

Rev Port Imunoalergologia 2011; 20 (Supl 1): 5-50

# Asma, Alergia e as Co-morbilidades

5 A 7 DE OUTUBRO DE 2012

HOTEL SANTA MARIA – FÁTIMA

## PROGRAMA

### **Presidente de Honra**

Maria de Lourdes Chieira

### **Presidente da Reunião**

Mário Morais de Almeida

### **Organização e Coordenação Científica**

Ângela Gaspar

Carlos Loureiro

Carlos Nunes

João Almeida Fonseca

Luís Miguel Borrego

Maria de Lourdes Chieira

Mário Morais de Almeida

Rodrigo Rodrigues Alves

### **Conselho Científico da SPAIC**

Ana Todo-Bom

Antero Palma Carlos

António Bugalho de Almeida

José Costa Trindade

Luís Delgado

Marianela Vaz

### **Participação**

Associação Brasileira de Alergia e Imunopatologia (ASBAI)

Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar (APMGF)

*Global Asthma Association* (INTERASMA)

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

Sociedade Portuguesa de Anestesiologia (SPA)

Associação Portuguesa de Asmáticos e Alérgicos (APAA)

Sociedade Portuguesa de Cardiologia (SPC)

Associação Portuguesa de Doentes com Angioedema  
Hereditário (ADAH)

Sociedade Portuguesa de Gastrenterologia (SPG)

Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-  
Fetal (SPOMMF)

Sociedade Portuguesa de Otorrinolaringologia e Cirurgia  
Cérvico-Facial (SPORL)

Sociedade Portuguesa de Pneumologia (SPP)

*Southern European Allergy Societies* (SEAS)

*World Allergy Organization* (WAO)

### **Creditação**

Ordem dos Médicos – Conselho Nacional para a Avaliação  
da Formação

**Palestrantes e Moderadores**

**Estrangeiros**

Bárbara Gonçalves Silva (Brasil)  
 Carlos Baena-Cagnani (Argentina)  
 Carmen Moreno (Espanha)  
 Claus Bachert (Alemanha)  
 Jerónimo Carnés (Espanha)  
 John Haughney (Reino Unido)  
 Peter Schmid-Grendelmeier (Suíça)  
 Phillipe Moingeon (França)  
 Randolph Brehler (Alemanha)  
 Rudolf Valenta (Áustria)  
 Torsten Zuberbier (Alemanha)  
 Véronique Janet (França)  
 Wilson Tartuce Aun (Brasil)

**Palestrantes e Moderadores**

**Nacionais**

Alexandra Santos  
 Amélia Spínola Santos  
 Ana Célia Costa  
 Ana Margarida Pereira  
 Ana Morête  
 Ana Teresa Silva  
 Ana Todo-Bom  
 Anabela Lopes  
 André Moreira  
 Ângela Gaspar

Antero Palma Carlos  
 António Bugalho de Almeida  
 António Martinho  
 António Segorbe Luís  
 Beatriz Tavares  
 Carlos Loureiro  
 Carlos Lozoya  
 Carlos Nunes  
 Carlos Robalo Cordeiro  
 Carmen Botelho  
 Celso Chieira  
 Celso Pereira  
 Cláudia Araújo  
 Cristina Arêde  
 Cristina Santa Marta  
 Elisa Pedro  
 Elsa Caeiro  
 Elza Tomaz  
 Emília Faria  
 Eugénia Almeida  
 Eva Gomes  
 Ezequiel Barros  
 Fernando Meneses  
 Francisca Carvalho  
 Graça Sampaio  
 Hélder Mota Filipe  
 Helena Falcão  
 Helena Melo  
 Hermano Gouveia  
 Inês Pessoa  
 Isabel Carrapatoso  
 Jaime Correia de Sousa

João Almeida Fonseca  
 João Marques  
 José Ferraz de Oliveira  
 José Ferreira  
 José Rosado Pinto  
 José Torres da Costa  
 Josefina Rodrigues Cernadas  
 Lucindo Ormonde  
 Luís Araújo  
 Luís Correia  
 Luís Delgado  
 Luís Miguel Borrego  
 Manuel Branco Ferreira  
 Margarida Trindade  
 Maria da Graça Castel-Branco  
 Maria de Lourdes Chieira  
 Marianela Vaz  
 Mário Lopes  
 Mário Miranda  
 Mário Morais de Almeida  
 Patricia Conde  
 Paula Alendouro  
 Paula Leiria Pinto  
 Pedro Martins  
 Renata Barros  
 Rita Câmara  
 Rodrigo Rodrigues Alves  
 Rui Brandão  
 Sara Prates  
 Susel Ladeira

## Programa Geral

Sexta-feira – 05/10/2012

8.45 – 10.30 h

Sala I

### SIMPÓSIO DE COMUNICAÇÕES LIVRES 1.ª SESSÃO

Moderadores: Ana Célia Costa / José Torres da Costa

8.45 – 10.30 h

Sala 2

### SIMPÓSIO DE COMUNICAÇÕES LIVRES 2.ª SESSÃO

Moderadores: Carlos Lozoya / Rodrigo Rodrigues Alves

10.30 - 11.00 h

Sala I

### 1.ª CONFERÊNCIA

Presidente: Cláudia Araújo (SPOMMF)

#### “Alergia e gravidez”

Conferencista: Elisa Pedro

11.00 – 11.30 h

Intervalo

11.30 - 13.00 h

Sala I

### 1.ª MESA-REDONDA: “AEROBIOLOGIA E ALERGIA”

Presidente: Celso Chieira

Moderadores: Bárbara Gonçalves Silva (Brasil) /  
José Ferraz de Oliveira

#### Alterações climáticas e pólen atmosférico

Rui Brandão

#### Rede Portuguesa de Aerobiologia: balanço de uma década de monitorizações

Elsa Caeiro

#### Poluição, pólen e asma

Ana Todo-Bom

11.30 - 13.00 h

Sala 2

### 1.º SIMPÓSIO: STALLERGÈNES / STALLPHARMA - SPAIC: “IMUNOTERAPIA ALERGÉNICA: CONTEXTO ACTUAL E FUTURO, NAS PERSPECTIVAS REGULAMENTAR, MÉDICA E I&D”

Moderador: Celso Pereira

#### Contexto regulamentar actual a nível Europeu / EU current regulatory context

Véronique Janet (França)

#### I&D Stallergènes: actividades médicas e desenvol- vimentos futuros / Stallergènes R&D: medical activities and future developments

Phillipe Moingeon (França)

#### Contrariando os dogmas na imunoterapia alergénica / Countering mistaken beliefs in AIT

Randolf Brehler (Alemanha)

11.30 – 13.00 h

Sala 3

**1.º WORKSHOP:  
“ECZEMA ATÓPICO MODERADO  
A GRAVE – ALGORITMOS  
DE DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA”**

Cristina Santa Marta / Graça Sampaio

13.00 – 14.30 h

Almoço de trabalho

14.30 – 16.00 h

Sala 1

**2.º SIMPÓSIO:  
GLAXOSMITHKLINE – SPAIC:  
“ASMA E RINITE: MANIFESTAÇÕES  
DA MESMA DOENÇA?”**

Moderador: Mário Morais de Almeida

**Asma e rinite: o fenótipo mais frequente**

João Almeida Fonseca

**Fenótipos de asma: abordagem clínica e molecular**

Ana Todo-Bom

**Asma brônquica: controlo e compliance**

Manuel Branco Ferreira

14.30 – 16.00 h

Sala 3

**2.º WORKSHOP:  
“ALERGIA ALIMENTAR A LTPS”**

Cristina Arêde / Sara Prates

16.00 – 16.30 h

Intervalo

16.30 – 18.00 h

Sala 1

**2.ª MESA-REDONDA:  
“VACINAS ANTI-ALÉRGICAS”**

Presidente: Antero Palma Carlos

Moderadores: Amélia Spínola Santos / Carlos Nunes

**Mecanismos**

Celso Pereira

**Novas abordagens da imunoterapia com recombinantes / *New approaches for immunotherapy with recombinants***

Rudolf Valenta (Áustria)

**Regulamentação em Portugal**

Hélder Mota Filipe

16.30 – 18.00 h

Sala 3

**3.º WORKSHOP:  
“DERMATITE DE CONTACTO –  
IMUNOPATOLOGIA E ASPECTOS  
DE DIAGNÓSTICO, PREVENÇÃO  
E TERAPÊUTICA”**

Beatriz Tavares / Helena Melo

18.00 – 18.30 h

Sala I

## 2.ª CONFERÊNCIA

*Presidente:* Maria de Lourdes Chieira

### “Asma em cuidados de saúde primários”

*Conferencista:* Jaime Correia de Sousa (APMGF)

18.30 – 19.30 h

Sala I

## ABERTURA OFICIAL DA XXXIII REUNIÃO ANUAL DA SPAIC

Anúncio e entrega dos Prémios SPAIC 2012

19.30 – 21.00 h

## SESSÕES DE POSTERS COM DISCUSSÃO

Evento para Congressistas

Recepção e Cocktail – Hotel Santa Maria

### 1.ª Sessão de Posters

*Moderadores:* Francisca Carvalho / Pedro Martins

### 2.ª Sessão de Posters

*Moderadores:* Ana Teresa Silva / Mário Miranda

Sábado – 06/10/2012

8.45 – 10.30 h

Sala I

## 3.ª MESA-REDONDA:

### “ALERGIA E GASTROENTEROLOGIA”

*Presidente:* Marianela Vaz

*Moderadores:* Hermano Gouveia (SPG) /

Isabel Carrapatoso

### Intervenções nutricionais na asma

Renata Barros

### Manifestações extra-digestivas do refluxo gastro- -esofágico

Luís Correia (SPG)

### Esofagite eosinofílica

Ângela Gaspar

8.45 – 10.30 h

Sala 2

## SIMPÓSIO DE COMUNICAÇÕES LIVRES 3.ª SESSÃO

*Moderadores:* Elza Tomaz / Paula Alendouro

10.30 – 11.00 h

Sala I

## 3.ª CONFERÊNCIA

*Presidente:* José Rosado Pinto

### “Rinossinusite crónica e polipose nasal / *Chronic rhinosinusitis and nasal polyposis*”

*Conferencista:* Claus Bachert (Alemanha)

11.00 – 11.30 h  
Intervalo

11.30 – 13.00 h  
Sala 1

**3.º SIMPÓSIO:  
ASTRAZENECA – SPAIC: “O TURBOHALER®  
E A IMPORTÂNCIA DOS DISPOSITIVOS  
DE INALAÇÃO NUMA PERSPECTIVA  
DE ADESÃO À TERAPÊUTICA”**

*Moderador:* Mário Morais de Almeida

**O Turbohaler® e a importância dos dispositivos de inalação numa perspectiva de adesão à terapêutica / *Turbuhaler® and the importance of the devices from a clinical and patient compliance perspective***  
John Haughney (Reino Unido)

**Como melhorar a aderência do asmático ao tratamento**  
Carlos Nunes

**Utilização das associações medicamentosas na asma moderada e grave e sua monitorização**  
Mário Morais de Almeida

11.30 – 13.00 h  
Sala 3

**4.º WORKSHOP: “RINOSSINUSITE”**

Ezequiel Barros (SPORL) / José Ferreira

13.00 – 14.30 h  
Almoço de trabalho

14.30 – 16.00 h  
Sala 1

**4.º SIMPÓSIO:  
LABORATÓRIOS VITÓRIA – SPAIC:  
“BILASTINA: DA RINITE À URTICÁRIA”**

*Moderador:* Mário Morais de Almeida

**Da rinite**  
Ana Todo-Bom

**Bilastina – Eficácia e segurança**  
Luís Delgado

**À urticária / *To urticaria***  
Torsten Zuberbier (Alemanha)

14.30 – 16.00 h  
Sala 3

**5.º WORKSHOP:  
“TRATAMENTO DA ASMA GRAVE”**

Fernando Meneses (SPP) / Luís Araújo

16.00 – 16.30 h  
Intervalo

16.30 – 18.00 h  
Sala 1

**4.ª MESA-REDONDA:  
“ANGIOEDEMA HEREDITÁRIO”**

*Presidente:* Maria da Graça Castel-Branco  
*Moderadores:* Ana Morête / Margarida Trindade

**O que há de novo?**  
Manuel Branco Ferreira

**Estudo genético nacional**

António Martinho

**A perspectiva do doente**

Inês Pessoa (ADAH)

16.30 – 18.00 h

Sala 2

**6.º WORKSHOP:  
“FENÓTIPOS DA HIPERSENSIBILIDADE  
A AINES”**

Anabela Lopes / Eva Gomes

16.30 – 18.00 h

Sala 3

**7.º WORKSHOP:  
“ABORDAGEM E MONITORIZAÇÃO DO  
DOENTE ASMÁTICO NO CENTRO DE SAÚDE”**

Mário Morais de Almeida / Susel Ladeira

18.00 – 19.00 h

Sala 1

**ASSEMBLEIA-GERAL DA SPAIC**

20.00 h

**EVENTO PARA CONFERENCISTAS**

Jantar (por convite)

Quinta do Fidalgo, Batalha

**Domingo – 07/10/2012**

8.45 – 10.30 h

Sala 1

**5.ª MESA-REDONDA:  
“MESA DOS JOVENS IMUNOALERGOLOGISTAS  
PORTUGUESES (JIPS): RINITE”**

*Presidente:* André Moreira

*Moderadores:* Alexandra Santos / Luís Miguel Borrego

**Rinite na criança**

João Marques

**Provas de provocação específicas**

Eugénia Almeida

**Doença das vias aéreas superiores crónica grave  
(SCUAD)**

Ana Margarida Pereira

9.00 – 10.30 h

Sala 2

**5.º SIMPÓSIO:  
LETI – SPAIC: “PROTEÍNAS PURIFICADAS.  
O QUE APORTAM À PRÁTICA CLÍNICA  
DA IMUNOTERAPIA ESPECÍFICA?”**

*Moderador:* Luís Delgado

**Extractos despigmentados e polimerizados:  
eficácia e segurança**

Rodrigo Rodrigues Alves

**Extractos despigmentados e polimerizados:  
experiência clínica**

Ana Morête

**Do diagnóstico com proteínas purificadas ao  
tratamento com vacinas de alta qualidade / *From  
the diagnostic with purified proteins to the treatment  
with high quality vaccines***

Jerónimo Carnés (Espanha)

8.45 – 10.30 h

Sala 3

**SESSÃO ESPECIAL  
DE COMUNICAÇÕES LIVRES \***

Moderadores: Carlos Loureiro / Rita Câmara

\* Comunicações seleccionadas para atribuição do prémio SPAIC / MSD 2012

10.30 – 11.00 h

Sala 1

**4.ª CONFERÊNCIA**

Presidente: Wilson Tartuce Aun (Brasil)

**Futuro da alergia – Uma visão da WAO /**

**Future of allergy – a WAO vision**

Carlos Baena-Cagnani (Argentina)

11.00 – 11.30 h

Intervalo

11.30 – 13.00 h

Sala 1

**6.ª MESA-REDONDA:  
“ANAFILAXIA A FÁRMACOS”**

Presidente: António Segorbe Luís

Moderadores: Lucindo Ormonde (SPA) /

Josefina Rodrigues Cernadas

**Notificação nacional**

Emília Faria

**Causas raras**

Carmen Botelho

**Anafilaxia no peri-operatório**

Patricia Conde (SPA)

11.30 – 13.00 h

Sala 2

**6.º SIMPÓSIO:  
THERMOFISHER – SPAIC: “UM NOVO  
MUNDO NO DIAGNÓSTICO DE ALERGIA”**

Moderador: Carmen Moreno (Espanha)

**Componentes alergénicos – novas ferramentas  
em imunoterapia / Allergen components – new  
tools in immunotherapy**

Peter Schmid-Grendelmeier (Suíça)

**Componentes alergénicos em alergia alimentar**

Ana Célia Costa

**Componentes alergénicos em alergia a venenos  
de himenópteros / Allergen components in Hyme-  
noptera venom allergy**

Carmen Moreno (Espanha)

11.30 – 13.00 h

Sala 3

**SESSÃO ESPECIAL DE POSTERS \***

Moderadores: Cristina Santa Marta / Helena Falcão

\* Posters seleccionados para atribuição do prémio SPAIC / MSD 2012

13.00 – 14.30 h

Almoço de trabalho

14.30 – 16.00 h

Sala I

**SESSÃO PLENÁRIA:  
“PARA ALÉM DA ASMA”**

*Presidente:* António Bugalho de Almeida

*Moderadores:* Carlos Robalo Cordeiro (SPP) /  
Jaime Correia de Sousa (APMGF)

**Síndromes de sobreposição asma / doença  
pulmonar obstrutiva crónica**

Mário Morais de Almeida

**Repercussão cardiovascular da medicação  
anti-asmática**

Mário Lopes (SPC)

**Sibilância grave na criança**

Paula Leiria Pinto

16.00 h

Sala I

**SESSÃO DE ENCERRAMENTO**

Anúncio dos Prémios SPAIC / MSD 2012

## Curso de Pós-Graduação

**INform’12:  
“FORMAÇÃO INTENSIVA PÓS-GRADUADA  
EM DOENÇAS IMUNOALÉRGICAS:  
ASMA E RINITE ALÉRGICA – O QUE  
PRECISAMOS DE SABER”**

Hotel Dom Gonçalo

**5 de Outubro de 2012 – 9.30 – 13.30 h**

*Apoio:* MSD

*Organização:* SPAIC

*Presidente:* António Bugalho de Almeida

*Formadores:* Cristina Santa Marta / João Almeida Fonseca  
/ Mário Morais de Almeida

*Dirigido:* Internos e Especialistas de Medicina Geral e  
Familiar, Pediatria e Imunoalergologia

09.30 – 10.30 h

**Diagnóstico e tratamento da asma e da rinite**

10.30 – 11.00 h

**Espirometria na prática clínica**

11.00 – 11.30 h

Intervalo

11.30 – 12.15 h

**Espirometria – exemplos práticos**

12.15 – 13.15 h

**Controlo da asma e da rinite – CARAT**

13.15 – 13.30 h

**Conclusões**

## Workshops Teórico-Práticos

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

**1.º WORKSHOP:  
“ECZEMA ATÓPICO MODERADO  
A GRAVE – ALGORITMOS  
DE DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA”**

5 de Outubro de 2012: 11.30 – 13.00 h (Sala 3)  
Coordenação: Cristina Santa Marta / Graça Sampaio

**2.º WORKSHOP:  
“ALERGIA ALIMENTAR A LTPS”**

5 de Outubro de 2012: 14.30 – 16.00 h (Sala 3)  
Coordenação: Cristina Arêde / Sara Prates

**3.º WORKSHOP:  
“DERMATITE DE CONTACTO –  
IMUNOPATOLOGIA E ASPECTOS  
DE DIAGNÓSTICO, PREVENÇÃO  
E TERAPÊUTICA”**

5 de Outubro de 2012: 16.30 – 18.00 h (Sala 3)  
Coordenação: Beatriz Tavares / Helena Melo

**4.º WORKSHOP:  
“RINOSSINUSITE”**

6 de Outubro de 2012: 11.30 – 13.00 h (Sala 3)  
Coordenação: Ezequiel Barros (SPORL) / José Ferreira

**5.º WORKSHOP:  
“TRATAMENTO DA ASMA GRAVE”**

6 de Outubro de 2012: 14.30 – 16.00 h (Sala 3)  
Coordenação: Fernando Meneses (SPP) / Luís Araújo

**6.º WORKSHOP:  
“FENÓTIPOS DA HIPERSENSIBILIDADE  
A AINES”**

6 de Outubro de 2012: 16.30 – 18.00 h (Sala 2)  
Coordenação: Anabela Lopes / Eva Gomes

**7.º WORKSHOP:  
“ABORDAGEM E MONITORIZAÇÃO  
DO DOENTE ASMÁTICO NO CENTRO  
DE SAÚDE”**

6 de Outubro de 2012: 16.30 – 18.00 h (Sala 3)  
Coordenação: Mário Morais de Almeida / Susel Ladeira

## Programa Social

Sexta-feira – 5 de Outubro de 2012  
20.00 h

### EVENTO PARA CONGRESSISTAS

Posters com discussão  
Recepção e Cocktail no Hotel Santa Maria

Sábado – 6 de Outubro de 2012  
20.00 h

### EVENTO PARA CONGRESSISTAS

Jantar (por convite)  
Quinta do Fidalgo, Batalha

5/10/12 a 7/10/12

### ALMOÇOS DE TRABALHO

## Agradecimentos

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

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

aos Patrocinadores (*Sponsors*)

ALMIRALL  
NOVARTIS  
STALLPHARMA / STALLERGÈNES-IPI

e ainda a presença na exposição técnica / apoio de

LOFARMA  
MEDINFAR  
MENARINI  
OM PHARMA  
PIERRE FABRE Dermo-Cosmétique  
SELLIUM PHARMA  
THERMO FISHER SCIENTIFIC

## Resumos das Comunicações Livres e dos Posters

### COMUNICAÇÕES LIVRES

#### I.ª SESSÃO DE COMUNICAÇÕES LIVRES

Dia: 5 de Outubro 2012

Horas: 08.45 – 10.30 horas

Local: Sala I

Moderadores: Ana Célia Costa / José Torres da Costa

#### C1 – Diminuição da actividade do sistema nervoso autónomo no fenótipo obesidade-asma

Joana Pereira<sup>1</sup>, Renata Barros<sup>1</sup>, Mariana Couto<sup>2</sup>, Luis Delgado<sup>2</sup>, Pedro Moreira<sup>1</sup>, André Moreira<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto; <sup>2</sup>Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e Centro Hospitalar de São João, Porto

#### C2 – Avaliação do controlo de rinite e asma alérgica através do questionário CARAT 10® em consulta de Imunoalergologia

Paulo Ricardo Pereira<sup>1</sup>, Cristina Lopes<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Medicina Interna, Departamento de Medicina, ULS Matosinhos; <sup>2</sup>Unidade de Imunoalergologia, Departamento de Medicina, ULS Matosinhos; Serviço e Laboratório de Imunologia, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

#### C3 – Avaliação do controlo da asma e rinite na perspetiva dos adolescentes

Marta Santalha, Filipa Correia, Alberto Costa, Agueda Matos  
Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar do Alto Ave

#### C4 – Asma alérgica no idoso – Uma realidade

Lúgia Fernandes, Catarina Dias, Ana Arrobas

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Universitário de Coimbra – Hospital Geral

#### C5 – Risco de infeções respiratórias em idosos durante um programa de exercício físico

Diana Silva<sup>1</sup>, Eduardo Arend<sup>2</sup>, Luís Delgado<sup>1,3</sup>, Joana Carvalho<sup>2</sup>, André Moreira<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar de São João, Porto; <sup>2</sup>Centro de Investigação em Atividade Física, Saúde e Lazer, Faculdade de Desporto, Universidade do Porto; <sup>3</sup>Serviço de Imunologia, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto

#### C6 – Análise retrospectiva de crianças internadas por infeção respiratória

João Antunes<sup>1</sup>, Marta Chambel<sup>1</sup>, Luís Miguel Borrego<sup>1</sup>, Sara Prates<sup>1</sup>, Virginia Loureiro<sup>2</sup>

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

#### C1 – Diminuição da actividade do sistema nervoso autónomo no fenótipo obesidade-asma

Joana Pereira<sup>1</sup>, Renata Barros<sup>1</sup>, Mariana Couto<sup>2</sup>, Luis Delgado<sup>2</sup>, Pedro Moreira<sup>1</sup>, André Moreira<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto; <sup>2</sup>Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e Centro Hospitalar de São João, Porto

**Introdução:** A obesidade aumenta o risco de asma e modifica a doença para um fenótipo de difícil controlo. As hipóteses inflamatória e mecânica não permitem justificar de forma satisfatória estes efeitos. Recentemente, no modelo animal de asma e obesidade, demonstrou-se a importância da inflamação neurogénica nesta associação.

**Objetivo:** Investigar a atividade do sistema nervoso autónomo no fenótipo de asma e obesidade.

**Metodologia:** Numa avaliação transversal, em adultos com diagnóstico médico de asma avaliamos o controlo pelo questionário de Controlo da Asma e Rinite Alérgica, função pulmonar pelo volume expiratório forçado no 1.º segundo e prova de broncodilatação, e inflamação pelo nível de óxido nítrico no ar exalado. Foram registados parâmetros de antropometria: peso e estatura, obesidade definida pelo índice de massa corporal (IMC) e perímetro da cintura (PC). A atividade do sistema nervoso autónomo (SNA) foi avaliada por pupilometria (NeuroOptics PLR-200™): para o SNA simpático obtiveram-se o diâmetro inicial da pupila, velocidade média de dilatação e tempo ao qual a pupila atingiu 75% do seu tamanho inicial, após o pico máximo de constrição, e para o SNA parassimpático, o diâmetro mínimo da pupila, amplitude de reflexo, amplitude de reflexo em % do diâmetro inicial, latência, e velocidades média e máxima de constrição. A análise estatística incluiu análise descritiva e testes de hipóteses.

**Resultados:** Foram incluídos um total de 75 participantes, de idade média de 44±11 anos, sendo 69,3% de sexo feminino. Treze (17,3%) dos participantes foram classificados como tendo asma controlada e 61 (81,3%) não controlada. De acordo com o IMC, 16 (21,3%) participantes tinham peso normal e 59 (78,6%) excesso de peso ou obesidade. FEV1 e o óxido nítrico ar exalado foram significativamente menores em asmáticos com excesso de peso ou obesidade. Os indivíduos com excesso de peso/obesidade, definido pelo IMC ou pelo PC, apresentavam menor actividade do SN Simpático (menor diâmetro pupilar inicial, menor diâmetro mínimo) e Parasimpático (menor velocidades médias e máxima de constrição) e comparativamente aos normoponderais e após ajuste para a idade.

