

Rev Port Imunoalergologia 2014; 22 (Supl 1): 4-54

Asma e Ambiente

3 A 5 DE OUTUBRO DE 2014

CENTRO DE CONGRESSOS DO SHERATON PORTO HOTEL

Presidente de Honra

Celso Chieira

Presidente da Reunião

Luís Delgado

Organização e Coordenação Científica

DIRECÇÃO DA SPAIC

Ana Morête

Elisa Pedro

João Fonseca

Luís Delgado

Pedro Martins

Rita Câmara

Rodrigo Rodrigues Alves

DIREÇÃO DA SOCIEDADE LUSO-BRASILEIRA DE ALERGOLOGIA E IMUNOLOGIA CLÍNICA (SLBAIC)

Ana Morête

Bárbara Gonçalves da Silva

Cristina Santa Marta

Dirceu Solé

Nelson Augusto Rosário Filho

Rodrigo Rodrigues Alves

Participação

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

Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica
(SEaic)

American College of Allergy Asthma and Immunology
(ACAAI)

Creditação

Ordem dos Médicos – Conselho Nacional para a Avaliação
da Formação

Palestrantes e Moderadores Internacionais

Ángel Barahona (Espanha)
 Bárbara Gonçalves Silva (Brasil)
 Dirceu Solé (Brasil)
 Ignácio Davila (Espanha)
 Jerónimo Carnes (Espanha)
 Joaquin Sastre (Espanha)
 Kai-Håkon Carlsen (Noruega)
 Maeve O'Connor (EUA)
 Norma Rubini (Brasil)
 Wilson Tartuce Aun (Brasil)

Carlos Gonçalves
 Carlos Loureiro
 Carlos Lozoya
 Carlos Nunes
 Célia Costa
 Celso Pereira
 Cristina Lopes
 Cristina Santa Marta
 Daniel Machado
 Diana Silva
 Elisa Pedro
 Elza Tomaz
 Emília Faria
 Eva Gomes
 Fernando Drummond Borges

Luis Delgado
 Luís Miguel Borrego
 Luís Taborda Barata
 Luísa Galdes
 Luísa Lopes
 Lourdes Chieira
 Manuel Barbosa
 Manuel Branco Ferreira
 Maria da Conceição Santos
 Maria da Graça Castel-Branco
 Mariana Couto
 Marianela Vaz
 Mário Morais de Almeida
 Marta Neto
 Miguel Capão Filipe

Palestrantes e Moderadores Nacionais

Amélia Spínola Santos
 Ana Arrobas
 Ana Margarida Pereira
 Ana Mendes
 Ana Morête
 Ana Quelhas
 Ana Todo-Bom
 Ana Teresa Silva
 Anabela Lopes
 André Moreira
 Ângela Gaspar
 Antero Palma Carlos
 António Bugalho de Almeida
 Beatriz Tavares

Filipe Inácio
 Graça Loureiro
 Helena Falcão
 Helena Pité
 Isabel Carrapatoso
 Jaime Correia de Sousa
 Joana Caiado
 Joana Madureira
 João Fonseca
 João Marques
 José Dias Pereira
 José Ferraz de Oliveira
 José Ferreira
 José Geraldo Dias
 José Rosado Pinto
 José Torres da Costa
 Luis Araújo

Miguel Paiva
 Nuno Neuparth
 Patrícia Barreira
 Paula Leiria Pinto
 Pedro Martins
 Pedro Silva
 Rita Câmara
 Rodrigo Rodrigues Alves
 Rui Costa
 Sara Prates
 Sara Silva
 Susana Lopes da Silva
 Susana Oliveira
 Susel Ladeira
 Tiago Jacinto

Cara/os Colegas e Amiga/os,

Temos o maior gosto de, em nome da direção da Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica e do comité organizador, lhes apresentar as boas-vindas ao Porto e à 35.ª Reunião Anual da SPAIC / 16.º Congresso Luso-Brasileiro de Alergologia e Imunologia Clínica.

Como vem sendo habitual este é o evento anual mais relevante na área da formação em Alergologia e Imunologia Clínica em Portugal, com a presença e participação ativa de um grande número de membros da nossa sociedade, vindos de todo o País. Contaremos, também, com a colaboração e troca de experiências internacionais, com Colegas vinda/os do Brasil, Estados Unidos, Espanha e Noruega.

Ao longo da última década a SPAIC, através de uma profícua colaboração entre associados de diferentes serviços e instituições, tem contribuído para uma intensa investigação e melhor conhecimento da epidemiologia da asma e das doenças alérgicas em Portugal, bem como dos fatores ambientais envolvidos no desenvolvimento e persistência destas patologias. É desses resultados que faremos um ponto da situação e o mote desta Reunião – Asma e Ambiente – bem como o palco principal da troca de informação e experiências entre todos os que nela participarão.

Quer venha às nossas reuniões anuais há longa data, ou esteja pela primeira vez connosco, teremos o maior gosto em recebê-la/o, esperando sinceramente que aproveite as diferentes conferências, mesas-redondas, simpósios e cursos que organizamos para si, com base em muitas das sugestões dos nossos associados e Grupos de Interesse, a quem queremos deixar o nosso maior agradecimento. Destacamos, também, as sessões de apresentação de trabalhos científicos, comunicações orais e posters com discussão, a que demos um palco especial este ano e uma forma de apresentação mais interativa. Espelhando o dinamismo da investigação dos nosso associados, teremos mais de 80 comunicações científicas que, sendo discutidas entre todos, criarão a oportunidade única de recolher nestes dias muita da informação mais atual nesta área médica e, esperamos, novas ideias para desenvolver a sua investigação e atividade clínica. No sentido de reduzir, progressivamente, a “pegada ecológica” dos nossos congressos, iniciamos este ano as apresentações em *e-posters* a par de outras pequenas, mas significativas, iniciativas. Na exposição técnica, terá também a oportunidade de apreciar o desenvolvimento e a inovação que novas terapêuticas e métodos de diagnóstico trazem ao campo da Alergologia e Imunologia Clínica.


O Centro de Congressos onde os recebemos encontra-se no coração do Porto, pelo que contamos que a envolvente amistosa e informal da cidade contribua para lhe proporcionar uma estadia e partilha inesquecível dos sabores e saberes do Norte de Portugal.

Bem-vindos ao Porto! Bem-vindos à 35.ª Reunião Anual da SPAIC e ao 16.º Congresso da SLBAIC!




Celso Chieira
Presidente de Honra




Luís Delgado
Pela Direção da SPAIC

Programa Geral

Sexta-feira – 3 de outubro 2014

08.00 h

ABERTURA DO SECRETARIADO

08.30-10.00

Sala 3

WORKSHOP I: COMPLICAÇÕES E PROGNÓSTICO NAS IDPS

Coordenação: Emília Faria, Susana Lopes da Silva

Apresentação e discussão de casos clínicos

Emília Faria, Miguel Paiva, Sara Silva

08.30-10.00

Sala 2

CURSO: ALERGÉNIOS E IMUNOTERAPIA – A ABORDAGEM MOLECULAR (PARTE I)

Apoio: Thermo Fisher

Coordenação: Amélia Spínola Santos, Elisa Pedro,

Luís Delgado, Maria Conceição Santos

Introdução

SPAIC – Luís Delgado / Thermo Fisher – Paulo Dias

Resposta imune e alergia

Manuel Branco Ferreira

Introdução ao diagnóstico *in vitro*. Diagnóstico por componentes

Componentes nativos e recombinantes

Componentes isolados e microarray

– ImmunoCap e ISAC

Ángel Barahona

08.30-10.00

Sala 1

SESSÃO DE COMUNICAÇÕES ORAIS I

Moderadores: Sara Prates, Carlos Lozoya

10.00-10.30

Pausa para Café

10.30-11.30

Sala 1

MESA REDONDA: ASMA GRAVE – PONTO DA SITUAÇÃO

Presidente: Elza Tomaz

Moderadora: Ângela Gaspar, Marianela Vaz

Asma grave – realidade e desafios em Portugal

Ana Mendes

Gestão clínica da asma grave

Ana Arrobas

10.30-12.00

Sala 2

CURSO: ALERGÉNIOS E IMUNOTERAPIA – A ABORDAGEM MOLECULAR (PARTE II)

Alergia respiratória: marcadores de sensibilização e reatividade cruzada.

(Caso clínico – questionário)

Amélia Spínola Santos

Alergia alimentar: marcadores de sensibilização e reatividade cruzada.

(Caso clínico – questionário)

Célia Costa

Alergia a veneno de himenópteros: marcadores de sensibilização e reatividade cruzada.

(Caso clínico – questionário)

Elisa Pedro

10.30-12.00

Sala 3

SESSÃO DE POSTERS I

Moderadores: Isabel Carrapatoso, Ana Teresa Silva

11.30-12.00

Sala 1

CONFERÊNCIA

Presidente: Antero Palma Carlos

Moderador: José Torres da Costa

Irritant-induced asthma

Asma induzida por irritantes

Joaquin Sastre

12.00-13.00

Sala 1

SESSÃO DE ABERTURA

13.00-14.30

Almoço

14.30-16.00

Sala 1

**MESA REDONDA SLBAIC
AMBIENTE E PATOLOGIA DA VIA AÉREA**

Presidente: Wilson Aun

Moderadores: Ana Morête, Carlos Nunes

Aerobiologia – das variações geográficas às implicações clínicas

Bárbara Gonçalves Silva

Ácaros – das variações geográficas às implicações clínicas

Rodrigo Rodrigues Alves

Alergénios ocupacionais

Norma Rubini

14.30-16.30

Sala 2

**CURSO:
ALERGÉNIOS E IMUNOTERAPIA
– A ABORDAGEM MOLECULAR (PARTE III)**

Discussão prática dos casos clínicos apresentados durante a manhã com resultados de diagnóstico molecular. Algoritmos de apoio ao diagnóstico. (Avaliação do questionário)

Moderação: Maria da Conceição Santos

Painel de discussão: Célia Costa, Elisa Pedro

Princípio dos métodos de diagnóstico *in vitro* (ImmunoCap e ISAC)

Maria da Conceição Santos

Conclusões

Maria da Conceição Santos, Ángel Barahona, Manuel Branco Ferreira

14.30-16.00

Sala 3

WORKSHOP II

Imunoterapia com aeroalergénios

Coordenação: Amélia Spínola Santos, Pedro Silva

Decisão

Daniel Machado

Iniciação

José Geraldo Dias

Follow-up

Patrícia Barreira

16.00-16.30

Pausa para Café

16.30-18.00

Sala I

MESA REDONDA SLBAIC: ENDÓTIPOS DE ASMA

Presidente: Cristina Santa Marta

Moderadores: Norma Rubini, Luis Miguel Borrego

Factores de risco para asma na criança

Dirceu Solé

Asma no obeso

André Moreira

Asma no desporto

Mariana Couto

16.30-18.00

Sala 3

SESSÃO DE POSTERS II

Moderadores: Eva Gomes, Joana Caiado

18.30-20.00

Sala 3

SESSÃO DE POSTERS III

Moderadores: Anabela Lopes, Susana Oliveira

18.30-20.00

Sala I

SIMPÓSIO SPAIC - LABORATÓRIOS VITÓRIA: BILASTINA - NOVOS DESAFIOS

Moderadora: Ana Todo Bom

Rinite na criança

Mário Morais de Almeida

Urticária na criança

Helena Pité

Desenvolvimento pediátrico

Ignácio Davila

20.00

Jantar do Simpósio

Sábado, 4 outubro 2014

08.30-10.30

Sala 3

SESSÃO DE COMUNICAÇÕES ORAIS II

Moderadores: Celso Pereira, José Dias Pereira

09.00-10.30

Sala 1

**MESA REDONDA SPAIC / GRESP:
ASMA DE DIFÍCIL CONTROLO**

SPAIC: Luis Delgado

GRESP: Jaime Correia de Sousa

Moderadora: Ana Todo-Bom

**Melhorar o controlo num doente com asma
difícil – a abordagem prática do IPCRG**

Jaime Correia de Sousa

**Tabagismo e cessação tabágica no doente com
asma**

Carlos Gonçalves

Inaladores, capacitação e adesão

João Fonseca

09.00-10.30

Sala 2

**CURSO:
DOENÇAS ALÉRGICAS NA PRÁTICA
DESPORTIVA (PARTE I)**

Coordenação: Mariana Couto, Rita Câmara

Apresentação

Mariana Couto e Rita Câmara

A doença asmática e epidemiologia

Miguel Paiva

Fisiopatologia da asma

Diana Silva

Monitorização da doença asmática

Tiago Jacinto

10.30-11.00

Pausa para Café

11.00-12.30

Sala 1

**MESA REDONDA:
DOENÇA ALÉRGICA RESPIRATÓRIA
EM PORTUGAL**

Presidente: Fernando Drummond Borges

Moderadores: Maria da Graça Castel-Branco, Carlos Loureiro

Epidemiologia

Mário Morais de Almeida

Controlo da doença alérgica respiratória

Luis Araújo

Sensibilização alérgica do jovem ao idoso

Luis Taborda Barata

11.00-12.30

Sala 3

**WORKSHOP III:
ASMA E/OU DPOC? FUNÇÃO
RESPIRATÓRIA NA PRÁTICA**

Apoio: Novartis

Coordenação: João Fonseca, Rui Costa

**Avaliação funcional respiratória no síndrome de
sobreposição**

Tiago Jacinto

Síndrome de sobreposição (ACOS) – o que há de novo no GINA 2014

Ana Quelhas

Perguntas, respostas e exemplos clínicos

Luísa Geraldes

11.00-12.30

Sala 2

**CURSO:
DOENÇAS ALÉRGICAS NA PRÁTICA
DESPORTIVA (PARTE II)**

Evolução da asma e desencadeantes de crises

João Marques

Asma induzida pelo esforço

Mariana Couto

Tratamento da asma e normas anti-doping

Miguel Capão Filipe

Controlo da asma na escola: o que é possível?

