi estudada através de testes estatísticos de interacção.

**Resultados:** Da análise estatística verificámos que índices de IgE Total mais elevadas correspondem a amostras com maior quantidade e concentrações mais elevadas de alérgenos moleculares. O grupo de proteínas mais prevalente é *Der* (ver tabela) representando cerca de 46% e observam-se prevalências semelhantes entre grupos de proteínas, destacando-se as marcadoras de reacções cruzadas, como as tropomiosinas que representam 6% dos alérgenos mais frequentes. Da análise de correlação entre os testes utilizados na rotina imunoalergológica verificámos uma elevada correlação positiva entre todos os testes utilizados (*Pearson correlation* >0,8). A correlação positiva foi também observada quando individualizada para extractos alérgenos mais significativos na amostra populacional utilizando os vários testes imunoalergológicos.

**Conclusões:** Na rotina imunoalergológica a determinação de antígenos recombinantes moleculares, por tecnologia de *microarray*, permite um acesso mais rápido e sensível ao perfil imunoalergológico do doente, sendo menos subjectivo que os *prick tests* e mais célere que a determinação individual de imunoglobulinas IgE específicas. Esta metodologia permite ainda, identificar grupos de alérgenos marcadores de reacções cruzadas. Assim, a disponibilidade deste ensaio laboratorial altamente específico e sensível constitui uma plataforma crucial na decisão de diagnóstico e aplicação de terapêutica mais personalizada.



XXXI REUNIÃO ANUAL DA SPAIC /  
XIV CONGRESSO LUSO-BRASILEIRO DE ALERGOLOGIA E IMUNOLOGIA CLÍNICA

Tabela Prevalência de alérgenos moleculares na população estudada

Alergéneo	Prevalência	Nome Alergéneo	Grupo Proteínas	Alergéneo	Prevalência	Nome Alergéneo	Grupo Proteínas
Der p 2	46%	<i>Dermatophagoides pteronyssinus</i>		Bet v 2	3%	<i>Betula verrucosa</i>	Profilin
Der p 1	45%	<i>Dermatophagoides pteronyssinus</i>		Hev b 8	3%	<i>Hevea brasiliensis</i>	Profilin
Der f 2	44%	<i>Dermatophagoides farinae</i>		Mer a 1	3%	<i>Mercurialis annua</i>	Profilin
Der f 1	42%	<i>Dermatophagoides farinae</i>		Ole e 2	3%	<i>Olea europaea</i>	Profilin
Eur m 2	34%	<i>Euroglyphus maynei</i>		Pla a 2	3%	<i>Platanus acerifolia</i>	
Phl p 1	29%	<i>Phleum pratense</i>	Grass group 1	Api m 1	2%	<i>Apis mellifera</i>	Phospholipase A2
Cyn d 1	26%	<i>Cynodon dactylon</i>	Grass group 1	Can f 2	2%	<i>Canis familiaris</i>	Lipocalin
Ole e 1	23%	<i>Olea europaea</i>		Ani s 1	1%	<i>Anisakis simplex</i>	
Fel d 1	18%	<i>Felis domesticus</i>	Uteroglobulin	Art v 3	1%	<i>Artemisa vulgaris</i>	Lipid transfer protein (nsLTP)
Phl p 4	15%	<i>Phleum pratense</i>		Bet v 1	1%	<i>Betula verrucosa</i>	PR-10 protein
Phl p 2	14%	<i>Phleum pratense</i>	Grass group 2	Bla g 4	1%	<i>Blattella germanica</i>	
Phl p 5	11%	<i>Phleum pratense</i>	Grass group 5	Gal d 3	1%	<i>Gallus domesticus</i>	Conalbumin
Der p 10	9%	<i>Dermatophagoides pteronyssinus</i>	Tropomyosin	Gly m 4	1%	<i>Glycine max</i>	PR-10 protein
Par j 2	8%	<i>Parietaria judaica</i>	Lipid transfer protein (nsLTP)	Pru p 3	1%	<i>Prunus persica</i>	Lipid transfer protein (nsLTP)
Ani s 3	7%	<i>Anisakis simplex</i>	Tropomyosin	Sal k 1	1%	<i>Salsola kali</i>	
Bla g 7	7%	<i>Blattella germanica</i>	Tropomyosin	Ses i 1	1%	<i>Sesamum indicum</i>	Storage protein
Pen m 1	7%	<i>Penaeus monodon</i>	Tropomyosin	Aln g 1	1%	<i>Alnus glutinosa</i>	PR-10 protein
Phl p 11	7%	<i>Phleum pratense</i>		Alt a 6	1%	<i>Alternaria alternata</i>	
Alt a 1	6%	<i>Alternaria alternata</i>		Ana c 2	1%	<i>Ananas comosus</i>	CCD marker
Can f 1	6%	<i>Canis familiaris</i>	Lipocalin	Api m 4	1%	<i>Apis mellifera</i>	Melittin
Cup a 1	6%	<i>Cupressus arizonica</i>		Ara h 1	1%	<i>Arachis hypogaea</i>	Storage protein
Fel d 4	6%	<i>Felis domesticus</i>	Lipocalin	Ara h 3	1%	<i>Arachis hypogaea</i>	Storage protein
Pen i 1	6%	<i>Penaeus indicus</i>	Tropomyosin	Asp f 3	1%	<i>Aspergillus fumigatus</i>	
Phl p 6	6%	<i>Phleum pratense</i>		Asp f 6	1%	<i>Aspergillus fumigatus</i>	
Act d 2	5%	<i>Actinidia deliciosa</i>		Can f 3	1%	<i>Canis familiaris</i>	Serum albumin
Gal d 1	5%	<i>Gallus domesticus</i>	Ovomucoid	Cor a 1.0401	1%	<i>Corylus avellana</i>	PR-10 protein
Pen a 1	5%	<i>Penaeus aztecus</i>	Tropomyosin	Cyp c 1	1%	<i>Cyprinus carpio</i>	Parvalbumin
Phl p 12	5%	<i>Phleum pratense</i>	Profilin	Fel d 2	1%	<i>Felis domesticus</i>	Serum albumin
Act d 1	4%	<i>Actinidia deliciosa</i>		Hev b 3	1%	<i>Hevea brasiliensis</i>	
Cry j 1	4%	<i>Cryptomeria japonica</i>		Mal d 1	1%	<i>Malus domestica</i>	PR-10 protein
Mus m 1	4%	<i>Mus musculus</i>		Pla a 1	1%	<i>Platanus acerifolia</i>	
Ara h 2	3%	<i>Arachis hypogaea</i>	Storage protein	Tri a Gliadin	1%	<i>Triticum aestivum</i>	Crude gliadin
Art v 1	3%	<i>Artemisa vulgaris</i>					