**Conclusão:** A disautonomia observada nos doentes asmáticos com excesso de peso/obesidade sugere um novo mecanismo de ligação ao fenótipo obesidade-asma. A hiposimpaticotonia observada neste grupo de doentes poderá permitir explicar a maior dificuldade de controlo da asma nestes doentes.

**C2 – Avaliação do controlo de rinite e asma alérgica através do questionário CARAT 10® em consulta de Imunoalergologia**Paulo Ricardo Pereira<sup>1</sup>, Cristina Lopes<sup>2</sup><sup>1</sup>Serviço de Medicina Interna, Departamento de Medicina, ULS Matosinhos; <sup>2</sup>Unidade de Imunoalergologia, Departamento de Medicina, ULS Matosinhos; Serviço e Laboratório de Imunologia, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

**Introdução:** As *guidelines* de tratamento da rinite e asma alérgicas recomendam o controlo óptimo como objectivo primário do tratamento. O questionário CARAT 10®, recentemente desenvolvido e validado na população portuguesa permite avaliar o controlo da rinite e asma alérgicas (ARA) existindo poucos dados relativos à sua utilização em consulta especializada de Imunoalergologia.

**Objectivos:** Avaliar o controlo da ARA através do CARAT 10® numa consulta hospitalar de Imunoalergologia. Avaliar a sensibilidade e especificidade dos sintomas respiratórios brônquicos presentes no questionário para o diagnóstico de asma.

**Métodos:** Estudo transversal; autopreenchimento do questionário na primeira consulta de Imunoalergologia. Critérios de inclusão: idade superior ou igual a 15 anos, com o diagnóstico de rinite ou rinite e asma alérgicas. Critérios diagnósticos de rinite alérgica: presença de 2 ou mais sintomas: rinorreia, prurido, obstrução nasal, quando associados a factores precipitantes específicos e presença de atopia. Critérios diagnósticos de asma de acordo com os definidos pela *American Thoracic Society*. Teste-T e teste de Kruskal-Wallis para amostras independentes. Cálculo de sensibilidade, especificidade, VPP e VPN de acordo com prevalência de asma 10,24% utilizando as questões CARAT 5,6,7.

**Resultados:** Foram incluídos 200 doentes, 142 do sexo feminino; idade média: 33,6 anos (mínimo: 15; máximo: 81); 114 com diagnóstico de rinite alérgica e 86 com rinite e asma alérgicas. Nos doentes com ARA (n=86), 74 (86%) apresentavam CARAT total  $\leq 24$ , 71 (83%) CARATr  $\leq 8$  e 64 (74%) CARATa  $< 16$ . Não se verificou diferença significativa no controlo de acordo com género e idade. Nos doentes com rinite alérgica (n=114), 101 (89%) apresentavam CARATr  $\leq 8$ . A sensibilidade e especificidade da presença de sintomas respiratórios para o diagnóstico de asma foi de 80% e 53%, respectivamente, o VPP de 16% e VPN de 96%.

**Conclusões:** Apenas 14% dos doentes com ARA apresentam as suas doenças controladas, sendo que a asma apresenta melhor controlo do que a rinite alérgica. A presença de sintomas respiratórios brônquicos não deve ser o único elemento a ter em conta no diagnóstico de asma dada a baixa especificidade e VPP. Existe um número considerável de doentes com sintomas brônquicos mas sem asma que deverão ser melhor caracterizados.

**C3 – Avaliação do controlo da asma e rinite na perspetiva dos adolescentes**Marta Santalha, Filipa Correia, Alberto Costa, Agueda Matos  
Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar do Alto Ave

**Introdução:** A rinite e a asma são doenças inflamatórias crónicas, com elevada prevalência em pediatria, que quando mal controladas interferem significativamente na qualidade de vida dos doentes. O questionário CARAT (*Control of Allergic Rhinitis and Asthma Test*) avalia, na perspetiva do doente, o controlo das duas doenças. Este questionário está validado nos adultos, contudo poderá também representar uma útil ferramenta no seio da pediatria, nomeadamente nos adolescentes.

**Objetivo:** Avaliar o controlo de asma e rinite, nos adolescentes, na perspetiva dos próprios.

**Métodos:** Estudo observacional descritivo, do tipo transversal, através da aplicação do questionário CARAT a adolescentes, com idade compreendida entre 12 e 18 anos, com asma e rinite, seguidos na consulta de Pediatria Doenças Alérgicas num hospital nível II. O período de aplicação dos questionários decorreu de 1 de Novembro de 2011 a 31 de Janeiro de 2012. Análise estatística realizada em SPSS19.

**Resultados:** Responderam ao questionário 100 adolescentes, dos quais 59% eram do sexo masculino. A idade média dos adolescentes foi de 14,7 anos. Verificamos que 52% dos doentes apresentavam um mau controlo global da doença, sendo que 65% evidenciavam mau controlo da rinite e 25% da asma. Em relação aos adolescentes com adequado controlo da doença, constatamos que a percentagem de bom controlo, tanto globalmente como em relação à rinite e asma isoladamente, foi significativamente mais elevado no sexo masculino (31% e 12% no controlo global da doença; 27% e 8% em relação à rinite, 53% e 28% em relação à asma, no sexo masculino e feminino, respetivamente). Não se verificaram diferenças de sexo no grupo com mau controlo da doença.

**Conclusões:** Embora o uso do CARAT nesta população apresente algumas limitações de interpretação, dado que até ao momento ainda não está validado para esta faixa etária, podemos inferir que na nossa amostra, metade dos adolescentes apresenta doença mal controlada. Salientamos a necessidade de validar este questionário em pediatria, de modo a que o mesmo possa ser aplicado periodicamente aos adolescentes com asma e rinite, permitindo, de forma simples e rápida, a avaliação e monitorização do controlo da patologia. A aplicação seriada deste questionário, está de acordo com as normas de orientação clínica da DGS e visa melhorar a qualidade de vida destes doentes.

**C4 – Asma alérgica no idoso – Uma realidade**

Lígia Fernandes, Catarina Dias, Ana Arrobas

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Universitário de Coimbra – Hospital Geral

**Introdução:** A asma alérgica é mais equacionada em pacientes mais novos, estando provavelmente subdiagnosticada no idoso. Segundo a OMS estima-se que na Europa a proporção de pessoas com mais de 65 anos aumente de 14% em 2010 para 25% em 2050. Faz então todo o sentido avaliar esta patologia nesta faixa etária, com todas as suas particularidades e condicionantes.

**Objetivo:** Estudo retrospectivo de 5 anos, que pretende avaliar a prevalência de asma alérgica no total de idosos asmáticos seguidos na consulta e caracterizar esta população.

**Material e métodos:** Avaliados os processos dos doentes da consulta de Alergologia Respiratória do Hospital Geral do CHUC, que cumprissem os critérios: 1.ª consulta após os 65 anos (inclusivê) entre 06/2007 e 06/2012; diagnóstico de asma; início de sintomas/ consulta prévia até 10 anos antes (55 anos). Selecionados doentes com asma alérgica documentada (testes cutâneos e/ou doseamento de IgE específicas). Avaliados dados epidemiológicos, clínicos, funcionais, inflamatórios, radiológicos, laboratoriais, de tratamento e evolução.

**Resultados:** Incluídos 15 doentes com asma alérgica (35,7% de 42 doentes com asma), 73,3% mulheres, idade mediana de 71±4,09 anos (na consulta) e de 64±6,43 anos (início dos sintomas). O sintoma mais frequente foi a dispneia (60%). Todos apresentavam comorbilidades e em 80% 2 ou mais, prevalecendo as respiratórias (86,7%, a maioria rinosinusite) e as cardiovasculares (66,7%). Funcionalmente: débito expiratório máximo em 1 segundo médio de 85,1±15,5% (% do valor esperado), com reversibilidade após broncodilatador (BD) média de 11,7±8,2%; difusão do monóxido de carbono média de 77% do previsto. Fracção de óxido nítrico exalado médio foi de 24,5 ppm. As IgE específicas mostraram monossensibilização em 66,7%; gramíneas e ácaros (40% cada) foram os mais comuns. A terapêutica prevalente foi a corticoterapia inalada (100%) associada a BD de longa acção (93,3%) e em 46,7% dos casos houve necessidade de 3 ou mais fármacos. Verificou-se controlo da doença em 33,3%.

**Conclusões:** Observa-se uma percentagem muito significativa de patologia alérgica dentro deste grupo. De salientar o peso das comorbilidades e, à semelhança do jovem, a associação forte com queixas da via aérea superior. A função respiratória, com menor reversibilidade, deve ser enquadrada na faixa etária, tipicamente com menor resposta ao BD. A quantidade de medicação instituída mostra também a particularidade do idoso e provavelmente a influencia das várias patologias no controlo da asma.

**C5 – Risco de infeções respiratórias em idosos durante um programa de exercício físico**Diana Silva<sup>1</sup>, Eduardo Arend<sup>2</sup>, Luís Delgado<sup>1,3</sup>, Joana Carvalho<sup>2</sup>, André Moreira<sup>1,3</sup><sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar de São João, Porto;<sup>2</sup>Centro de Investigação em Atividade Física, Saúde e Lazer, Faculdade de Desporto, Universidade do Porto;<sup>3</sup>Serviço de Imunologia, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto

**Introdução:** A atividade física de elevada intensidade tem sido associada a maior risco de infeções respiratórias. Por outro lado, a imunosenescência acompanha o envelhecimento.

**Objetivo:** Avaliar o risco de infeções respiratórias durante um programa de exercício físico numa população de idosos.

**Métodos:** Ensaio clínico controlado que incluiu 38 indivíduos acima de 60 anos habilitados à prática de exercício (mediana 71 anos, 29 mulheres); 20 foram alocados ao grupo de exercício (GE) e 18 ao grupo de controlo (GC). O GC era mais velho ( $p=0.002$ ), tinha mais doença cardíaca isquémica ( $p=0.009$ ) e mais ex-fumadores ( $p=0.040$ ), sendo comparável nas restantes características. A intervenção consistiu em 36 semanas de sessões de exercícios tri-semanais, em dias não consecutivos de 30 min de caminhada no exterior seguidas e 45 min de treino de força muscular. Foi registado diário de sintomas de infeção respiratória, com 16 sintomas divididos em 5 categorias (gerais, oculares, orofaringe, nasais e tosse) e temperatura. Infeção foi definida com base no tipo de sintomas, categorias atingidas e gravidade presentes em 3 ou mais dias consecutivos. Três participantes do GE desistiram por incapacidade de continuar e 9 do GC foram excluídos por não completarem o diário, sendo semelhantes aos que completaram protocolo e as diferenças entre os grupos inicialmente reportadas mantidas. O risco de infeção respiratória foi avaliado com análise logística univariada para cada característica da população. Foi criado um modelo de regressão logística multivariada ajustada.

**Resultados:** No GE não houve aumento significativo do risco de infeções ( $RR=1.1$ ;  $IC95\%:0.44-2.57$ ); a taxa de incidência de infeções respiratórias foi semelhante nos dois grupos (GE 47%  $IC95\%:23-70$  vs GC 44%  $IC95\%:12-77$ ). A análise logística univariada não mostrou associação entre risco de infeção respiratória e idade, doença respiratória, diabetes, hábitos tabágicos, vacinação para a gripe ou doença cardíaca isquémica. No modelo de regressão multivariada não houve associação entre risco de infeção respiratória e intervenção,  $OR 1.44$   $IC95\% 0.117-16.89$ .

**Conclusão:** Não foi encontrada associação entre o risco de infeções respiratórias e participação num programa de exercício. O receio de infeção respiratória não deve desencorajar os idosos à prática regular de exercício físico, no entanto mais estudos são necessários para confirmar o risco de infeções associadas ao exercício e o impacto da imunosenescência e suas co-morbilidades.

**C6 – Análise retrospectiva de crianças internadas por infecção respiratória**

João Antunes<sup>1</sup>, Marta Chambel<sup>1</sup>, Luís Miguel Borrego<sup>1</sup>, Sara Prates<sup>1</sup>, Virginia Loureiro<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar de Lisboa Central;

<sup>2</sup>Serviço de Patologia Clínica, Centro Hospitalar de Lisboa Central

**Introdução:** Os vírus respiratórios são uma importante causa de morbilidade e constituem a principal causa de dificuldade respiratória na infância. Os agentes mais frequentes são o Vírus Sincicial Respiratório (VSR) e *Rinovirus* (RV). Outras agentes menos comuns incluem os vírus *Influenza*, *Parainfluenza*, *Adenovirus* e os mais recentemente identificados *Coronavirus*, *Metapneumovirus* e *Bocavirus* humano. O objectivo do estudo foi caracterizar as infecções por vírus respiratórios numa amostra de crianças internadas.

**Métodos:** Foi feita uma análise retrospectiva dos processos clínicos de crianças internadas por infecção respiratória com pesquisa de vírus nas secreções, entre 1 de Outubro de 2010 e 15 de Fevereiro de 2012, abaixo dos 5 anos de idade.

**Resultados:** Foram incluídas 605 crianças e a pesquisa de vírus respiratórios por imunofluorescência directa foi positiva em 258 crianças (42.6%): VSR (n=231, 89.5%), *Metapneumovirus* (n=8), *Influenza A* (n=7), *Parainfluenza* (n=5), *Adenovirus* (n=2) e 5 casos de co-infecção. O maior número de casos positivos ocorreu entre Dezembro 2010 e Janeiro 2011 (n=104, 40,3% do total de casos positivos) e Dezembro 2011 e Janeiro 2012 (n=69, 26,7% do total de casos positivos). Na admissão, 422 crianças apresentavam dificuldade respiratória (69,8%), com tiragem e sibilos. A infecção por VSR foi mais frequente em crianças abaixo dos 6 meses (50,6%, p<0,0001) e associou-se de forma estatisticamente significativa a dificuldade respiratória (em 88,7% das crianças com infecção por VSR, p<0,0001), hipoxémia (presente em 16,6% das crianças com VSR e em 10,5% das crianças sem infecção por VSR, p<0,01) e corticoterapia sistémica (em 55,3% das crianças com VSR e 21% das restantes crianças, p=0,0001). A prescrição de antibióticos foi mais elevada nas crianças sem dificuldade respiratória (45,5% das crianças com dificuldade respiratória e 64,3% das restantes crianças, p<0,001). A maioria das crianças com antecedentes de sibilância recorrente apresentava dificuldade respiratória na admissão (91,9%, p<0,0001). Não se encontrou qualquer associação entre prematuridade e dificuldade respiratória ou duração do internamento e isolamento de vírus nas secreções respiratórias.

**Discussão:** Nas infecções respiratórias na infância com necessidade de internamento destaca-se a preponderância de infecções por VSR, com padrão sazonal típico (com pico de incidência nos meses de Inverno) e o maior risco de internamento em infecções por VSR abaixo dos 6 meses de idade.

**2.ª SESSÃO DE COMUNICAÇÕES LIVRES**

Dia: 5 de Outubro 2012

Horas: 08.45 – 10.30 horas

Local: Sala 2

*Moderadores:* Carlos Lozoya / Rodrigo Rodrigues Alves

**C7 – Utilidade e segurança das provas de provocação conjuntival com *Dermatophagoides pteronyssinus*: a experiência de um Centro**

Mariana Couto<sup>1,2</sup>, Diana Silva<sup>1</sup>, André Moreira<sup>1,2</sup>, José Luís Plácido<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar São João, Porto; <sup>2</sup>Serviço e Laboratório de Imunologia, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

**C8 – Reacções adversas à imunoterapia específica: *Dermatophagoides pteronyssinus* (Dp) versus *Lepidoglyphus destructor* (Ld)**

Luísa Gerales, Luísa Barata, Paula Alendouro

Unidade de Imunoalergologia, Centro Hospitalar do Alto Ave (CHAA)

**C9 – Relevância clínica da sensibilização ao *Tetranychus urticae***

Natacha Santos, José Luís Plácido

Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar de São João, Porto

**C10 – Sensibilização a *Blomia tropicalis* no Alto Ave**

Luísa Barata, Luísa Gerales, Paula Alendouro

Unidade de Imunoalergologia, Centro Hospitalar do Alto Ave (CHAA)

**C11 – Dermatites de contato – Análise retrospectiva de 5 anos (2007-2011)**

Isabel Rosmaninho, Ana Moreira, Maria João Sousa, Arminda Guilherme, José Moreira da Silva

Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho (CHVNG/E)

**C12 – A dessensibilização ao alopurinol é sempre eficaz?**

Joana Bruno Soares, Joana Caiado, Anabela Lopes, Manuel Pereira Barbosa

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

**C7 – Utilidade e segurança das provas de provocação conjuntival com *Dermatophagoides pteronyssinus*: a experiência de um Centro**Mariana Couto<sup>1,2</sup>, Diana Silva<sup>1</sup>, André Moreira<sup>1,2</sup>, José Luís Plácido<sup>1</sup><sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar São João, Porto; <sup>2</sup>Serviço e Laboratório de Imunologia, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

**Introdução:** A sensibilização a um dado alergénio, determinada pela positividade nos testes cutâneos por picada (TCP) não significa necessariamente relevância clínica. Esta só pode ser determinada com acuidade através de provas de provocação. Portugal é o país europeu com maior taxa de sensibilização a *D pteronyssinus* (Dp), sendo necessário avaliar o VPP dos TCP e a importância de fenómenos de entopia.

**Objetivos:** Aferir a segurança da provocação conjuntival (PC) com Dp e a utilidade dos TCP em prever relevância clínica; bem como a avaliar a possibilidade de entopia.

**Métodos:** Estudo transversal, duplamente cego controlado com placebo, incluindo doentes com mais de 8 anos referenciados a uma Consulta de Imunoalergologia de um centro terciário por queixas respiratórias, que realizaram TCP no seu estudo diagnóstico e evidenciaram sensibilização a Dp ( $\geq 3$ mm). Foram incluídos também controlos saudáveis e doentes com TCP negativos. Os TCP e as PC (ambos Leti®) foram realizados de acordo com as *guidelines* internacionais; utilizaram-se concentrações crescentes (1/1000, 1/100, 1/10 e 1/1 HEP) até atingir a mais elevada ou induzir reação positiva (hiperemia conjuntival, edema ou lacrimejo), tratada com olopatadina e rimexolona. Registaram-se os efeitos laterais. Os sintomas clínicos foram avaliados com o questionário CARAT. A análise estatística foi realizada com SPSS 20.0 ( $p < 0.05$ ).

**Resultados:** Foram incluídos 53 doentes (25 monossensibilizados a ácaros, 20 polisensibilizados e 8 não-atópicos) e 9 controlos assintomáticos. Verificou-se uma correlação significativa entre o tamanho da pápula e o resultado da PC ( $r = .73, p < 0.001$ ) e concordância entre os 2 testes ( $kappa$  0.76). Obtiveram-se 6 PC negativas em 4 doentes mono ( $\leq 4.5$ mm) e 2 polisensibilizados (3 e 6.5mm). Não se observaram PC positivas nos controlos e não-atópicos. Um valor de *cut-off* de 5mm de pápula confere aos TCP sensibilidade 91%, especificidade 95%, VPP 97% e VPN 100% (LR 18,2). Ocorreram efeitos laterais (sintomas nasais) em 7 doentes, tratados com AH. Os sintomas oculares remeteram em  $< 30$ min após terapêutica; não foram reportados efeitos tardios.

**Conclusão:** A PC com Dp é um método seguro e útil para avaliar a relevância clínica da sensibilização. Não se observou entopia nesta amostra. O *cut-off* de 5mm de pápula permite prever a relevância clínica da sensibilização nesta amostra. Estudos com uma maior amostra e representativa são necessários para generalizar à população portuguesa.

**C8 – Reações adversas à imunoterapia específica: *Dermatophagoides pteronyssinus* (Dp) versus *Lepidoglyphus destructor* (Ld)**

Luísa Geraldes, Luísa Barata, Paula Alendouro

Unidade de Imunoalergologia, Centro Hospitalar do Alto Ave (CHAA)

**Introdução:** Os ácaros do pó doméstico Dp e *Dermatophagoides farinae*, assim como ácaros de armazenamento Ld são causa comum de sintomas alérgicos principalmente em indivíduos residentes em regiões rurais, temperadas e húmidas, em que a sua prevalência nos domicílios é elevada. Este trabalho tem como objectivo comparar e caracterizar reações adversas em indivíduos alérgicos tratados com Imunoterapia (IT) específica injectável com extratos alergénicos polimerizados de Dp e Ld.

**Métodos:** Incluíram-se 262 indivíduos (144 masculinos) com média de idade  $20 \pm 11$  anos com rinite, rino-conjuntivite ou rinite e asma e sintomas relacionados com sensibilização a ácaros do pó doméstico ou de armazenamento, seguidos na Unidade de Imunoalergologia do CHAA durante o ano de 2011. De acordo com o resultado dos testes cutâneos por picada 180 indivíduos foram tratados com IT específica a Dp e 82 com IT específica a Ld. Todos foram aconselhados a fazer medidas de evicção a ácaros e terapêutica farmacológica necessária para o controlo da sua doença respiratória. Foram registadas reações adversas ao fim de 30 minutos e nas primeiras 48h após cada administração de IT. Análise estatística feita com SPSS 15.0, utilizando teste  $\chi^2$  com nível de significância 0,05.

**Resultados:** Caracterização das reações adversas

	IT específica Dp (n=180)	IT específica Ld (n=82)
Total indivíduos com reacção adversa	9 (5%)	6 (7,3%)
Local imediata	8	2
Local tardia	0	2
Sistémica	1 (0,6%)	2 (2,4%)

Não houve diferenças estatisticamente significativas no número de reações adversas à IT específica a Ld em relação a Dp. No entanto a prevalência de reações sistémicas e a exuberância das reações locais tardias foi maior com extracto de Ld. As 2 reações sistémicas imediatas com extracto de Ld ocorreram na fase de indução, uma com sintomas inespecíficos, outra de grau II; a com extracto de Dp foi de grau I ocorrendo na fase de manutenção. Para além do descrito no quadro anterior houve mais 39 reações locais com Dp e 13 com Ld (uma tardia) sem necessidade de ajuste terapêutico ou de pré-medicação, a maioria de aparecimento na fase de manutenção.

**Conclusões:** A segurança da IT específica com Ld parece requerer maior atenção no que diz respeito a reações sistémicas e reações locais tardias. O registo sistemático em folha de IT específica, implementada na nossa unidade, do aparecimento de reações adversas e sua abordagem terapêutica permitiu constatar que a maioria foi imediata, local e que as reações sistémicas não foram graves.

**C9 – Relevância clínica da sensibilização ao *Tetranychus urticae***

Natacha Santos, José Luís Plácido

Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar de São João, Porto

**Introdução:** O *Tetranychus urticae* (*Tu*) é um ácaro fitófago responsável por pragas na agricultura e por sintomas de rinite, asma e urticária em exposição ocupacional e não ocupacional. Estão identificados alérgenos específicos de espécie e partilhados com outros ácaros, embora com baixa reatividade cruzada. Num estudo prévio em doentes seguidos em consulta de Imunoalergologia, 44,9% estavam sensibilizados ao *Tu*.

**Objetivo:** Determinar a acuidade diagnóstica do teste cutâneo por picada (TC) através da realização de prova de provocação conjuntival (PC), bem como a identificação de possíveis fatores de risco para alergia a este ácaro.

**Métodos:** O estudo decorreu em julho de 2012. Foram telefonicamente contactados e convidados a participar os doentes com idade  $\geq 18$  anos sensibilizados ao *Tu* e um grupo de controlo não sensibilizado. Foram realizados TC e PC com extrato de *Tu* (Leti®) e preenchido um inquérito de exposição ambiental ao *Tu*. O TC foi considerado positivo para um diâmetro médio da pápula aos 15 minutos  $\geq 3$ mm. A PC foi realizada em ocultação simples com concentração crescente (0,002-0,02-0,2-2mg/mL) de acordo com o protocolo do serviço. A prova foi considerada positiva na presença de hiperémia conjuntival, edema ou lacrimejo. A análise estatística foi realizada com SPSS 18.0 ( $p < 0.05$ ).

**Resultados:** Foram incluídos 24 doentes: 12 sensibilizados ao *Tu* (10♀, idade média  $28 \pm 10$  anos, 9 atópicos sensibilizados a ácaros do pó, 9 com rinite, TC com pápula média de  $4,4 \pm 1,5$ mm) e 12 controlos (10♀, idade média  $37 \pm 11$  anos, 5 atópicos, 2 sensibilizados a ácaros do pó). Dos doentes sensibilizados, 9 tiveram PC positiva ao *Tu*, incluindo os 3 monossensibilizados (4 com 2mg/mL, 4 com 0,2mg/mL e 1 com 0,002mg/mL), conferindo ao TC uma sensibilidade=100%, especificidade=80%, VPP=75% e VPN=100%. Os falsos positivos tinham TC com pápula entre 3,0 e 4,0mm. A correlação entre o tamanho da pápula e a dose necessária para elicitar sintomas na PC não foi significativa ( $r = -0,112$ ,  $p = 0,774$ ). Não houve diferenças entre os grupos para a presença de atopia, habitação, prática de hortifloricultura, utilização de pesticidas nem sazonalidade das queixas.

**Conclusão:** Existe uma elevada prevalência de alergia ao *Tu* no norte de Portugal, embora futuros estudos com um maior número de doentes sejam necessários para clarificar a sua relevância clínica e identificar eventuais fatores de risco ambientais.

**C10 – Sensibilização a *Blomia tropicalis* no Alto Ave**

Luísa Barata, Luísa Geraldês, Paula Alendouro

Unidade de Imunoalergologia, Centro Hospitalar do Alto Ave (CHAA)

**Introdução:** A sensibilização a ácaros de armazenamento tem tido um papel crescente no desenvolvimento da doença alérgica, tanto nas populações rurais como nos meios urbanos e suburbanos. No nosso país o *Lepidoglyphus destructor* tem sido o principal responsável pela sensibilização a este tipo de ácaros. Conforme os dados disponíveis no Mapa Acarológico de Portugal (2009), no litoral norte do país, onde se situa o CHAA, predomina o ácaro doméstico *Dermatophagoides pteronyssinus*, identificado em 94,8% das amostras de pó dos colchões, seguido pelo *Lepidoglyphus destructor* em 47,6%, tendo a *Blomia tropicalis* uma expressão pouco significativa (1,4%).