Rita Câmara

12.30-13.00

Sala 1

CONFERÊNCIA

Presidente: José Rosado Pinto

Moderadora: Helena Falcão

Second-hand smoke and its effect on our children with asthma

Tabagismo ambiental e asma na criança

Maeve O'Connor

13.00-14.30

Almoço

Apoio: Novartis

14.30-16.00

Sala 1

**MESA REDONDA SPAIC / GRESP:
VIAS AÉREAS: DA RINOSSINUSITE À TOSSE**

SPAIC: Susel Ladeira

GRESP: Carlos Gonçalves

Moderador: José Ferreira

Rinossinusite crónica – hoje e amanhã

Ana Margarida Pereira

Tosse crónica – algoritmo de diagnóstico e tratamento

Rui Costa

Causas infrequentes de queixas respiratórias

– o que é melhor não esquecer

Helena Pité

14.30-16.00

Sala 3

SESSÃO DE POSTERS IV

Moderadores: Lourdes Chieira, Luís Taborda Barata

14.30-16.00

Sala 2

**CURSO:
DOENÇAS ALÉRGICAS NA PRÁTICA
DESPORTIVA (PARTE III)**

Parte prática (grupos de 10 pessoas, alternam entre as duas sessões)

Como avaliar a função respiratória. Espirometria, prova de provocação com exercício

Mariana Couto e Tiago Jacinto

Exacerbação da doença na escola. Utilização dos dispositivos inalatórios

Rita Câmara e Miguel Paiva

Avaliação da formação e encerramento

Mariana Couto e Rita Câmara

16.00-16.30
Pausa para Café

16.30-18.00
Sala 1

**SIMPÓSIO SPAIC - ASTRAZENECA:
OBSTRUÇÃO DAS VIAS AÉREAS
– EVOLUÇÃO DE CONCEITOS**

Moderador: António Bugalho de Almeida

Asma e DPOC – da definição ao tratamento

António Bugalho de Almeida

ACOS – overlap asma/DPOC

João Almeida Fonseca

Regime fixo vs ajustável no tratamento da asma

Nuno Neuparth

16.30-18.00
Sala 3

SESSÃO DE POSTERS V

Moderadores: Luísa Lopes, Beatriz Tavares

18.00-19.00
Sala 1

ASSEMBLEIA GERAL SPAIC

21.00
Jantar de conferencistas
Apoio: Menarin

Domingo, 5 outubro 2014

08.30-10.00

Sala 1

**MESA REDONDA:
INFLAMAÇÃO DA VIA AÉREA**

Presidente: Filipe Inácio

Moderadores: Manuel Branco Ferreira, Nuno Neuparth

Genética da inflamação alérgica na asma

Celso Pereira

Biomarcadores no ar exalado

Pedro Martins

Polição no ar interior e inflamação alérgica

Joana Madureira

08.30-10.00

Sala 2

**WORKSHOP IV:
URTICÁRIA FÍSICA – PARTICULARIDADES
NO DIAGNÓSTICO E NO TRATAMENTO**

Coordenação: Anabela Lopes, Cristina Lopes

Diagnóstico

Graça Loureiro

Tratamento

Marta Neto

Urticária ao frio

Célia Costa

10.00-10.30

Sala 1

CONFERÊNCIA

Presidente: Manuel Barbosa

Moderador: Paula Leiria Pinto

Revisiting the role of anticholinergics in asthma

Anticolinérgicos revisitados na asma

Kai-Håkon Carlsen

10.30-11.00
Pausa para Café

11.00-12.30
Sala 1

**SIMPÓSIO SPAIC – LABORATÓRIOS LETI:
ÁCAROS, ASMA E AMBIENTE - UMA
«REVISITA» AO MAPA ACAROLÓGICO**

Moderadora: Mariana Vaz

Perfis de sensibilização em pacientes alérgicos a ácaros. Do diagnóstico ao tratamento

Jerónimo Carnes

Asma e imunoterapia específica

Rodrigo Rodrigues Alves

Mapa acarológico, um instrumento de trabalho

Ana Morête

11.00-12.30
Sala 2

SESSÃO DE COMUNICAÇÕES ORAIS III

Moderadores: José Ferraz de Oliveira, Emília Faria

12.30-13.30
Sala 1

SESSÃO DE ENCERRAMENTO

Anúncio dos Prémios SPAIC – Melhores Comunicações

Científicas na Reunião Anual

13.30-14.30

ALMOÇO DE ENCERRAMENTO

Agradecimentos

A Organização da XXXV Reunião Anual da SPAIC e a Direcção da SPAIC agradecem aos Patrocinadores Principais

**A.MENARINI
ASTRAZENECA
BIAL
LABORATÓRIOS LETI
LABORATÓRIOS VITÓRIA
NOVARTIS
THERMOFISHER**

e ainda a presença na Exposição Técnica e apoio de

**ASTELLAS
BIOPORTUGAL
BOEHRINGER INGELHEIM
INMUNOTEK
OM PHARMA
QPHARMA/DIATER
TECNIFAR
TEVA
TOLIFE**

SESSÃO DE COMUNICAÇÕES ORAIS I

Dia: 3 de Outubro 2014

Horas: 08:30 – 10:00

Local: Sala 3

Moderadores: Sara Prates, Carlos Lozoya

CL 1 – Immunocap ISAC® no diagnóstico de alergia alimentar

F. Semedo¹, A. Moreira², A. Pires¹, C. Cruz¹, E. Tomás¹, F. Jordão¹, F. Inácio¹

¹Serviço de Imunoalergologia, Hospital de São Bernardo, Centro Hospitalar de Setúbal, Setúbal, PORTUGAL

²Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Vila Nova de Gaia, Vila Nova de Gaia, PORTUGAL

Objetivo: Avaliar o contributo do ImmunoCap ISAC® no diagnóstico de doentes com alergia alimentar.

Metodologia: Foram estudados os doentes seguidos na Consulta de Imunoalergologia do Centro Hospitalar de Setúbal com pelo menos sensibilização a uma IgE específica demonstrada no teste ImmunoCAP ISAC®. Considerámos 2 grupos de doentes, de acordo com o tipo de patologia:

Grupo 1 – alergia alimentar e alergia respiratória; Grupo 2 – alergia alimentar. Analisámos os perfis de sensibilização de ambos os grupos e a sua relação com manifestações clínicas de alergia alimentar.

Resultados: Incluíram-se 47 doentes com idade média de 24,1 anos ± 15,5, moda de 18 anos, 53,2% do sexo masculino.

No grupo 1 (n=37), o ISAC® identificou sensibilização a Aeroalergénios Específicos de Espécie em 32 doentes, Componentes Alimentares Específicos de Espécie em 11 (3 deles concordantes com a clínica encontrada) e Componentes de Reatividade Cruzada em 29 (26 deles alergénios alimentares, sendo concordantes com a clínica 24), existindo vários doentes com concomitância no tipo de alergénios. Em 9 doentes com alergia respiratória e alimentar, não foi identificada qualquer sensibilização a alergénios alimentares.

No grupo 2 (n=10), o ISAC® identificou Componentes Alimentares Específicos de Espécie em 5 doentes (3 concordantes com a clínica), Componentes de Reatividade Cruzada em 7 (todos concordantes com a clínica) e em 6, Aeroalergénios Específicos de Espécie, apesar de não existirem sintomas respiratórios nestes doentes. Não foi encontrada nenhuma sensibilização alimentar em 2 doentes.

De acordo com o perfil de sensibilização no ISAC®, 42,6% dos doentes tinham síndrome de pólen-frutos/vegetais e 14,9% ácaros-crustáceos-barata; em 21,3% identificavam-se apenas aeroalergénios, em 6,3% somente alergénios alimentares e várias cossensibilizações em 14,9%.

Relativamente a panalergénios encontrados, dos 33 doentes com alergia alimentar e Componentes de Reatividade Cruzada alimentares no ISAC®, 21 doentes tinham LTP, 9 Tropomiosinas, 5 Profilinas e 4 doentes PR-10.

Conclusões: A alergia alimentar está frequentemente associada à sensibilização a alergénios de reatividade cruzada, sendo estes mais concordantes com a clínica do que os alergénios alimentares específicos de espécie. A determinação dos perfis de sensibilização destes doentes utilizando testes microarray ImmunoCap ISAC® pode ser particularmente útil no diagnóstico e caracterização da alergia alimentar em contexto de reatividade cruzada.

CL 2 – Investigação de anafilaxia de etiologia alimentar – papel dos alergénios moleculares

J. Marcelino¹, P. Silva¹, A.C. Costa¹, M. Pereira-Barbosa¹

¹Departamento de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria, CHLN, Lisboa, PORTUGAL

Introdução: A alergia alimentar é uma causa muito frequente de anafilaxia em crianças e adultos. Na avaliação da anafilaxia é necessário, não só identificar o alimento responsável, mas também prevenir eventuais reacções com outros alimentos, provocadas por reactividade cruzada. As taumatinas são uma família de panalergénios presentes em diversos frutos frescos que podem causar reacções sistémicas graves, incluindo anafilaxia, mesmo em produtos manufacturados, devido à sua resistência ao calor e a pH ácido.

Caso Clínico: Descrevemos o caso de um homem de 54 anos, com antecedentes de rinite intermitente ligeira, que foi internado por quadro de urticária, prurido, hipotensão e desconforto abdominal 20 minutos após a ingestão de banana, pêra sem pele, uva com pele, kiwi e iogurte de frutos tropicais. Negava outra sintomatologia, febre, ingestão de álcool ou fármacos, picadas de himenópteros ou realização de exercício físico. Em consulta foram feitos: 1) Testes cutâneos por picada com extrato comercial de aeroalergénios (bateria standard) e dos frutos ingeridos, destacando-se resultados positivos para kiwi e pólenes (gramíneas, Parietaria, oliveira e Artemisia) e negativos para látex, profilina (pho d 2) e LTP (pru p 3); 2) Testes prick-prick com os frutos em natureza positivos para kiwi, abacate, papaia e diospiro; 3) IgE específica (KU/L) positiva para kiwi – 14,5 e Phleum-3,79.

Realizou, também, estudo ISAC que foi positivo (ISU) para Act d2 (11), nSal k1 (20), nCup a1 (1) e rPhl p1 (0,9) e p2 (0,9). Durante o período de investigação, o doente ingeriu outros alimentos que continham taumatinas mas aos quais não teve reacção: pimento, tomate, maçã, cereja, pêssego e azeitonas.

Conclusão: O kiwi é uma fonte de múltiplos alergénios, alguns com possibilidade de reactividade cruzada com vários alimentos. A avaliação de um doente com suspeita de anafilaxia a kiwi implica não só, a confirmação do kiwi como agente causador, mas também a exclusão de sensibilização a alergénios do kiwi que possam determinar sensibilização cruzada (panalergénios) a outros alimentos e que possam também ser causa de anafilaxia. A utilização dos alergénios moleculares facilitou a abordagem diagnóstica e terapêutica deste doente.

CL 3 – Alergénios implicados na anafilaxia induzida pelo exercício dependente da ingestão de alimentos (AIEDA) – experiência de um serviçoM.J. Sousa¹, A.R. Ferreira¹, I. Lopes¹, J.P. Moreira da Silva¹¹Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, Vila Nova de Gaia, PORTUGAL

Objectivo do trabalho: A AIEDA é uma entidade rara, com gravidade variável, que pode pôr em risco a vida do doente. No Japão, o alimento mais implicado é o trigo (proteína ω-5-gliadina – Tri a 19). Em Itália, as non-specific Lipid Transfer Proteins (nsLTPs) foram descritas como o principal alergénio. O objetivo do trabalho é avaliar os alergénios implicados na AIEDA na população do CHVNG/E.

Metodologia: Estudo transversal dos doentes seguidos na consulta de Alergia Alimentar com quadro clínico sugestivo de AIEDA. Foram recolhidos dados demográficos, história pessoal de atopia e alimento suspeito. Foram realizados testes cutâneos por picada com extratos comerciais (TCP) e testes cutâneos picada-picada (TCPP) com alimentos frescos suspeitos e/ou positivos nos TCP. Foi doseada IgE específica (sIgE) (ImmunoCAP Thermofisher®) para extrato do alimento suspeito e alergénios moleculares potencialmente envolvidos.

Resultados: AIEDA foi diagnosticada em 6 doentes, 4 do sexo masculino, mediana etária 39±12.5 [19-55] anos, atópicos. Os alimentos ingeridos antes do episódio de anafilaxia foram pão com farinha de trigo em 5 doentes (juntamente com camarão num doente e a frutos secos noutro doente) e maçã em 1 doente. Dos 5 doentes com ingestão prévia de trigo, 4 tiveram TCP positivo para trigo e 3 também para glúten e gliadina. Três doentes realizaram TCPP com farinha de trigo, que foram positivos. Apenas 1 doente fez prova de provocação (PO) com pão de trigo, sem prova de exercício. O doseamento de sIgE para rTri a 19 foi positiva nos 4 doentes que tinham ingerido pão isoladamente (mediana – 7.88 UK/l [2.29-12.5]). No doente com ingestão prévia de camarão, a alergia a camarão foi excluída por PO. No doente com ingestão prévia de frutos secos, os TCP e TCPP foram positivos a vários frutos secos; sIgE Cor a 8 – 1,55 UK/l. No doente com ingestão prévia de maçã, os TCP foram positivos para extrato de LTP e vários frutos frescos, assim como os TCPP da casca dos mesmos; sIgE Pru p 3 – 4.49 UK/l.