**P43 – Acesso por telemóvel à Rede Portuguesa de Aerobiologia**

Carlos Nunes<sup>1</sup>, Mário Morais-Almeida<sup>2</sup>, Ângela Gaspar<sup>2</sup>, Elsa Caeiro<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>Centro de Imunoalergologia do Algarve; <sup>2</sup>Hospital da CUF-  
Descobertas; <sup>3</sup>Universidade de Évora

**Objectivo:** Proporcionar adequada e atempada informação relevante sobre concentrações polínicas, características dos pólenes, informações para doentes portadores de polinose e dados meteorológicos por região de Portugal (continente e ilhas).

**Método:** Desenvolvimento de software compatível com os mais recentes sistemas operativos de uso nos telemóveis de última geração, em particular do sistema Android. O software automatiza os dados da rede portuguesa de aerobiologia e transforma-os para poderem ser facilmente lidos nos portadores de telemóveis. Também a geo-referenciação permite saber os dados referentes ao captador mais próximo tornando a informação ainda mais real.

**Resultados:** A interligação funcional dos dados polínicos com a informação adicional de dados meteorológicos (velocidade e direcção do vento, pluviosidade, temperatura e humidade do ar) por região e informação clínica adequada à sua doença alérgica irá proporcionar uma prevenção da sintomatologia na época polínica e adequação ao tratamento prescrito de forma a melhorar a qualidade de vida de doentes alérgicos a pólenes. A sintomatologia clínica (quer nasal quer brônquica), reduzir-se-á com um rápido e eficaz reconhecimento de dados que desencadeiam os sintomas. A possibilidade de aceder aos dados de forma imediata através da Internet móvel quer por SMS proporciona os doentes a possibilidade de actuar de forma interactiva, por um lado com os níveis de pólenes independentemente da região onde viva ou de desloque no País e de interagir com médicos especialistas em imunoalergologia.