**Objetivo e métodos:** Na Unidade de Imunoalergologia do CHAA temos diagnosticado vários casos de sensibilização a *Blomia tropicalis*, pelo que fizemos um estudo transversal para esclarecimento deste padrão de sensibilização. Na nossa Unidade realizamos testes cutâneos por picada com extratos comerciais de 7 espécies de ácaros: *Dermatophagoides pteronyssinus* (Dp), *Dermatophagoides farinae* (Df), *Lepidoglyphus destructor* (Ld), *Tyrophagus putrescentiae*, *Glycyphagus domesticus*, *Blomia tropicalis* (Bt) e *Euroglyphus maynei*. Foram avaliados os testes de 218 pacientes (idades 5 a 63 anos), todos com sensibilização a pelo menos um ácaro, e analisados os resultados obtidos.

**Resultados:** No total, demonstrou-se uma sensibilização predominante a Dp (186/218, 85.3%), seguido por Df (175/218, 80.3%), Bt (173/218, 79.4%) e Ld (168/218, 77.1%). 15 pacientes (6.9%) apresentavam sensibilização a um só ácaro, sendo aqui a Bt a predominante (9/15), seguido por Dp (3/15), Ld (2/15) e Df (1/15).

**Conclusão:** Pela análise do padrão de sensibilização a ácaros observado, nomeadamente no que se refere aos pacientes com monossensibilização, podemos concluir que existe uma positividade significativa a Bt que não está de acordo com a fraca prevalência (1,4%) detetada na zona onde habitam os nossos pacientes. Esta positividade não pode ser totalmente explicada pela existência (já demonstrada noutros estudos) de reatividade cruzada entre a Bt e outros ácaros, nomeadamente o Ld, visto que a Bt é a responsável por 60% das monossensibilizações.

**C11 – Dermatites de contato – Análise retrospectiva de 5 anos (2007-2011)**

Isabel Rosmaninho, Ana Moreira, Maria João Sousa, Arminde Guilherme, José Moreira da Silva  
Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho (CHVNG/E)

**Introdução:** Os principais subtipos de dermatites de contato (DC) são a irritativa (DCI) e alérgica (DCA). Os testes epicutâneos (TE) constituem o exame de eleição no diagnóstico das DCA.

**Objetivo:** Caracterizar os casos de DC seguidos na Consulta de Imunoalergologia do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho, num período de 5 anos.

**Métodos:** Avaliação retrospectiva relativa aos anos de consulta de 2007 a 2011. Recolheram-se dados respeitantes ao sexo, idade, profissão, história de atopia/doenças alérgicas, área corporal afetada, origem da sensibilização, resultados dos TE (Bateria Standard e Complementar do Grupo Português de Estudo das Dermatites de Contacto Bial-Aristegui®) e tipos de DC.

**Resultados:** Analisaram-se 182 doentes (87,4% F) com idade média de 36 anos (6-78). As profissões mais prevalentes foram doméstica / empregada de limpeza (19,8%), estudante (14,3%), administrativa (11,5%), auxiliar de ação médica (6%) e cabeleireira (5,5%). A DCA foi a patologia cutânea mais frequente (55%), seguida da DCI (27%) e da associação DCA+DCI (18%). Em 50% dos casos o tempo de evolução da dermatite foi de 1-5 anos. A origem de sensibilização mais referida foi em adornos (34%), verificando-se uma provável relação causal com exposição profissional em 42% dos casos. Os locais mais afetados foram as mãos (47%) e pavilhão auricular (10%). Cerca de 23% dos doentes com DCA, 14% dos com DCI e 7% dos com DCA+DCI apresentavam atopia. Cerca de 30% dos doentes tinham doenças alérgicas. Os TE foram positivos em 73% dos doentes, sendo que 73% tinham entre 21 e 50 anos. Em 84% dos casos houve positividade até 2 alérgenos (AL), sendo que em 56% destes a evolução de dermatite foi de 1-5 A. Em 50% dos sensibilizados 3 AL ou mais a dermatite tinha uma evolução <1 ano. Os AL mais prevalentes foram o sulfato de níquel (46%), cloreto de cobalto (7%), p-fenilenodiamina (PPDA) (6,6%), dicromato potássio (5%) e cainas mix (5%). Verificou-se uma maior incidência de AL positivos nas mulheres.

**Discussão:** O subtipo de DC mais frequente foi a DCA. As profissões da amostra são similares às descritas na literatura, com exceção dos estudantes que mostraram uma maior prevalência. Não houve diferença significativa na proporção de doentes atópicos nos diferentes tipos de DC. O sexo F foi o mais afetado e o que mostrou maior sensibilização a todos os AL. Nos doentes sensibilizados até 2 AL, a maioria (56%) apresentava dermatite com 1-5 anos de evolução.

**C12 – A dessensibilização ao alopurinol é sempre eficaz?**

Joana Bruno Soares, Joana Caiado, Anabela Lopes, Manuel Pereira Barbosa

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

**Introdução:** O alopurinol é um inibidor da xantina oxidase que diminui a produção de ácido úrico. Estima-se que ocorram reacções de hipersensibilidade (RHS) em 2% dos doentes (dts). A dessensibilização é uma abordagem possível nos dts sem alternativa terapêutica, nomeadamente na gota sintomática, nefrolitíase úrica e profilaxia da síndrome de lise tumoral.

**Objetivo:** Avaliar a eficácia das dessensibilizações ao alopurinol efectuadas no Hospital Dia do Serviço de Imunoalergologia entre 2003 e 2011 (protocolos rápido e lento).

**Material e métodos:** Revisão de processos clínicos dos dts que realizaram dessensibilização ao alopurinol. Análise descritiva com cálculo de frequências relativas e absolutas.

**Resultados:** Realizaram-se 21 dessensibilizações em 19 dts, dos quais 12 (63%) do sexo masculino. Idade média 64,1 ± 14 anos (mín 43; máx 83; mediana 66 anos). Todos tinham indicação para tratamento com alopurinol: gota-15, nefrolitíase-1, gota e nefrolitíase-3. As RHS caracterizaram-se por rash maculo-papular em 9 dts, urticária em 3 e angioedema em 2. Em 2 verificou-se apenas prurido generalizado sem lesões cutâneas e um apresentou eritema e edema localizado no pénis. Em 12 dts ocorreram RHS tardias e em 5 imediatas. Em 2 não foi possível apurar o tipo de reacção. A dessensibilização foi tolerada e eficaz em 10 (48%) dos 21 casos; na maioria (70%) foi utilizado um protocolo lento de 16 dias. Seis dts atingiram a dose de 100mg e quatro 300mg; Nos 11 restantes não foi possível completar a dessensibilização em 9 por RHS durante o protocolo de indução; dois dts toleraram a indução mas suspenderam posteriormente por reaparecimento de sintomas. Neste grupo foi usado mais frequentemente (64%) um protocolo rápido de 5 dias.

**Discussão:** A dessensibilização ao alopurinol é crucial nos dts com RHS e sem alternativa terapêutica, particularmente na insuficiência renal crónica e terapêutica com ácido acetilsalicílico, nos quais os fármacos uricosúricos são ineficazes. No grupo descrito a dessensibilização não foi tolerada em cerca de metade dos dts, tendo a maioria sido submetida a um protocolo rápido. Nos dts que tolerem a dessensibilização até aos 100mg será preferível manter esta dose, em muitos casos suficiente para controlo da hiperuricemia; a progressão para doses mais elevadas só deverá ser tentada caso não seja eficaz.

**3.ª SESSÃO DE COMUNICAÇÕES LIVRES**

Dia: 6 de Outubro 2012  
 Horas: 08.45 – 10.30 horas  
 Local: Sala 2

Moderadores: Elza Tomaz / Paula Alendouro

**C13 – O teste de ativação de basófilos distingue entre alergia e tolerância em crianças sensibilizadas ao amendoim**

Alexandra Santos, Natalia Bécares, Shih-Ying Wu, Suzana Radulovic, Alick Stephens, Victor Turcanu, George Du Toit, Gideon Lack  
 Department of Paediatric Allergy, Division of Asthma, Allergy and Lung Biology, King's College London, MRC & Asthma UK Centre in Allergic Mechanisms of Asthma

**C14 – Sensibilização / Alergia ao amendoim**

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

**C15 – Anafilaxia e alergia alimentar em crianças com idade inferior a 6 anos**

João Marques<sup>1,2</sup>, Joana Belo<sup>1</sup>, Pedro Martins<sup>1,2,3</sup>, Iolanda Caires<sup>2,3</sup>, José Araújo-Martins<sup>2,3</sup>, Catarina Pedro<sup>2</sup>, José Rosado-Pinto<sup>4</sup>, Nuno Neuparth<sup>1,2,3</sup>, Paula Leiria-Pinto<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central; <sup>2</sup>CEDOC, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa; <sup>3</sup>Departamento de Fisiopatologia, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa; <sup>4</sup>Hospital da Luz, Espírito Santo Saúde, Lisboa

**C16 – Alergia alimentar não IgE mediada – Protocolo de indução de tolerância**

António Jorge Cabral<sup>1</sup>, Susana Piedade<sup>2</sup>, Mário Morais de Almeida<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Serviço de Pediatria, Hospital Central do Funchal; <sup>2</sup>Centro de Imunoalergologia, Hospital CUF Descobertas, Lisboa

**C17 – Doseamento da IgG4 na alergia alimentar – Revisão sistemática**

Ana Mosca<sup>1</sup>, Lúcia Carvalho<sup>1</sup>, Mariana Barbosa<sup>1</sup>, Nuno Brito<sup>1</sup>, Rita Soares<sup>1</sup>, Luís Araújo<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>Alunos de Imunologia Clínica, Serviço e Laboratório de Imunologia, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; <sup>2</sup>Serviço e Laboratório de Imunologia, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; <sup>3</sup>Imunoalergologia, Instituto e Hospital CUF Porto

**C18 – Factores de risco associados a alergia medicamentosa reportada em crianças com idade inferior a 6 anos**

Joana Belo<sup>1</sup>, João Marques<sup>1,2</sup>, Pedro Martins<sup>1,2,3</sup>, Iolanda Caires<sup>2,3</sup>, José Araújo-Martins<sup>2,3</sup>, Catarina Pedro<sup>2,3</sup>, José Rosado-Pinto<sup>4</sup>, Nuno Neuparth<sup>1,2,3</sup>, Paula Leiria-Pinto<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central; <sup>2</sup>CEDOC, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa; <sup>3</sup>Departamento de Fisiopatologia, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa; <sup>4</sup>Hospital da Luz, Espírito Santo Saúde, Lisboa

**C19 – Doença do soro-like em idade pediátrica**

Patrícia Barreira<sup>1</sup>, Eva Gomes<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar Vila Nova Gaia/Espinho; <sup>2</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital Maria Pia (HMP), Centro Hospitalar do Porto

**C13 – O teste de ativação de basófilos distingue entre alergia e tolerância em crianças sensibilizadas ao amendoim**

Alexandra Santos, Natalia Bécares, Shih-Ying Wu, Suzana Radulovic, Alick Stephens, Victor Turcanu, George Du Toit, Gideon Lack  
Department of Paediatric Allergy, Division of Asthma, Allergy and Lung Biology, King's College London, MRC & Asthma UK Centre in Allergic Mechanisms of Asthma

**Introdução:** O diagnóstico de alergia alimentar não se deve basear apenas nos níveis de IgE específica sérica (sIgE) e nos resultados dos testes cutâneos de alergia por picada (TC). A maioria das crianças com sIgE detectável e/ou TC positivos a uma alimento não é alérgica. Em casos duvidosos, é necessário realizar provas de provocação oral (PPO) para esclarecer o diagnóstico. No entanto, as PPO são laboriosas, dispendiosas e acarretam risco de causar uma reação alérgica potencialmente grave. Por isso, um teste que permita confirmar o diagnóstico de alergia alimentar sem necessidade de recorrer a PPO seria muito útil na prática clínica. No presente estudo, a alergia ao amendoim é utilizada como modelo de alergia alimentar.

**Objectivo:** Avaliar o desempenho do teste de ativação de basófilos (BAT) no diagnóstico de alergia ao amendoim.

**Métodos:** 115 crianças entre os 5 meses e os 17 anos de idade, foram incluídas: 47 alérgicas ao amendoim (AA), 34 sensibilizadas ao amendoim mas tolerantes (ST) e 25 não sensibilizadas não alérgicas (NA) – 9 casos foram excluídos porque as PPO foram inconclusivas. O diagnóstico de alergia e de tolerância ao amendoim foi estabelecido por prova de provocação oral, exceto nos casos de anafilaxia recente em que TC  $\geq 8$ mm e/ou sIgE  $\geq 15$ kU/L. Procedeu-se a avaliação clínica, TC, sIgE ao amendoim e a Ara h 1, 2, 3, 8 e 9. BAT ao amendoim foi realizado utilizando citometria de fluxo.

**Resultados:** No BAT, os basófilos dos AA apresentaram uma curva dose-resposta na expressão do CD63 e do CD203c com concentrações crescentes de extracto de amendoim enquanto os basófilos dos ST e dos NA não sofreram ativação significativa. Os 3 grupos de crianças responderam de modo semelhante aos vários controlos positivos. Treze crianças (11%) responderam apenas a estímulos independentes da IgE, tendo sido excluídas da análise. O desempenho diagnóstico do BAT revelou-se superior ao da sIgE e dos TC. O BAT mostrou-se particularmente útil no subgrupo de AA e ST com história clínica ambígua e resultados comparáveis de TC e sIgE ao amendoim e seus componentes.

**Conclusões:** O BAT parece ser superior aos outros testes diagnósticos na identificação de alérgicos versus tolerantes ao amendoim. No futuro, este teste poderá permitir reduzir a necessidade de PPO no diagnóstico de alergia alimentar.

**C14 – Sensibilização / Alergia ao amendoim**

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

**Introdução:** A alergia alimentar existe em 6 a 8% das crianças e em 3 a 4% dos adultos. O amendoim é um dos alimentos mais frequentemente implicados. Embora, as alergias alimentares tenham maior prevalência na idade pediátrica, a alergia e sensibilização a amendoim/frutos secos prevalecem na idade adulta. As reacções alérgicas ao amendoim são particularmente graves, sendo as reacções anafilácticas frequentes.

**Métodos:** Em 2006, foi efectuado um estudo com o objectivo de se encontrar a prevalência de sensibilização e alergia a amendoim numa população seguida em consulta de Imunoalergologia. Para tal, foram efectuados testes cutâneos por *prick* (TC) a 1415 doentes, tendo-se encontrado prevalências de sensibilização de 2,8% (40 doentes com TC positivos para amendoim) e de alergia de 0,4% (5 doentes com TC positivos e sintomas com a ingestão). No presente trabalho, pretendeu-se, usando a mesma metodologia, reavaliar em 2012 os 40 doentes com sensibilização a amendoim, com o intuito de avaliar a evolução da sensibilização/alergia a este alimento.

**Resultados:** Dos 40 doentes com sensibilização a amendoim em 2006, foi possível reavaliar 16 doentes (2 alérgicos e 14 com sensibilização assintomática em 2006). Os 2 doentes alérgicos em 2006 mantiveram evicção de amendoim, sem ter ocorrido contacto com este alimento. Os TC mantiveram-se positivos. Dos 14 doentes com sensibilização assintomática em 2006, 11 mantinham TC positivos e 3 apresentavam TC negativos em 2012 (estes últimos ingerem amendoim sem queixas). Destes 11 doentes com TC positivos (assintomáticos em 2006), 2 referiram o aparecimento de sintomas com a ingestão de amendoim (eczema e angioedema/sensação de aperto da orofaringe), correspondendo a alergias *de novo*. De referir que, alguns doentes, que em 2006 tinham TC positivos mas ingeriam amendoim sem reacção, fizeram evicção de amendoim por iniciativa própria.

**Discussão:** O número reduzido de doentes da amostra é uma limitação do presente estudo, mas alguns dos doentes com sensibilização assintomática a amendoim parecem vir a desenvolver sintomatologia no futuro. É importante perceber se há diferenças no perfil alérgico destes grupos, de forma a entender qual a evolução esperada nos vários doentes. De igual modo, ponderar qual a indicação a dar aos doentes sensibilizados mas sem sintomatologia – evicção para todos, pelo risco de virem a desenvolver sintomas, ou só em determinados casos?

**C15 – Anafilaxia e alergia alimentar em crianças com idade inferior a 6 anos**

João Marques<sup>1,2</sup>, Joana Belo<sup>1</sup>, Pedro Martins<sup>1,2,3</sup>, Iolanda Caires<sup>2,3</sup>, José Araújo-Martins<sup>2,3</sup>, Catarina Pedro<sup>2</sup>, José Rosado-Pinto<sup>4</sup>, Nuno Neuparth<sup>1,2,3</sup>, Paula Leiria-Pinto<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central; <sup>2</sup>CEDOC, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa; <sup>3</sup>Departamento de Fisiopatologia, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa; <sup>4</sup>Hospital da Luz, Espírito Santo Saúde, Lisboa

**Introdução:** A alergia alimentar é uma doença potencialmente grave, com impacto significativo na qualidade de vida e prevalência crescente nas últimas décadas. Na infância e na idade pré-escolar, a alergia alimentar não se encontra ainda devidamente caracterizada em Portugal.

**Objectivo:** Estudar numa amostra de crianças de Lisboa e Porto, a prevalência de alergia alimentar reportada, em crianças com idade inferior a 6 anos.

**Métodos:** Na Fase II do Projecto ENVIRH (*Environment and Health in children day care centres*) foram seleccionadas 19 Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) de Lisboa e Porto. A seleção das instituições baseou-se numa amostragem estratificada e através da análise de *clusters*. Foi aplicado um questionário médico que incluía perguntas sobre alergia alimentar a todas as crianças com idade inferior a 6 anos (n=2287).

**Resultados:** Foram devolvidos 1226 (54%) questionários. A idade média foi 3,5 ± 1,5 anos, sendo 52,3% do sexo masculino. A prevalência reportada de alguma vez ter tido alergia alimentar foi de 11,2% (IC 95%: 9,7% a 13,2%) e de ter alergia alimentar actual de 6,1% (IC 95%: 4,9% a 7,6%). Entre os doentes que referiram alergia alimentar actual, os alimentos mais frequentemente envolvidos foram o leite (31%), marisco (23%), chocolate (20%), morango (20%) e ovo (16%). A mediana de idades da primeira reacção alérgica alimentar foi de 24 meses (mínimo – máximo: 1 – 60 meses). O número mediano de reacções ao alimento envolvido foi de 2 (mínimo – máximo: 1 – 6 reacções). Relativamente à cronologia da reacção, em 25% dos casos manifestou-se nos 30 minutos seguintes à ingestão. Em termos de apresentação clínica, o envolvimento muco-cutâneo foi a forma de manifestação mais frequente (69%). Foram descritos 10 casos compatíveis com anafilaxia, o que corresponde a 0,8% da totalidade das crianças avaliadas (IC 95%: 0,4% a 1,5%), sendo os principais alimentos envolvidos o leite de vaca, ovo, kiwi e peixe.

**Conclusão:** Os resultados apontam para um elevado número de casos de alergia alimentar reportada, à semelhança do descrito noutros trabalhos. Um correcto acompanhamento das situações reportadas seria desejável, em particular nas situações de maior gravidade. O presente trabalho procura contribuir para a informação existente no nosso país sobre alergia alimentar e anafilaxia associada a alimentos.

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

**C16 – Alergia alimentar não IgE mediada – Protocolo de indução de tolerância**

António Jorge Cabral<sup>1</sup>, Susana Piedade<sup>2</sup>, Mário Morais de Almeida<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Pediatria, Hospital Central do Funchal; <sup>2</sup>Centro de Imunoalergologia, Hospital CUF Descobertas, Lisboa

**Introdução:** A alergia às proteínas do leite de vaca (APLV) é a alergia alimentar mais frequente afectando até 2,5% dos lactentes. Nas apresentações clínicas não IgE mediadas, na sua maioria gastrintestinais, por vezes muito graves, os mecanismos imunológicos não são totalmente compreendidos. Actualmente a indução de tolerância oral específica (SOTI) assume-se como um tratamento específico desta alergia alimentar, porém, os estudos realizados abrangem principalmente casos de APLV IgE mediada.

**Métodos:** Cinco crianças (idade entre os 19 meses e os 4 anos; 3 do género masculino) com APLV não IgE mediada, com clínica predominantemente gastrintestinal, foram submetidos a SOTI de acordo com protocolo normalizado que consiste em doses crescentes de leite de vaca administradas em hospital de dia. A dose de manutenção foi mantida no domicílio durante cerca de 3 semanas altura em que novo aumento de dose foi efectuado; o objectivo é atingir 200ml por dia para possibilitar o início da dieta livre.

**Resultados:** Todos os doentes apresentavam clínica gastrintestinal significativa com a ingestão de PLV desde o primeiro ano de vida. Actualmente 1 doente está a cumprir o protocolo e os restantes 4 doentes já o terminaram estando com dieta livre. Durante o tratamento, 3 das crianças apresentaram sintomatologia aquando do aumento de dose com clínica variável de eritema facial, náuseas e/ou dor abdominal. Em nenhum caso foi necessária a administração de terapêutica de emergência nem suspensão do procedimento.

**Conclusão:** Apesar das diferenças clínicas e imunológicas, este protocolo parece ser uma alternativa segura e eficaz, permitindo reduzir custos e aumentar a qualidade de vida, na abordagem de crianças com APLV não IgE mediada, sendo no entanto necessários mais estudos de modo a validar este procedimento para o tratamento da alergia alimentar não IgE mediada.

**C17 – Doseamento da IgG4 na alergia alimentar – Revisão sistemática**

Ana Mosca<sup>1</sup>, Lúcia Carvalho<sup>1</sup>, Mariana Barbosa<sup>1</sup>, Nuno Brito<sup>1</sup>, Rita Soares<sup>1</sup>, Luís Araújo<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>Alunos de Imunologia Clínica, Serviço e Laboratório de Imunologia, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; <sup>2</sup>Serviço e Laboratório de Imunologia, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; <sup>3</sup>Imunologia, Instituto e Hospital CUF Porto

**Objectivo:** Avaliar o papel da IgG4 na alergia alimentar e a utilidade clínica do seu doseamento no diagnóstico de alergia alimentar.

**Métodos:** Pesquisa sistemática na pubmed, scopus e EBSCO de estudos controlados que avaliem o doseamento de IgG4 na alergia alimentar. As seguintes palavras-chave / termos Mesh foram utilizados: “food allergy”, “immune tolerance”, “diagnostic test”, IgG, “milk allergy”, “peanut allergy”, “egg allergy”, “food hypersensitivity” e seleccionadas apenas publicações em inglês.

**Resultados:** Dos 132 artigos inicialmente identificados, foram analisados 13 estudos controlados. Alguns estudos documentam um aumento dos valores de IgG4 específica para um alimento nos doentes com alergia a esse alimento quando comparado com a população em geral. No entanto, os estudos que comparam os valores de IgG4 específica entre doentes com sintomas actuais de alergia alimentar e doentes que desenvolveram tolerância a esse mesmo alimento, a grande maioria (8) demonstra a presença de valores de IgG4 mais elevados nos doentes que desenvolveram tolerância quando comparados com os alérgicos, sendo que apenas um estudo não detecta esta diferença. Assim sendo, não é possível estabelecer qualquer valor de corte que possa distinguir os doentes com alergia alimentar dos doentes não-alérgicos. Não foi encontrado nenhum estudo controlado, utilizando como “gold-standard” um método validado de diagnóstico de alergia alimentar, que avalie o papel dos testes “em painel” de IgG para múltiplos alimentos no diagnóstico de alergia alimentar;

**Conclusões:** A maioria dos estudos aponta para que a resposta IgG4 seja uma resposta fisiológica normal à exposição aos alimentos e que o seu aumento nos doentes alérgicos parece estar associado ao desenvolvimento de tolerância. Não existe qualquer evidência que suporte o doseamento de IgG para alimentos no diagnóstico de alergia alimentar.

**C18 – Factores de risco associados a alergia medicamentosa reportada em crianças com idade inferior a 6 anos**

Joana Belo<sup>1</sup>, João Marques<sup>1,2</sup>, Pedro Martins<sup>1,2,3</sup>, Iolanda Caires<sup>2,3</sup>, José Araújo-Martins<sup>2,3</sup>, Catarina Pedro<sup>2,3</sup>, José Rosado-Pinto<sup>4</sup>, Nuno Neuparth<sup>1,2,3</sup>, Paula Leiria-Pinto<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunologia Clínica, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central; <sup>2</sup>CEDOC, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa; <sup>3</sup>Departamento de Fisiopatologia, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa; <sup>4</sup>Hospital da Luz, Espírito Santo Saúde, Lisboa

**Introdução:** Os estudos epidemiológicos relativos à prevalência de reacções adversas medicamentosas, designadamente de etiologia alérgica, em lactentes e crianças em idade pré-escolar são escassos. Estima-se, no entanto, que a frequência de alergia medicamentosa reportada supere em larga escala a prevalência real deste fenómeno.

**Objectivo:** Determinar a prevalência e potenciais factores de risco para alergia medicamentosa reportada numa população de crianças com idade inferior a 6 anos.