Nenhum doente reportou novos episódios de anafilaxia após evicção dos alimentos suspeitos pré-exercício, mantendo os doentes com alergia a Tri a 19 a ingestão de trigo.

Conclusão: Neste estudo foi possível identificar como alergénios implicados na AIEDA a ω-5-gliadina em 4 doentes e as nsLTPs em 2 doentes. A utilização de alergénios moleculares assume papel importante no diagnóstico definitivo, especialmente em situações em que a PO pode induzir reações graves.

CL 4 – Evicção alimentar após prova de provocação oral negativa, em adultos com suspeita de alergia alimentarF. Carolino¹, L. Amaral¹, L. Leão¹, A.M. Pereira¹, A. Coimbra¹, J.L. Plácido¹¹Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar São João E.P.E., Porto, PORTUGAL

Introdução: Na suspeita de alergia alimentar (AA), a prova de provocação oral (PPO) é o método diagnóstico de eleição. Quando negativa, espera-se que haja reintrodução do alimento na dieta.

Objectivos:

- 1) Determinar a frequência de reintrodução dos alimentos na dieta, em doentes com suspeita de AA, após PPO negativa;
- 2) apurar as razões para manutenção da evicção.

Métodos: Foram seleccionados todos os adultos (>17 anos) com PPO agendadas entre Janeiro/2012 e Dezembro/2013, seguidos no Serviço de Imunoalergologia do Centro Hospitalar São João por suspeita de AA. Foi obtida informação relativa ao consumo actual (CA) dos alimentos suspeitos (evicção vs. ingestão) e comorbilidades alérgicas (dermatite atópica, rinite, asma), por revisão dos processos clínicos e/ou por contacto telefónico com os doentes.

Resultados: Foram incluídos 88 doentes (68% do sexo feminino; idade mediana 33,5 anos [intervalo interquartil 24-43]); destes, 80% eram atópicos e 34% tinham asma. Das 128 PPO agendadas, foram obtidos dados sobre o CA dos alimentos em 91%. O tempo médio (± desvio padrão) entre a PPO e a avaliação do CA foi de 16,7 ± 6,5 meses.

Realizaram-se 106 PPO abertas, a maioria com crustáceos/moluscos (28%), frutos frescos (26%) e peixes (21%); 89 (84%) PPO foram negativas, sendo que em 26% destas foi mantida evicção do alimento após PPO. O principal motivo referido para a continuação da evicção foi o medo de reação (78%); 17% referiam manter queixas com a ingestão do alimento. Entre as PPO negativas, o CA não se associou significativamente ao sexo (p=0,173), idade (p=0,530), grupo alimentar suspeito (considerando os 3 mais frequentes; p=0,104), tipo de manifestação clínica (mucocutânea, gastrointestinal ou sistémica; p=0,286), nem à presença de pelo menos uma comorbilidade alérgica (p=0,408).

As restantes 22 PPO não foram efectuadas por não comparência do doente, tendo sido mantida a evicção do alimento em 73% destas suspeitas (vs. em 33% das situações em que foi feita PPO, independentemente do resultado obtido; p<0,001).

Conclusão: Este estudo revela que em 26% dos casos, apesar de PPO negativa, não houve reintrodução dos alimentos na dieta, na sua maioria (78%) por medo de reacção. Mais de 70% dos doentes que não fizeram PPO mantiveram evicção do alimento suspeito. Estes dados não só apoiam a importância da realização de PPO na prevenção de evicções alimentares desnecessárias, como realçam a necessidade de reavaliação do consumo dos alimentos, mesmo após PPO negativa.

CL 5 – Evição de alimentos após provocações orais negativas: dados de uma população em idade pediátricaL. Amaral¹, L. Leão¹, F. Carolino¹, D. Silva¹, A. Coimbra¹, J.L. Placido¹¹Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar de São João E.P.E., Porto, PORTUGAL

Introdução: Na alergia alimentar (AA), a prova de provocação oral (PPO) é um método essencial para o diagnóstico e avaliação da aquisição de tolerância. A evidência é escassa relativamente ao seguimento dos doentes cuja PPO para o alimento suspeito foi negativa.

Objetivos: 1) Avaliar a prevalência de evicção alimentar após PPO negativa, numa população pediátrica com suspeita de AA e 2) averiguar os motivos para a manutenção da evicção.

Métodos: Análise retrospectiva de todas as PPO agendadas entre Janeiro de 2012 e Dezembro de 2013, de doentes com idade <18 anos, seguidos no Serviço de Imunoalergologia do Centro Hospitalar São João por suspeita de AA. A informação relativa ao consumo actual (CA) de alimentos foi obtida através da consulta do processo clínico e/ou contato telefónico. Os pais/cuidadores foram inquiridos sobre CA e no caso de evicção, as razões para a não reintrodução do alimento na dieta.

Resultados: Foram agendadas 147 PPO em 80 crianças (1-5 por doente), 61% do sexo masculino, com uma mediana de idade (mínimo – máximo) de 6 (2-17) anos; destes, 26% apresentavam história de anafilaxia associada ao alimento suspeito, 56% sintomas mucocutâneos e 13% gastro-intestinais (GI).

Foram efetuadas 110 PPO abertas em 63 crianças, a maioria com leite de vaca (33%), ovo (26%) e peixes (20%); destas, 85 (77%) PPO foram negativas. O tempo médio entre a PPO e avaliação do CA foi de 16,4 (desvio padrão ± 7,3) meses.

A evicção alimentar foi mantida em 15 (18%) após PPO negativa. Os principais motivos para a continuação da evicção foram o medo de reacção por parte dos pais/cuidadores (n=5), o facto de a criança não gostar de ingerir esse alimento (n=5) e sintomas GI (n=3).

As crianças não compareceram em 37 (25%) das PPO agendadas, mantendo-se evicção do alimento suspeito em 65% dos casos. Relativamente às razões para este absentismo destacou-se o medo de reacção (60%).

Conclusões: Neste trabalho constatou-se que a maioria das crianças com PPO negativa ingeria regularmente o alimento testado. No entanto, em quase um quinto das crianças, a evicção alimentar manteve-se após PPO negativa, sendo as principais razões o medo de reacção por parte dos pais/cuidadores e a aversão ao alimento pelas crianças. Realçamos a necessidade de um acompanhamento regular, mesmo após uma prova de provocação negativa, de forma a evitar dietas de eliminação desnecessárias.

CL 6 – Alergia ao camarão – caracterização do perfil de sensibilização numa população portuguesaR. Aguiar¹, L. Viegas¹, J. Marcelino¹, A.C. Costa¹, M.A. Pereira-Barbosa¹, M.C. Santos²¹Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria-Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa, PORTUGAL²Unidade de Imunologia Clínica, Instituto de Medicina Molecular, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa, PORTUGAL

Introdução: A alergia alimentar ao camarão é relativamente frequente em Portugal. A maioria destas reacções de hipersensibilidade são IgE mediadas. Podem ser devidas à sensibilização a alérgenos específicos do camarão ou à reactividade cruzada entre camarão e ácaros resultante da sensibilização ao panalergénio tropomiosina, existindo poucos estudos sobre a sua prevalência e relevância clínica.

Objetivos: Caracterização do perfil de sensibilização numa população de doentes (dts) alérgicos ao camarão; Avaliação da sensibilização a tropomiosina e a ocorrência de provável reactividade cruzada com ácaro do pó doméstico, Dermatophagoides pteronyssinus (Dpt).

Material e Métodos: Estudo retrospectivo de 36 doentes seguidos em Consulta de Imunoalergologia por alergia ao camarão, confirmada por história clínica, testes cutâneos por picada (TCP) e doseamento de IgE específica (sIgE) positivos para camarão. 27 dts doentes realizaram TCP com aeroalérgenos (bateria standard) e tropomiosina de camarão (rPen a I), IgE total, sIgE para camarão, Dpt, rPen a I e tropomiosina do ácaro (Der p10). Nove dts realizaram os mesmos testes com excepção de TCP para rPen a I.

Resultados: Estudo retrospectivo de 36 dts [(25M, 11F; média de idades de 21±15 anos (6-49anos)]. 34 (94,4%) dts apresentavam sensibilização a Dpt. Os dts foram divididos em 2 grupos: Grupo 1 – 34 dts com sensibilização a Dpt confirmada por TCP e sIgE. Os sintomas mais frequentes associados à ingestão de camarão foram: urticária e/ou angioedema-19 dts, SAO-10 e respiratórios-6. Sensibilização a moluscos em 6 dts. Média de sIgE camarão 15,99 KU/L. Dezanove dts apresentavam TCP e sIgE para rPen a I positivos; 8 sIgE para Der p10 positiva e 2 sIgE Der p10 negativa (1 com IgE rPen a I positiva, 1 com negativa).

Dos 9 dts com sensibilização a Dpt que não realizaram TCP para rPen a I, 5 tinham sIgE para Der p10 e rPen a I positivas e 4 dts sIgE para Der p10 e rPen a I negativas.

Grupo 2- 2 dts sem sensibilização a Dpt. Os sintomas associados à ingestão de camarão foram: SAO nos 2 dts e urticária em 1. Média de sIgE camarão 1,01 KU/L. TCP e sIgE para rPen a I e Der p10 negativas.

Conclusões: A maioria dos doentes com alergia a camarão e sensibilizados a ácaros apresentam positividade para a tropomiosina, sugerindo uma possível reactividade cruzada entre ambos e demonstrando a relevância destes panalérgenos neste tipo de hipersensibilidade.

De notar que co-sensibilização a camarão e ácaros pode ocorrer na ausência de reactividade cruzada.

CL 7 – Caracterização de uma população adulta com diagnóstico de esofagite eosinofílica, seguida em consulta de imunoalergologia

R. Aguiar¹, J. Marcelino¹, F. Duarte¹, A.C. Costa¹, M.A. Pereira-Barbosa¹
¹Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa, PORTUGAL

Introdução: A esofagite eosinofílica (EoE) é cada vez mais uma causa comum de sintomas esofágicos crónicos e recorrentes, com impacto significativo na qualidade de vida. Sensibilização a alérgenos alimentares e inalantes têm sido implicados na etiologia da doença.

Objetivos: Caracterização clínica e do perfil de sensibilização numa população adulta com diagnóstico de EoE (EoEd) seguida numa Consulta de Imunoalergologia.

Material e Métodos: Análise retrospectiva dos processos clínicos de doentes com idade > 18 anos e EoEd; caracterização demográfica, clínica, laboratorial [eosinófilos (Eos) periféricos, IgE total e específica], endoscópica, histológica e perfil de sensibilização (testes cutâneos por picada e epicutâneos para alimentos e aeroalérgenos).

Resultados: Foram incluídos 25 doentes (dts) [18M,7F; 32±15 (18-70) anos]; média de idades no início dos sintomas e no EoEd: 27 (13-66) e 30 (16-67) anos respectivamente; tempo médio entre início dos sintomas e EoEd: 27 (1-180) meses; Duração média de seguimento: 25,3 ± 21,7 (1-88) meses.

Os sintomas (%dts) referidos foram: impactação-84, DRGE-like-48, disfagia-36, enfartamento-24, dor abdominal (16) e vômitos (12). O primeiro sintoma mais frequente foi impactação-48% dts. 64% dos dts apresentavam história de atopia (doença respiratória-68% e alergia alimentar-12%). Analiticamente: média de Eos periféricos 388,8 (40-980) e IgE total 163,8 kU/L (5,6-436). Os principais achados endoscópicos (%dts) foram: anéis concêntricos (42), placas brancas (33), estriação longitudinal (29) e microabcessos (12). Histologicamente: 100% tinham >15 Eos por campo de grande ampliação (72% com 15-40; 8% com >40). Após o EoEd, sensibilização alérgica foi identificada em 80% dts (alérgenos alimentares-80%, aeroalérgenos-68%, ambos-56%), dos quais marisco (70%), frutos secos (50%), carnes (30%), soja (20%), leite (30%), ovo (15%), cereais (15%) e frutos frescos (15%); ácaros (54%); pólenes (38%). Após terapêutica, todos os dts referiam melhoria clínica.

Conclusões: O primeiro sintoma e o mais frequente foi a impactação alimentar. Observou-se elevada frequência de sensibilização alérgica que poderá ser determinante na terapêutica destes dts. Na maioria, o EoEd foi moroso após o início de sintomas sugestivos. A gravidade dos sintomas/alterações endoscópicas alerta para a importância do reconhecimento precoce da doença e duma abordagem multidisciplinar, para a melhoria da qualidade de vida do doente, redução dos riscos e prevenção de danos irreversíveis.