**Conclusão:** É de primordial importância que cada vez mais os doentes possam ter um conhecimento tão imediato quanto possível dos factores desencadeantes e precipitantes das suas patologias alérgicas, nomeadamente na rino-conjuntivite e da asma, para poderem melhorar a qualidade de vida.

**P44 – Referenciação pelos Cuidados Primários a uma Consulta de Imunoalergologia**

André Negrão<sup>1</sup>, Andreia Ferrão<sup>2</sup>, Vinhas de Sousa<sup>2</sup>, Teresa Antunes<sup>1</sup>, Filipe Inácio<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Unidade Cuidados de Saúde Personalizados de Santa Maria, Setúbal;

<sup>2</sup>Serviço Imunoalergologia do Centro Hospitalar Setúbal, Hospital de S. Bernardo

**Objectivos:** Caracterizar a população de utentes referenciada à Consulta Externa do Serviço de Imunoalergologia (CEIA) pelos Médicos de Família (MF). Avaliar a qualidade desta referenciação e o tempo médio de espera destes doentes para aceder à primeira Consulta de Imunoalergologia.

**Metodologia:** Estudo transversal descritivo e observacional, que incidiu sobre utentes referenciados pelo MF à CEIA entre 1 de Janeiro e 31 de Maio de 2010. Avaliaram-se as variáveis sexo, idade, meio de referenciação, tempo de espera até à Consulta, motivo de referenciação, legibilidade e o conteúdo das cartas de referenciação.

**Resultados:** Durante o período estudado realizaram-se 291 CEIA de primeira vez, das quais 66 de utentes referenciados pelo MF. Destes, 46 casos foram referenciados por carta protocolada e 20 casos através do sistema PI-Alert. A distribuição etária variou entre os 11 meses e os 94 anos, com uma idade média de 31,7 anos, sendo que a maioria era do sexo feminino (n=43). O tempo de espera até à efectivação da 1.ª consulta foi na maioria dos casos de 3 a 6 meses. Da análise do conteúdo das cartas de referenciação, constatou-se que a referência ao nome (n=66), à data (n=66), à idade do doente (n=51), e ao motivo de referenciação (n=51) estavam presentes na maioria dos casos. A descrição dos sinais/sintomas (n=42), a referência à medicação utilizada (n= 25) ou a exames auxiliares realizados pelo doente (n=16) foram os itens menos descritos. O motivo de referenciação mais referido foi a avaliação/estudo alergológico (n=37) dos doentes. As queixas dos doentes referenciados mais frequentes foram as queixas nasais/rinite alérgica (n= 31) e as queixas respiratórias/asma (n=25).

**Conclusão:** Verifica-se que na grande maioria das cartas de referenciação a qualidade da informação enviada era suficiente e adequada, contudo existem aspectos a melhorar. Este estudo revela igualmente a necessidade de diminuir o tempo de espera de efectivação da 1.ª consulta por parte do Serviço de Imunoalergologia.

**P45 – Eritema nodoso hansênico simulando quadro de urticária vasculite – Relato de caso**

Simone Oliveira, Aline Macêdo, Maurício Nobre, Janaína Pinto  
Universidade Potiguar – UnP, Hospital Giselda Trigueiro – Secretaria Estadual de Saúde /RN, Brasil

**Resumo:** A hanseniase pode apresentar-se com grande variedade de lesões cutâneas como manchas, pápulas, placas e nódulos, até infiltração difusa, dependendo da resposta imune do indivíduo. Apresentamos o caso de um paciente do sexo masculino, 24 anos, natural e procedente de Natal/RN-Brasil, com lesões cutâneas urticariiformes ao lado de manchas pigmentadas residuais e artralgia, evolução de cerca de 3 meses. Relatava existência prévia de lesões avermelhadas nos pés, assintomáticas, há 3 anos. Teve diagnóstico de urticária vasculite e foi medicado com prednisona e hidroxizina; apresentou melhora seguida por recidiva logo após a suspensão dos medicamentos. A leucometria era normal (7.400) sem anormalidades na contagem diferencial, VSH = 16 mm, FAN negativo, função hepática e tireoidiana normais, pesquisa de *Streptococcus* negativa na orofaringe, sumário de urina normal. Após 3 meses, durante investigação etiológica evoluiu com o surgimento agudo de lesões nodulares, dolorosas, de tonalidade violácea, nos membros superiores e inferiores, acompanhado de edema de mãos e pés, piora da artralgia e febre vespertina diária. Foi atendido em hospital de doenças infecto-contagiosas e diagnosticado com eritema nodoso hansênico em hanseniase borderline lepromatosa. A baciloscopia para *M. leprae* foi positiva com índice de 1,75%. Foi tratado com esquema de poliquimioterapia multibacilar associado à corticoterapia com rápida regressão do quadro, sem recidiva após suspensão da prednisona. O exame dermatoneurológico realizado por hansenólogo não evidenciou lesões cutâneas outras além das reacionais, observando-se ausência de lesões anestésicas e de comprometimento neurológico.