**Métodos:** No âmbito da fase II do estudo ENVIRH (*Environment and Health in children day care centers*) foi estudada a prevalência de alergia medicamentosa reportada em 19 infantários/jardins-infantis de Lisboa e Porto. A selecção destas escolas baseou-se numa estratificação da amostra seguida de análise de clusters. Aplicou-se um questionário médico que incluía perguntas sobre alergia a medicamentos a todas as crianças destas instituições (n=2287). Estudou-se a associação da alergia medicamentosa reportada com diversas variáveis, designadamente: idade, sexo, escolaridade dos pais, sibilância nos 12 meses anteriores, eczema, alergia alimentar reportada e história parental de asma ou rinite.

**Resultados:** Foram devolvidos 1233 questionários (53,6%). A média etária foi de 3,5 ± 1,5 anos, sendo 52% do sexo masculino. A prevalência de alergia medicamentosa reportada foi de 4% (n = 49; IC 95%: 3,0 – 5,2). A idade média da reacção foi de 2,2 ± 1,4 anos. Em termos de cronologia da reacção foram relatadas três reacções imediatas, sendo que somente um caso foi compatível com anafilaxia. Os antibióticos estiveram envolvidos em 25 reacções (51%), tratando-se em 18 dos casos de beta-lactâmicos. Das variáveis consideradas, somente persistiram como factores de risco para alergia medicamentosa na análise multivariável, a idade da criança (OR: 1,29; IC 95%: 0,99 – 1,67; p=0,056) e a alergia alimentar reportada (OR: 2,63; IC 95%: 1,03 – 6,70; p=0,043).

**Conclusão:** A prevalência de alergia medicamentosa reportada na população pediátrica é frequentemente sobrestimada. A associação observada com a idade sugere risco aumentado com a crescente exposição a fármacos. A associação encontrada com a alergia alimentar reportada aponta para que, nestes casos, a reacção adversa ao fármaco seja interpretada mais frequentemente como alergia medicamentosa.

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

**C19 – Doença do soro-like em idade pediátrica**Patrícia Barreira<sup>1</sup>, Eva Gomes<sup>2</sup><sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar Vila Nova Gaia/Espinho; <sup>2</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital Maria Pia (HMP), Centro Hospitalar do Porto

**Introdução:** A doença do soro-like (DSL) é uma entidade rara, habitualmente auto-limitada e de prognóstico favorável, que se pode associar à administração de fármacos. As manifestações comuns são: lesões cutâneas, artralhas e febre. O diagnóstico é essencialmente clínico e o tratamento consiste na suspensão do fármaco suspeito e, se necessário, corticoterapia.

**Objectivo:** Caracterizar os casos de DSL avaliados no serviço de Imunoalergologia de um Hospital Pediátrico.

**Métodos:** Estudo retrospectivo dos casos de DSL avaliados no Serviço de Imunoalergologia do HMP entre 2006 e 2012.

**Resultados:** Foram incluídos 22 doentes (13 sexo feminino). A idade na altura da reacção variou entre o 1 e os 7 anos (mediana 3 anos). Os antibióticos beta-lactâmicos foram os fármacos suspeitos em todos os casos: a amoxicilina/ácido clavulânico em 55%, a amoxicilina em 32% e as cefalosporinas em 3 doentes. Um doente apresentava mais do que um fármaco suspeito. Os principais motivos de prescrição do antibiótico foram a amigdalite (41%) e a OMA (32%). Todas as reacções foram tardias, surgindo, em média, ao 8.º dia de tratamento ( $\pm 3$  dias). As lesões cutâneas e o atingimento articular verificaram-se em todos os doentes, sendo que 2 deles apresentaram também febre. Nenhum doente teve linfadenopatia ou organomegalia. As manifestações cutâneas mais frequentes foram a urticária (55%) e o exantema maculopapular (35%). A maioria dos doentes (n=20) realizou estudo analítico durante a reacção, que incluía hemograma, velocidade de sedimentação, doseamento de fracções do complemento e serologias víricas e para bactérias atípicas. As principais alterações encontradas no hemograma foram a leucocitose com neutrofilia, não se tendo verificado alterações no estudo do complemento. Um doente mostrou evidência de infecção activa para Parvovírus. A maioria das reacções foi tratada no SU com anti-histamínicos, corticosteróides ou anti-inflamatórios não esteróides. Todos os doentes apresentaram evolução favorável com uma mediana de 8 dias para a resolução completa (1-45).

**Conclusões:** Não existem estudos sobre a prevalência de DSL associada à ingestão de fármacos. Uma vez que as manifestações clínicas podem simular outras patologias, nomeadamente infecciosas, e podem surgir após o fim do tratamento com o fármaco, os médicos necessitam de um elevado índice de suspeição para fazer o diagnóstico da doença, o qual é determinado pela relação temporal entre a ingestão do fármaco e o aparecimento do quadro clínico.

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

Comunicações orais seleccionadas para atribuição do prémio SPAIC / MSD 2012

Dia: 7 de Outubro 2012

Horas: 08.45 – 10.30 horas

Local: Sala 3

Moderadores: Carlos Loureiro / Rita Câmara

**C20 – Avaliação funcional da obstrução das vias aéreas: comparação entre valores de referência do 5.º percentil e valores percentuais fixos**Luís Miguel Borrego<sup>1,2</sup>, Mariana Couto<sup>1,3,4</sup>, Isabel Almeida<sup>1</sup>, Lara Pimenta<sup>1</sup>, Sara Matos<sup>1</sup>, Mário Morais-Almeida<sup>1</sup><sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital CUF Descobertas, Lisboa;<sup>2</sup>CEDOC, Faculdade de Ciências Médicas, Departamento Imunologia,Universidade Nova de Lisboa; <sup>3</sup>Serviço de Imunoalergologia, CentroHospitalar São João, Porto; <sup>4</sup>Serviço e Laboratório de Imunologia,

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

**C21 – O uso de anestésico local não afeta o resultado dos testes intradérmicos**Mariana Couto<sup>1,2</sup>, Diana Silva<sup>1</sup>, Ana Ferreira<sup>1</sup>, Eunice Castro<sup>1,3</sup>, Alice Coimbra<sup>1</sup>, Josefina Rodrigues Cernadas<sup>1,3</sup><sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar São João, Porto;<sup>2</sup>Serviço e Laboratório de Imunologia, Faculdade de Medicina daUniversidade do Porto; <sup>3</sup>Unidade de Imunoalergologia, Hospital Pri-

vado Boavista, Porto

**C22 – Aerobiologia do pólen de *Olea europaea* L. em Portugal Continental**Elsa Caeiro<sup>1,2,3</sup>, Raquel Ferro<sup>1</sup>, Rui Brandão<sup>2,3</sup>, José Costa Trindade<sup>4</sup>, Maria Luisa Lopes<sup>5</sup>, Ângela Gaspar<sup>6</sup>, Carlos Nunes<sup>7</sup>, Ana Todo-Bom<sup>8</sup>, José Ferraz de Oliveira<sup>9</sup>, Mário Morais de Almeida<sup>6</sup><sup>1</sup>Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica, <sup>2</sup>Departamento de Biologia, Universidade de Évora, <sup>3</sup>Instituto de CiênciasAgrárias e Ambientais Mediterrânicas, Universidade de Évora, <sup>4</sup>Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, <sup>5</sup>Hospital de SantaLúzia, Elvas, <sup>6</sup>Hospital CUF Descobertas, Lisboa, <sup>7</sup>Centro de Imuno-alergologia do Algarve, <sup>8</sup>Hospitais da Universidade de Coimbra, <sup>9</sup>Hos-

pital de São João, Porto

**C23 – Registo anual de anafilaxia em idade pediátrica num centro de Imunoalergologia**

Natacha Santos, Ângela Gaspar, Susana Piedade, Cristina Santa-Marta, Graça Pires, Graça Sampaio, Luís Miguel Borrego, Cristina Arêde, Mário Morais-Almeida

Centro de Imunoalergologia, Hospital CUF Descobertas, Lisboa

**C24 – Síndrome de apneia obstrutiva do sono em doentes com asma brônquica alérgica grave**

Pedro Morais Silva<sup>1</sup>, Carina Gaspar<sup>2</sup>, Joana Bruno Soares<sup>1</sup>, Francisca Carvalho<sup>3</sup>, Wanda Videira<sup>2</sup>, Carlos Galvão Lucas<sup>2</sup>, Rita Pinto Basto<sup>2</sup>, Ana Rita Dias<sup>2</sup>, Paula Cardoso<sup>2</sup>, Paula Pinto<sup>2</sup>, Cristina Bárbara<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte; <sup>2</sup>Serviço de Pneumologia II, Hospital Pulido Valente, Centro Hospitalar Lisboa Norte; <sup>3</sup>Unidade de Imunoalergologia, Hospital Pulido Valente, Centro Hospitalar Lisboa Norte

**C25 – Tempo de frequência do infantário e compostos orgânicos voláteis totais (COVs): associação com necessidade de avaliação médica por sibilância**

João Marques<sup>1,2</sup>, Pedro Martins<sup>1,2,3</sup>, Ana Luísa Papoila<sup>4,5</sup>, Marta Alves<sup>5</sup>, Iolanda Caires<sup>2,3</sup>, José Martins<sup>2,3</sup>, Catarina Pedro<sup>2,3</sup>, Maria do Carmo Manilha<sup>6</sup>, Maria Manuela Cano<sup>6</sup>, Ana Sofia Mendes<sup>6</sup>, João Paulo Teixeira<sup>6</sup>, José Rosado-Pinto<sup>7</sup>, Daniel Virella<sup>5</sup>, Paula Leiria-Pinto<sup>1,2</sup>, Nuno Neuparth<sup>1,2,3</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central; <sup>2</sup>CEDOC, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa; <sup>3</sup>Departamento de Fisiopatologia, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa; <sup>4</sup>Departamento de Bioestatística e Informática, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa; <sup>5</sup>Gabinete de Apoio Estatístico e Epidemiológico, Centro de Investigação do Centro Hospitalar de Lisboa Central; <sup>6</sup>Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, Lisboa; <sup>7</sup>Hospital da Luz, Espírito Santo Saúde, Lisboa

**C20 – Avaliação funcional da obstrução das vias aéreas: comparação entre valores de referência do 5.º percentil e valores percentuais fixos**

Luís Miguel Borrego<sup>1,2</sup>, Mariana Couto<sup>1,3,4</sup>, Isabel Almeida<sup>1</sup>, Lara Pimenta<sup>1</sup>, Sara Matos<sup>1</sup>, Mário Morais-Almeida<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital CUF Descobertas, Lisboa; <sup>2</sup>CEDOC, Faculdade de Ciências Médicas, Departamento Imunologia, Universidade Nova de Lisboa; <sup>3</sup>Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar São João, Porto; <sup>4</sup>Serviço e Laboratório de Imunologia, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

**Introdução:** Na avaliação funcional respiratória têm sido classicamente utilizados critérios fixos para identificar obstrução brônquica. No entanto, é atualmente recomendado pelas guidelines internacionais a utilização preferencial do limite inferior da normalidade ou LIN (abaixo do percentil 5), sendo este o critério adotado no nosso laboratório de função respiratória.

**Objectivo:** Comparar os resultados de espirometrias obtidos na prática clínica, utilizando os valores do 5.º percentil versus valores percentuais fixos como limite da normalidade, para diagnóstico de obstrução das vias aéreas.

**Métodos:** Foram analisadas retrospectivamente espirometrias efetuadas pelos autores no ano de 2011. Foram selecionadas todas as que apresentavam critérios de obstrução das vias aéreas considerando  $FEV_1/VC < LIN$ , e divididas por faixas etárias. Entre estas, foram comparados os parâmetros  $FEV_1/VC$ ,  $FEV_1$ ,  $FVC$  e  $FEF_{25-75\%}$  utilizando como critério de normalidade o LIN e os valores percentuais fixos ( $FEV_1/VC > 70\%$ ,  $FEV_1$  e  $FVC > 80\%$  e  $FEF_{25-75\%} > 60\%$ ). A análise estatística foi realizada com SPSS 20.0, com recurso ao Teste de Concordância Kappa de Cohen.

**Resultados:** Durante o período de estudo, 1358 indivíduos realizaram função respiratória. Foram excluídos 8 por dados incompletos. Na amostra global o grau de concordância entre os dois critérios foi  $Kappa=0,655 \pm 0,035$ . Entre os 124 que apresentavam obstrução com o critério do  $FEV_1/VC < LIN$ , 32 (26%) indicavam um teste normal se usado o *cut-off* de 0,70, o que indica que seriam erradamente diagnosticados um número significativo de casos de obstrução brônquica caso se tivesse utilizado o valor percentual fixo. No entanto, este fato apenas se verificou nas faixas etárias mais jovens, enquanto nas classes etárias mais avançadas se observou uma elevada taxa de sobrediagnóstico (51 indivíduos – 36%). Entre os doentes com obstrução, 61 apresentavam redução do  $FEV_1$  quando usado o LIN, dos quais 2 (3%) seriam considerados normais se usado o *cut-off* 0,80; 122 doentes apresentavam obstrução das pequenas vias aéreas quando usado o LIN e destes 4 (3%) teriam um valor considerado normal se usado o *cut-off* 0,60.

**Conclusão:** A utilização de valores de referência percentuais fixos para o diagnóstico de obstrução resulta em elevada taxa de subdiagnóstico em idades mais jovens, e sobrediagnóstico nas classes etárias mais avançadas. A obstrução das vias aéreas deve ser avaliada com recurso ao valor do LIN, derivado a partir das equações de referência apropriadas.

**C21 – O uso de anestésico local não afeta o resultado dos testes intradérmicos**

Mariana Couto<sup>1,2</sup>, Diana Silva<sup>1</sup>, Ana Ferreira<sup>1</sup>, Eunice Castro<sup>1,3</sup>, Alice Coimbra<sup>1</sup>, Josefina Rodrigues Cernadas<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar São João, Porto; <sup>2</sup>Serviço e Laboratório de Imunologia, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; <sup>3</sup>Unidade de Imunoalergologia, Hospital Privado Boavista, Porto

**Introdução:** Os testes intradérmicos (TID), embora dolorosos, são essenciais no diagnóstico de alergia a fármacos ou veneno de himenópteros (VH). A utilização de anestésico tóxico com prilocaína e lidocaína demonstrou reduzir significativamente a dor associada aos testes cutâneos, mas o efeito na pápula não é conhecido.

**Objetivo:** Determinar os efeitos de um *patch* anestésico com prilocaína e lidocaína (EMLA<sup>®</sup>) no resultado dos TID de diagnóstico de alergia a fármacos ou VH.

**Métodos:** Foram incluídos doentes com suspeita de alergia a fármacos ou VH que realizaram TID (efetuados de acordo com as *guidelines* internacionais) durante o seu estudo diagnóstico. Foi fornecida informação escrita e assinado consentimento. O anestésico tóxico foi colocado de acordo com as recomendações, na face anterior do antebraço durante 1h, e foram repetidos na zona anestesiada os TID previamente positivos, controlos positivo (TCP histamina) e negativo (TID SF). Doentes com TID negativos efetuaram o mesmo procedimento para avaliar a ocorrência de falsos positivos. Calculou-se o diâmetro médio das pápulas inicial e final (20 min). O aumento das pápulas com e sem anestésico foi comparado com teste *t-student* para amostras emparelhadas ( $p < 0,05$ ).

**Resultados:** Participaram 44 doentes (30♀, idade média 44±19 anos), tendo sido realizados 53 TID, dos quais 45 com fármacos (20 com antibióticos, 10 anestésicos gerais, 6 AINEs, 3 contrastes iodados, 3 anti-histamínicos, 1 isoniazida, 1 piridoxina, 1 ranitidina) e 8 com VH (7 com extrato de abelha, 1 de vespa). A média da pápula com histamina sem EMLA<sup>®</sup> foi 4,9mm IC95% [4,5;5,2] e com EMLA<sup>®</sup> 4,8mm IC95% [4,4;5,1]. O aumento das pápulas nos TID com fármacos foi 4,9mm IC95% [4,0;5,9] sem anestésico e 4,9mm IC95% [3,8;6,0] com anestésico. Com VH sem EMLA<sup>®</sup>, o aumento médio das pápulas foi 3,9mm IC95% [2,7;5,1] e com EMLA<sup>®</sup> 4,7mm IC95% [2,9-6,5]. Não se registaram diferenças entre os testes com e sem EMLA<sup>®</sup> no que diz respeito à histamina ( $p=0,36$ ), controlos salinos ( $p=0,40$ ) e TID com fármacos e VH ( $p=0,72$ ). Nenhum dos doentes com TID previamente negativos apresentou positividade com o anestésico e vice-versa.

**Conclusões:** Este é o primeiro estudo a avaliar o uso de anestésico local nos resultados dos TID no âmbito do diagnóstico de alergia a fármacos e a VH. Comprovou-se que não interfere nos resultados. A introdução do anestésico local na prática clínica permitirá melhorar o conforto dos doentes, e facilitará o uso deste método diagnóstico em crianças.

**C22 – Aerobiologia do pólen de *Olea europaea* L. em Portugal Continental**

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

<sup>1</sup>Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica, <sup>2</sup>Departamento de Biologia, Universidade de Évora, <sup>3</sup>Instituto de Ciências Agrárias e Ambientais Mediterrânicas, Universidade de Évora, <sup>4</sup>Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, <sup>5</sup>Hospital de Santa Lúzia, Elvas, <sup>6</sup>Hospital CUF Descobertas, Lisboa, <sup>7</sup>Centro de Imunoalergologia do Algarve, <sup>8</sup>Hospitais da Universidade de Coimbra, <sup>9</sup>Hospital de São João, Porto

**Introdução:** O pólen de oliveira (*Olea europaea* L.) constitui uma das fontes de aeroalergénios mais importantes na Europa Mediterrânica e em Portugal.

**Objetivo:** Analisar a aerobiologia do pólen de *Olea* em Portugal Continental.

**Métodos:** No estudo utilizaram-se os dados horários e diários das monitorizações de pólen de *Olea* efetuadas entre 2002 e 2012 de cinco estações de monitorização continentais da Rede Portuguesa de Aerobiologia – RPA: Porto, Coimbra, Lisboa, Évora e Portimão.

**Resultados:** O pólen de *Olea* encontra-se bem representado no espectro polínico da atmosfera de Portugal: 4% Porto, 14% Coimbra, 12% Lisboa, 9% Évora e 36% Portimão. Entre as localidades encontraram-se diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ) quanto aos índices polínicos, características da estação de pólen atmosférico principal – EPAP (início, duração, término, data do pico polínico, valor do pico) e curvas horárias. Porto e Coimbra revelaram os níveis polínicos mais baixos, 465 e 2.178 grãos de pólen/ m<sup>3</sup>/ ano, respectivamente, e Portimão, os mais elevados, 14.149 grãos de pólen/ m<sup>3</sup>/ ano. Em Lisboa e Portimão, a EPAP iniciou-se em Abril, e nas restantes, em Maio; em todas as localidades, em meados de Junho a EPAP já tinha terminado. O pólen de *Olea* apresentou uma EPAP bastante curta com um mínimo em Coimbra (29 ± 8 dias) e um máximo em Lisboa (42 ± 9 dias). A curva polínica caracterizou-se por no início apresentar um rápido aumento das concentrações atingindo rapidamente a concentração máxima absoluta e, em seguida, por uma descida acentuada das concentrações. O pico foi mais precoce em Lisboa e Portimão, no início de Maio, e mais tardio nas outras estações, após meados de Maio em Évora, e no final de Maio no Porto e Coimbra. As concentrações mais elevadas observaram-se no Sul do País, particularmente no Algarve, e as mais baixas no Norte. As regiões do Sul apresentaram um maior número de dias com concentrações >200 grãos de pólen/m<sup>3</sup>. Detectou-se a presença de pólen na atmosfera ao longo de todo o dia, em que as concentrações horárias foram homogéneas no Norte, Porto, e heterogéneas nas restantes localidades, onde as mais elevadas registaram-se durante as horas de sol.

**Conclusões:** A aerobiologia do pólen de *Olea* diferiu entre as localidades devido ao diferente grau de abundância desta árvore nas localidades e proximidades, e às diferentes condições ambientais. O grau de exposição e risco variou de ano para ano, de região para região, sendo maior nas regiões do Sul do País.

**C23 – Registo anual de anafilaxia em idade pediátrica num centro de Imunoalergologia**

Natasha Santos, Ângela Gaspar, Susana Piedade, Cristina Santa-Marta, Graça Pires, Graça Sampaio, Luis Miguel Borrego, Cristina Arêde, Mário Morais-Almeida

Centro de Imunoalergologia, Hospital CUF Descobertas, Lisboa

**Introdução:** Existe uma crescente incidência de anafilaxia, especialmente em idade pediátrica, sendo a caracterização desta entidade dificultada pelo subdiagnóstico e subnotificação.

**Objectivo:** Determinar a frequência de anafilaxia no ambulatório de um centro de Imunoalergologia, permitindo aumentar o conhecimento sobre etiopatogenia, manifestações e abordagem clínica em crianças e adolescentes.

**Métodos:** De 3646 doentes com menos de 18 anos observados durante o ano de 2011, incluímos aqueles com quadros de anafilaxia voluntariamente notificados pelo corpo clínico (“pelo menos um episódio de reacção sistémica grave”).

**Resultados:** Foram notificadas 64 crianças com história de anafilaxia (prevalência de 1,76%), com idade média de 8,1±5,5 anos, dos quais 61% do género masculino. A maioria (91%) tinha antecedentes pessoais de doença alérgica, 44% com asma. A idade mediana da primeira reacção anafiláctica foi de 3 anos (1 mês a 17 anos). Em 14 crianças o 1.º episódio ocorreu no primeiro ano de vida. A maioria teve anafilaxia induzida por alimentos (84%): leite (n=22), ovo (n=7), amendoim (n=6), frutos secos (n=6), frutos frescos (n=6), crustáceos (n=4), peixe (n=4) e trigo (n=2). Em 2 adolescentes foi reportada anafilaxia induzida por exercício dependente de alimentos. A anafilaxia induzida por fármacos ocorreu em 8%: AINE (n=4), amoxicilina (n=1). Três crianças tiveram anafilaxia induzida pelo frio, uma adolescente teve anafilaxia ao látex e síndrome látex-frutos, e uma criança teve anafilaxia com picada de insecto. A maioria (73%) não tinha diagnóstico etiológico prévio. Os sintomas mais frequentes eram cutâneos (94%) e respiratórios (84%), seguidos de gastrointestinais (44%) e cardiovasculares (25%); 86% tiveram início nos primeiros 30 minutos após exposição ao factor causal; 51 (80%) recorreram a serviço de urgência, sendo que apenas 33% receberam tratamento com adrenalina. Houve recorrência de anafilaxia em 26 doentes (≥3 episódios em 14 crianças).

**Conclusões:** Na nossa população pediátrica, a principal causa de anafilaxia foi a alergia alimentar IgE mediada. A adrenalina foi subutilizada, tal como tem sido referido por outros autores. Frequentemente as crianças têm vários episódios de anafilaxia antes de serem avaliadas pelo imunoalergologista. Enfatizamos a importância de um sistema de notificação de anafilaxia e do desenvolvimento de programas educacionais de forma a melhorar as estratégias de prevenção e tratamento desta entidade potencialmente fatal.

**C24 – Síndrome de apneia obstrutiva do sono em doentes com asma brônquica alérgica grave**

Pedro Morais Silva<sup>1</sup>, Carina Gaspar<sup>2</sup>, Joana Bruno Soares<sup>1</sup>, Francisca Carvalho<sup>3</sup>, Wanda Videira<sup>2</sup>, Carlos Galvão Lucas<sup>2</sup>, Rita Pinto Basto<sup>2</sup>, Ana Rita Dias<sup>2</sup>, Paula Cardoso<sup>2</sup>, Paula Pinto<sup>2</sup>, Cristina Bárbara<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte; <sup>2</sup>Serviço de Pneumologia II, Hospital Pulido Valente, Centro Hospitalar Lisboa Norte; <sup>3</sup>Unidade de Imunoalergologia, Hospital Pulido Valente, Centro Hospitalar Lisboa Norte

**Introdução:** A síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS) define-se pela obstrução frequente da via aérea superior durante o sono, com múltiplas consequências clínicas, sendo um fator que contribui para um pior controlo da asma. Desconhece-se a sua prevalência em asmáticos, mas esta parece aumentar com a gravidade da doença. O objetivo deste trabalho é avaliar a prevalência de SAOS num grupo de doentes com asma brônquica alérgica grave.

**Métodos:** Foram selecionados, de forma sistemática, da consulta de Imunoalergologia, 32 asmáticos alérgicos graves (72% sexo feminino, idade média 52 anos). Todos estavam medicados com terapêutica de última linha para asma brônquica, incluindo corticóide sistémico e/ou omalizumab. Parâmetros avaliados incluíram co-morbididades, biometria, controlo de asma (*asthma control test* – ACT), medicação, perfil alergológico, sonolência diurna (escala de Epworth) e qualidade do sono. Todos os doentes foram estudados através de poligrafia cardiorrespiratória (Embletta™).

**Resultados:** Nove doentes (28%) cumpriram critérios de SAOS, com Índice de Apneia-Hipopneia >5 (média: 15,6). Além disso, 20 doentes (63%) apresentavam elevação do Índice de Dessaturação de Oxigénio (>5) e 23 doentes (72%) valores médios de saturação de oxigénio durante o sono <95%. O subgrupo de doentes com SAOS apresentava perímetros cervical e abdominal, assim como valores de índice de massa corporal e de tensão arterial significativamente mais elevados (p<0,05) que o subgrupo sem SAOS. O número de exacerbações asmáticas nos últimos 6 meses, necessidade de corticoterapia, ACT e score de sonolência eram semelhantes entre grupos.

**Conclusão:** O grupo estudado apresentou uma prevalência elevada de SAOS e de dessaturações noturnas, apesar de estes não afetarem significativamente o controlo da asma. Dadas as implicações clínicas e o prognóstico de doentes com SAOS, este estudo sugere que o SAOS deve ser investigado em doentes com asma alérgica grave.