CL 8 – Esofagite eosinofílica – experiência num hospital pediátrico terciário

E. Finelli¹, M. Paiva¹, J. Marques¹, S. Prates¹, S. Rosa¹, F. Santos², H. Flores², I. Pó², I. Afonso², L. Oliveira², J. Cabral², P. Leiria Pinto¹
¹Serviço de Imunoalergologia, Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar Lisboa Central – EPE, Lisboa, PORTUGAL

²Unidade de Gastrenterologia Pediátrica, Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar Lisboa Central – EPE, Lisboa, PORTUGAL

Introdução e objectivo: A esofagite eosinofílica (EE) é uma doença crónica, imuno-mediada, caracterizada por sintomas de dismotilidade esofágica. A alergia alimentar parece estar implicada na sua etiopatogenia. Objectivo do estudo foi caracterizar uma população pediátrica com diagnóstico de EE e avaliar a eficácia de diferentes opções terapêuticas.

Métodos: Seleccionaram-se doentes com diagnóstico de EE realizado antes dos 18 anos (A) de idade. O diagnóstico de EE foi baseado nos critérios diagnósticos do consenso internacional. Os doentes realizaram testes cutâneos por picada (TCP) e doseamento de IgE específicas para os alérgenos alimentares mais comuns. Os doentes com sensibilização a alimentos (SA), iniciaram dieta de evicção (DE) específica. Os doentes sem SA identificada ou que não melhoraram após DE, realizaram corticoterapia deglutida (fluticasona 500mg/2id) ou DE de leite de vaca (LV), o alérgeno alimentar mais frequente em idade pediátrica. Os doentes foram reobservados aos 3-6 meses de tratamento, para avaliação de resolução clínica e histológica (RCH).

Resultados: Foram incluídos 68 doentes (54 M); 57% eram atópicos. O intervalo temporal médio entre o início dos sintomas (6,5±4,4A) e a idade do diagnóstico (9,1±4,6A) foi de 2,6A. Em crianças em idade pré-escolar, a clínica de refluxo gastroesofágico e a má progressão ponderal foram as apresentações mais frequentes, enquanto em crianças em idade escolar e adolescentes predominaram as queixas de disfagia e impacto alimentar. IgE específicas e/ou TCP para pelo menos um alimento foram detectados em 71% e 46% dos doentes, respectivamente. A sensibilização mais frequente foi ao LV. Observou-se RCH em 64/68 (94%) crianças. No que respeita a abordagem terapêutica, 46 doentes iniciaram DE específica, dos quais 15 (30%) atingiram RCH. A fluticasona deglutida representou uma opção terapêutica altamente eficaz (46/49; 94% RCH). As recidivas observaram-se em mais de metade dos casos (56%) casos, a maioria após interrupção de fluticasona.

Conclusões: A SA foi um achado frequente em doentes com EE; no entanto a eficácia da DE foi baixa. A má aderência à dieta e a dificuldade em identificar os alimentos responsáveis numa patologia imunologicamente complexa, podem justificar os dados obtidos. A corticoterapia deglutida é uma terapêutica altamente eficaz e bem tolerada, mas a recidiva é frequente após a sua interrupção, realçando o carácter crónico desta patologia.

SESSÃO DE COMUNICAÇÕES ORAIS II

Dia: 4 de Outubro 2014

Horas: 08:30 – 10:30

Local: Sala 3

Moderadores: Celso Pereira, José dias Pereira

CL 9 – Papel do polimorfismo na região do promotor do gene da mieloperoxidase na asma

M. Cortez e Castro¹, A. Matos², J. Ferreira², A. Gil², R. Prabhudas², M. Bicho²

¹CHLN-HSM, Lisbon, PORTUGAL

²Genetic Department, Lisbon, PORTUGAL

Objectivo do estudo: Analisar a associação entre polimorfismo de nucleótido simples (SNP) na região promotora do gene da Mieloperoxidase: MPO 463G>A (rs2333227) com gravidade da asma, quando comparado com doadores de sangue saudáveis como grupo controlo e a sua relação com níveis de MPO (determinado por kit ELISA).

Metodologia: Asmáticos (n= 90) comparados com grupo controlo (n=65); os polimorfismos analisados por PCR-RFLP. Níveis de MPO determinados por kit ELISA. O controlo da asma foi avaliado por: ACQ7 e PAQLQ. Análise estatística realizada com PASW versão 18 estabelecendo nível de significância de p< 0.05.

Resultados: Nos asmáticos a frequência do alelo A foi de 51.1% e do alelo G: 48.9%. No grupo controlo as frequências de alelo A foram de 30,8% e alelo G: 69,2% (p=0.000); alelo A mais frequente em asmáticos e alelo G mais frequente em controlos. Ambos estão em equilíbrio de Hardy-Weinberg (p>0.005). Genótipos nos asmáticos: GG: 17.8%; AG: 62.2 %; AA: 20% e no grupo controlo: GG: 47.7%; AG: 43.1%; AA: 9.2 (p=0.000). Os níveis de MPO plasmático (17,6±2,8ng/mL) quando comparadas com o grupo controlo (18,19±4,21ng/mL) (p=0.526). Quando associados, os níveis de MPO com cada genótipo, entre controlos e asmáticos (p > 0.05). Há diferenças nos níveis de MPO por genótipo (p=0.000) nos asmáticos GG: 36,03±11,82 ng/mL; AG: 14,45±1,85 ng/mL; AA: 17,86±4,08 ng/mL. Níveis de MPO (GG: 36,03±11,82 ng/mL) vs AG+AA (14,95±1,71 ng/mL) (p< 0.05). Níveis de MPO por genótipo no grupo controlo (p=0.393). Quando se associaram os genótipos de MPO (AA + GA vs GG), havia diferenças entre asmáticos e controlos (p=0.000) sendo os genótipos que expressam o alelo A mais frequentes nos asmáticos e aqueles que expressam o alelo G mais frequentes nos controlos OR (AA+GA)=4,217; IC 95% [2,038-8,727]. Existem diferenças nos níveis de MPO por género nos asmáticos (p=0.038) e no grupo controlo (p=0.000), tendo as mulheres no grupo controlo níveis de MPO mais elevados (sexo feminino: 33,56±5,72 ng/mL; sexo masculino: 13,00±5,72 ng/mL) e no grupo de asmáticos níveis mais baixos (sexo feminino: 12,85±4,45 ng/mL; sexo masculino: 19,30±3,45 ng/mL).

Conclusão: A distribuição das frequências dos polimorfismos para a região promotora do gene da MPO: 463G>A, foram diferentes e estatisticamente significativas entre asmáticos e controlos. Também se conclui que nos asmáticos os genótipos GG têm níveis mais elevados de MPO e que os níveis de MPO estão associados ao género.

CL 10 – Asma em crianças vimaranenses do 1.º ciclo: sintomas, medicação e utilização de recursos de saúde

M. Ferreira-Magalhães^{1,2,3}, R. Amaral³, J. Guimarães⁴, A. Moreira⁵, R. Vaz⁶, P. Moreira⁵, J.A. Fonseca^{2,7,8}

¹Hospital Pediátrico Integrado, Centro Hospitalar S. João, Porto, PORTUGAL

²CINTESIS – Centro de Investigação em Tecnologias e Sistemas de Informação em Saúde, Porto, PORTUGAL

³Departamento de Pediatria, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, PORTUGAL

⁴Tempo Livre, Centro Comunitário de Desportos e Tempos Livres, Guimarães, PORTUGAL

⁵Faculdade de Ciências da Nutrição da Universidade do Porto, Porto, PORTUGAL

⁶Centro Médico de Apoio ao Desporto, Guimarães, PORTUGAL

⁷Departamento de Ciências de Informação e da Decisão em Saúde, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, PORTUGAL

⁸Unidade de Imunoalergologia, CUF Porto Hospital e Instituto, Porto, PORTUGAL

Objetivo do trabalho: Descrever a proporção de diagnóstico de asma e respetivos sintomas, utilização de medicação e de recursos de saúde nas crianças do 1.º ciclo do concelho de Guimarães.

Metodologia: Estudo transversal, com aplicação de questionário a encarregados de educação de alunos do 1.º ciclo do concelho de Guimarães, no ano lectivo 2013/2014.

Tendo em conta os sintomas de asma, medicação e recorrência a serviços de saúde criaram-se 3 grupos: 'Asma provável' ('diagnóstico de asma' ou 'sintomas de asma + medicação' ou 'sintomas de asma + consultas não programadas/urgência' ou 'medicação + consultas não programadas'), 'Com sintomas respiratórios' ('pieira' ou 'pieira com esforço' ou 'acordar com tosse ou aperto no peito ou dispneia' ou 'ataque de asma'), e 'Sem sintomas respiratórios'.

Resultados: De 4.300 questionários distribuídos, foram incluídas 2.291 crianças (53%), entre os 5-12 anos de idade, com 51,2% do sexo feminino.

129 (5,6%) tinham diagnóstico de asma alguma vez na vida. 780 (34%) tiveram sintomas de asma, no último ano: 349 (15,2%) pieira, 655 (28,6%) sintomas noturnos (acordar com dispneia ou aperto no peito ou tosse) e 72 (3,1%) ataque de asma (destes, 46,9% com >= 3). 326 (14,2%) tinham rinite alérgica, 116 (5,1%) alergias alimentares e 77 (3,4%) alergias medicamentosas.

322 (14,1%) usaram medicação para a asma/sintomas respiratórios (A/SR), no último ano: 216 (9,4%) medicação de alívio imediato, 173 (7,1%) medicação de controlo e 77 (3,4%) medicação de alívio sem usarem medicação de controlo.

191 (8,3%) realizaram exames auxiliares de diagnóstico pela A/SR, no último ano: 117 (5,1%) radiografia do tórax, 71 (3,1%) análises sanguíneas e 80 (3,5%) provas de função respiratória.

335 (14,6%) recorreram aos serviços de saúde pela A/SR: 238 (10,4%) foram a consultas de rotina, 178 (7,8%) tiveram consultas não programadas, 131 (5,7%) dirigiram-se ao serviço de urgência e 15 (0,7%) ficaram internadas.

Foram classificadas 266 crianças (11,6%) com 'Asma provável', 629

(27,5%) 'Com sintomas respiratórios' e 706 (30,8%) 'Sem sintomas respiratórios'.

Conclusão: Nesta população, o diagnóstico anterior de asma (5,6%) foi muito inferior ao previstos pelas estimativas de prevalência nacionais. Contudo, a proporção de crianças classificadas com 'Asma provável' (11,6%), assim como aquelas 'Com sintomas respiratórios' (27,5%), podem indicar um subdiagnóstico. A avaliação e confirmação diagnóstica nestas crianças será fundamental na compreensão destas estimativas.

CL II – Avaliação da técnica inalatória e suas condicionantes em idosos asmáticos seguidos em consulta hospitalar

L. Taborda-Barata¹, P. Silva¹, I. Rocha¹, V. Pinto¹, A. Pereira², M. S. Valente³

¹Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior, Covilhã, PORTUGAL

²Laboratório de Função Respiratória, Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE, Covilhã, PORTUGAL

³Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE, Covilhã, PORTUGAL

Objectivo: Avaliar a capacidade dos idosos para executar a técnica inalatória, comparar a dificuldade percebida pelos idosos na utilização de inaladores com o seu desempenho atual e determinar quais os factores com impacto neste último.

Metodologia: A amostra incluiu indivíduos com 65 anos ou mais e diagnóstico de Asma Brônquica seguidos em consulta hospitalar. Após assinarem o consentimento informado, os voluntários reponderam a questionários: Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15), o Mini-Mental State Examination (MMES), o Questionário de Qualidade de Vida na Asma (AQLQ), o Teste de Controlo da Asma (ACT) e o Teste de Controlo da Asma e Rinite Alérgica (CARAT). Foi efectuada uma entrevista individual, onde lhes foi aplicado um questionário, para além da observação direta da técnica inalatória e registo dos erros. A técnica foi avaliada como incorrecta (erros Major), aceitável (erros minor) e correcta, usando critérios previamente definidos. A dificuldade percebida no uso de inaladores foi classificada como "Fácil", "Moderada", "Difícil".

Resultados: Foram incluídos 83 idosos com asma brônquica. Houve uma associação significativa entre os fatores, idade e habilitações e a presença de erros na técnica. Verificou-se que, cerca de 48% dos idosos apresentava pelo menos um erro Major na técnica inalatória. O dispositivo MDI apresentou o maior número de idosos com erros Major. A proporção de idosos com erros na técnica foi maior nos indivíduos com mais de 75 anos e analfabetos em relação aos que estudaram.

Conclusão: Erros major na técnica inalatória são muito frequentes em asmáticos idosos e não são percebidos como tal por estes. Factores como idade ou habilitações escolares afectam a técnica inalatória. Este estudo sugere que a técnica inalatória dos idosos asmáticos deve ser verificada regularmente, uma vez que a percepção dos pacientes em relação às suas competências na técnica diverge do seu desempenho real.