**Objetivo:** Alertar para a importância do diagnóstico de hanseniase em quadros clínicos polimorfos sugestivos de vasculite.

**Conclusão:** A hanseniase pode manifestar-se clinicamente apenas com lesões decorrentes da produção e deposição de complexos antígeno-anticorpo nos vasos e tecido celular subcutâneo, na ausência das clássicas lesões cutâneas com alteração da sensibilidade tátil, térmica e dolorosa. Deve, portanto, fazer parte do diagnóstico etiológico diferencial das vasculites, especialmente em áreas endêmicas.

**P46 – Síndrome de Sweet – um diagnóstico inesperado?**

Patrícia Barreira, Daniela Malheiro, José Pedro Moreira da Silva  
Serviço Imunoalergologia, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

**Objectivo:** O Síndrome de Sweet é caracterizado por febre, neutrofilia e lesões cutâneas eritematosas que, ao exame histológico, revelam infiltrado difuso de neutrófilos maduros localizados na derme superior. Existem três formas diferentes desta doença rara: clássica, associada a doenças neoplásicas ou induzida por fármacos. Dada a multiplicidade de situações clínicas que podem simular esta patologia, o diagnóstico nem sempre é fácil. A sua patogénese não se encontra totalmente esclarecida mas provavelmente será multifactorial. Os corticóides sistémicos permanecem como o fármaco de primeira linha.

**Métodos:** Os autores apresentam o caso de uma mulher de 43 anos, referenciada à nossa consulta por suspeita de toxicodermia, após internamento no Serviço de Medicina Interna por “febre + exantema”. Trata-se de uma doente com antecedentes de vitiligo, carcinoma da mama “in situ” e anemia ferropénica em estudo. Recorreu por diversas vezes ao Serviço de Urgência por episódios de febre (sem foco aparente), astenia e sensação de mal-estar generalizado, que precediam o aparecimento de lesões cutâneas em placa com sinais inflamatórios, não pruriginosas, distribuídas pelo tronco. Os episódios não apresentavam factor desencadeante identificado, tinham duração aproximada de três a cinco dias e resolviam espontaneamente, sem lesão residual.

**Resultados:** O estudo analítico revelou anemia microcítica hipocrómica e leucocitose com neutrofilia, associada a elevação do valor de PCR e VS. A função renal, hepática e tiroideia eram normais, assim como o ionograma e electroforese de proteínas. O estudo imunológico mostrou valores diminuídos de IgA, sem outras alterações. O exame sumário de urina, radiografia do tórax, hemoculturas, uroculturas e serologias para diversos agentes patogénicos não revelaram foco infeccioso para o quadro descrito. A biópsia cutânea demonstrou edema da derme e ligeiro infiltrado inflamatório de polinucleares neutrófilos em localização perivascular superficial, compatível com Síndrome de Sweet. A doente foi medicada com corticóides sistémicos, não voltando a apresentar novos episódios desde então.

**Conclusões:** Nesta doente, dado os antecedentes pessoais de carcinoma da mama, o Síndrome de Sweet poderia constituir a primeira manifestação de recidiva da neoplasia. Uma vez que após corticoterapia não voltou a apresentar mais episódios, podemos pensar numa forma idiopática da doença. No entanto, salienta-se a importância de manter um *follow-up* rigoroso.



## XXXI REUNIÃO ANUAL DA SPAIC / XIV CONGRESSO LUSO-BRASILEIRO DE ALERGOLOGIA E IMUNOLOGIA CLÍNICA

### P47 – *Tetranychus urticae*: um ácaro esquecido?

Natacha Santos, José Luís Plácido

Serviço de Imunoalergologia, Hospital de São João, Porto

**Introdução:** O *Tetranychus urticae* é um ácaro fitófago presente nas plantas herbáceas e árvores de fruto. A sensibilização, assim como a doença alérgica respiratória e cutânea, têm sido demonstradas para este ácaro, tanto em exposição ocupacional como na população em geral. Por outro lado, a reactividade cruzada entre este ácaro e os ácaros domésticos parece ser reduzida. Dado que em Portugal a vinicultura e hortifloricultura são importantes actividades e que não há dados relativamente à importância clínica do *Tetranychus urticae*, fomos avaliar a prevalência de sensibilização a este ácaro nos doentes observados numa primeira consulta no Serviço de Imunoalergologia do Hospital de S. João.