### C25 – Tempo de frequência do infantário e compostos orgânicos voláteis totais (COVs): associação com necessidade de avaliação médica por sibilância

João Marques<sup>1,2</sup>, Pedro Martins<sup>1,2,3</sup>, Ana Luísa Papoila<sup>4,5</sup>, Marta Alves<sup>5</sup>, Iolanda Caires<sup>2,3</sup>, José Martins<sup>2,3</sup>, Catarina Pedro<sup>2,3</sup>, Maria do Carmo Manilha<sup>6</sup>, Maria Manuela Cano<sup>6</sup>, Ana Sofia Mendes<sup>6</sup>, João Paulo Teixeira<sup>6</sup>, José Rosado-Pinto<sup>7</sup>, Daniel Virella<sup>5</sup>, Paula Leiria-Pinto<sup>1,2</sup>, Nuno Neuparth<sup>1,2,3</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central; <sup>2</sup>CEDOC, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa; <sup>3</sup>Departamento de Fisiopatologia, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa; <sup>4</sup>Departamento de Bioestatística e Informática, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa; <sup>5</sup>Gabinete de Apoio Estatístico e Epidemiológico, Centro de Investigação do Centro Hospitalar de Lisboa Central; <sup>6</sup>Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, Lisboa; <sup>7</sup>Hospital da Luz, Espírito Santo Saúde, Lisboa

**Introdução:** A entrada no infantário associa-se a um risco aumentado de sibilância com necessidade de avaliação médica não programada. Não estão convenientemente estudados os factores de risco para episódios de sibilância graves, associados com a qualidade do ar de infantários. **Objectivos:** Estudar potenciais factores de risco para episódios de sibilância que necessitem de avaliação médica associados à frequência de infantários (creche e jardim infantil).

**Métodos:** No âmbito do estudo ENVIRH (*Environment and Health in children day care centers*), seleccionaram-se 19 IPSS em Lisboa e Porto, com creche e jardim infantil, por amostragem estratificada, seguida de análise de *clusters*. As instituições foram submetidas à avaliação da qualidade do ar interior em Março de 2011. Foi aplicado às crianças participantes um questionário de frequência e gravidade das queixas de sibilância nos meses de Março e Abril de 2011 (n=1226). Para a análise de dados utilizaram-se modelos de regressão hierárquicos, dado as crianças estarem alocadas à sala e a sala estar alocada à escola. Recorreu-se à abordagem do valor p mínimo para determinar o ponto de corte do tempo de frequência do infantário (em meses) associado a menor risco de sibilância com necessidade de observação médica.

**Resultados:** Obtiveram-se 749 questionários (61%), 53,3% de rapazes. A idade mediana das crianças foi de 43 meses (P<sub>25</sub>-P<sub>75</sub>: 26-58 meses) e a mediana da idade de entrada na instituição foi de 24 meses (P<sub>25</sub>-P<sub>75</sub>: 8-40 meses). Nos meses estudados, 68 crianças (9%) necessitaram de avaliação médica por sibilância. As crianças que frequentavam as instituições há mais de 10 meses tiveram menos episódios de sibilância com necessidade de avaliação médica. Na análise multivariável, somente a frequência do infantário há menos de 10 meses persistiu significativa (OR: 2,23, IC 95%: 1,28 – 3,88, p=0,004), sendo de notar o efeito marginal dos COVs (OR: 1,07, IC 95%: 0,99 – 1,14, p=0,085) calculado para aumentos de concentração de 100 µg/m<sup>3</sup>.

**Conclusões:** O tempo de frequência do infantário surge neste estudo como o principal factor associado a sibilância com necessidade de avaliação médica, identificando-se um ponto de corte significativo aos 10 meses de infantário. Salienta-se ainda que se identificou a tendência para cada aumento de 100 µg/m<sup>3</sup> de COVs se associar a um acréscimo de 7% da possibilidade de ocorrência de sibilância.

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

## POSTERS

### I.ª SESSÃO DE POSTERS

Dia: 5 de Outubro 2012  
Horas: 19.30 – 21.00 horas

Moderadores: Francisca Carvalho / Pedro Martins

#### P1 – Casos de urticária crónica num período de 2 anos (2010-2011)

Ana Moreira, Isabel Rosmaninho, Arminda Guilherme, José Moreira da Silva  
Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho (CHVNG/E)

#### P2 – Investigação da urticária crónica / angioedema na criança – Experiência de 3 anos

Sónia Rosa<sup>1</sup>, Filipa Ribeiro<sup>1</sup>, Virgínia Loureiro<sup>2</sup>, Paula Leiria Pinto<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, <sup>2</sup>Serviço de Patologia Clínica, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central

#### P3 – Angioedema hereditário e gravidez – a propósito de um caso

José Pedro Almeida, Joana Caiado, Ana Mendes, Elisa Pedro, Manuel Pereira Barbosa  
Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte

#### P4 – Imunodeficiências primárias isoladas em doentes com lúpus eritematoso sistémico

Leticia Pestana<sup>1</sup>, Ana Mendes<sup>2</sup>, Teresa Faria<sup>3</sup>, Jorge Martins<sup>3</sup>, Maria Luz Reis Brazão<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>Hospital Central do Funchal / Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte; <sup>2</sup>Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte; <sup>3</sup>Consulta de Doenças Autoimunes, Serviço de Medicina Interna, Hospital Central do Funchal

#### P5 – Esplenomegália como manifestação de doença rara

José Pedro Almeida<sup>1</sup>, Manuel Neves<sup>2</sup>, Samuel Fernandes<sup>3</sup>, João Raposo<sup>2</sup>, Joana Caiado<sup>1</sup>, Maria João Leitão<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, <sup>2</sup>Serviço de Hematologia, <sup>3</sup>Serviço de Medicina I – Sector D, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte

#### P6 – Hospital de Dia de Imunoalergologia em idade pediátrica – Avaliação de 1 ano

Filipa Ribeiro, Sónia Rosa, Paula Leiria Pinto  
Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central

**P7 – Prevalência de positividade das IgE específicas a antibióticos em doentes com suspeita de alergia a beta-lactâmicos**

Ana Pereira<sup>1</sup>, Ana Maria Pereira<sup>2</sup>, Luís Araújo<sup>3</sup>, Abília Bodas<sup>2</sup>, Luís Delgado<sup>1,2,3</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar São João, Porto; <sup>2</sup>Serviço de Patologia Clínica, Laboratório de Imunologia, Centro Hospitalar São João, Porto; <sup>3</sup>Serviço e Laboratório de Imunologia, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto

**P8 – Alergia perioperatória – Um desafio...**

Letícia Pestana, Ana Mendes, Elisa Pedro, Manuel Pereira Barbosa  
Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte

**P9 – Anafilaxia intra-operatória**

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

**P10 – Montelucaste na hipersensibilidade ao paracetamol e anti-inflamatórios não esteróides**

Joana Soares, Anabela Lopes, Manuel Pereira Barbosa  
Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte

**P11 – Hipersensibilidade ao paracetamol: caso clínico**

Marta Martins, Rute Reis, Elza Tomaz, Filipe Inácio  
Serviço de Imunoalergologia, Hospital São Bernardo, Centro Hospitalar de Setúbal

**P1 – Casos de urticária crónica num período de 2 anos (2010-2011)**

Ana Moreira, Isabel Rosmaninho, Arminda Guilherme, José Moreira da Silva

Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho (CHVNG/E)

**Introdução:** Os diferentes tipos de urticária constituem uma patologia de prevalência crescente, que afeta significativamente a qualidade de vida dos doentes.

**Objetivo:** Caracterizar os casos de urticária crónica avaliados na consulta de Imunoalergologia, num período de 2 anos.

**Métodos:** Consulta dos processos clínicos dos doentes com urticária crónica avaliados em consulta nos anos de 2010 e 2011.

**Resultados:** Analisaram-se 101 doentes (73%F) com idade média de 39,5 anos (10-88). Em 50,5% dos casos a doença apresentava um tempo de evolução  $\leq 1$  ano e em 30% verificou-se uma distribuição corporal generalizada das lesões. Na amostra analisada constatou-se que 27% apresentava doença alérgica, 10% patologia tiroideia e 10% depressão. Em 45% dos doentes a atividade clínica foi de nível 2, tendo-se verificado uma interferência moderada/grave na qualidade de vida em 49% dos casos. Os principais fatores desencadeantes/agravantes referidos foram pressão/fricção (24%), stress (19%) e aumento da temperatura corporal (15%). Os tipos de urticária (TU) mais prevalentes foram a espontânea crónica (UEC) 46%, dermatográfica (36%) e colinérgica (15%), sendo que em 7% dos casos ocorreram mais que 1 TU. Todos os TU foram mais frequentes no sexo F. Cerca de 57% dos casos responderam à medicação com anti-histamínico (AH) em dose standard e 16% a AH em dose até 4x. Dos doentes com angioedema, cerca de 91% apresentou apenas 1 TU, sendo que as mais prevalentes foram UEC (62%) e a de pressão retardada (UPR) 12%. Entre os casos de UPR, 80% mostravam angioedema.

**Discussão:** O TU mais prevalente foi a UEC. Verificou-se um predomínio do sexo F em todos os TU. A maioria dos doentes (57%) foi controlada com AH em dose standard. Uma proporção elevada dos doentes com UPR apresentaram angioedema. Na amostra analisada a urticária crónica mostrou um impacto significativo na qualidade de vida dos doentes.

**P2 – Investigação da urticária crónica / angioedema na criança – Experiência de 3 anos**

Sónia Rosa<sup>1</sup>, Filipa Ribeiro<sup>1</sup>, Virgínia Loureiro<sup>2</sup>, Paula Leiria Pinto<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, <sup>2</sup>Serviço de Patologia Clínica, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central

**Introdução:** A urticária crónica / angioedema (UC/A) é rara em idade pediátrica, existindo pouca informação disponível na literatura sobre as características da doença em crianças.

**Objetivo:** Caracterizar a população pediátrica com UC/A seguida numa consulta de Imunoalergologia, relativamente a eventuais fatores etiológicos, duração do quadro, curso natural, resposta ao tratamento e prognóstico.

**Material e métodos:** Foi efetuada uma avaliação retrospectiva dos doentes com UC/A com menos de 18 anos, num período de 3 anos. Foram avaliados os dados demográficos, duração da urticária, resposta ao tratamento, fármacos utilizados, avaliação laboratorial e doenças atópicas concomitantes.

**Resultados:** Foram estudados 74 doentes com idades compreendidas entre os 3 meses e os 18 anos (Média Etária: 10,5 ± 4,8 anos). A relação masculino/feminino foi de 1:1,3. A urticária surgiu de forma isolada em 54% dos doentes e acompanhada de angioedema em 23% dos casos. Em 23% das situações verificou-se angioedema isolado. Oito doentes apresentavam urticária ao frio com teste de cubo de gelo positivo. Verificaram-se alterações analíticas em 41 doentes, maioritariamente relacionadas com a imunidade à infeção por EBV (21 doentes). Oito doentes com anticorpos antinucleares positivos, sem queixas do foro reumatológico, permanecem em vigilância em consulta e 5 mantêm o quadro de urticária. Dos 5 doentes com alterações da função tiroideia, 2 mantêm a urticária, estando um deles medicado com levotiroxina. Observou-se uma boa resposta à terapêutica diária instituída em 58% dos casos (anti-histamínico com/sem montelucaste). A UC/A durou em média 2,6 anos (0,25 – 14 anos) e 39% dos doentes mantêm lesões atualmente. Ocorreu resolução das queixas aos 12 meses em 39% dos casos. Da população em estudo, 45% tinha doença alérgica e 26% testes cutâneos positivos para aeroalergenos.

**Conclusão:** A avaliação analítica não permitiu encontrar uma causa para a urticária na maioria da população estudada, pelo que parece não se justificar a utilização de painéis laboratoriais extensos. A resposta ao tratamento foi favorável, com bom controlo sintomático com fármacos seguros. A duração média do quadro é superior à relatada na literatura, provavelmente pelo facto de a amostra abranger uma extensa faixa etária. A maioria dos casos resolveu-se nos dois primeiros anos e nas situações de maior duração houve uma boa resposta ao tratamento e ausência de evolução para quadros mais graves.

**P3 – Angioedema hereditário e gravidez – a propósito de um caso**

José Pedro Almeida, Joana Caiado, Ana Mendes, Elisa Pedro, Manuel Pereira Barbosa  
 Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte

**Introdução:** O angioedema hereditário é uma doença genética que se associa a deficiência (Tipo I) ou disfunção (Tipo II) do inibidor de C1 esterase, ou então a elevados níveis de estrogénio exógeno e/ou mutações no gene do factor XII da coagulação (Tipo III). A clínica é de angioedema recorrente não pruriginoso e os precipitantes de crise incluem, para além das infeções e traumatismos, o stress, e/ou alterações hormonais. A gravidez é um caso particular, durante a qual os níveis de estrogénios aumentam o que pode precipitar um aumento das crises. O risco teratogénico da profilaxia com androgénios deve ser tido em conta e a terapêutica ser ajustada mediante o número de crises.

**Caso clínico:** Os autores apresentam o caso de uma mulher de 38 anos com o diagnóstico de Angioedema Hereditário Tipo II desde os 31 anos de idade. Trata-se de uma doente com história pregressa com 7 anos de evolução de edema súbito e recorrente das extremidades, associado sobretudo a traumatismos minor, e edema facial associado a procedimentos dentários, havendo referência também a crises de dor abdominal intensa. A doente iniciou terapêutica com androgénios sintéticos (danatrol 100mg/dia) e anti-fibrinolíticos (ácido aminocapróico em SOS) com total controlo até aos 35 anos, altura em que decide tentar engravidar. Nesse período suspendeu a terapêutica habitual e iniciou perfusões de concentrado de C1 inibidor semanalmente em Hospital de Dia. Nos 3 anos seguintes constataram-se 3 abortos espontâneos antes das 12 semanas, não se tendo conseguido associar a descontrolo da doença de base. Iniciou estimulação ovárica tendo tido mais um aborto espontâneo. Paralelamente destacava-se a presença anticorpos anti-tiroideus (anti-TPO); após discussão com Endocrinologia e apesar de estar eutiroideia, optou-se por iniciar levotiroxina preventivamente além do concentrado de C1 inibidor. A doente conseguiu levar a gravidez adiante, actualmente com 37 semanas de gestação, sob levotiroxina e perfusão bi-semanal de C1 inibidor por se ter verificado aumento das crises a partir da 20.ª semana, desde então sem novos episódios de angioedema.

**Discussão:** Trata-se de um caso demonstrativo do papel fulcral da terapêutica preventiva com C1-inibidor, que permitiu o controlo da doença durante a gestação. Fica em aberto a questão sobre o papel da levotiroxina no sucesso da gravidez. Salientamos ainda o risco acrescido da estimulação ovárica no aumento das crises pelo aumento das hormonas circulantes.

**P4 – Imunodeficiências primárias isoladas em doentes com lúpus eritematoso sistémico**

Letícia Pestana<sup>1</sup>, Ana Mendes<sup>2</sup>, Teresa Faria<sup>3</sup>, Jorge Martins<sup>3</sup>, Maria Luz Reis Brazão<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Hospital Central do Funchal / Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte; <sup>2</sup>Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte; <sup>3</sup>Consulta de Doenças Autoimunes, Serviço de Medicina Interna, Hospital Central do Funchal

O lúpus eritematoso sistémico (LES) é uma doença autoimune sistémica inflamatória crónica caracterizada pela presença de autoanticorpos, responsáveis pelas lesões que ocorrem nos múltiplos órgãos e sistemas. A coexistência de deficiências primárias de imunoglobulinas, em doentes com LES, tem vindo a ser reportada em múltiplas publicações.

Neste trabalho, os autores analisam os doentes com LES (população de 78 indivíduos) e imunodeficiência primária concomitante, seguidos em Consulta de Doenças Autoimunes, no hospital local, revendo-se a literatura disponível sobre esta associação.

Foram observados cinco doentes com LES e imunodeficiência primária (dois doentes com défice selectivo IgM e três com défice selectivo IgA) tendo sido investigada a relação entre as patologias identificadas. Em diversos estudos, o défice selectivo IgM em doentes com LES está associado a desenvolvimento acelerado e maior agressividade da doença bem como infecções respiratórias recorrentes. Nos casos clínicos estudados observou-se que este défice está, de facto, associado a maior actividade da doença, quer em termos analíticos e/ou clínicos, em doença com curto período de evolução. Por outro lado, doentes com LES e défice IgA apresentam, em estudos, evolução clínica semelhante à dos doentes sem este défice. Contudo, observou-se associação de défice de IgA a evolução clínica acelerada e grave da doença, com envolvimento do SNC nos três casos, e hemorragia alveolar num, no qual, assim como num dos outros, foi necessário o recurso “off-label” a terapêutica biotecnológica.

A associação entre doenças autoimunes e imunodeficiências sugere a possibilidade de uma etiopatogenia porventura comum e deve incentivar estudos prospectivos para investigação desta hipótese.

**P5 – Esplenomegália como manifestação de doença rara**

José Pedro Almeida<sup>1</sup>, Manuel Neves<sup>2</sup>, Samuel Fernandes<sup>3</sup>, João Raposo<sup>2</sup>, Joana Caiado<sup>1</sup>, Maria João Leitão<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, <sup>2</sup>Serviço de Hematologia, <sup>3</sup>Serviço de Medicina I – Sector D, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte

**Introdução:** As doenças mieloproliferativas encontram-se entre as causas mais frequentes de esplenomegália sendo a mastocitose sistémica, embora rara, uma possível etiologia. Esta doença resulta da proliferação de mastócitos por desregulação da sua produção. As manifestações podem ser cutâneas ou sistémicas e resultam da libertação de mediadores (e.g. histamina, serotonina e heparina) e/ou da infiltração de vários órgãos (medula óssea, fígado, baço, gânglios linfáticos e pele).

**Caso clínico:** Os autores apresentam o caso de um homem de 75 anos, raça branca, referenciado à consulta de Medicina Interna por queixas de astenia, anorexia, perda ponderal de 12kg e dor persistente no flanco esquerdo com um ano de evolução. Como antecedentes pessoais relevantes apresentava artrite psoriática sob corticoterapia (deflazacorte 3mg/dia), enfisema pulmonar, diabetes tipo II e dislipidémia. Na observação destacava-se esplenomegalia volumosa atingindo a crista ilíaca e hepatomegalia, confirmadas por Tc toraco-abdominal. Laboratorialmente, destacava-se anemia normocítica hipocrómica (Hb 10,2g/dl), com anisocitose e alguns eliptocitos, VS aumentada (65mm); aumento da  $\beta$ 2-microglobulina (4,35 mg/L) e da fracção gama na electroforese de proteínas séricas. O mielograma mostrou medula normocelular sem desvio da relação mielóide eritróide, com aumento muito significativo de mastócitos (>30% por campo). As biopsias ecoguiada do baço e osteomedular revelaram múltiplos agregados de mastócitos (mais de 15 por agregado) – aspectos compatíveis com envolvimento orgânico por mastocitose sistémica. O doseamento da triptase sérica total foi compatível com o diagnóstico: 271,5 ug/L [N<11,4]. O doente ficou referenciado ao Hospital de Dia de Hematologia com indicação para vigilância. Após 12 meses sem intercorrências, iniciou terapêutica com cladribina por recidiva (aumento das dimensões do baço com agravamento das queixas gástricas), em regime de ambulatório.

**Discussão:** Trata-se do caso de uma doença rara, com manifestação tardia e envolvimento extra-cutâneo, o mais frequente no adulto, não tendo sido constatadas manifestações cutâneas (flushing, prurido). De acordo com a classificação vigente, este doente enquadra-se numa mastocitose sistémica indolente, apresentando como factores de mau prognóstico a idade avançada, anemia (multifactorial) e a perda ponderal.

**P6 – Hospital de Dia de Imunoalergologia em idade pediátrica – Avaliação de 1 ano**

Filipa Ribeiro, Sónia Rosa, Paula Leiria Pinto

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

**Introdução:** O Hospital de Dia (HD) é uma ferramenta indispensável na investigação do doente alergológico, pois permite a realização de procedimentos em meio hospitalar de forma segura e sem a necessidade de internamento. O objectivo do trabalho foi avaliar os procedimentos efectuados em HD na faixa etária pediátrica, relativamente à natureza e segurança do procedimento.

**Métodos:** Avaliação retrospectiva dos doentes que efectuaram procedimentos em HD no período de 1 ano (2011), no que respeita aos dados demográficos, tipo de intervenção e resultado da mesma, eventuais testes cutâneos e/ou IgE específicas que antecederam o procedimento.

**Resultados:** Realizaram-se 344 procedimentos (272 doentes; 61,8% sexo masculino; média etária 5,6±4,3 anos): 189 provas de provocação oral (PPO) a alimentos, 75 PPO a medicamentos, 46 inícios de dessensibilizações/indicações de tolerância, 22 administrações de vacinas anti-infecciosas (VAI) e 12 administrações de omalizumab. A maioria (81%) das PPO a alimentos foi a ovo e leite de vaca. Destas, 90,5% foram negativas e em metade das provas positivas a sintomatologia foi anafilaxia. A média das IgE específicas (slgE) para o leite foi de 5,1kU/L nas PPO positivas ao leite e de 1,4kU/L para as negativas. No que respeita às PPO com ovo, a média das slgE para a clara foram iguais para as provas positivas e negativas (2kU/L). No que respeita às PPO com fármacos, foram efectuadas 75 provas das quais 62 com antibióticos e 13 com anti-inflamatórios não esteróides das quais 96% foram negativas. De referir ainda que em 93% destas provas o objectivo foi excluir o fármaco como causador da reacção. Quanto às dessensibilizações, a grande maioria foram inícios de SCIT com esquema *rush* (77,8%) havendo nestes casos, apenas reacções ligeiras locais pouco frequentes. Finalmente, nas administrações de VAI, ocorreu apenas 1 reacção local que não necessitou de tratamento. Todos os doentes observados em HD em que houve reacção ao procedimento tiveram alta para o domicílio após resolução das queixas, com esquema escrito e sinais de alarme.

**Conclusões:** Os resultados relativos à alergia alimentar confirmam a importância da realização de PPO na avaliação da aquisição de tolerância, evitando assim dietas de evicção desnecessárias e prolongadas. A maioria das suspeitas de alergia medicamentosa na idade pediátrica acontece injustificadamente. A iniciação de SCIT em esquema *rush* foi segura, não ocorrendo reacções graves, tal como ocorreu na administração de VAI.

**P7 – Prevalência de positividade das IgE específicas a antibióticos em doentes com suspeita de alergia a beta-lactâmicos**Ana Pereira<sup>1</sup>, Ana Maria Pereira<sup>2</sup>, Luís Araújo<sup>3</sup>, Abília Bodas<sup>2</sup>, Luís Delgado<sup>1,2,3</sup><sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar São João, Porto;<sup>2</sup>Serviço de Patologia Clínica, Laboratório de Imunologia, Centro Hospitalar São João, Porto; <sup>3</sup>Serviço e Laboratório de Imunologia,

Faculdade de Medicina, Universidade do Porto

**Introdução:** O objetivo deste trabalho foi descrever os resultados das determinações de IgE específicas (slgE) a antibióticos em doentes com suspeita de alergia a antibióticos beta-lactâmicos (ABL) e descrever características associadas com positividade dessas slgE.

**Métodos:** Estudo retrospectivo, observacional, baseado na análise dos resultados das determinações sanguíneas de slgE realizadas entre 2008 e 2011 num hospital universitário (total de 8043 amostras, 7112 doentes). Foram incluídos todos os doentes com pelo menos um doseamento de slgE a um dos 3 ABL disponíveis (penicilina G (penG), penicilina V (penV), amoxicilina (Ax)). Foram obtidos dados de slgE a ABL, slgE a aeroalergénios, *Phadiatop*<sup>®</sup>, IgE total (tlgE) e, adicionalmente, informação clínica do pedido ao laboratório, serviço requisitante e caracterização demográfica do doente. Todas as determinações foram feitas pelo método de imunofluorescência enzimática (ImmunoCAP 250<sup>®</sup>). As slgE foram consideradas positivas se  $\geq 0.35$  kU/L. Atopia foi definida como *Phadiatop*<sup>®</sup> positivo ou pelo menos uma slgE a aeroalergénios positiva. Foi construído um modelo de regressão logística (RL) para identificar fatores associados a positividade das slgE a ABL (resultados expressos como *Odds Ratio*, OR, [intervalo de confiança a 95%]).

**Resultados:** Foram incluídos 414 doentes, 66% mulheres, com idade média (desvio padrão) de 30 (22) anos; 56% (n=96) eram atópicos. Três quartos dos pedidos de slgE a ABL foram feitos por Imunoalergologia. Dezassete doentes (4%) tiveram pelo menos uma slgE positiva a ABL: 7 (1.8%) a penG, 12 (3.1%) penV e 6 (1.4%) Ax. Os doentes com pelo menos uma slgE positiva a ABL, quando comparados com os que tinham todas negativas, eram mais velhos (30% vs. 6% com  $\geq 65$  anos,  $p=0.001$ ), tinham maior prevalência de atopia (85% (11 em 13) vs. 54% (85 em 159),  $p=0.030$ ) e tlgE, em média, mais elevada (466 (n=15) vs. 163 (n=327),  $p=0.001$ ). Na RL, idade  $\geq 65$  anos e  $tlgE \geq 200$  kU/L associaram-se a positividade das slgE a ABL (OR=13.2 [1.3-130.5] e 5.5 [1.2-24.2] respetivamente).

**Conclusões:** A proporção de doentes com suspeita de alergia a ABL que tiveram pelo menos uma slgE positiva é muito baixa, sugerindo uma menor sensibilidade que testes “in vivo” e/ou elevada proporção de reacções não IgE-mediadas. A caracterização detalhada das reacções e de testes “in vivo” realizados deverá ser incluída em futuros trabalhos. Este estudo sugere que a IgE total é um fator a ter em conta na interpretação das slgE a ABL.