CL 12 – Impacto do controlo em doentes com rinite alérgica e/ou asma da população geral portuguesa

A. Sá-Sousa¹, T. Jacinto^{1,2,3}, L. Araújo^{1,2,4}, I. Gonçalves¹, R. Silva¹, A.M. Pereira^{1,2,3}, M. Couto⁵, H. Pité⁶, J. Correia de Sousa⁵, M. Morais de Almeida⁶, J.A. Fonseca^{1,2,3}

¹Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde – CINTESIS, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, PORTUGAL

²Departamento de Ciências da Informação e da Decisão em Saúde, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, PORTUGAL

³Unidade de Imunoalergologia, CUF Porto Instituto e Hospital, Porto, PORTUGAL

⁴Serviço e laboratório de Imunologia, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto PORTUGAL

⁵Instituto de Investigação em Ciências da Vida e Saúde, Escola de Ciências de Saúde, Universidade do Minho, Braga, PORTUGAL

⁶Centro de Alergia, Hospital CUF Descobertas, Lisboa, PORTUGAL

Objectivo: Comparar o impacto da doença (Qualidade de Vida específica, limitação no trabalho e visitas médicas não programadas) entre doentes com Asma e Rinite Alérgica (ARA) e apenas Rinite Alérgica (RA), controlados e não-controlados

Metodologia: O presente trabalho baseia-se nos dados do estudo ICAR – Impacto e Controlo da Asma e Rinite (PTDC/SAU-SAP/119192/2010) colhidos até à data. Este é um estudo observacional transversal com população de todo o país. Utilizaram-se os questionários validados (CARAT, MiniAQLQ, MiniRQLQ, WPAl). O controlo da ARA foi definido para pontuação global do CARAT > 24 e da RA para pontuação do fator das vias aéreas superiores do CARAT > 8. O diagnóstico foi estabelecido por entrevista clínica e exames de diagnóstico objetivos.

Resultados: Incluíram-se 727 adultos com média(DP) de idades de 43,9(15,1) anos e 458 mulheres (63.3%). Seleccionaram-se para análise os participantes com RA (n=330) e com ARA (n=140). Apenas 21%(n=77) tinham a sua doença controlada; 23%(n=54) dos com RA e 18%(n=23) dos com ARA. Doentes com RA e ARA controlados tiveram melhor qualidade de vida com pontuação menor no miniRQLQ que os não-controlados (média(DP): 0,6(0,6) vs 1,6(1,1), respetivamente; p<0,001) e doentes com ARA controlados tiveram melhor qualidade de vida relacionada com a asma com pontuação maior no miniAQLQ que os não-controlados (6,8(0,4) vs 5,6(1,1), respetivamente; p<0,001). Relativamente às limitações no trabalho avaliadas pelo WPAl, doentes controlados apresentaram menos limitações que os não-controlados (%média(DP): 1,3 (5,6) vs 6,7(14,7), respetivamente; p<0,05). Nos últimos 12 meses, por causa da sua doença alérgica, 48(13%) doentes tiveram pelo menos uma consulta não programada ou ida ao serviço urgência; destes 21(44%) tinham RA e 7(15%) estavam controlados.

Conclusões: O controlo da RA e ARA está associado a menos limitações na produtividade e melhor qualidade de vida. Também na população Portuguesa ter a doença alérgica controlada corresponde a menor impacto na vida pessoal, tanto em doentes com Asma e Rinite Alérgica como nos que apenas têm Rinite Alérgica.

CL 13 – Equações de referência de valores de óxido nítrico no ar exalado (feno) para adultos portugueses

T. Jacinto¹, I. Gonçalves^{1,2}, L. Araújo^{1,3}, A. M. Pereira^{1,2,4}, M. Couto^{1,3}, A. Sá-Sousa^{2,6}, H. Pité⁵, M. Morais-Almeida⁵, J. Fonseca^{1,2,6}

¹Unidade de Imunoalergologia, CUF Porto – Instituto & Hospital, Porto, PORTUGAL

²CINTESIS – Centro de Investigação em Tecnologias e Sistemas de Informação em Saúde, Porto, PORTUGAL

³Laboratório de Imunologia, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, PORTUGAL

⁴Serviço de Imunoalergologia, Hospital S.João EPE, Porto, PORTUGAL

⁵Unidade de Imunoalergologia, Hospital CUF Descobertas, Lisboa, PORTUGAL

⁶Departamento de Ciências da Informação e Decisão em Saúde, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, PORTUGAL

Objectivo: O objectivo deste trabalho foi desenvolver equações de referência para valores de óxido nítrico no ar exalado (FeNO) para adultos Portugueses, a partir de uma amostra de indivíduos saudáveis sem doenças respiratórias.

Métodos: Foram seleccionados adultos saudáveis (sem patologia respiratória, com FEV1/FVC >= 0.7) de uma amostra de indivíduos portugueses incluídos no estudo ICAR – Impacto e Controlo da Asma e Rinite (PTDC/SAU-SAP/119192/2010, financiado pela Fundação Ciência e Tecnologia).

Atopia foi definida como presença de pelo menos 1 teste cutâneo por picada positivo para aeroalérgenos e os hábitos tabágicos foram definidos por medição de CO no ar exalado (fumador >= 6 ppm). O FeNO foi medido com o NIOX Mino (Aerocrine AB, Suécia). As equações de referência foram calculadas utilizando modelos de regressão multivariada para a variável dependente Ln(FeNO). As variáveis independentes incluídas no modelo foram o sexo, idade, altura, atopia e hábitos tabágicos. Foram calculados modelos com e sem a variável atopia.

Resultados: Foram incluídos 147 adultos saudáveis (59% sexo feminino), com idade média (DP) de 44.8(16) anos, em que 20% eram fumadores e 31% atópicos. A mediana (min-max) do FeNO foi 15.0 (5-57) ppb. As variáveis significativas nos modelos foram a altura, idade, atopia e hábitos tabágicos, mas não o sexo. A melhor equação de referência para o FeNO foi $\text{Ln}(\text{FeNO}) = -0.737 + \text{altura (cm)} * 0.019 + \text{idade (anos)} * 0.007 + \text{Atopia (1-Sim, 0-Não)} * 0.235 + \text{Hábitos Tabágicos (1-Fumador, 0-Não Fumador ou Ex-Fumador)} * -0.518$, com $R^2 = 0.259$. A equação de referência sem a variável atopia foi $\text{Ln}(\text{FeNO}) = -0.238 + \text{altura (cm)} * 0.0197 + \text{Idade (Anos)} * 0.006 + \text{Hábitos Tabágicos (1-Fumador, 0-Não Fumador ou Ex-Fumador)} * -0.465$, com $R^2 = 0.192$.

Conclusão: A equação de referência que inclui a variável atopia explica uma maior proporção de variabilidade do FeNO e é a mais alta que conhecemos. É também facultada uma equação de referência que não requer a avaliação da atopia, pois pode ser útil em situações clínicas em que essa informação não é conhecida.

CL 14 – Diferentes equações e diferentes critérios de obstrução: associação com ausência de controlo de asma

J. Belo¹, P. Martins^{1,2}, D. Trincão¹, I. Peralta¹, S. Serranho¹, N. Neuparth^{1,2}, P. Leiria-Pinto^{1,2}

¹Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar Lisboa Central, Lisboa, PORTUGAL

²CEDOC, NOVA Medical School / Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, PORTUGAL

Introdução: Nos últimos anos surgiram diversos trabalhos que têm questionado a utilização de critérios fixos na interpretação de resultados de provas funcionais respiratórias (PFR). A Global Lung Function Initiative (GLI) propôs a adopção de equações de referência uniformizadoras, recomendando a utilização do limite inferior do normal (LLN) para estabelecer a existência de obstrução das vias aéreas.

Objectivo: Comparar os valores teóricos obtidos com as equações de referência utilizadas no laboratório de função respiratória do nosso hospital (Equação 1) e os obtidos com as da GLI (Equação 2), e estudar a associação de diferentes critérios de obstrução brônquica e a ausência de controlo de asma.

Métodos: Foram avaliados 298 indivíduos com o diagnóstico médico de asma através de espirometria e do Asthma Control Tests (ACT). Na comparação dos valores teóricos das equações utilizou-se o teste de concordância de Bland-Altman. Na sequência da aplicação das equações GLI consideraram-se diferentes critérios de obstrução brônquica: FEV1 < 80%, FEV1/FVC < 0,70, FEV1 < LLN e FEV1/FVC < LLN. Foi estudada a associação de cada um dos critérios com a ausência de controlo de asma (ACT < 20) através do teste do Qui-Quadrado.

Resultados: A amostra era composta por 51% indivíduos do sexo masculino, com uma mediana de idades de 17 anos (p25-p75: 14-26 anos). Relativamente à Equação 1, 9% (n=26) apresentavam um FEV1 < 80%. Relativamente à Equação 2, 15% (n=46) apresentavam um FEV1 < 80%, 14% (n=42) apresentavam FEV1 < LLN, 23% (n= 68) um FEV1/FVC < LLN e 12% (n=35) apresentavam um FEV1/FVC < 0,70. Relativamente ao ACT, 21% (n= 61) apresentavam ausência de controlo da asma. A média das diferenças entre a Equação 1 e a Equação 2 foi de 7,6% (± 1,96 SD: -6,9% a 22,2%). A ausência de controlo de asma associou-se de forma significativa à existência de um FEV1 < LLN (p= 0,008) e FEV1/FVC < LLN (p=0,015), da Equação 2. Não se observaram associações significativas entre ausência de controlo de asma e a existência de um FEV1 < 80% em nenhuma das equações. A existência de um FEV1/FVC < 0,70 associou-se também a uma pontuação do ACT < 20 (p=0,031).

Conclusão: Existem diferenças médias entre as duas equações de referência, aspecto a ser considerado na interpretação das PFR. Apesar de não existir informação disponível sobre a adequação das equações da GLI à população portuguesa, os nossos resultados sugerem que a utilização do LLN do FEV1 seja um critério útil na avaliação do grau de controlo de asma.

CL 15 – Concordância entre três equações de referência para espirometria em adultos

I. Gonçalves¹, T. Jacinto^{1,2}, L. Araújo^{2,3}, A.M. Pereira^{1,2}, M. Couto^{2,3}, A. Sá-Sousa¹, H. Pité⁴, M.M. Almeida⁴, J.A. Fonseca^{1,2,5}

¹CINTESIS – Centro de Investigação em Tecnologias e Sistemas de Informação em Saúde; Faculdade de Medicina – UP, Porto, PORTUGAL

²Unidade de Imunoalergologia – CUF Porto, Porto, PORTUGAL

³Serviço e Laboratório de Imunologia; Faculdade de Medicina – Universidade do Porto, Porto, PORTUGAL

⁴Centro de Alergia – Hospital CUF Descobertas, Lisboa, PORTUGAL

⁵CIDES – Departamento de Ciências da Informação e da Decisão em Saúde; Faculdade de Medicina – Universidade do Porto, Porto, PORTUGAL

Objectivo: O objetivo deste trabalho foi comparar o FEV1 e FEV1/FVC previstos, usando três equações de referência, e determinar a sua concordância na classificação da função respiratória em normal ou alteração ventilatória obstrutiva usando um valor limite fixo.

Métodos: Foram incluídos 146 adultos saudáveis e 293 indivíduos com asma e/ou rinite que participaram no estudo ICAR – Impacto e Controlo da Asma e Rinite em Portugal (PTDC/SAU-SAP/119191/2010 – Fundação para a Ciência e Tecnologia) entre 30.10.2012 e 01.02.2014. O estudo ICAR foi um estudo observacional, transversal, de base populacional, realizado em Portugal continental; incluiu preenchimento de questionários, realização de provas funcionais respiratórias e avaliação médica. A espirometria realizou-se de acordo com as recomendações da ATS/ERS; os indivíduos foram classificados como tendo função respiratória normal ou obstrução (definida por FEV1 < 80% e FEV1/FVC < 70%), usando as equações de referência da Global Lung Initiative (GLI) 2012, de Hankinson 1999 e da European Coal and Steel Community (ECSC) 1993. Foi avaliada a correlação entre variáveis contínuas com o r de Spearman e a concordância entre variáveis categóricas com o kappa de Cohen (k).

Resultados: Foram incluídos 439 indivíduos, com uma média de idades de 42,9 (mínimo 18, máximo 89) anos, dos quais 62% eram do sexo feminino. A correlação mais elevada (FEV1) observou-se entre as equações da GLI e Hankinson (r = 0.994). Verificou-se que a concordância da classificação em normal ou obstrutivo foi maior quando se comparou as equações previstas pela GLI e Hankinson, exceto nos indivíduos com idade inferior a 30 anos em que foi maior entre a ECSC e Hankinson (tabela 1).

Tabela. Concordância da classificação em normal ou obstrutivo pelas três equações. % – percentagem; k – Kappa de Cohen; n – número de indivíduos

	Grupos etários													
	Total		≤30 (n=103)		31-40 (n=115)		41-50 (n=95)		51-60 (n=53)		61-70 (n=56)		≥71 (n=17)	
	%	k	%	k	%	k	%	k	%	k	%	k	%	k
GLI vs. ESCS	95,4	0,706	97,1	0,559	95,7	0,715	96,8	0,806	92,5	0,312	96,4	0,837	82,4	0,611
GLI vs. Hankinson	98,6	0,926	98,1	0,741	99,1	0,952	98,9	0,942	100,0	1,000	100,00	1,000	88,2	0,757
ESCS vs. Hankinson	96,3	0,759	99,0	0,795	96,5	0,760	97,9	0,877	92,5	0,312	96,4	0,837	82,4	0,611

Vinte participantes (5%) classificados pela ECSC como tendo função respiratória normal (vs. 2 classificados como normal na GLI, vs. 4 na Hankinson), foram classificados como obstrutivos por pelo menos uma das outras duas equações.

Conclusão: A concordância na classificação normal ou obstrutivo foi mais elevada entre as equações da GLI e Hankinson, com exceção do grupo etário com idade inferior a 30 anos. Indivíduos com obstrução podem ser erradamente classificados como tendo função respiratória normal se utilizada a equação de referência da ECSC.