**Métodos:** Estudo descritivo, prospectivo. Foram realizados testes cutâneos por picada com 2 extractos de *Tetranychus urticae* (Bial® e Leti®) em conjunto com uma bateria estandardizada constituída por ácaros, árvores, gramíneas, ervas, epitélios e fungos. Foram considerados positivos os testes com pápula superior à do controlo positivo (histamina).

**Resultado:** O estudo decorreu entre 21 Janeiro e 11 Março de 2010, tendo sido testados um total de 196 doentes (61,2% sexo feminino) com idades compreendidas entre os 7 e os 89 anos (mediana 26 anos). Verificámos que 163 doentes (82,3%) tinham teste positivo a pelo menos um extracto. Os alergénios com maior número de sensibilizações foram o *Dermatophagoides pteronyssinus* (62,8%), *Dermatophagoides farinae* (54,6%), *Lepidoglyphus destructor* (50,5%) e *Tetranychus urticae* (44,9%). Dos 88 doentes com testes cutâneos positivos a pelos menos um dos extractos de *Tetranychus urticae*, 80,7% estavam co-sensibilizados a outros ácaros, 62,5% a pólenes, 39,8% a epitélios e 20,5% a fungos. Verificámos que 9 doentes (5,5%) estavam monossensibilizados ao *Tetranychus urticae*. De referir que 67 doentes (76,1%) tinham testes positivos para os dois extractos comerciais de *Tetranychus urticae*.

**Conclusões:** Existe uma elevada sensibilização ao *Tetranychus urticae* nos doentes da consulta de Imunoalergologia do nosso hospital. Futuros estudos devem ser desenvolvidos no sentido de validar os testes cutâneos com este extracto e aferir da relevância clínica deste ácaro.

### P48 – Síndrome Gato-Porco: a propósito dum caso clínico

Nuno Sousa<sup>1</sup>, Emília Faria<sup>1</sup>, Borja Bartolomé<sup>2</sup>, Eugénia Almeida<sup>1</sup>, António Segorbe Luís<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>Bial-Arístegui, R&D Department, Bilbao, Espanha

**Introdução:** A síndrome gato-porco é uma alergia alimentar rara, ocorrendo em alérgicos a fâneros de gato, que desenvolvem sintomas após a ingestão de carne de porco e por vezes doutros mamíferos. Foi demonstrada reactividade cruzada entre a seroalbumina (SA) de gato e de porco nestes doentes, a qual parece estar na base desta síndrome.

**Caso clínico:** Apresentamos o caso clínico dum doente do sexo masculino, 25 anos de idade, com antecedentes de rinite alérgica desde a infância, que aos 23 anos apresentou quadro de prurido oral, síndrome oral alérgico e rinoconjuntivite minutos após a ingestão de carne de porco ou vaca mal passada. Tolerava carne bem passada de ambos os animais. Os testes cutâneos por picada revelaram sensibilização a epitélio de gato, a carne de porco e de vaca. Apresentava ainda IgE específica positiva (*ImmunoCAP Phadia*) para epitélio de gato (68,1 kU/L), epitélio de cão (76,6 kU/L), carne de porco (4,31 kU/L) e carne de vaca (0,89 kU/L). Foram realizados estudos de *immunoblotting* (SDS PAGE) com extracto de porco, encontrando-se bandas de ligação da IgE com pesos moleculares de 50 e 66 kDa. Observou-se nos estudos de *immunoblotting* de inibição uma inibição total da expressão destas bandas quando o soro era pré-incubado com extracto de epitélio de gato e inibição quase total após pré-incubação com extracto de epitélio de cão e SA de gato (desaparecimento da banda de 66 kDa e desaparecimento parcial da banda de 50 kDa). Com a pré-incubação com extracto de carne de vaca ou SA bovina, encontrámos inibição parcial de ambas as bandas.