**P8 – Alergia perioperatória – Um desafio...**

Letícia Pestana, Ana Mendes, Elisa Pedro, Manuel Pereira Barbosa  
Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte

As reações adversas graves durante a anestesia são pouco frequentes, mas constituem uma importante fonte de preocupação para os anesthesiologistas e um desafio diagnóstico para os alergologistas. Os autores descrevem 3 casos de alergia perioperatória:

**Caso 1:** Homem, 52 anos, hipotensão, dificuldade respiratória e urticária generalizada 5 min após administração de midazolam. O protocolo anestésico mostrava administração de paracetamol 20 min antes e lidocaína no local de punção lombar para anestesia epidural. Atendendo à gravidade da reação, optou-se pelo começar pelo teste de desgranulação de basófilos para anestésicos locais, incluindo lidocaína e alternativas, e paracetamol, tendo o resultado sido positivo para os primeiros e negativo para o segundo. Realizou testes intradérmicos (ID) com midazolam e prova de provocação oral com paracetamol que foram negativos. Excluiu-se alergia ao látex e à iodopovidona com testes cutâneos. Determinou-se alergia aos anestésicos locais. O doente foi depois submetido a anestesia geral sem reações adversas.

**Caso 2:** Mulher, 60 anos, paragem respiratória e urticária durante procedimento cirúrgico com anestesia geral. O quadro começou 15 min após administração de rocurónio. Antes tinha já sido administrado propofol e midazolam. Fizeram-se testes cutâneos em picada para látex, iodopovidona e clara de ovo que foram negativos. Os testes ID com midazolam e propofol foram também negativos, mas com os relaxantes musculares foram positivos com todos, exceto com o atracúrio. A doente foi posteriormente operada sob anestesia com atracúrio sem complicações.

**Caso 3:** Mulher, 37 anos, hipotensão, dificuldade respiratória e urticária generalizada durante cesariana com epidural. Para além dos fármacos anestésicos, tinha sido administrada cefixima 1h antes. Realizaram-se os testes cutâneos em picada e ID como no caso 2, que foram positivos para o látex e negativos para os restantes. O doseamento de IgE específica para látex foi positivo. Excluiu-se alergia ao antibiótico com prova de provocação oral. O diagnóstico final foi de alergia ao látex.

Qualquer reação que tenha representado ameaça à vida do paciente durante uma anestesia, representa uma hipótese de reação alérgica e, como tal, predispõe o paciente a uma grave reação caso seja novamente exposto à substância desencadeante. É importante referenciar o doente para uma Consulta de Imunoalergologia onde uma investigação adequada pode identificar a causa e oferecer alternativas seguras.

**P9 – Anafilaxia intra-operatória**

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

**Introdução:** A incidência de reações de hipersensibilidade IgE mediadas durante uma anestesia foi estimada em 100,6 por um milhão de procedimentos. Identificar a causa desta durante uma intervenção cirúrgica pode ser difícil, devido à multiplicidade de fármacos utilizados e da rapidez com que são administrados.

**Caso clínico:** Reporta-se um caso clínico de uma jovem de 26 anos, com antecedentes de neuroangioma na cavidade torácica submetida a toracotomia (5 e 6 anos) e a radioterapia, neoplasia da mama direita aos 24 anos submetida a mastectomia radical e intervenção cirúrgica por veia varicosa (14 anos). Do ponto de vista imunoalergológico tem alergia ao látex, rinite alérgica e alergia a crustáceos. Durante mastectomia, na indução anestésica, ocorreu choque anafilático com rash, exantema papular e hipotensão. Haviam sido administrados midazolam, fentanil, propofol e rocurónio com aparecimento da reação descrita. Foram administradas hidrocortisona e cefazolina, com agravamento do quadro após a administração da última. De destacar que a cirurgia foi realizada em ambiente *latex free*. Foi avaliada em consulta de Imunoalergologia onde foram feitos testes cutâneos prick e intradérmicos para todos os fármacos descritos, tendo os prick sido negativos e os intra-dérmicos positivos para a cefazolina. Realizou prova de provocação oral com amoxicilina / ácido clavulânico que foi negativa.

**Discussão:** A causa de uma anafilaxia intra-operatória nem sempre é conclusiva, mesmo após a realização de uma investigação diagnóstica exaustiva. Apesar dos testes intra-dérmicos serem positivos para a cefazolina, a causa do choque anafilático não parece ter sido este antibiótico uma vez que a reação já havia começado aquando da administração deste fármaco. Perante estes resultados, ainda que os testes cutâneos para os restantes fármacos administrados tenham sido negativos, considera-se pertinente a utilização de fármacos alternativos.

**P10 – Montelucaste na hipersensibilidade ao paracetamol e anti-inflamatórios não esteróides**

Joana Soares, Anabela Lopes, Manuel Pereira Barbosa  
Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte

**Introdução:** Os anti-inflamatórios não esteróides (AINEs) associam-se frequentemente a urticária e angioedema. O principal mecanismo responsável parece ser a inibição da via da ciclooxigenase (COX), com consequente produção excessiva de leucotrienos, cuja acção é antagonizada pelo montelucaste (MTLC).

**Caso clínico:** Sexo masculino, 20 anos de idade, diagnóstico de rinoconjuntivite alérgica e asma brônquica desde a infância, sensibilizado a ácaros e submetido a imunoterapia específica entre os 7 e os 11 anos com melhoria significativa. Aos 19 anos, poucos minutos (min) após toma de 250mg de naproxeno iniciou edema palpebral bilateral de agravamento progressivo, sem outros sintomas associados. Recorreu ao Serviço de Urgência onde foi medicado com clemastina 2mg, hidrocortisona 200mg, ranitidina 50mg e ácido aminocapróico 2,5g EV com resolução do quadro em 24h. Dois meses depois teve episódio idêntico 30 min após toma de 500mg de paracetamol, que resolveu em cerca de 10h no domicílio, com prednisona 40mg, ebastina 10mg, ranitidina 150mg e ácido aminocapróico 3g orais. Iniciou investigação em busca de fármaco analgésico e antipirético seguro. Foram efectuados testes cutâneos em picada e intradérmicos com metamizol magnésico 20mg/mL que foram negativos, pelo que foi submetido a prova de provocação oral (PPO) com o mesmo fármaco, que desencadeou prurido ocular e edema palpebral 20min após toma de 325mg. Foi medicado com clemastina 2mg, hidrocortisona 100mg e ácido aminocapróico 2,5g EV, com resolução em 6h. Por necessidade de analgesia, 1 mês mais tarde tomou, por iniciativa própria, 100mg de nimesulide, tendo ocorrido reacção idêntica às anteriores, que foi tratada com anti-histamínicos e corticoides orais. Optou-se então por realizar PPO com paracetamol sob terapêutica com MTLC (10mg na véspera e no dia da PPO). Foi administrada uma dose cumulativa de 1,65g sem reacção. Posteriormente fez 2 tomas (no domicílio) de 1g paracetamol associado a 10mg de MTLC (toma única), sem qualquer reacção.

**Discussão:** Apesar de não estarem totalmente esclarecidos, os efeitos adversos dos AINEs em doentes com hipersensibilidade a várias classes destes fármacos, são atribuídos à inibição da COX. Neste caso, a administração de MTLC provou-se eficaz na prevenção de reacção ao paracetamol, reforçando a ideia previamente descrita.

**P11 – Hipersensibilidade ao paracetamol: caso clínico**

Marta Martins, Rute Reis, Elza Tomaz, Filipe Inácio  
Serviço de Imunoalergologia, Hospital São Bernardo, Centro Hospitalar de Setúbal

As reacções de hipersensibilidade ao paracetamol são pouco frequentes. Raramente, ocorrem em doentes com hipersensibilidade aos anti-inflamatórios não esteróides (AINE), pelo mecanismo de inibição das prostaglandinas, dado ser o paracetamol um fraco inibidor das ciclooxigenases. A hipersensibilidade mediada por IgE ao paracetamol é ainda mais rara, existindo poucos casos descritos na literatura.

Apresenta-se o caso de uma doente de 63 anos de idade, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial, dislipidemia e disritmia, medicada regularmente com AAS 150mg, candesartan / hidroclorotiazida, lovastatina e nebololol. Esporadicamente utilizava AINE's, sem qualquer efeito adverso. Em Consulta de Imunoalergologia refere episódio de urticária aguda generalizada com início 5 minutos após a toma de 1g de paracetamol po, sem outros sintomas, nomeadamente respiratórios, cardiovasculares ou digestivos. Recorreu ao SU, tendo feito corticoide e anti-histamínico ev, ocorrendo regressão completa do quadro em cerca de 1 hora. Os testes cutâneos em picada com solução de paracetamol (concentração 10mg/ml) foram negativos. Os testes intradérmicos de leitura imediata foram positivos na diluição 1/100. Com o objectivo de confirmar a tolerância a AAS em dose anti-inflamatória, realizou-se uma prova de provocação oral aberta atingindo a dose cumulativa de 1000 mg, que foi negativa. Foi recomendada a evicção de paracetamol, podendo realizar AAS e outros AINE's.

**Conclusão:** A hipersensibilidade mediada por IgE ao paracetamol é rara. Nesta doente confirmámos este diagnóstico através de testes intradérmicos de leitura imediata positivos e confirmando a tolerância a AAS.

## 2.ª SESSÃO DE POSTERS

Dia: 5 de Outubro 2012  
Horas: 19.30 – 21.00 horas

**Moderadores:** Ana Teresa Silva / Mário Miranda

**P12 – Óxido nítrico exalado em doentes asmáticos – factores implicados**

Marta Martins, Rute Reis, Marta Salgado, Iryna Didenko, Andreia Ferrão, Fátima Jordão, António Vinhas de Sousa, Elza Tomaz, Leonor Campos, Filipe Inácio

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

**P13 – Aplicação do questionário CARAT por entrevista telefónica**

Ana Pereira<sup>1,2</sup>, Luís Nogueira-Silva<sup>3</sup>, Mário Morais-Almeida<sup>4</sup>, Ana Sá e Sousa<sup>5</sup>, Tiago Jacinto<sup>2,5,6</sup>, Luís Filipe Azevedo<sup>2,5</sup>, António Bugalho de Almeida<sup>7</sup>, João Almeida Fonseca<sup>1,2,5,6</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar São João, Porto; <sup>2</sup>Departamento de Ciências da Informação e da Decisão em Saúde, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; <sup>3</sup>Serviço de Medicina, Centro Hospitalar São João, Porto; <sup>4</sup>Centro de Imunoalergologia, Hospital CUF Descobertas, Lisboa; <sup>5</sup>CINTESIS – Centro de Investigação em Tecnologias e Sistemas de Informação em Saúde, Universidade do Porto; <sup>6</sup>Imunoalergologia, Instituto e Hospital CUF Porto; <sup>7</sup>Clínica Universitária de Pneumologia, Faculdade de Medicina de Lisboa

**P14 – Pletismografia em idade pediátrica**

Jorge Viana, Leonor Cunha, Patrícia Carvalho, Sandrine Almeida, Helena Falcão

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

**P15 – Tosse, broncospasma e dispneia na gravidez: caso clínico**

Diana Silva<sup>1</sup>, Ana Leblanc<sup>1</sup>, Cátia Moreira<sup>2</sup>, Teresa Rodrigues<sup>2</sup>, Alice Coimbra<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar São João, Porto; <sup>2</sup>Serviço de Ginecologia-Obstetrícia, Centro Hospitalar São João, Porto

**P16 – Prevalência de sensibilização a LTPs na população de uma consulta de Imunoalergologia (avaliada pelo método ImmunoCAP ISAC®)**

Eugénia Almeida, Teresa Moscoso, Elena Finelli, Sara Prates, Paula Leiria Pinto

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

**P17 – Caso clínico – Alergia alimentar e atitudes terapêuticas**

Raquel Gomes, Carlos Loureiro, António Segorbe Luís

Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

**P18 – Alergia à batata – a propósito de um caso clínico**

Joana Belo, João Marques, Pedro Martins, Paula Leiria Pinto

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

**P19 – Alergia às proteínas do leite de vaca – Quando induzir tolerância?**

Patrícia Galo, Paula Gonçalves, Bruno Cardoso, Rodrigo Alves

Unidade de apoio de Alergologia Pediátrica – Serviço de Pediatria, Hospital de Santo Espírito, Angra do Heroísmo

**P20 – Estomatite aftosa recorrente: a propósito de um caso clínico**

Rute Reis, Marta Martins, Marta Salgado, Elza Tomaz, Filipe Inácio

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

**P21 – Avaliação alergológica de uma população canina numa consulta de imunoalergologia veterinária – O que se correlaciona no modelo canino**

Luisa Pereira<sup>1</sup>, Luís Martins<sup>2,3</sup>, Inês Alves<sup>4</sup>, Saul Semião-Santos<sup>3</sup>, Ofélia Bento<sup>3,5</sup>

<sup>1</sup>Escola Superior Agrária de Elvas, Instituto Politécnico de Portalegre; <sup>2</sup>Departamento de Medicina Veterinária, Universidade de Évora; <sup>3</sup>ICAM – Instituto de Ciências Agrárias e Ambientais Mediterrânicas, Universidade de Évora; <sup>4</sup>Clínica Veterinária de Reguengos de Monsaraz; <sup>5</sup>Departamento de Zootecnia, Universidade de Évora

**P22 – O repertório de alergénios das gramíneas *Dactylis glomerata* e *Phleum pratense* para o cão – Possível chave para uma mais efetiva imunoterapia específica?**

Luís Martins<sup>1,2</sup>, Andreia Marques<sup>3</sup>, Luisa Pereira<sup>4</sup>, Saul Semião-Santos<sup>2</sup>, Ofélia Bento<sup>2,5</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Medicina Veterinária, Universidade de Évora; <sup>2</sup>ICAM – Instituto de Ciências Agrárias e Ambientais Mediterrânicas, Universidade de Évora; <sup>3</sup>Estagiária de Mestrado em Bioquímica, Universidade de Évora; <sup>4</sup>Escola Superior Agrária de Elvas, Instituto Politécnico de Portalegre; <sup>5</sup>Departamento de Zootecnia, Universidade de Évora

**P23 – O repertório de alergénios do ácaro *Dermatophagoides pteronyssinus* para o cão – Sensibilização a quê? Imunoterapia (específica) para o quê?**

Luís Martins<sup>1,2</sup>, Andreia Marques<sup>3</sup>, Luisa Pereira<sup>4</sup>, Ana Goicoa<sup>5</sup>, Saul Semião-Santos<sup>2</sup>, Ofélia Bento<sup>2,6</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Medicina Veterinária, Universidade de Évora; <sup>2</sup>ICAM – Instituto de Ciências Agrárias e Ambientais Mediterrânicas, Universidade de Évora; <sup>3</sup>Estagiária de Mestrado em Bioquímica, Universidade de Évora; <sup>4</sup>Escola Superior Agrária de Elvas, Instituto Politécnico de Portalegre; <sup>5</sup>Faculdade de Veterinária da Universidade de Santiago de Compostela e Hospital Veterinário Universitário Rof Codina, Espanha; <sup>6</sup>Departamento de Zootecnia, Universidade de Évora

**P12 – Óxido nítrico exalado em doentes asmáticos – factores implicados**

Marta Martins, Rute Reis, Marta Salgado, Iryna Didenko, Andreia Ferrão, Fátima Jordão, António Vinhas de Sousa, Elza Tomaz, Leonor Campos, Filipe Inácio

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

A asma caracteriza-se por um processo inflamatório crónico com obstrução e hiperreactividade brônquica. A fracção de óxido nítrico no ar exalado (FeNO) é um marcador sensível e não invasivo de inflamação eosinofílica nas vias aéreas, que pode fornecer informação útil e complementar aos testes de função respiratória. O FeNO tem sido proposto como medida útil no seguimento dos doentes asmáticos, nomeadamente na avaliação do estado clínico do doente, na avaliação do risco de exacerbações/ asma não controlada. No entanto, os valores de FeNO são afectados por múltiplos factores, alguns não patológicos, como a idade ou a altura, e outros patológicos, como a atopia, a utilização de medicação e o grau de controlo da asma.

**Objectivo:** Estudar a relação dos valores de FeNO com a idade, a atopia, a terapêutica (instituída em SOS vs regular: corticoterapia inalada e/ou anti-leucotrienos), o nível de controlo da asma e o Volume Expiratório Forçado em 1s (FEV1).

**Métodos:** Foram seleccionados aleatoriamente e analisados os processos clínicos de 100 doentes asmáticos não fumadores (F=55; M=45), com uma média de idades de 25,5 anos (DP=15.9), acompanhados no Serviço de Imuno-Alergologia. O nível de controlo da asma foi aferido de acordo com os critérios GINA. Os valores de FeNO foram medidos com um aparelho NIOX MINO (Aerocrine AB, Sweden) com uma taxa de fluxo no ar exalado de 50 mL/s. A Espirometria foi realizada com um aparelho Masterscreen Body Jaeger de acordo com as recomendações da Sociedade Respiratória Europeia e a Sociedade Torácica Americana. Foi usado um Modelo de Regressão Múltipla para analisar a relação entre os valores de FeNO e a idade, o FEV1, a atopia, a terapêutica e o controlo da asma.

**Resultados:** Não encontramos correlações significativas entre FeNO e a idade, o FEV1, a terapêutica ou o controlo da asma. Apenas a atopia revelou ser um factor preditivo positivo dos valores de FeNO (Coeficiente B = 16,9). Os doentes atópicos apresentaram valores médios de FENO de 40,3 ± 28,6 ppb em comparação com uma média de 23,4 ± 11 ppb dos não atópicos.

**Conclusão:** A atopia em doentes asmáticos é preditiva de valores superiores de FeNO, sendo no nosso estudo o aumento na ordem de 16,9 ppb (p=0,016).

**P13 – Aplicação do questionário CARAT por entrevista telefónica**

Ana Pereira<sup>1,2</sup>, Luís Nogueira-Silva<sup>3</sup>, Mário Morais-Almeida<sup>4</sup>, Ana Sá e Sousa<sup>5</sup>, Tiago Jacinto<sup>2,5,6</sup>, Luís Filipe Azevedo<sup>2,5</sup>, António Bugalho de Almeida<sup>7</sup>, João Almeida Fonseca<sup>1,2,5,6</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar São João, Porto; <sup>2</sup>Departamento de Ciências da Informação e da Decisão em Saúde, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; <sup>3</sup>Serviço de Medicina, Centro Hospitalar São João, Porto; <sup>4</sup>Centro de Imunoalergologia, Hospital CUF Descobertas, Lisboa; <sup>5</sup>CINTESIS – Centro de Investigação em Tecnologias e Sistemas de Informação em Saúde, Universidade do Porto; <sup>6</sup>Imunoalergologia, Instituto e Hospital CUF Porto; <sup>7</sup>Clínica Universitária de Pneumologia, Faculdade de Medicina de Lisboa

**Introdução:** A utilização do questionário CARAT (Controlo da Asma e Rinite Alérgica – Teste) em indivíduos com asma e rinite (AR) está validada, no entanto, a sua aplicação telefónica e em indivíduos saudáveis não foi estudada. Este trabalho tem por objetivo avaliar a utilização telefónica do CARAT e descrever as suas pontuações em indivíduos sem asma nem rinite.

**Métodos:** Análise dos dados do Inquérito Nacional de Controlo de Asma (INCA). O INCA foi um estudo transversal, populacional, com aplicação de questionário telefónico a uma amostra de 2232 residentes em Portugal. Os participantes foram classificados em 4 grupos: Asma (ASM), Rinite (RIN), Asma e Rinite (AR) e Saudáveis (SAU). Foram considerados SAU os indivíduos sem asma, sem rinite, sem patologia cardíaca e sem terapêutica crónica (considerando patologias que possam interferir na sua classificação) nas 4 semanas anteriores ao questionário. Indivíduos com menos de 18 anos (n=351), os que não responderam a todas as questões do CARAT (n=295) e os que não foram incluídos num dos grupos definidos (n=613) foram excluídos da análise. A pontuação do CARAT total (CARAT(t)) (variação entre 0, pior, e 30, melhor) foi dividida em pontuação das vias aéreas superiores (CARAT(s)) e inferiores (CARAT(i)); mau controlo foi definido como CARAT(t) ≤ 24. Foram também aplicados o *mini Asthma Quality of Life Questionnaire* (miniAQLQ) e o *mini Rhinitis Quality of Life Questionnaire* (miniRQLQ).

**Resultados:** Dos 973 incluídos, 57% eram do sexo feminino, com uma idade média (desvio padrão, DP) de 50 (18) anos; 159 foram incluídos no grupo ASM, 229 no RIN, 111 no AR e 474 no SAU. A pontuação média (DP) no CARAT(t) foi de 29.6 (1.6) no SAU, 24.1 (5.5) no ASM, 24.4 (5.6) no RIN e 18.9 (7.7) no AR (p<0.001). Dos SAU, 467 (98.5%) tiveram pontuação no CARAT(t) > 24 (vs. 54% no ASM, 61% no RIN e 30% no AR, p<0.001); 431 (86%) SAU tiveram pontuação ≥ 29. No grupo ASM, a correlação entre a pontuação do miniAQLQ e as pontuações CARAT(t) e CARAT(i) foi de 0.656 e 0.727, respetivamente (p<0.001). No grupo RIN, a correlação entre o miniRQLQ e o CARAT(t) e CARAT(s) foi de -0.756 e -0.683, respetivamente (p<0.001).

**Conclusões:** O CARAT, aplicado telefonicamente, apresentou correlações apropriadas com os questionários miniAQLQ e miniRQLQ. Estes resultados suportam a utilização deste questionário por via telefónica. Os indivíduos saudáveis apresentaram pontuações muito elevadas no CARAT traduzindo corretamente a ausência de patologia.

**P14 – Pletismografia em idade pediátrica**

Jorge Viana, Leonor Cunha, Patrícia Carvalho, Sandrine Almeida, Helena Falcão

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

**Introdução:** A pletismografia permite o estudo objectivo da função pulmonar (com avaliação da função respiratória incluindo volume residual, capacidade pulmonar total e resistência das vias aéreas). A sua utilização em idade pediátrica possibilita o diagnóstico precoce da patologia pulmonar e respectivo controlo clínico e terapêutico. Apesar das dificuldades técnicas inerentes neste grupo etário particularmente em idades mais precoces, tem sido crescente o interesse deste exame nos últimos anos.

**Objectivos:** Caracterizar o recurso à avaliação por pletismografia, e respectiva utilidade, na população pediátrica com patologia do foro respiratório, seguida em consulta de especialidade do Hospital Maria Pia do Centro Hospitalar do Porto (CHP).

**Material e métodos:** Análise retrospectiva dos registos de pletismografia de doentes seguidos no CHP – Unidade Maria Pia, entre Janeiro de 2010 a Julho de 2012. Classificaram-se os resultados considerando critérios da ERS 1993 modificados por Zapletal *et al.*

**Resultados:** Foram avaliadas 103 crianças com idades compreendidas entre 7 e 18 anos (idade média 13,5 anos) com 65% do sexo masculino e IMC médio de 20,2kg/m<sup>2</sup> (de 11,6 a 41,3kg/m<sup>2</sup> com 10% acima p97). 5% das crianças tinham fibrose quística ou doença neuromuscular. O exame foi realizado com sucesso na maioria das crianças (80%). Identificaram-se 9% de resultados compatíveis com síndrome obstrutivo, 18% com síndrome restritivo e 11% com síndrome misto. Adicionalmente 25% só com obstrução das pequenas e médias vias aéreas e 5% com Raw aumentado. Não se verificaram alterações em 27% dos casos.

**Discussão e conclusão:** A pletismografia, um exame útil na população adulta, é mais selectivo em idade pediátrica. É possível realizar estudo pletismográfico eficaz em crianças portadoras de patologia pulmonar, permitindo uma melhor correlação com a clínica e um acompanhamento mais abrangente. Os valores de referência da ERS 1993 ajustados por Zapletal são frequentemente aplicados na população pediátrica, contudo em idades mais precoces poderia ser mais fidedigna a utilização de curvas de normalidade para crianças portuguesas para aumentar a fiabilidade da interpretação.

**P15 – Tosse, broncospasmo e dispneia na gravidez: caso clínico**

Diana Silva<sup>1</sup>, Ana Leblanc<sup>1</sup>, Cátia Moreira<sup>2</sup>, Teresa Rodrigues<sup>2</sup>, Alice Coimbra<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar São João, Porto;

<sup>2</sup>Serviço de Ginecologia-Obstetrícia, Centro Hospitalar São João, Porto

**Introdução:** A dispneia na gravidez é comum e normalmente fisiológica contudo implica o diagnóstico diferencial com doenças cardiorespiratórias. Apresenta-se um caso clínico da abordagem de dispneia, tosse e broncospasmo no primeiro trimestre da gravidez.