CL 16 – Provas de esforço respiratórias em idade pediátrica
I. Mota¹, S. Matos¹, L. Pimenta¹, C. Henriques¹, I. Almeida¹, M. Morais-Almeida¹

¹Centro de Imunoalergologia, Hospital CUF Descobertas, Lisboa, PORTUGAL

Introdução: A broncoconstrição induzida pelo exercício (BIE) é uma manifestação frequente de asma. O intervalo temporal até ocorrer BIE depende da idade, sendo em geral inferior a 10 minutos na criança e no adolescente; considera-se que ocorre recuperação espontânea até aos 30 minutos na generalidade dos casos de BIE pediátricos. Nesta faixa etária a valorização dos sintomas pode ser pouco específica para avaliar o impacto funcional, ao contrário do que ocorre com a prova de esforço respiratória (PER).

Objectivo: Caracterização das PER positivas, nomeadamente o intervalo temporal necessário para desencadear BIE e a capacidade de recuperação espontânea aos 30 minutos após o esforço.

Métodos: Análise retrospectiva dos resultados obtidos nas PER positivas em idade pediátrica (2013/2014), realizadas de acordo com as recomendações ATS/ERS, sendo considerado como critério de positividade a queda de FEV1 igual ou superior a 10% em relação ao valor basal, em medições seriadas efectuadas aos minutos 1, 5, 10, 15 e 30 após o esforço.

Resultados: Incluíram-se 21 PER positivas, sendo a média de idades de 10,5 anos (DP±2.4 anos) e 52% do sexo masculino. Todos os exames funcionais basais estavam dentro da normalidade, sendo a média de FEV1 basal de 103.4% do valor teórico previsto e o tempo médio de exercício foi de 6.6 minutos. O intervalo temporal após interrupção do esforço até atingir o critério estabelecido de BIE foi de 1 minuto em 24%, 5 minutos em 57%, 10 minutos em 5%, 15 minutos em 10% e 30 minutos em 5%; a média de redução do FEV1 foi de 18.1% (DP±6.8%). Em 43% das provas positivas verificou-se um agravamento subsequente da BIE, sendo a média da redução máxima do FEV1 de 26.6% (DP±8.4%); na maioria das provas positivas após o primeiro minuto houve persistência ou agravamento subsequente da queda de FEV1. Não ocorreu recuperação espontânea aos 30 minutos em 33% das provas, sendo esta revertida após administração de broncodilatador inalado.

Conclusões: Em idade pediátrica, confirmou-se a precocidade da BIE, com cerca de 1/4 das provas positivas no 1º minuto após o exercício, sendo a queda do FEV1 consistente nas medições subsequentes, verificando-se que 4/5 foram positivas até ao quinto minuto. Estes resultados reforçam a importância de realizar avaliações precoces após o esforço. Em contraste com o que é geralmente aceite, em idade pediátrica, não encontramos recuperação espontânea até 30 minutos após o esforço num número significativo de casos.

CL 17 – Relação entre disautonomia e hipereactividade brônquica em nadadores de elite asmáticos: um estudo exploratório

M. Couto¹, D. Silva^{1,2}, P. Santos¹, S. Queirós¹, L. Delgado^{1,2}, A. Moreira^{1,2}

¹Serviço e Laboratório de Imunologia, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, PORTUGAL

²Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar São João, EPE, Porto, PORTUGAL

Introdução: A disautonomia tem-se associado de modo independente ao treino de alta intensidade e à asma induzida pelo exercício. Recentemente foi reconhecido o potencial papel da inflamação neurogénica na asma dos nadadores.

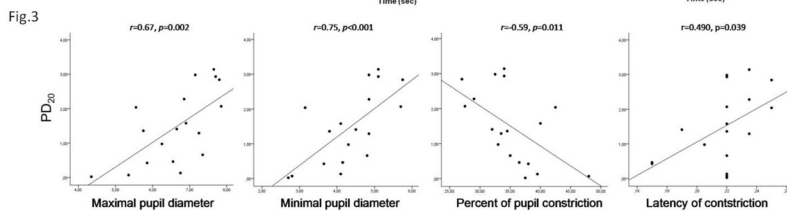
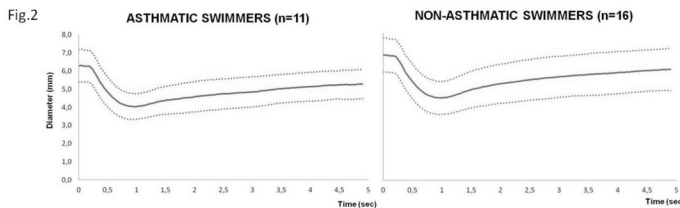
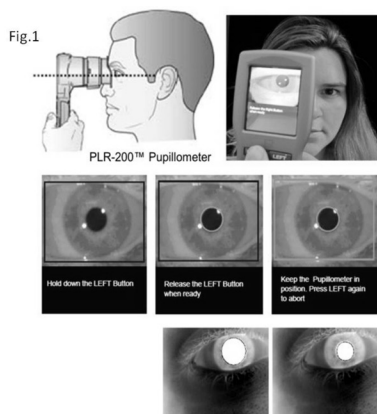
Objectivo: O objectivo deste trabalho é avaliar a relação entre o sistema nervoso autónomo e a hipereactividade brônquica (HRB) em nadadores de elite com asma.

Métodos: Estudo exploratório transversal, no qual foram recrutados 27 nadadores de elite, 11 dos quais com asma – diagnosticada de acordo com os critérios IOC_MC. Todos realizaram espirometria com broncodilatação, testes cutâneos, prova de metacolina e pupilometria (Neurooptics® PLR-200TM). Foi registada uma curva de resposta pupilar à luz para cada olho e calcularam-se os valores médios dos seguintes parâmetros: actividade parassimpática – diâmetros máximo e mínimo, % de constrição, velocidades média e

máxima de constrição; actividade simpática – velocidade de dilatação e tempo total de recuperação de 75% do tamanho inicial (Fig.1). Os nadadores foram categorizados por graus de gravidade de HRB, de acordo com PD20 de metacolina: sem HRB, com HRB borderline, ligeira, moderada ou grave. Em indivíduos com HRB clinicamente relevante, foi investigada a correlação entre o PD20 e os parâmetros pupilares.

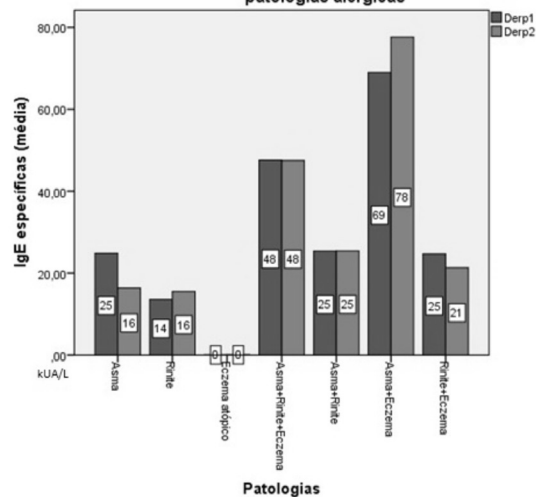
Resultados: Foram observados menores diâmetros pupilares e maior % de constrição nos nadadores asmáticos (Fig.2), reflectindo maior actividade parassimpática, embora as diferenças não sejam estatisticamente significativas. Quando estratificados por HRB, os diâmetros máximo e mínimo e a % de constrição foram significativamente inferiores naqueles com HRB grave. Nos nadadores com HRB clinicamente relevante (n=18), o PD20 correlacionou-se significativamente com a actividade parassimpática (Fig.3): diâmetros máximos (r=0,67; p=0,002) e mínimos (r=0,75; p<0,001), % de constrição (r=-0,59; p=0,011) e latência (r=0,490; p=0,039).

Conclusões: Não se observaram diferenças significativas entre nadadores asmáticos e não-asmáticos em relação aos parâmetros parassimpáticos, mas naqueles com HRB clinicamente relevante verificou-se uma associação. Estes resultados, ainda que limitados pela dimensão da amostra, sugerem uma possível relação entre o sistema nervoso e a HRB em nadadores asmáticos.



CL 18 – Doseamento de ige específicas séricas para der p1 e der p2 na patologia alérgicaF.Semedo¹, C. Cruz¹, M. Martins¹, F. Jordão¹, E. Tomás¹, F. Inácio¹¹Serviço de Imunoalergologia, Hospital de São Bernardo, Centro Hospitalar de Setúbal, Setúbal, PORTUGAL**Objetivo:** Caracterizar uma população de doentes atópicos quanto à sensibilização aos alérgenos moleculares Der p1 e Der p2 e analisar a relação destes com as diferentes patologias alérgicas.**Metodologia:** Seleccionámos 320 doentes seguidos na Consulta de Imunoalergologia do Centro Hospitalar de Setúbal com diagnóstico de doença atópica (asma e/ou rinite e/ou eczema) e com avaliação por história clínica, testes cutâneos por picada para Dermatophagoides pteronyssinus (Bial-Aristegui®) e doseamento de IgE específicas (ImmunoCAP®250) para Der p1 e Der p2.**Resultados:** Incluíram-se 320 doentes com idade média de 22,7 anos ± 16,2, 55,6% do sexo masculino, com asma (n=20); rinite (n=49); eczema (n=6); asma, rinite e eczema (n=51); asma e rinite (n=169); asma e eczema (n=9) e rinite e eczema (n=16). No total dos doentes, 287 tinham testes cutâneos positivos para Dermatophagoides pteronyssinus. Destes, 73,2% tinham IgE específicas positivas para Der p1 e Der p2, 9,4% não tinham IgE específicas para nenhum destes alérgenos moleculares e 17,4% tinham para apenas um deles. As médias de IgE específicas (kUA/L) para Der p1 e Der p2 foram, respetivamente: asma (32,6; 18,5); eczema (0,0; 0,1); rinite (8,6; 14,0); asma, rinite e eczema (55,9; 56,1); asma e rinite (28,3; 26,6); asma e eczema (75,1; 89,8); rinite e eczema (20,1; 24,2).**Conclusões:** O grupo de doentes com asma e eczema apresenta médias de valores de IgE específicas para Der p1 e Der p2 significativamente superiores ($p < 0,05$) ao grupo de doentes com rinite apenas. Os resultados não permitiram identificar diferenças estatisticamente significativas entre as percentagens de positividade de Der p1 e Der p2 para as várias patologias. Verificando-se que 9,4% dos doentes com testes cutâneos por picada positivos para Dermatophagoides pteronyssinus não tinham IgE específicas para nenhum destes alérgenos moleculares, o doseamento destes poderá também ser importante para excluir nestes casos a indicação para Imunoterapia Específica.

IgE específicas para alérgenos moleculares Derp1 e Derp2 nas diferentes patologias alérgicas

**SESSÃO DE COMUNICAÇÕES ORAIS III****Dia:** 5 de Outubro 2014**Horas:** 11:00 – 12:30**Local:** Sala 2**Moderadores:** José Ferraz de Oliveira, Emília Faria**CL 19 – Esporos de fungos presentes na atmosfera de Lisboa, Portugal, e o efeito dos factores meteorológicos**R.Ferro^{1,2}, E. Caeiro^{1,2}, I. Camacho³, M. Morais de Almeida⁴, C. Nunes⁵, R. Brandão^{2,6}¹Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica- SPAIC, Lisboa, PORTUGAL²Instituto de Ciências Agrárias e Ambientais Mediterrânicas – ICAAM, Universidade de Évora, Évora, PORTUGAL³Centro de Competência das Ciências da Vida, Universidade da Madeira, Funchal, PORTUGAL⁴Unidade de Imunoalergologia, Hospital CUF Descobertas, Lisboa, PORTUGAL⁵Centro de Imunoalergologia do Algarve, Portimão, PORTUGAL⁶Departamento de Biologia, Universidade de Évora, Évora, PORTUGAL**Objectivos:** 1) Identificar e quantificar os tipos de esporos de fungos presentes na atmosfera de Lisboa, e 2) analisar a influência dos factores meteorológicos sobre as suas concentrações médias diárias.**Metodologia:** Analisaram-se os dados das monitorizações de esporos de fungos, de 1 de Janeiro a 31 de Dezembro de 2013, da estação de monitorização de Lisboa da Rede Portuguesa de Aerobiologia. Para a monitorização usou-se um captador Burkard Seven Day Volumetric Spore-trap® instalado na zona central de Lisboa e um sistema de leitura ao microscópio óptico baseado na análise de uma linha longitudinal ao centro da lâmina com uma ampliação de 400x. A influência dos factores meteorológicos sobre as concentrações dos vários tipos de esporos de fungos foi realizada através da análise da correlação de Spearman.**Resultados:** Colectaram-se 657.921 esporos de fungos, pertencentes a 105 tipos diferentes, sendo a concentração média diária de 1.803 esporos de fungos/m³. Os tipos de esporos de fungos mais abundantes na atmosfera de Lisboa foram Cladosporium cladosporioides (54%), Amanita (9%), Ustilago (4%), Leptosphaeria (4%), Coprinus (4%), Cladosporium herbarum (4%), Mycosphaera (3%), Boletus (2%), Aspergillus-Penicillium (2%), Agaricus (1%) e Alternaria (1%). As concentrações mais elevadas registaram-se entre o final da Primavera e o Outono, sendo particularmente elevadas no início do Outono; os meses de Inverno apresentaram os níveis mais baixos de esporos de fungos. Outubro foi o mês com índice mensal de esporos de fungos mais elevado, 172.507 esporos de fungos, sendo o mês em que se registou a máxima concentração absoluta diária, 13.561 esporos de fungos/m³. Constatou-se um claro efeito dos parâmetros meteorológicos sobre as concentrações de esporos, tendo o tipo de influência exercida dependido da espécie de esporo analisada. No caso dos tipos Cladosporium, Alternaria e Ustilago, a temperatura

exerceu um efeito positivo enquanto a humidade relativa e a precipitação exerceram um efeito negativo sobre as concentrações atmosféricas destes esporos.