**Conclusões:** Neste caso a sensibilização primária parece ser a epitélio de gato, por via respiratória, com posterior reactividade cruzada com carne de porco e de vaca. Além da banda de 66 kDa, provavelmente correspondente à SA de gato, encontrámos uma banda de 50 kDa inibida totalmente pelo extracto de epitélio de gato e quase totalmente pela SA de gato. O estudo permitiu confirmar tratar-se síndrome de reactividade cruzada gato-porco, comprovada pela inibição da banda de 66 kDa, identificada anteriormente como a responsável por esta reactividade cruzada, e duma segunda banda de 50 kDa, não descrita anteriormente na literatura, mas que parece estar também envolvida nesta síndrome.





**P49 – Aplicação de métodos baseados na análise de ADN para a detecção de alérgenos de frutos de casca rija em alimentos**

Joana Costa<sup>1</sup>, Isabel Mafrá<sup>1</sup>, Isabel Carrapatoso<sup>2</sup>, Maria Beatriz Oliveira<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>REQUIMTE, Serviço de Bromatologia, Faculdade de Farmácia, Universidade do Porto; <sup>2</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospitais da Universidade de Coimbra

**Introdução:** As alergias alimentares têm vindo a ser reconhecidas como um assunto relevante de segurança alimentar, cuja prevalência tem vindo a aumentar principalmente nos países industrializados. Para proteger os doentes alérgicos, a Directiva 2007/68/CE estabelece uma lista de 14 grupos de alimentos potencialmente alérgicos que devem ser obrigatoriamente declarados na rotulagem, nos quais a amêndoa e a noz estão incluídos como parte dos frutos de casca rija. A aplicação da actual legislação por parte dos industriais leva a que estes, para se salvaguardarem de possíveis contaminações acidentais, declarem no rótulo “Pode conter vestígios de frutos de casca rija”, mesmo quando o produto é, por exemplo, um simples chocolate de leite. Actualmente, os métodos baseados nos ensaios imunológicos para a detecção de proteínas potencialmente alérgicas são os mais utilizados. Recentemente, os métodos baseados na análise de ADN, nomeadamente na PCR (reação em cadeia da polimerase) têm demonstrado ser alternativas fiáveis para a detecção de alérgenos devido à maior estabilidade das moléculas de ADN quando comparada com a das proteínas.

**Objectivo:** Pretendeu-se com este trabalho aplicar e otimizar técnicas de PCR para a detecção de resíduos de amêndoa e noz.

**Métodos:** Prepararam-se amostras modelo com quantidades conhecidas de amêndoa e noz como padrões de referência. O ADN das amostras foi extraído utilizando o kit *Nucleospin food* e amplificado por PCR em tempo real usando sondas tipo TaqMan. Para a detecção da amêndoa, seleccionaram-se *primers* e sondas para o cADN do gene que codifica o alérgeno *major Pru av 1* (gene *Pru av 1*), mRNA de *Prunus avium* [1] que é semelhante ao cADN de *Pru du 1* (*Prunus dulcis* 1 – proteína do Grupo PR-10 hómologa de *Pru av 1*). A detecção de noz teve como alvo o gene *Jug r 2* que codifica uma proteína do tipo vicilina.

**Resultados:** Os resultados permitiram a detecção de 0,005% de amêndoa e 0,05% de noz, e a aplicação efectiva das técnicas em alimentos processados.

**Conclusões:** Os métodos baseados no ADN podem ser objectivamente usados na detecção de quantidades residuais de frutos de casca rija. A técnica de PCR em tempo real é relativamente simples e rápida, sugerindo o seu potencial para análise quantitativa, especialmente quando os alimentos a analisar forem processados industrialmente.

I. Köppel R et al. 2010. Eur Food Res Technol, 230:367-374.

J. Costa agradece à FCT a bolsa de doutoramento (SFRH/BD/64523/2009) financiada pelo POPH-QREN (subsidiada pela FSE e MCTES).