**Caso clínico:** Mulher de 30 anos, natural da Venezuela, com gestação bicoriónica de 10 semanas após fertilização *in vitro* por infertilidade primária. Antecedentes de bronquiolites na infância, sem história de alergia. Na 1.ª consulta pré-natal refere tosse por acessos com 3 semanas de evolução tendo sido medicada com amoxicilina-clavulanato por amigdalite pultácea na 1.ª semana de doença. Apresentava hemorragias subconjuntivais, sibilância e dispneia pelo que foi referenciada ao Serviço de Urgência sendo internada na Unidade de Cuidados Intermediários por broncospasmo, hipocapnia e dificuldade respiratória resistente à terapêutica broncodilatadora e corticóides. O estudo analítico mostrou leucocitose e linfocitose, sem eosinofilia e PCR 12.4mg/L; a radiografia torácica revelou infiltrado intersticial bilateral sem sinais de condensação. Foi transferida ao 2.º dia para o Serviço de Obstetrícia. Apesar de terapêutica broncodilatadora intensiva e corticoterapia em alta dose não houve melhoria clínica pelo que iniciou terapêutica empírica com azitromicina. No decurso da investigação fez provas funcionais respiratórias e ecocardiograma transtorácico que eram normais; analiticamente com BNP 58.8pg/ml e D-dímeros 0.83microg/ml; foi feito virológico e micobacteriológico de secreções brônquicas, pesquisa de antígeno *Legionella* na urina e serologias para *Mycoplasma* e *Chlamydia* que foram negativos. No bacteriológico de secreções foi isolado *Streptococcus pneumoniae* e pesquisa de DNA para *Bordetella pertussis* foi positiva. Cerca de 48h após ter iniciado azitromicina teve melhoria clínica. Foi efetuada notificação obrigatória da doença e profilaxia dos familiares. A gravidez, ainda em curso, não teve outras complicações.

**Conclusões:** Desde a inclusão da vacina para a tosse convulsa no plano nacional de vacinação esta é uma doença menos frequente. No entanto, é importante avaliar o estado vacinal e considerar a duração da proteção imunológica. As consequências da tosse convulsa no 1.º trimestre da gravidez são pouco conhecidas. Perante sintomas persistentes e resistentes ao tratamento deve ser alargado o estudo de patologias menos frequentes, cujo tratamento e orientação adequados são fundamentais no prognóstico da gravidez.

**P16 – Prevalência de sensibilização a LTPs na população de uma consulta de Imunoalergologia (avaliada pelo método ImmunoCAP ISAC®)**

Eugénia Almeida, Teresa Moscoso, Elena Finelli, Sara Prates, Paula Leiria Pinto

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

**Objectivo:** Determinar a prevalência de sensibilização a LTPs numa população de doentes com alergia alimentar múltipla e/ou alergia respiratória a múltiplos aeroalergénios, assim como a sua relação com a presença de alergia alimentar a vegetais e, em particular, a frutos frescos e secos.

**Métodos:** Entre Janeiro 2008 e Junho 2011 foram avaliados 64 doentes que, por alergia alimentar múltipla e/ou alergia respiratória a múltiplos aeroalergénios, realizaram diagnóstico molecular (ImmunoCap ISAC®). Foram analisados a história clínica, os testes cutâneos, as IgE específicas (por UniCAP®) e os alergénios moleculares, em particular as LTPs (Pru p 3, Cor a 8, Par j 2 e Art v 3).

**Resultados:** Dos 64 doentes, 56% têm alergia a alimentos vegetais. Em 37% dos 64 detecta-se positividade a pelo menos uma LTP, sendo a Pru p 3 a mais frequente (76%). Entre os doentes sensibilizados a pelo menos uma LTP, 29% não apresentam alergia a vegetais. Dos doentes com alergia a alimentos vegetais, 71% estão sensibilizados a LTP. Os testes Pru p 3 e Cor a 8 demonstram boa especificidade e fraca sensibilidade no diagnóstico de alergia alimentar a vegetais (89%/44% e 93%/25%, respetivamente). A sensibilização a LTP detecta-se em 65% dos doentes com alergia a rosáceas, 56% dos doentes com alergia a outros frutos frescos e 44% dos doentes com alergia a frutos secos e/ou amendoim. A sensibilização a LTPs está presente em 100% dos doentes com reações anafiláticas a rosáceas e em 50% e 36% dos doentes com anafilaxia a outros frutos frescos e frutos secos/amendoim, respetivamente. No entanto, dos doentes com alergia a alimentos vegetais e sensibilização a alguma LTP apenas 47% tem anafilaxia. Nos doentes com reações mais ligeiras, a sensibilização a LTPs situa-se entre 55% e 78%.

**Conclusões:** A sensibilização a LTP é frequente nos doentes com alergia a alimentos vegetais, em especial Rosáceas, mas quase um terço dos sensibilizados não apresenta, no momento do estudo, sintomas com a ingestão de vegetais. Os testes Pru p 3 e Cor a 8 apresentam uma especificidade razoável, podendo ser úteis na confirmação do diagnóstico de alergia a vegetais; no entanto têm baixa sensibilidade, provavelmente relacionada com a existência de outras proteínas relevantes na alergia a alimentos vegetais. A sensibilização a LTPs detectou-se em todos os doentes com anafilaxia a rosáceas mas também ocorre num número elevado de doentes com reações ligeiras. Parece ter um papel menos importante na alergia a frutos secos.

**P17 – Caso clínico – Alergia alimentar e atitudes terapêuticas**

Raquel Gomes, Carlos Loureiro, António Segorbe Luís

Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Doente do sexo masculino de 53 anos de idade, caucasiano, casado, residente em Leiria e trabalhador na construção civil. Enviado à consulta de Imunoalergologia por suspeita de alergia alimentar. Refere início do quadro há aproximadamente 1 ano, com edema peri-ocular, pieira, dispneia e sensação de opressão torácica 5 minutos após ingestão de maçã crua (com casca) e resolução espontânea em aproximadamente 30min. Episódio idêntico repetiu-se 2 vezes sendo que o último, em Dezembro de 2012, pela sua gravidade necessitou de apoio médico hospitalar. Desde então excluiu da dieta o alimento suspeito. O mesmo quadro clínico veio a repetir-se no presente ano com ingestão de feijão-verde. Sem manifestações cutâneas, gastro-intestinais ou outras associadas. Nos antecedentes pessoais de referir rinite alérgica sazonal, hipertensão arterial; dislipidemia, refluxo gastro-esofágico. Medicado atualmente com rupatadina, indapamida, sinvastatina e omeprazol. Não fumador, sem hábitos etílicos. Irmã com alergia a sardinha.

Dos exames efetuados destacam-se: no *prick test* (bateria standard) pápula de 5mm para choupo e carvalho. Negativo para frutos frescos e leguminosas. O *prick to prick test*: pápula de 10 mm para maçã e de 9 mm para feijão-verde. O estudo analítico: hemograma, função renal e enzimologia hepática sem alterações. Imunoglobulinas G, A e M dentro dos parâmetros da normalidade; IgE total de 101 UI/ml; IgE maçã 0.53 KU/L Classe 1; IgE kiwi 0.07 KU/L Classe 0; IgE feijão verde 0.01 Classe 0; IgE *Quercus alba* (sobreiro, azinheiro) 7.69 kU/L Classe 3; IgE *Populus deltoides* (Faia branca) 0.10 KU/L Classe 0; e doseamento de C3 e C4 sem alterações.

Os autores salientam os fatores etiológicos desta patologia, que constituíam alimentos comuns na dieta deste doente, a idade tardia do início da sintomatologia e discutem as opções terapêuticas a adotar.

**P18 – Alergia à batata – a propósito de um caso clínico**

Joana Belo, João Marques, Pedro Martins, Paula Leiria Pinto  
Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central

**Introdução:** Os instrumentos diagnósticos actualmente disponíveis para o estudo da alergia alimentar não IgE-mediada são escassos. Os testes epicutâneos com alimentos, apesar de carecerem de estandardização, têm suscitado interesse no estudo deste tipo de alergia alimentar.

**Caso clínico:** MBM, sexo feminino, actualmente com 23 meses de idade, foi referenciada à consulta de Imunoalergologia por vômitos profusos e diarreia associados à ingestão de batata desde os 4 meses de idade. A sintomatologia surgia cerca de 4 horas após a ingestão deste alimento e tinha sido causa de internamento prévio por desidratação. Na sequência do internamento, aos 6 meses, realizou prova de provocação oral com batata, que foi positiva. Manifestava ainda eritema perioral com ingestão de cenoura cozinhada. Como antecedentes pessoais destacava-se a presença de eczema atópico ligeiro.

Aos 7 meses, para esclarecimento de suspeita de alergia alimentar, realizou testes cutâneos por picada com batata e cenoura (com extracto e alimento em natureza), que foram negativos. Perante estes resultados, cerca de um mês depois, programaram-se testes epicutâneos com batata e cenoura, crus e cozidos. Na leitura às 48 horas apresentava eritema para batata crua; às 96 horas a leitura foi positiva para cenoura e batata cruas e cozidas. Dos restantes exames efectuados, salientava-se a ausência de alterações patológicas na endoscopia digestiva alta e respectivas biópsias esofágica, gástrica e duodenal. Como orientação terapêutica, foi aconselhada a evicção de batata e de cenoura. Aos 15 meses reintroduziu cenoura com tolerância. Aos 16 meses, na sequência de ingestão accidental de batata, teve novo episódio de vômitos e diarreia.

**Discussão:** A história clínica sugere-nos a hipótese diagnóstica de alergia alimentar à batata não IgE-mediada, que foi confirmada pela prova de provocação oral e pela remissão da sintomatologia mediante dieta de eliminação. Os resultados dos testes epicutâneos são também sugestivos deste diagnóstico. Os testes epicutâneos com alimentos têm vindo a ser utilizados como ferramenta diagnóstica na alergia alimentar, designadamente no estudo de situações não IgE-mediadas. A dificuldade na padronização destes testes com alimentos condiciona o seu uso rotineiro na investigação de alergia alimentar. Tratam-se, no entanto, de testes úteis para orientação diagnóstica, mantendo-se a prova de provocação oral com o alimento suspeito o método *gold standard* para diagnóstico de alergia alimentar.

**P19 – Alergia às proteínas do leite de vaca – Quando induzir tolerância?**

Patrícia Galo, Paula Gonçalves, Bruno Cardoso, Rodrigo Alves  
Unidade de apoio de Alergologia Pediátrica – Serviço de Pediatria, Hospital de Santo Espírito, Angra do Heroísmo

A alergia às proteínas do leite de vaca (APLV) é a alergia alimentar mais frequente na primeira infância e, na maioria dos casos, a aquisição de tolerância ocorre até ao segundo ano de vida. Os autores descrevem o caso de uma criança actualmente com 7 anos de idade com manifestações de tolerância natural até à data. O primeiro contacto com fórmula láctea deu-se na maternidade, permanecendo em aleitamento materno exclusivo até ao 4.º mês. Aos 5 meses, ao ingerir pela 1.ª vez papa láctea, apresentou urticária da face e tronco com melhoria espontânea, pelo que iniciou evicção empírica de PLV. Aos 11 meses refere urticária de contacto nos membros inferiores com leite de vaca e aos 14 meses, após ingestão accidental de iogurte, apresentou urticaria generalizada, cólicas abdominais, angioedema da face e região vaginal e choro rouco, tendo recorrido ao serviço de urgência e melhorando com anti-histamínico oral. Desde então refere ainda episódio de eritema da face, tosse e prurido na orofaringe após ingestão de salsicha recheada com queijo e vários episódios de urticária e angioedema após ingestão de pastilha elástica e contacto vestigial com produtos lácteos (no lanche da escola). O último episódio sintomático ocorreu há cerca de um mês (urticária de contacto com leite de vaca no membro inferior). Dos exames complementares salienta-se elevação da IgE total (621 UI/mL) e das IgE específicas para leite (47,1 PRU/mL), alfa-lactalbumina (50,2 PRU/mL), beta-lactoglobulina (30,2 PRU/mL) e caseína (11,5 PRU/mL). Prova de provocação com leite de vaca positiva, por urticaria em contacto perioral, aos 15 meses de idade. Sensibilização assintomática à clara de ovo (1,4 PRU/mL). Como co-morbilidades salienta-se um quadro de rinite alérgica e eczema atópico, com sensibilização a ácaros do pó, epitélios e pólen de ervas daninhas, sem sintomas de asma. A apresentação do caso visa discutir se devemos e quando devemos induzir tolerância oral específica. Ainda não é consensual se a dessensibilização oral é o primeiro passo em direcção à dessensibilização permanente ou se induz apenas tolerância transitória. No presente caso os pais manifestam grande preocupação com a frequência da criança na escola e possibilidade de anafilaxia por ingestão accidental de leite de vaca e demonstram interesse na possibilidade de indução de tolerância oral.

**P20 – Estomatite aftosa recorrente: a propósito de um caso clínico**

Rute Reis, Marta Martins, Marta Salgado, Elza Tomaz, Filipe Inácio  
Serviço de Imunoalergologia, Hospital São Bernardo, Centro Hospitalar de Setúbal

A estomatite aftosa recorrente (EAR) é uma das patologias crónicas mais comuns da mucosa oral, afectando crianças e adultos. A sua fisiopatologia não está inteiramente compreendida, sendo referidas na literatura diferentes causas e factores predisponentes. A alergia alimentar tem sido raramente implicada nesta patologia, e por isso também pouco investigada.

Descreve-se o caso de uma doente com história de rinite alérgica persistente ligeira desde a infância e com quadro de EAR com dois anos de evolução, e com fraca resposta a terapêutica corticoide tópica ou sistémica. Os episódios de EAR, segundo a doente, eram desencadeados e agravados pela ingestão de ovo, frutos secos, agrião, espinafre, tomate e camarão.

Foi realizado estudo imunológico que revelou serologias virais Ig G positivas para HSV-1, CMV e Vírus Varicela Zooster. Restante estudo imunológico sem alterações, incluindo complemento e auto-imunidade (ANA's, ENA's e ANCA's negativos). O estudo alergológico incluiu testes cutâneos em picada, doseamento de IgE total e de IgE's específicas através do método ISAC. Os testes cutâneos foram positivos para alérgenos inalantes (*D ptero*, *D farinae*, *Lepidoglyphus*, mistura de gramíneas, parietaria, oliveira, cão, gato, alternaria) e para alimentos (noz, amêndoa, tomate e ovo). Foram negativos para amendoim, espinafre e camarão. O teste ISAC demonstrou IgE's específicas (em ISU-E) para clara de ovo (1.9), amendoim (0.5), gramíneas (rPhl p1: 26), oliveira (nOle e1: 1.5), alternaria (rAlt a1: 15), *D. ptero* (nDer p1: 22) e *D farinae* (nDer fl: 11). Foi instituída dieta de evicção de ovo, tomate e frutos secos, verificando-se o desaparecimento das queixas e estabilização clínica. Houve recorrência da doença após ingestão inadvertida de noz.

Conclusão: A EAR pode ter como etiologia a hipersensibilidade a alimentos, pelo que na história clínica deve ser questionada eventual relação com ingestão de alérgenos alimentares. Nos casos sugestivos deve ser feito estudo alergológico.

**P21 – Avaliação alergológica de uma população canina numa consulta de imunoalergologia veterinária – O que se correlaciona no modelo canino**

Luisa Pereira<sup>1</sup>, Luís Martins<sup>2,3</sup>, Inês Alves<sup>4</sup>, Saul Semião-Santos<sup>3</sup>, Ofélia Bento<sup>3,5</sup>

<sup>1</sup>Escola Superior Agrária de Elvas, Instituto Politécnico de Portalegre; <sup>2</sup>Departamento de Medicina Veterinária, Universidade de Évora; <sup>3</sup>ICA-AM – Instituto de Ciências Agrárias e Ambientais Mediterrânicas, Universidade de Évora; <sup>4</sup>Clínica Veterinária de Reguengos de Monsaraz; <sup>5</sup>Departamento de Zootecnia, Universidade de Évora

A dermatite alérgica (DA) canina é a afeção mais frequente em dermatologia veterinária. A DA à picada de pulgas apresenta a maior prevalência, seguida da dermatite atópica e da DA alimentar. Objetivou-se identificar para o cão, possível correlação entre dados da sintomatologia clínica e testes intradérmicos (TID) e doseamento de IgE específicas, utilizados no diagnóstico alergológico.

Estudaram-se 50 cães com DA na consulta externa do Hospital Veterinário da Universidade de Évora, 35 dos quais de raças predispostas, mediante questionário detalhado, TID com extractos comerciais de diferentes fungos, gramíneas, ervas, ácaros, árvores e pulga, e dosearam-se as IgE específicas para um painel correspondente.

A maioria (n=41) era predominantemente *indoor*. Em 81% dos casos os primeiros sinais clínicos surgiram antes dos 3 anos e em 24% antes mesmo do ano de idade. Em 70% dos indivíduos a sintomatologia incluía prurido, generalizado em 65%, com lambedura dos membros em 78% e com perfil sazonal em 64% dos casos. Complicações mais frequentes foram alopecia (47%), feridas por autotraumatismo (31%), dermatite simples (28%) e piodermatite (11%), que se observaram maioritariamente nos membros, axilas e ventre (40%), e ca-beça (20%), sendo generalizadas em 33% dos indivíduos. Otites crónicas foram observadas em 60% dos indivíduos. Nos TID maior positividade verificou-se para *Malassezia pachydermatis* e para *Lepidoglyphus destructor* (Lep d) (19%), *Dermatophagoides farinae* (17%), *Dermatophagoides pteronyssinus* (14%) e para *Chenopodium album* e *Dactylis glomerata* (Dac g) (14%). Observaram-se IgE específicas elevadas (>150 EAU) para alérgenos de interior em 84% dos casos e de exterior em 68%.

Observou-se correlação negativa entre vida exterior e intensidade (p=0,033) e precocidade (p=0,026) dos sintomas. A sensibilização a alérgenos de exterior apresentou correlação positiva com a sazonalidade da sintomatologia (p=0,001) e com a positividade para Dac g (p=0,007). A prevalência de otites crónicas apresentou correlação positiva com alopecia e com a positividade para Lep d (p=0,008), *Plantago lanceolata* (p=0,026) e *Platanus acerifolia* (p=0,017). Não se observou correlação entre os resultados dos TID e das IgE específicas. Pode concluir-se que existe correlação entre diferentes parâmetros sintomatológicos e positividade para algumas fontes alergénicas testadas, bem como entre a sensibilização a alérgenos de exterior e o início, a intensidade e a sazonalidade dos sintomas no cão.

**P22 – O repertório de alergénios das gramíneas *Dactylis glomerata* e *Phleum pratense* para o cão – Possível chave para uma mais efetiva imunoterapia específica?**

Luís Martins<sup>1,2</sup>, Andreia Marques<sup>3</sup>, Luisa Pereira<sup>4</sup>, Saul Semião-Santos<sup>2</sup>, Ofélia Bento<sup>2,5</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Medicina Veterinária, Universidade de Évora; <sup>2</sup>ICA-AM – Instituto de Ciências Agrárias e Ambientais Mediterrânicas, Universidade de Évora; <sup>3</sup>Estagiária de Mestrado em Bioquímica, Universidade de Évora; <sup>4</sup>Escola Superior Agrária de Elvas, Instituto Politécnico de Portalegre; <sup>5</sup>Departamento de Zootecnia, Universidade de Évora

No cão a imunoterapia específica para aeroalergénios apresenta uma eficácia clínica de 65-70%, com evidência de que pode ser incrementada com base no conhecimento dos alergogramas individuais. Esse conhecimento poderá racionalizar o *pool* de alergénios a utilizar para uma imunoterapia mais específica, melhorando a eficácia. O conceito de epidemiologia molecular inerente permitirá interpretar fenómenos de reatividade cruzada e evitar indesejáveis fenómenos de sensibilização *de novo*, associados à imunoterapia, por ora difícil. Para tal, é necessário identificar os repertórios alergénicos relevantes, o que aqui se objectiva para as gramíneas *Dactylis glomerata* (Dac g) e *Phleum pratense* (Phl p).

Da consulta externa de alergia do Hospital Veterinário da Universidade de Évora selecionaram-se 14 cães alérgicos a gramíneas, com sintomatologia eminentemente sazonal e correlacionada com sensibilização à Dac g ( $p=0,007$ ), por testes intradérmicos (Bial Aristegi, Bilbao, Espanha) e doseamento de IgE específicas (Univet, Barcelona, Espanha).

Preparam-se os extractos solúveis de Dac g e de Phl p (Allergon, Angelholm, Suécia) em água bi-destilada. A separação proteica foi realizada por isoelectrofocalização (IEF) em gradiente de pH 3-10 e por SDS PAGE a 12%, uni- (1D) e bidimensional (2D). As proteínas separadas foram transferidas para membranas de PVDF, sobre as quais se realizaram os imunoblots, tendo as IgE específicas séricas sido reveladas por anti-IgE canina policlonal conjugada com peroxidase e monoclonal conjugada com biotina.

Da IEF identificaram-se 17 bandas alergénicas de Dac g (pl 3,7-9,9), 10 das quais com reconhecimento major, e 18 de Phl p (pl 4-9,8), 7 das quais major. Da SDS PAGE 1D identificaram-se 11 alergénios de Dac g (PM 10,5-110 kDa), 6 dos quais major, e 6 de Phl (PM 11,5-136 kDa), 3 dos quais major. A maioria dos indivíduos apresentou espectrotipos complexos. Da SDS PAGE 2D identificaram-se 13 regiões/*spots* alergénicas de Dac g (pl 3,9-7,9 e PM 7-112 kDa) e 27 de Phl p (pl 3,9-9,7 e PM 9-85 kDa). Várias analogias se observaram com os alergogramas humanos, apesar das diferentes taxas de reconhecimento dos prováveis alergénios comuns. Após imunoterapia clinicamente positiva um indivíduo apresentou importantes variações nos espectrotipos, ainda que praticamente sem variação do número de alergénios reconhecidos, o que sugere ausência de correlação absoluta entre sensibilização e alergia, com dessensibilização e ganho de novas sensibilizações.

**P23 – O repertório de alergénios do ácaro *Dermatophagoides pteronyssinus* para o cão – Sensibilização a quê? Imunoterapia (específica) para o quê?**

Luís Martins<sup>1,2</sup>, Andreia Marques<sup>3</sup>, Luisa Pereira<sup>4</sup>, Ana Goicoa<sup>5</sup>, Saul Semião-Santos<sup>2</sup>, Ofélia Bento<sup>2,6</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Medicina Veterinária, Universidade de Évora; <sup>2</sup>ICA-AM – Instituto de Ciências Agrárias e Ambientais Mediterrânicas, Universidade de Évora; <sup>3</sup>Estagiária de Mestrado em Bioquímica, Universidade de Évora; <sup>4</sup>Escola Superior Agrária de Elvas, Instituto Politécnico de Portalegre; <sup>5</sup>Faculdade de Veterinária da Universidade de Santiago de Compostela e Hospital Veterinário Universitário Rof Codina, Espanha; <sup>6</sup>Departamento de Zootecnia, Universidade de Évora

Em medicina veterinária a imunoterapia específica tem-se revelado muito útil para controlo da alergia, com taxas de sucesso para o cão, de 65-70%. Porém, a sua eficácia poderá melhorar com o conhecimento dos alergogramas individuais e a escolha do mais adequado *pool* de alergénios para imunoterapia. Esse conceito de epidemiologia molecular, ao permitir interpretar fenómenos de reatividade cruzada entre espécies, conduzindo a um diagnóstico molecular mais explícito, poderá permitir importantes inovações em termos de opções imunoterápicas dirigidas, com ganho de eficácia. Para esse efeito é necessário identificar os repertórios alergénicos mais relevantes, o que aqui se objectiva para o ácaro *Dermatophagoides pteronyssinus* (Der p).

Da consulta externa de dermatologia e alergia dos Hospitais Veterinários da Universidade de Évora e da Fundação Rof Codina (Lugo, Espanha) selecionaram-se 20 cães, maioritariamente indoor e com sintomatologia perenal, alérgicos aos ácaros e sensibilizados a Der p, por testes intradérmicos (Bial Aristegi, Bilbao, Espanha) e doseamento das IgE específicas (Univet, Barcelona, Espanha).

Preparou-se o extracto solúvel de Der p (Allergon, Angelholm, Suécia) em água bi-destilada. A separação proteica foi realizada por isoelectrofocalização (IEF) em gradiente de pH 4-6,5 e por SDS PAGE a 12%, uni- (1D) e bidimensional (2D). As proteínas separadas foram transferidas para membranas de PVDF, sobre as quais se realizaram os imunoblots, tendo as IgE específicas séricas sido reveladas por anti-IgE canina policlonal conjugada com peroxidase e monoclonal conjugada com biotina.

Da IEF identificaram-se 11 alergénios (pl 5,4, 5,5, 5,6, 5,7, 5,9, 6,2, 6,3, 6,5, 6,6, 6,7 e 6,8), bem como da SDS PAGE 1D (PM 13,5, 23,5, 28,5, 32,5, 35,5, 37, 47,5, 58, 70, 110 e 210-220 kDa), 6 dos quais major. A maioria dos indivíduos apresentou espectrotipos complexos. Da SDS PAGE 2D identificaram-se 24 regiões/*spots* alergénicas, de pl <4,6 a >6,9 e de PM 13,5 a 210-220 kDa. Várias semelhanças foram observadas entre os alergogramas canino e humano. Após imunoterapia clinicamente bem sucedida um indivíduo complexou o espectrotipo sugerindo ausência de correlação absoluta entre sensibilização e alergia. A identificação e caracterização de alergomas de fontes alergénicas relevantes para o cão prosseguirá com o aumento da amostra, para identificar padrões de resposta à imunoterapia, nomeadamente associados a reatividade cruzada e que podem condicionar a sua eficácia.