Conclusões: Este estudo permite dar a conhecer a distribuição dos tipos de fungos com eventual importância clínica na atmosfera de Lisboa. A co-ocorrência de tipos fúngicos nesta região pode aumentar o risco de sensibilização, pelo que este tipo de monitorização regular trará benefícios na área clínica, permitindo igualmente planejar estudos para avaliação de sensibilização alérgica na população.

CL 20 – Aerobiologia do pólen de urticaceae em Portugal Continental

E. Caeiro^{1,2}, R. Ferro^{1,2}, I. Camacho³, M. Morais de Almeida⁴, C. Nunes⁵, R. Brandão^{2,6}

¹Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica – SPAIC, Lisboa, PORTUGAL

²Instituto de Ciências Agrárias e Ambientais Mediterrânicas – ICAAM, Universidade de Évora, Évora, PORTUGAL

³Centro de Competência das Ciências da Vida, Universidade da Madeira, Funchal, PORTUGAL

⁴Unidade de Imunoalergologia, Hospital CUF Descobertas, Lisboa, PORTUGAL

⁵Centro de Imunoalergologia do Algarve, Portimão, PORTUGAL

⁶Departamento de Biologia, Escola de Ciências e Tecnologia, Universidade de Évora, Évora, PORTUGAL

Introdução: O pólen de Urticaceae e em particular o pólen de Parietaria, é considerado uma das mais importantes causas de alergia respiratória na Europa Mediterrânea.

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

Metodologia: Utilizaram-se os dados diários das monitorizações dos tipos polínicos Urtica e Parietaria, de 2002 a 2013, de 5 regiões do Continente. Utilizou-se o Burkard Seven Day Volumetric Spore-trap® e o sistema de leitura de 4 varrimentos a 400x ao microscópio ótico.

Resultados: O pólen de Urticaceae esteve bem representado na atmosfera das regiões: 18% Porto, 15% Coimbra, 30% Lisboa, 9% Évora e 10% Portimão. Foi o tipo mais abundante nas regiões do Porto e Lisboa. Os índices mais elevados registaram-se na região de Lisboa e os mais baixos no Porto e em Coimbra. O pólen de Urticaceae ocorreu na atmosfera de Portugal continental ao longo de todo o ano.

Entre as regiões, obtiveram-se diferenças estatisticamente significativas nas principais características da Estação de Pólen Atmosférico Principal (EPAP) destes tipos ($p < 0,05$).

A EPAP de Urtica iniciou no final de Janeiro e terminou em Maio nas 3 regiões a Sul e em Maio-Junho nas regiões mais a Norte. O pico registou-se em Março-Abril sendo mais elevados nas 3 estações do Sul. A EPAP apresentou uma duração média entre 75 e 150 dias. A EPAP de Parietaria foi de longa duração, superior a 150 dias. Nas regiões a Norte iniciou nos finais de Outubro a Dezembro, particularmente em Novembro, e findou em meados de Agosto a meados de Setembro na região Norte, e no final de Julho a início de Setembro em Coimbra. Em Lisboa iniciou nos finais de Dezembro a fins de Fevereiro, particularmente em Janeiro, nas regiões do Sul em Novembro-Dezembro, e terminou nos finais de Julho-Agosto, especialmente neste último. O período de pico polínico foi bastante variável no Sul; nas regiões de Lisboa e Coimbra observou-se nos finais de Abril a meados de Junho-Julho, sobretudo em Maio e na região Norte em Junho-Julho. Lisboa registou os maiores índices polínicos e as mais elevadas concentrações médias diárias.

Conclusões: A região de Lisboa é a que apresenta os mais elevados níveis de exposição ao pólen de Urticaceae. Considerando o seu período de polinização e a elevada alergenidade, será útil uma ampla divulgação destes dados, aos técnicos de saúde e à população em geral, permitindo uma adequada prevenção dos doentes com hipersensibilidade a este pólen.

CL 21 – Estudo das reações a fármacos no período perioperatório e em técnicas com necessidade de sedação: experiência da consulta de alergia a fármacos de um hospital central

R. Aguiar¹, A. Lopes¹, N. Páris Fernandes¹, L. Viegas¹, M.A. Pereira-Barbosa¹

¹Serviço de Imunoalergologia. Hospital de Santa Maria, CHLN, Lisboa, PORTUGAL

Introdução: A incidência de anafilaxia no período perioperatório situa-se entre 1:10 000 e 1:20 000. A incidência da anafilaxia perioperatória em Portugal está por determinar; constata-se um aumento crescente de casos observados. É de referir a importância de uma investigação criteriosa no sentido de identificar factores de risco, fármacos responsáveis e encontrar alternativas.

Objectivos: Caracterizar as reações dos doentes (dtes) com anafilaxia perioperatória e durante realização de técnicas médicas com necessidade de sedação.

Material e métodos: Análise retrospectiva de processos clínicos de 45 dtes com anafilaxia perioperatória e no âmbito da realização de técnicas médicas com sedação, observados na Consulta de Alergia a Fármacos/ Alergoanestesia de 2009 a 2014.

A investigação diagnóstica efectuada 6 a 8 semanas após a reacção, incluiu história clínica criteriosa, doseamento de IgE específica para penicilinas, cefalosporinas e látex, testes cutâneos (TC) com os fármacos respectivos e provas de provocação quando necessárias, de acordo com as recomendações da SFAR/ENDA.

Resultados: Foram avaliados 45 dtes (34mulheres) com média de idades de 52±15 anos.

Em relação à gravidade da anafilaxia e de acordo com a classificação de Mertes, 17 casos (37,8%) apresentavam reacção grau II, 5 casos (11,1%) grau III e 1 caso grau III (2,2%).

Um mecanismo IgE mediado foi comprovado em 26 dtes (57,8%). Os principais agentes etiológicos responsáveis pelas reacções IgE mediadas foram: relaxantes musculares em 7 dtes (26,9%), antibióticos em 5 casos (19,2%; 3 cefazolina, 1 aminopenicilina, 1 ciprofloxacina), metamizol em 3dtes (11,5%), látex em 2 dtes (7,6%), em 4 dtes encontrámos agentes menos representativos.

Em 7 dtes (15,5%) os fármacos responsáveis pelas reacções associaram-se a mecanismos não-IgE mediados, sendo os anti-inflamatórios não esteróides (AINEs) os agentes mais frequentes (5 dtes).

Em 12 dtes (26,7%) não foi possível determinar a etiologia da reacção perioperatória.

Conclusões: Mais de metade das reacções perioperatórias (57,8%) foram IgE mediadas. Os relaxantes musculares, os antibióticos e o corante azul patente foram os agentes mais frequentemente identificados. Em 15% das reacções determinámos um agente responsável por um mecanismo não IgE mediado, principalmente AINEs. É importante determinar a etiologia das reacções perioperatórias, quer para orientação de futuras cirurgias, quer porque os agentes identificados são frequentemente usados fora do contexto cirúrgico.

CL 22 – Hipersensibilidade ao paracetamol – revisão de 5 anos

D. Malheiro¹, M.J. Sousa¹, A.S. Moreira¹, S. Cadinha¹, J.P. Moreira Silva¹
¹Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, Vila Nova de Gaia, PORTUGAL

Objectivo do trabalho: Caracterizar um grupo de doentes com suspeita de hipersensibilidade ao Paracetamol (HSP).

Metodologia: Avaliação retrospectiva de 245 doentes referenciados à consulta de Alergia a Fármacos por suspeita de hipersensibilidade aos AINEs, entre 2009 e 2013. Foram avaliados os seguintes parâmetros nos doentes com suspeita de HSP: dados demográficos, atopia, comorbilidades, HS a outros AINEs, tempo da reacção, manifestações clínicas e procedimentos de diagnóstico. A HSP foi confirmada por PPO e considerada provável se apenas a história clínica era sugestiva.

Resultados: Foram incluídos 50 doentes (20.4%) com suspeita de HSP: 56% sexo masculino, idade mediana 41.5 anos [6-81]; 46% atópicos; 18% urticária crónica e/ou angioedema, 16% associação asma/rinite e 16% rinite/rinoconjuntivite. Trinta e sete (74%) doentes tinham suspeita de hipersensibilidade a múltiplos AINEs e 38% a outros fármacos (maioria antibióticos). As manifestações cutâneas foram as mais comuns (60%), seguidas da associação queixas cutâneas/ respiratórias (24%), anafilaxia (10%) e queixas respiratórias isoladas (6%). Trinta e um (62%) doentes referiram reacções imediatas (RI), 32% reacções tardias (RT) e em 6% não foi possível determinar o timing da reacção. Os TCP e ID foram negativos em todos os doentes testados (17 em 31 com RI; 1 em 3 com reacção indeterminada). Os TE foram negativos em 9 de 16 doentes com RT. Foi realizada PPO com Paracetamol em 60% dos doentes e foi positiva em 4 (3 em 18 com RI; 1 em 10 com RT). A administração continuada do fármaco foi negativa em 10 doentes (9 com RT e PPO negativa; 1 com reacção indeterminada e PPO negativa). A HSP foi confirmada em 4 (8%) doentes, excluída em 32 (64%) e considerada provável em 4 (8%). O estudo foi inconclusivo em 10 doentes (20%), pois recusaram PPO ou abandonaram a consulta. Foi possível confirmar HS a outros AINEs em 4 doentes: 1 doente com HSP e 3 doentes cujo diagnóstico de HSP foi excluída. HS a outros AINEs foi considerada provável em 14 doentes: 2 doentes em que a HSP foi confirmada e 12 em que foi excluída.

Conclusões: Este estudo sugere que a HSP é rara, sendo as queixas cutâneas a apresentação mais comum, o que está de acordo com o descrito na literatura. Ao contrário de outras publicações de HS aos AINEs, observamos predominância do sexo masculino. Os testes cutâneos não permitiram excluir HSP, permanecendo a PPO como método gold standard para o seu diagnóstico.

CL 23 – Caracterização do perfil imunológico e da comunidade estafilocócica cutânea de doentes adultos com dermatite atópica de longa duraçãoC. Lopes^{1,2}, O. Sokhatska¹, J. Soares³, F. Távora³, M. Pintado³, A. Moreira^{1,4}, L. Delgado^{1,5}¹Serviço e Laboratório de Imunologia, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto, PORTUGAL²Unidade de Imunoalergologia, Hospital Pedro Hispano, ULS Matosinhos, Matosinhos, PORTUGAL³Centro de Biotecnologia e Química Fina, Universidade Católica Portuguesa, Porto, PORTUGAL⁴Departamento Imunoalergologia, Centro Hospitalar São João, EPE, Porto, Porto, PORTUGAL⁵Departamento de Patologia Clínica, Centro Hospitalar São João, EPE, Porto, Porto, PORTUGAL

Contexto: A Dermatite atópica (DA) é uma doença inflamatória crónica cutânea resultante de alterações da barreira epidérmica, desregulação imunológica e suscetibilidade aumentada para infecção por espécies estafilocócicas e fúngicas (*Malassezia*). Quando persiste na idade adulta a DA tende a ser mais grave.

Objectivo: caracterizar o perfil imunológico e microbiano da pele de doentes com DA de longa duração.

Métodos: estudo transversal de 79 doentes com mais de 12 anos de idade e diagnóstico médico prévio de DA. Foram excluídos doentes com outras patologias cutâneas imunomediadas e comorbidades significativas. A gravidade da DA foi avaliada através do SCORAD, foram determinadas as concentrações séricas de IgE total, Phadiatop respiratório, IgE específica para enterotoxinas A,B,C e TSST do *Staphylococcus aureus* (SA), *Malassezia* spp (M spp) e proteína eosinofílica cationica (ECP) (CAP-FEIA, Phadia®). Foi feita a contagem de número de colónias (CFU) de estafilococos totais (Spp) e de SA (em 25 cm² da região pólitea, braquial bilateralmente e região interescapular. Foi utilizada estatística não paramétrica: teste Man-Whitney e correlação Spearman, SPPS.20.

Resultados: Foram incluídos 70 doentes, 41% do sexo feminino com idade média (DP) de 29.1(11.4) anos, duração da doença 16 (10.2) anos, 79% atópicos. SCORAD score foi de 41.8 (24.1). Em 87.1% e 67.1% dos doentes foram identificadas espécies estafilocócicas e SA respectivamente, 63% tinham pelo menos uma IgE esp para enterotoxina positiva. Os doentes atópicos tinham significativamente maior número de CFU de Spp (p=0.03) e SA (p=0.02), IgE esp para enterotoxinas (p=0.01) e *Malassezia* (p=0.05). Verificou-se uma correlação positiva entre número de CFU de SA e ECP (p=0.04). A duração da doença estava relacionada positivamente com IgE total (p=0.01), Phadiatop (p=0.02), SA enterotoxinas A (p=0.03), TSST (P=0.03) e *Malassezia* (p=0.001).