**P50 – Primeiro Inquérito Nacional sobre Asma (INAAsma) – descrição da amostra**

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

<sup>1</sup>Serviço de Bioestatística e Informática Médica, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto; <sup>2</sup>Imunoalergologia, Hospital CUF-Descobertas, Lisboa; <sup>3</sup>Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica; <sup>4</sup>CINTESIS, Universidade do Porto; <sup>5</sup>Imunoalergologia, Hospitais da Universidade de Coimbra; <sup>6</sup>Pneumologia, Hospitais da Universidade de Coimbra; <sup>7</sup>Sociedade Portuguesa de Pneumologia; <sup>8</sup>Clínica Universitária de Pneumologia, Faculdade de Medicina de Lisboa; <sup>9</sup>Coordenador da Comissão de Acompanhamento do Programa Nacional de Controlo da Asma; <sup>10</sup>Imunoalergologia, Instituto e Hospital CUF Porto; <sup>11</sup>Imunoalergologia, Hospital S.João, Porto

**Introdução:** Para definir políticas de saúde é necessário conhecer a frequência e o estado de controlo, muito em particular, das patologias crónicas. O Inquérito Nacional sobre Asma (INAAsma) é constituído por 2 estudos transversais, baseados em entrevistas telefónicas. O objectivo do primeiro estudo foi 1) estimar a prevalência da asma, rinite e sintomas respiratórios na população geral a nível nacional e 2) identificar uma amostra representativa da população de adultos e crianças com asma e/ou rinite a nível nacional para avaliação do controlo da sua doença. O objectivo da presente análise é a descrição da amostra seleccionada e estudada e da metodologia utilizada.

**Métodos:** O plano de amostragem foi estratificado considerando as regiões NUTS II portuguesas, 1.º com selecção aleatória de agregados familiares e depois de um indivíduo por domicílio; serão aplicados métodos de ponderação para a região, idade e sexo, utilizando os dados do censo de 2001. Os dados foram recolhidos por entrevista telefónica assistida por computador. O principal instrumento utilizado foi o do inquérito GA<sup>2</sup>LEN. Foram também usadas questões adaptadas de estudos semelhantes para recolher informação relativa a sintomas respiratórios, asma, rinite e sinusite, co-morbilidades, factores ambientais, socioeconómicos e comportamentais.

**Resultados:** As entrevistas foram realizadas entre Março e Maio de 2010. Foram seleccionados 24412 agregados familiares residentes em Portugal com telefone fixo no domicílio. Foram elaboradas 6003 entrevistas completas de 17698 contactos (6018 recusaram, 1569 estavam impossibilitados de responder, 3059 não atenderam e 1039 não estavam atribuídos). Foram entrevistadas 1993 (33%) pessoas na região Norte, 1391 (23%) no Centro, 1651 (28%) em Lisboa, 483 (8%) no Alentejo, 246 (4%) no Algarve, 122 (2%) na R.A. Madeira e 117 (2%) na R.A. Açores. A distribuição por grupo etário foi 299 até aos 9 anos, 516 dos 10 aos 19 anos e 904 dos 20 aos 39 anos e 4118 com 40 ou mais anos; 57% (3438) do sexo feminino; 89% (5324) dos indivíduos aceitaram ser recontactados para o 2.º estudo. A recolha de dados do 2.º estudo está já a decorrer.

**Conclusões:** A amostra estudada de 6003 indivíduos permitirá, após a aplicação de métodos de ponderação e a adequada consideração do plano de amostragem, apresentar estimativas da prevalência e controlo de asma, rinite e sintomas respiratórios com níveis de validade e precisão até agora não disponíveis em Portugal.

**P51 – Dessensibilização ultra-rush com veneno de himenópteros em pediatria**

Carla Chaves Loureiro, Sónia Lemos, José António Pinheiro  
Consulta de Alergologia do Serviço de Pediatria de Ambulatório do Hospital Pediátrico de Coimbra, Centro Hospitalar de Coimbra

A alergia a veneno de himenópteros é uma patologia que pode condicionar a vida da criança alérgica de forma significativa e a imunoterapia específica sub-cutânea (SCIT) é a única terapêutica eficaz, actualmente disponível.

Existindo vários protocolos de indução de tolerância, a melhor escolha será aquela que, com a maior segurança, permita obter a dessensibilização de forma rápida, com um menor número de injecções possíveis.

Apresentam-se dois casos clínicos de indução de tolerância com esquema ultra-rush a vespa e abelha em crianças de 5 e 7 anos de idade que decorreram sem intercorrências significativas.

Caso 1: Menino de 6 anos, com antecedentes de picadas por himenópteros com reacções progressivamente mais graves, as últimas com anafilaxia e necessidade de administração de adrenalina em meio hospitalar e, posteriormente, por dispositivo auto-injector (Anapen®). A história era mais sugestiva de picada de vespa, apresentava apenas esta IgE específica elevada e não tinha outra história de atopia. Aos 6 anos iniciou SCIT em esquema ultra-rush. O procedimento decorreu em Hospital-de-Dia sem intercorrências. Após 10 meses de terapêutica foi picado por himenóptero desenvolvendo apenas reacção local discreta.