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

Posters seleccionados para atribuição do prémio SPAIC / MSD 2012

Dia: 7 de Outubro 2012  
Horas: 11.30 – 13.00 horas  
Local: Sala 3

Moderadores: Cristina Santa Marta / Helena Falcão

**P24 – Prevalência de exposição a fumo ambiental do tabaco em casa e de tabagismo ativo na população portuguesa: Estudo INAsma**

Ana Margarida Pereira<sup>1,2</sup>, Mário Morais-Almeida<sup>3</sup>, Ana Sá e Sousa<sup>4</sup>, Tiago Jacinto<sup>2,4,5</sup>, Luís Filipe Azevedo<sup>2,4</sup>, Carlos Robalo Cordeiro<sup>6</sup>, António Bugalho de Almeida<sup>7</sup>, João Almeida Fonseca<sup>1,2,4,5</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar São João, Porto; <sup>2</sup>Departamento de Ciências da Informação e da Decisão em Saúde, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; <sup>3</sup>Centro de Imunoalergologia, Hospital CUF Descobertas, Lisboa; <sup>4</sup>CINTESIS – Centro de Investigação em Tecnologias e Sistemas de Informação em Saúde, Universidade do Porto; <sup>5</sup>Imunoalergologia, Instituto e Hospital CUF Porto; <sup>6</sup>Pneumologia, Hospitais da Universidade de Coimbra; <sup>7</sup>Clínica Universitária de Pneumologia, Faculdade de Medicina de Lisboa

**P25 – Custos diretos e indiretos da imunoterapia específica**

Patrícia Barreira, Maria João Sousa, José Ferreira, José Moreira da Silva

Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar Vila Nova Gaia / Espinho (CHVNGE)

**P26 – Estudo da sensibilização às proteínas do *Phleum* e *Olea* em doentes com doença alérgica respiratória sazonal no Alentejo**

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

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

**P27 – Qualidade de vida e custo económico da imunoterapia na alergia a veneno de himenópteros**

Diana Silva, Ana Pereira, Alice Coimbra

Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar de São João, Porto

**P28 – Eficácia e segurança de novo protocolo de dessensibilização alimentar no tratamento da alergia às proteínas do leite de vaca**

Susana Piedade, Graça Sampaio, Ângela Gaspar, Natacha Santos, Cristina Arêde, Luís Miguel Borrego, Cristina Santa Marta, Mário Morais de Almeida

Centro de Imunoalergologia, Hospital CUF Descobertas, Lisboa

**P29 – Anafilaxia perioperatória – Estudo retrospectivo de 119 doentes**

João Antunes<sup>1</sup>, Ria Van Vuchelen<sup>2</sup>, Anne-Marie Kochuyt<sup>2</sup>, Jan Ceuppens<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar de Lisboa Central, Portugal; <sup>2</sup>Departamento de Alergia e Imunologia Clínica, Hospital Universitário Gasthuisberg, Lovaina, Bélgica

**P30 – Hipersensibilidade a fármacos em lactentes – a experiência numa consulta especializada**

Jorge Viana, Eva Gomes

Serviço de Imunoalergologia, Hospital Maria Pia, Centro Hospitalar do Porto (CHP)

**P31 – 2004-2012: 8 anos de experiência de indução de tolerância / dessensibilização ao leite de vaca**

Elena Finelli, Eugénia Almeida, João Antunes, Sara Prates, Paula Leiria Pinto

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

**P24 – Prevalência de exposição a fumo ambiental do tabaco em casa e de tabagismo ativo na população portuguesa: Estudo INAsma**

Ana Margarida Pereira<sup>1,2</sup>, Mário Morais-Almeida<sup>3</sup>, Ana Sá e Sousa<sup>4</sup>, Tiago Jacinto<sup>2,4,5</sup>, Luís Filipe Azevedo<sup>2,4</sup>, Carlos Robalo Cordeiro<sup>6</sup>, António Bugalho de Almeida<sup>7</sup>, João Almeida Fonseca<sup>1,2,4,5</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar São João, Porto; <sup>2</sup>Departamento de Ciências da Informação e da Decisão em Saúde, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; <sup>3</sup>Centro de Imunoalergologia, Hospital CUF Descobertas, Lisboa; <sup>4</sup>CINTESIS – Centro de Investigação em Tecnologias e Sistemas de Informação em Saúde, Universidade do Porto; <sup>5</sup>Imunoalergologia, Instituto e Hospital CUF Porto; <sup>6</sup>Pneumologia, Hospitais da Universidade de Coimbra; <sup>7</sup>Clínica Universitária de Pneumologia, Faculdade de Medicina de Lisboa

**Introdução:** Os objetivos deste trabalho foram: estimar a prevalência de exposição a fumo ambiental do tabaco (FAT) em casa e de tabagismo ativo (TA) na população portuguesa e identificar fatores e características pessoais associadas com a exposição a FAT em casa e TA.

**Métodos:** O Inquérito Nacional sobre Asma (INAsma) foi um estudo transversal, telefónico, de base populacional, incluindo uma amostra representativa da população portuguesa; participaram 6003 indivíduos. Exposição a FAT em casa foi definida como exposição a pelo menos um fumador corrente em casa. Fumador foi definido como um indivíduo com  $\geq 15$  anos que fumou pelo menos 1 cigarro por dia durante 1 ano; fumador corrente (FC) fumou no último mês. Foi desenvolvido um modelo de regressão logística para identificar os fatores associados com exposição a FAT em casa e com TA em adultos; foi incluída a interação entre sexo e escolaridade e os resultados ajustados expressos em razão de probabilidades (OR) com intervalo de confiança a 95% (IC95%).

**Resultados:** A prevalência de exposição a FAT foi de 26.6% (IC95% – 25.5-27.7). Ter asma (OR=2.06 [1.45-2.94]), morar em agregados com  $\geq 3$  pessoas (OR=1.58 [1.22-2.04]) e ser fumador (OR=7.29 [5.74-9.26]) associaram-se positivamente a exposição a FAT em casa; ter doença cardíaca não se associou significativamente a exposição. Nos modelos estratificados por sexo, a associação com a asma manteve-se apenas nas mulheres (OR=2.90 [1.90-4.41]). Dezanove por cento (IC95% 18.0-20.0) da população portuguesa são FC e 17.2% (16.2-18.2) ex-fumadores. A prevalência de TA foi mais elevada nos homens do que nas mulheres (26.5% vs. 12.2%, respetivamente,  $p < 0.001$ ). Estar exposto a FAT em casa (OR=7.37 [5.93-9.17]) e ter entre 18 e 65 anos (OR=2.44 [1.85-3.21]) associaram-se positivamente a TA; a associação manteve-se nos modelos estratificados por sexo. Nas mulheres, a escolaridade  $> 12$  anos (OR=3.64 [2.37-5.59]) e o estatuto socioeconómico elevado (OR=2.94 [1.25-6.88]) associaram-se a maior risco de TA. A presença de asma ou doença cardíaca não se associou significativamente com TA.

**Conclusão:** A prevalência de exposição a fumo ambiental do tabaco em casa em Portugal foi mais elevada do que em estudos anteriores. Nas mulheres ter asma associou-se a maior risco de exposição a fumo ambiental do tabaco, enquanto ter doença cardíaca não teve efeito significativo para ambos os sexos. Este estudo apoia a existência de uma tendência para a diminuição da prevalência de tabagismo ativo em Portugal.

**P25 – Custos diretos e indiretos da imunoterapia específica**  
Patrícia Barreira, Maria João Sousa, José Ferreira, José Moreira da Silva

Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar Vila Nova Gaia / Espinho (CHVNGE)

**Introdução:** As doenças alérgicas são comuns, sendo responsáveis por elevada morbidade e utilização do Serviço Nacional de Saúde (SNS). A imunoterapia específica é o único tratamento potencialmente curativo na asma e rinite alérgicas. Avaliações económicas sobre esta terapêutica são escassas e de difícil execução.

**Objectivo:** Avaliar os custos médios anuais em doentes com alergia respiratória sob imunoterapia específica (administração subcutânea – SCIT).

**Métodos:** Estudo dos doentes com alergia respiratória a cumprir SCIT no Serviço de Imunoalergologia do CHVNGE durante o mês dezembro de 2011. Foram recolhidos dados clínicos e dos custos relacionados com a doença alérgica e SCIT relativos ao ano anterior, em questionário previamente elaborado. Todas as participações efetuadas pelo SNS foram deduzidas.

**Resultados:** Incluíram-se 64 doentes, 43,8% ♂, entre os 8 e 57 anos (22,1  $\pm$  12,1). 59,4% dos doentes eram estudantes; 15% encontravam-se desempregados. O diagnóstico de rinite foi o mais frequente (57,8%), seguido pela associação “asma + rinite” (40,6%) e asma (1,6%). 39,1% dos doentes necessitavam de medicação diária, 45,3% de medicação de alívio e 15,6% não tinham qualquer medicação. A média de duração de SCIT foi 21,7  $\pm$  15,3 meses. 92,2% cumpriam SCIT regularmente, sendo o “esquecimento” o principal motivo para o não cumprimento. O custo médio anual por doente foi: 89,9€ em SCIT, 40,8€ em medicação e 4,7€ em taxas moderadoras. 82,8% dos doentes afirma não precisar faltar ao trabalho/escola para efetuar SCIT; 77,8% daqueles que necessitam faltar, referem que tal não implica custos adicionais. A distância média para o hospital foi 21,6 km (ida e volta), tendo 82,8% dos doentes feito a deslocação em carro próprio, com custo médio de combustível e portagens de 48,5 €/ano. 67,2% dos doentes necessitaram de acompanhante nas deslocações ao hospital, não implicando qualquer despesa extra em 95,1% dos casos. Oito doentes recorreram ao SU por agudização da sua doença alérgica, sem necessidade de internamento. O custo médio da medicação prescrita no SU foi 5,8€. O custo total anual médio por doente foi 188,5€ (97,5-450,8€).

**Conclusões:** Embora, em média, os custos neste grupo de doentes não sejam muito altos, há outros custos indiretos, ou seja, para o SNS, equipamento e pessoal, que são difíceis de determinar. De salientar que 15% dos doentes estão desempregados, o que constitui um aspeto que os médicos deverão ter em conta ao tratar doentes com patologias crónicas.

**P26 – Estudo da sensibilização às proteínas do *Phleum* e *Olea* em doentes com doença alérgica respiratória sazonal no Alentejo**

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

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

**Objetivo:** O pólen das gramíneas e da oliveira é uma importante fonte de aeroalergénios no Alentejo. Este estudo teve como objetivo estudar a sensibilização a proteínas de *Phleum pratense* e *Olea europea* L. em doentes das consultas externas de Imunoalergologia do Hospital do Espírito Santo em Évora (HESE) e correlacionar os sintomas com os conteúdos em pólen e alguns dos seus aeroalergénios, durante o ano de 2011.

**Métodos:** Monitorizaram-se diariamente as partículas polínicas e os aeroalergénios *Phl p 5* e *Ole e 1* mediante coletores adequados, ambos colocados na mesma plataforma meteorológica e distanciados um do outro cerca de 1,5 m. Das consultas externas de Imunoalergologia do HESE seleccionaram-se 67 doentes com queixas sazonais de rinite alérgica e asma brônquica, aos quais foram realizados testes cutâneos em *Prick*, estandardizados, a extratos totais de tipos polínicos identificados na região, incluindo *P. pratense* e *O. europea* e aos alergénios *Phl p 1* e *Phl p 5* e *Ole e 1* e *Ole e 2*. Procedeu-se a uma análise de correlação não-paramétrica de Spearman entre os sintomas registados com as concentrações polínicas e com os aeroalergénios quantificados.

**Resultados:** Em 2011 os perfis de distribuição temporal dos aeroalergénios e de pólen sobrepuseram-se, existindo uma correlação positiva entre os dois parâmetros. Cerca de 72% dos pacientes revelaram-se sensibilizados a *Phl* total e 48% a *Ole* total. Relativamente aos aeroalergénios monitorizados, verificou-se que 48% estavam sensibilizados a *Phl p 5* e 33% a *Ole e 1*. Em Maio registaram-se sintomas de maior severidade em indivíduos sensibilizados às espécies estudadas o que coincidiu com a época de polinização das mesmas, sendo a obstrução nasal e o prurido nasal os sintomas mais prevalentes, evidenciando-se um agravamento significativo com o aumento da concentração polínicas e dos aeroalergénios *Phl p 5* e *Ole e 1*. A análise estatística mostrou uma correlação positiva entre sintomas e conteúdo polínico ( $r^2 = 0.596$ ) e sintomas com aeroalergénios ( $r^2 = 0.816$ ), sendo esta mais significativa para estes últimos.

**Conclusão:** Estes resultados sugerem que o conteúdo em aeroalergénios constitui um melhor indicador do risco de desenvolvimento de sintomas de alergia. A monitorização dos aeroalergénios, a par da monitorização do pólen em ar exterior, poderá assim contribuir para o desenvolvimento de estratégias mais eficazes para melhorar a prevenção da doença alérgica sazonal.

**P27 – Qualidade de vida e custo económico da imunoterapia na alergia a veneno de himenópteros**

Diana Silva, Ana Pereira, Alice Coimbra

Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar de São João, Porto

**Introdução:** A imunoterapia específica (IT) subcutânea é eficaz no tratamento de doentes com alergia a veneno de himenópteros (VH); no entanto o custo económico elevado poderá limitar a sua utilização.

**Objetivo:** Avaliar o impacto da alergia a VH na qualidade de vida dos doentes sob IT a VH e estimar os custos económicos associados ao tratamento.

**Métodos:** Estudo observacional, transversal, com aplicação de questionário estruturado a todos os doentes sob IT a VH num hospital universitário. Foram incluídas questões de descrição da reação à picada e relativas aos custos associados à IT (tratamento, deslocação, horas de trabalho perdidas); adicionalmente foi preenchida a tradução direta do *Vespid Allergy Quality of Life Questionnaire (VAQLQ)* que inclui 14 questões, pontuadas de 1 – grave impacto – a 7 – sem qualquer impacto (a pontuação total é a média das pontuações individuais). Na análise dos custos foi considerado um custo/hora de trabalho de €12.1 (dados Eurostat). Participaram 20 doentes (9 não responderam), dos quais 8 (40%) eram mulheres, com idade mediana [âmbito interquartil, AIQ] de 43 [29;50] anos. Quase todos (95%) tiveram reações com gravidade III ou IV na escala de Mueller. Catorze (70%) estavam sob IT a abelha e 6 (30%) a vespa; havia registo de 19 reações sistémicas (RS) à IT em 6 doentes. Não houve diferenças significativas nas características avaliadas entre os participantes e os 9 doentes que não preencheram o questionário.

**Resultados:** A pontuação mediana [AIQ] no VAQLQ foi de 3.3 [2.9;5.3]. Cerca de 45% dos doentes afirmou ficar extremamente assustado pela hipótese de ser picado, 48% evita locais associados a maior risco de picada e 53% fica quase sempre ou sempre perturbado quando está no exterior. Não houve diferenças significativas na pontuação do VAQLQ entre doentes com reações grau II/III e IV, nem entre doentes com e sem reações sistémicas à IT. Por ano, cada doente gastou uma mediana [AIQ] de €1549 [1070; 2136] com IT a VH: €438 [342; 510] na compra de extratos, €218 [109; 452] com deslocações e €787 [424; 1162] relativos à perda de horas de trabalho (correspondendo a 65 [35; 96] horas). Não foi encontrada correlação significativa entre as pontuações do VAQLQ e o custo total da IT.

**Conclusão:** Os doentes com alergia a veneno de himenópteros têm diminuição da qualidade de vida especificamente relacionada com a sua alergia. O custo anual da imunoterapia a veneno de himenópteros é avultado, devendo ser equacionadas novas formas de apoio económico.

**P28 – Eficácia e segurança de novo protocolo de dessensibilização alimentar no tratamento da alergia às proteínas do leite de vaca**

Susana Piedade, Graça Sampaio, Ângela Gaspar, Natacha Santos, Cristina Arêde, Luís Miguel Borrego, Cristina Santa Marta, Mário Morais de Almeida

Centro de Imunoalergologia, Hospital CUF Descobertas, Lisboa

**Introdução:** Nas últimas décadas, a alergia às proteínas do leite de vaca (APLV) assumiu uma prevalência e gravidade crescentes, sendo os quadros clínicos cada vez mais persistentes. Trata-se de uma entidade muito desafiante na prática clínica e, relativamente à qual, as opções terapêuticas se limitam frequentemente à evicção rigorosa do alimento e tratamento sintomático das reacções alérgicas acidentais. A possibilidade de efectuar dessensibilização alimentar nos doentes com alergia alimentar continua a ser tema de debate mas parece tratar-se de uma promissora forma de alterar o seu prognóstico.

**Objectivos:** Aprofundar o conhecimento e reportar os resultados obtidos numa série de crianças com APLV IgE-mediada orientadas sob um mesmo protocolo de dessensibilização misto, sublingual / oral, visando influenciar o prognóstico da doença.

**Métodos:** Entre Maio de 2009 e Janeiro de 2012, foi aplicado um protocolo de dessensibilização sublingual / oral a 22 crianças com APLV IgE-mediada. O protocolo, utilizando como extracto alergénico leite de vaca (LV) puro, iniciou-se com doses sublinguais seguidas da ingestão oral de doses progressivas de LV, sempre em Hospital-de-Dia, até à dose alvo de 200mL/dia. Obteve-se consentimento informado no início e em todas as sessões do tratamento; foi facultado contacto telefónico da equipa médica nas 24 horas.

**Resultados:** Média etária de  $8,4 \pm 4,5$  anos (1,5 a 16 anos), com relação género M/F de 1.4:1. Sensibilização a aeroalergénios na maioria das crianças; todas com asma e/ou rinite alérgica. A dose de manutenção foi alcançada em todos os doentes, numa média de 19 semanas e 5 visitas hospitalares. Registaram-se, durante a fase de indução, reacções alérgicas ligeiras a moderadas em 16 crianças, resolvidas com terapêutica oral (anti-histamínicos e/ou corticosteroídes); 1 caso de anafilaxia após exercício físico, dependente da ingestão de LV; 1 caso de anafilaxia no início da indução por ingestão acidental de LV.

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

**P29 – Anafilaxia perioperatória – Estudo retrospectivo de 119 doentes**

João Antunes<sup>1</sup>, Ria Van Vuchelen<sup>2</sup>, Anne-Marie Kochuyt<sup>2</sup>, Jan Ceuppens<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar de Lisboa Central, Portugal; <sup>2</sup>Departamento de Alergia e Imunologia Clínica, Hospital Universitário Gasthuisberg, Lovaina, Bélgica

**Introdução:** A incidência de anafilaxia perioperatória varia entre 1:10,000 e 1:20,000. A mortalidade associada é de 3-10% e estima-se que 2/3 dos casos tenham mecanismo IgE-mediado. O presente estudo consistiu na análise retrospectiva de doentes com suspeita de reacção alérgica durante anestesia geral com relaxantes neuro-musculares (RNM).

**Métodos:** Foram incluídos 119 doentes, referenciados entre 2007 e 2011. O protocolo diagnóstico consistiu na história clínica, triptase sérica, doseamento de IgE específicas e testes cutâneos, segundo recomendações internacionais.

**Resultados:** O diagnóstico de anafilaxia IgE-mediada foi estabelecido em 79 doentes (66.4%). Os agentes mais comuns foram RNM (59.5%), antibióticos (12.7%), látex (8.9%) e clorhexidina (8.9%). Entre os RNM, o rocurónio foi o agente mais frequente (48.9%). Foram testados vários RNM alternativos na maioria dos casos para identificação de alternativas seguras. O vecurónio foi testado em 42 doentes com alergia a RNM e obtiveram-se testes intradérmicos positivos em 38 (reactividade cruzada: 90.5%), 18 dos quais com diluição 1:10 (47.4%). Entre doentes sem exposição prévia a vecurónio, 80.8% apresentaram reactividade cutânea com diluição 1:10. O cisatracúrio foi o agente com menor reactividade cruzada em doentes alérgicos a outros RNM (13.9%). A maioria dos doentes com diagnóstico de anafilaxia IgE-mediada referiu intervenções cirúrgicas no passado, sob anestesia geral (62/79 – 78.5%) e nove reportavam reacções adversas prévias. Cerca de 1 em cada 5 casos de anafilaxia induzida por RNM ocorreu na primeira exposição. Encontrou-se associação estatística significativa entre asma e/ou rinite alérgica e reacções perioperatórias IgE-mediadas ( $p < 0.005$ ). A maioria das reacções IgE-mediadas ocorreu durante a fase de indução (74.7%), com excepção do látex – anafilaxia sobretudo durante fase de manutenção e recuperação (85.7%;  $p < 0.001$ ). Alguns doentes com alergia ao látex (42.9%) apresentavam sintomas sugestivos de sensibilização antes da cirurgia. A média dos valores de triptase foi significativamente superior nos doentes com anafilaxia IgE-mediada ( $p < 0.002$ ).

**Conclusões:** RNM, antibióticos e látex constituem os principais agentes implicados em anafilaxia perioperatória mas outros agentes, nomeadamente a clorhexidina, deverão ser também investigados. A referência destes doentes a centros com experiência é fundamental de modo a garantir o diagnóstico correcto e a assegurar alternativas farmacológicas seguras.

**P30 – Hipersensibilidade a fármacos em lactentes – a experiência numa consulta especializada**

Jorge Viana, Eva Gomes

Serviço de Imunoalergologia, Hospital Maria Pia, Centro Hospitalar do Porto (CHP)

**Introdução:** As crianças mais pequenas são particularmente vulneráveis a sofrer reacções adversas a fármacos e muitas destas são classificadas como “alérgicas” sobretudo se há atingimento cutâneo. É também nos primeiros anos de vida que é mais elevada a incidência de exantemas associados a processos infecciosos sobretudo víricos.

**Objectivo:** Caracterizar uma população de crianças com idade inferior a 2A referenciadas à Consulta de Alergia a Fármacos do CHP; nomeadamente fármacos implicados, manifestações clínicas e resultado do estudo efectuado.

**Material e métodos:** Análise retrospectiva do registo de 300 crianças observadas na Consulta de Alergia a Fármacos do Hospital Maria Pia. 76 doentes tinham idade inferior a 2A aquando da primeira reacção (idade média 11M). 57% são do sexo masculino. 32% dos doentes apresentaram dois ou mais episódios de reacções adversas. 16% das reacções foram imediatas. O fármaco mais vezes implicado foi a amoxicilina (74%, em 32% associada a ácido clavulânico). As manifestações cutâneas foram as mais frequentes e surgiram isoladas em 82%. Surgiram outros sintomas tais como queixas respiratórias em 9%, digestivas em 5% e anafilaxia em 4%. Em 63% pesquisou-se no soro IgEs específicas para beta-lactâmicos, todas negativas, e apenas 26% dos doentes realizaram testes cutâneos visto a adesão nesta idade ser muito limitada. 2 doentes tiveram testes cutâneos positivos e 61% dos doentes realizaram testes de provocação (53 testes em 46 doentes) todos negativos. 29 doentes (38%) não completaram o estudo: 10 ainda em seguimento, 17 recusaram procedimentos diagnósticos ou abandonaram seguimento e 2 apresentavam contra-indicação à realização de teste de provocação.

**Discussão e conclusão:** Os lactentes representam uma percentagem relevante (25%) da população pediátrica que recorre à Consulta de Alergia a Fármacos. Nesta idade os beta-lactâmicos são os fármacos mais vezes implicados na suspeita de alergia medicamentosa, sendo as manifestações cutâneas as mais prevalentes. O estudo clínico detalhado confirmou a suspeita inicial de hipersensibilidade em apenas 2 casos e foi excluída a hipótese de diagnóstico inicial em 46 doentes (61%), evitando assim limitar opções terapêuticas futuras. Sugere-se como hipótese explicativa de tal facto a elevada frequência de manifestações cutâneas de causa infecciosa nos primeiros anos de vida que pode ser confundida com reacção adversa a fármacos.

**P31 – 2004-2012: 8 anos de experiência de indução de tolerância / dessensibilização ao leite de vaca**

Elena Finelli, Eugénia Almeida, João Antunes, Sara Prates, Paula Leiria Pinto

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

**Introdução:** A alergia às proteínas do leite de vaca (APLV) IgE-mediada representa um fardo para as crianças e as suas famílias. A indução de tolerância (ITO) pode constituir uma alternativa em doentes com APLV persistente ou grave.

**Objectivo:** Revisão das ITO ao leite de vaca (LV) realizadas no nosso Serviço desde 2004.

**Métodos:** Foi proposta ITO a 14 crianças, 13 com APLV persistente e 1 com sintomas apenas acima do limiar de 125ml. Foram administradas doses progressivas de LV utilizando diferentes protocolos, adaptados às características de cada doente, com o objectivo de alcançar a dose-alvo de 200ml/dia.

**Resultados:** Média etária 9,3 anos (1 a 17); relação sexo M/F 1:1. Foi iniciada ITO com LV crú em 12 crianças (progressão de dose em casa em 1). Em 3 crianças optou-se (de início ou em 2.ª escolha) por ITO com LV cozinhado (progressão de dose em casa em 2). A dose-alvo foi atingida em 7 doentes (50%), dos quais 6 com LV crú, numa duração média de 6,2 meses (2 a 18). Mantêm-se em regime de dieta sem restrições em média há 11,6 meses (1 mês a 3,5 anos) e não tiveram, até à data, reacções adversas, excepto 1 caso com 2 episódios de urticária periorcular ligeira. Em 4 doentes a ITO está ainda em fase de incremento de doses (2 com leite crú e 2 com leite cozinhado). No decorrer de ITO com LV crú, observámos reacções anafilácticas graves em 2 casos (um passou a utilizar LV cozinhado e outro tem exigido uma progressão particularmente lenta) e a emergência de patologias que impediram a continuação do tratamento em 2 outros doentes (esofagite eosinofílica e dor abdominal persistente). Salienta-se também em 2 casos, o problema da má adesão à dieta, seja na fase de indução ou de manutenção. Nos casos de sucesso, observamos uma diminuição nos valores das IgE específicas de LV e fracções.

**Conclusões:** A ITO ao LV representa uma abordagem alternativa em casos de APLV persistente/grave e pode ser considerada uma opção eficaz. Destaca-se a necessidade de adequar o protocolo predefinido às características de cada doente, prestando atenção ao aparecimento de reacções adversas e planeando estratégias alternativas para ultrapassar as dificuldades na progressão. Salienta-se a importância de uma motivação duradoura do doente e da família para o sucesso da ITO. Nos casos apresentados, o objectivo último da aquisição de tolerância não pode ainda ser confirmado, uma vez que não foram submetidos a um período de evicção secundária seguida de uma PPO.