Caso 2: Menina de 8 anos, com antecedentes de asma e alergia a ácaros e gramíneas, enviada à consulta por reacção anafilática com compromisso respiratório após picada de abelha aos 6 anos. Apresentava IgE específica elevada para abelha (classe 5) e vespa (classe 2). Aos 7 anos iniciou SCIT para abelha, em esquema ultra-rush, internada em Hospital-de-Dia sem intercorrências. Não houve nova picada desde que iniciou SCIT há 6 meses.

Nos 2 casos a iniciação da SCIT em esquema ultra-rush foi segura e eficaz oferecendo o conforto de um menor número de injecções e de deslocações ao hospital.

**P52 – Papel do polimorfismo da haptoglobina na asma**

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

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

**Introdução:** A Haptoglobina (Hp), uma proteína polimórfica que é conhecida pela sua capacidade de se ligar à hemoglobina (Hb) livre tem sido implicada na modulação da resposta imunológica Th1/Th2. Este papel imunomodulador poderá estar relacionado com o receptor CD163 para a Hp, nos macrófagos M2, intervindo deste modo na imunidade inata e adaptativa. Os genótipos da Hp têm sido descritos como: Hp1-1 (homozigótico para o alelo 1); Hp2-2 (homozigótico para o alelo 2) ou Hp2-1 (heterozigótico).

**Objectivos:** Avaliar a distribuição genotípica e alélica da Hp nos asmáticos e grupo controlo.

**Métodos:** 116 asmáticos: 70 do sexo feminino, 46 do sexo masculino; 98 atópicos, 18 não atópicos; 47 com asma não controlada (ACQ-7), 69 com asma controlada; 238 voluntários saudáveis (grupo controlo). Os níveis de Hp foram avaliados por nefelometria; os genótipos da Hp foram avaliados por electroforese em gel de poliacrilamida (PAGE). Foi utilizado o software estatístico SPSS versão 16 para análise estatística dos resultados.

**Resultados:** Nos asmáticos os níveis de Hp não são estatisticamente diferentes entre asma não controlada vs controlada ( $p=0.433$ ), alérgico vs não alérgico ( $p=0.158$ ) e entre sexo masculino vs feminino ( $p=0.175$ ) mas são estatisticamente diferentes entre doentes  $>30$  vs  $<30$  anos ( $134.21 \pm 49.70$  vs  $101.03 \pm 48.06$ ,  $p=0.001$ ). As frequências dos genótipos da Hp nos asmáticos: Hp 1-1 19.8%, Hp 2-1 47.4%, Hp 2-2 32.8%, não são estatisticamente diferentes entre sexo masculino vs feminino ( $p=0.103$ ), asma não controlada vs controlada ( $p=0.908$ ), alérgico vs não alérgico ( $p=0.235$ ), entre doentes  $>30$  vs  $<30$  anos ( $0.295$ ). O genótipo Hp 2-2 apresenta níveis mais baixos da proteína circulante quando comparado com Hp 2-1 e Hp 1-1 ( $95.61$  vs  $135.69$  vs  $142.52$ mg/dL) e é estatisticamente significativo ( $p=0.000$ ). Nos doentes  $>30$  anos os níveis de Hp são diferentes entre os genótipos ( $p=0.000$ ): 1-1 e 2-1 diferem do 2-2. Nos doentes  $<30$  anos, os níveis de Hp não são diferentes entre os genótipos ( $p=0.129$ ). A distribuição dos genótipos da Hp ( $p=0.293$ ) e a distribuição alélica ( $p=0.970$ ) não são diferentes do grupo controlo.

**Conclusões:** Embora não tenham sido encontradas diferenças estatisticamente significativas entre a distribuição genotípica e alélica da Hp, quando comparados os doentes asmáticos com o grupo controlo, os resultados obtidos apontam para diferenças nos grupos estudados que poderão estar relacionados com os genótipos da Hp: o genótipo Hp\* 1 está associado com níveis mais elevados da Hp, e um perfil Th2, enquanto que o genótipo Hp \* 2 está associado a níveis mais baixos de Hp e um perfil Th1.