Conclusão: A sensibilização a antígenos microbianos e superantígenos está relacionada com a duração da doença e com os níveis de IgE total e para alérgenos inalados. A redução da colonização microbiana na DA poderá ter um impacto na resposta IgE específica e policlonal

CL 24 – Biomarcadores de sensibilização primária e reatividade cruzada em doentes alérgicos a veneno de himenópterosL. Pestana¹, A.C. Melo¹, A. Mendes², E. Pedro², M. Pereira-Barbosa², M.C.P. Santos¹¹Unidade de Imunologia Clínica, Instituto de Medicina Molecular, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa, PORTUGAL²Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Hospital de Santa Maria, Lisboa., Lisboa, PORTUGAL

Introdução: Na maioria dos casos, os testes de diagnóstico com extratos convencionais são frequentemente positivos para veneno de Abelha, Vespa e Polistes, podendo ser devidos a dupla sensibilização ou reatividade cruzada, dificultando a decisão da imunoterapia específica (ITE).

Objetivos: Caracterização do perfil de sensibilização através da utilização de alérgenos recombinantes no diagnóstico de alergia a veneno de himenópteros, identificando dupla sensibilização ou reatividade cruzada.

Contributo do teste de ativação de basófilos (TAB) em doentes (dts) com reação sistémica e testes cutâneos (TC) e IgE específicas (slgE) negativos.

Métodos: 50 dts (32 homens, 18 mulheres; 21-78 anos) com reação sistémica à picada de himenópteros, não submetidos a ITE, e 20 controlos atópicos, sem história de reação à picada de insetos. Realizaram-se TC com extratos comerciais (EC) de venenos de Abelha (A), Vespa (V) e Polistes (P), slgE para os mesmos extratos e alérgenos recombinantes: Api mI, Ves vI, Ves v5 e Pol d5 e CCDs (ImmunoCap®). No TAB testaram-se ambos os venenos em 6 concentrações: 0,01; 0,02; 0,04; 1,0; 2,5 e 5 ug/ml (Flow2 CAST®).

Resultados: Com base nas slgE, 24 dts (48%) eram polisensibilizados a A, V e P e 19 (38%) monossensibilizados: 11 (A), 5 (V), 3 (P). Sete dts com TC e slgE negativos. Dos 24 dts polisensibilizados, 11 (46%) apresentavam dupla sensibilização (slgE positivas para Api mI e Ves vI); os restantes 13 (54%) reatividade cruzada (10 Api mI e 3 Ves vI). Os dts monossensibilizados a V/P tinham slgE positiva a Ves vI e/ou Ves v5 e Pol d5. Oito (73%) dos dts sensibilizados a A tiveram positividade a Api mI. A slgE a CCDs foi positiva em 12 dts, todos com dupla sensibilização com EC, evidenciando reatividade cruzada entre espécies. Os 7 dts com slgE negativas tiveram recombinantes negativos. A especificidade para os 4 componentes foi elevada, dado que dts monossensibilizados não apresentaram slgE positivas para outras espécies, e apenas num controlo foi identificada slgE positiva para Ves vI/Ves v5. O TAB foi efetuado em 5 dts com TC e slgE negativos sendo positivo em 3, nas concentrações de 0,04 e 2,5 ug/ml para o veneno de A.

Conclusões: A determinação das slgE para Api mI, Ves vI/Ves v5 e Pol d5 é um método útil de diagnóstico permitindo discriminar dupla sensibilização primária e reatividade cruzada, assim como uma melhor seleção dos doentes para ITE. O TAB poderá ser útil na investigação em casos de difícil diagnóstico.

CL 25 – Internamentos por angioedema em hospital central – estudo retrospectivo (2009-2013)

J. Moreno Cosme¹, A. Spínola Santos¹, M. Branco Ferreira^{1,2}, M. Pereira Barbosa^{1,2}

¹Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte – Hospital de Santa Maria, Lisboa, PORTUGAL

²Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa, PORTUGAL

Fundamento: O angioedema (AE) é uma entidade clínica que pode estar associada a risco de vida, sendo o internamento hospitalar importante para vigilância e terapêuticas adequadas. Na maioria das vezes, o AE faz parte do quadro de urticária ou de anafilaxia e, em menor frequência, surge isoladamente. A taxa de internamentos por AE de forma isolada é desconhecida.

Objetivo: Caracterizar o perfil epidemiológico e clínico dos doentes internados com AE sem anafilaxia ou urticária em hospital central.

Metodologia: Estudo retrospectivo dos internamentos com o diagnóstico de AE nos últimos 5 anos (2009-2013) no Centro Hospitalar Lisboa Norte (CHLN). Os internamentos com os códigos CID9 995.1 (Angioedema Neurótico) e 277.6 (Angioedema Hereditário / Deficiências de Enzimas Circulantes) foram selecionados da base de dados do Serviço de Gestão Clínica do CHLN. Todos os processos de internamento foram analisados, avaliando-se as características demográficas e clínicas dos internados, os seus antecedentes pessoais e medicação de ambulatório. O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética do CHLN.

Resultados: Dos 290 internamentos registados, distribuídos por 23 Serviços do CHLN (51% ao cuidado da Imunoalergologia), foram incluídos no estudo 201 (165 doentes). A taxa média anual de internamentos por AE foi de 8,6 por 10000. A média de idades foi 53,9±20,8 anos (53% mulheres, 73% caucasianos e 96% adultos). A duração média dos internamentos foi de 6,1 dias. Em 57% dos casos o AE foi o motivo de internamento, em 27% uma intercorrência e 16% dos internamentos destinaram-se a profilaxia de crise em doentes com angioedema hereditário (AEH). Em 4% houve envolvimento laríngeo. A etiologia mais prevalente (36%) foi AEH. Restantes etiologias: 26% AE induzido por inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA), 11% AE como efeito adverso da trombólise, 4% induzido por anti-inflamatórios não esteróides (AINE), 23% outras etiologias. O AE por IECA e por trombólise atingiu a língua respetivamente em 27% e 41% dos casos. O AE associado a IECA surgiu sobretudo entre 1 a 5 anos de terapêutica e no associado à trombólise o IECA foi co-fator em 64% dos casos.

Conclusões: Em cada 10000 internamentos por ano no CHLN, em média, 8,6 são por AE. A maioria dos internamentos foi ao cuidado directo da Imunoalergologia. Apenas 4% tiveram envolvimento laríngeo. O AEH é responsável pela maioria dos internamentos seguidos de IECA. A trombólise pode ser fator de risco de crise de AE intercorrente.

CL 26 – Doença granulomatosa crónica recessiva ligada ao X em jovem adulta – Caso clínico

F. Regateiro¹, J. Amaral², F. Ramos², S. Lemos², E. Faria³

¹Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar Universitário Coimbra / Instituto de Imunologia, Fac. Medicina U. Coimbra, Coimbra, PORTUGAL

²Hospital Pediátrico de Coimbra, Centro Hospitalar Universitário Coimbra, Coimbra, PORTUGAL

³Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar Universitário Coimbra, Coimbra, PORTUGAL

Objectivo: A doença granulomatosa crónica (DGC) engloba um grupo de imunodeficiências primárias hereditárias causadas por mutações do complexo enzimático “phagocyte NADPH oxidase” (PHOX), que condicionam defeitos na fagocitose. Cerca de dois terços dos doentes apresentam DGC ligada ao X (DGC-X) por mutações recessivas do gene CYBB, presente no cromossoma X, que codifica a subunidade gp91phox. Clinicamente, a DGC-X manifesta-se, desde os primeiros anos de vida, em crianças do sexo masculino, pelo aparecimento de infeções bacterianas e fúngicas, graves e recorrentes, e/ou formação de granulomas em vários órgãos. Nas mulheres portadoras de mutações recessivas do gene CYBB a existência de dois cromossomas X impede a manifestação da DGC-X em heterozigotia. Neste trabalho apresentamos uma doente do sexo feminino com manifestações de DGC-X em heterozigotia.

Caso Clínico: A doente, atualmente com 18 anos, foi observada aos 17 anos de idade na consulta de Imunodeficiências primárias do H. Pediátrico de Coimbra por aparecimento de abcesso cutâneo complicado no membro superior direito em isolamento *Salmonella Typhimurium*. Tinha como antecedentes infecciosos: internamento por pneumonia com derrame pleural aos 18 meses de idade, apendicectomia complicada aos 6 anos, otite média aguda aos 11 anos complicada por adenite e vários abscessos cervicais com necessidade de drenagens, tendo sido isoladas *Serratia marcescens* e *Staphylococcus epidermidis*. Sem história familiar de imunodeficiências primárias ou de infeções recorrentes.

Analicamente apresentava hemograma normal; velocidade de sedimentação aumentada 34 mm/1h; doseamentos de imunoglobulinas, populações linfocitárias, teste de transformação linfoblástica (PHA, PWM SPA) e expressão de CD119 normais. A capacidade oxidativa estava diminuída em 84% dos neutrófilos e monócitos, identificando-se claramente duas subpopulações de neutrófilos/monócitos. O estudo do gene CYBB identificou uma nova mutação patogénica com deleção heterozigótica por “stop codon” no exão 9. O estudo familiar revelou tratar-se de uma mutação de novo. Foi identificado um desvio extremo na lionização do cromossoma X (100%).

Conclusões: A existência de manifestações clínicas de DGC-X em doentes do sexo feminino em heterozigotia é excecional. Nesta doente, a lionização preferencial do cromossoma X com CYBB não mutado condicionou o fenótipo. Uma nova mutação do gene CYBB foi identificada. O seguimento, opções terapêuticas e prognóstico serão discutidos.

SESSÃO DE POSTERS I

Dia: 3 de Outubro 2014

Horas: 10:30 – 12:00

Local: Sala 3

Moderadores: Isabel Carrapatoso, Ana Teresa Silva

PO I – Meios complementares de diagnóstico na consulta de alergia alimentar do serviço de imunoalergologia do centro hospitalar de setúbal

F. Semedo¹, F. Jordão¹, E. Tomás¹, F. Inácio¹

¹Serviço de Imunoalergologia, Hospital de São Bernardo, Centro Hospitalar de Setúbal, Setúbal, PORTUGAL

Objetivo: Analisar a eficácia dos meios complementares de diagnóstico utilizados na população de uma Consulta de Alergia Alimentar.

Metodologia: Seleccionámos os registos clínicos dos doentes seguidos na Consulta de Alergia Alimentar do Serviço de Imunoalergologia do Centro Hospitalar de Setúbal, desde 01/01/2011 a 31/05/2014, com alergia atual confirmada ou excluída e analisámos a eficácia dos meios complementares no diagnóstico da patologia, nomeadamente testes cutâneos por picada (Bial-Aristegui[®]), doseamento de IgE específicas pelo método imunoenzimático (ImmunoCAP[®]250) e pelo método semi-quantitativo (ImmunoCAP ISAC[®]) para os alérgenos alimentares suspeitos.

Resultados: Num total de 141 doentes com alergia atual confirmada ou excluída, 53,2% do sexo feminino, com média de idades de 22,5 anos ± 21,4 e moda de 1 ano, foram realizados 434 testes cutâneos a alérgenos alimentares, 214 doseamentos de IgE específicas por ImmunoCAP[®]250 e 21 ImmunoCAP ISAC[®].

Em 86 doentes com alergia confirmada, executaram-se 338 testes cutâneos, 307 positivos e 31 falsos negativos (em 87% dos últimos, o doseamento de IgE específicas por ImmunoCAP[®]250 fez o diagnóstico de alergia alimentar). Foram feitos um total de 157 doseamentos de IgE específicas pelo mesmo método, 108 resultados positivos, e 49 falsos negativos. Ainda neste grupo, 21 realizaram também doseamento de IgE específicas por ISAC[®], sendo 15 destes concordantes com a clínica e 6 não concordantes, tendo sido possível identificar os componentes de reatividade cruzada envolvidos.

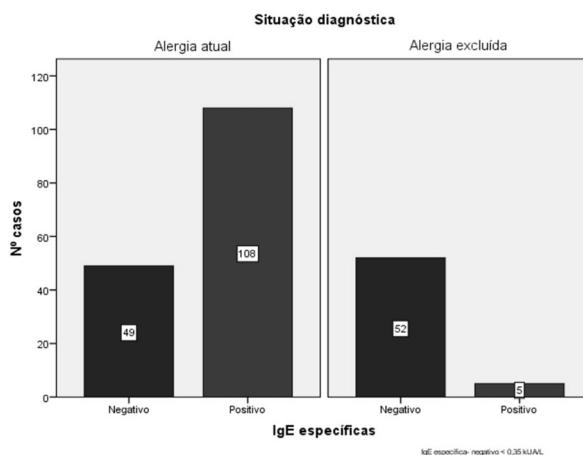
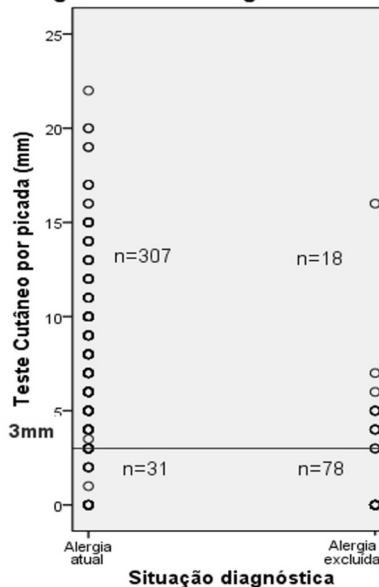
Em 55 doentes com alergia excluída, foram realizados 96 testes cutâneos: 78 negativos e 18 falsos positivos. No total foram executados 57 doseamentos de IgE específicas por ImmunoCAP[®]250, 52 negativos e 5 falsos positivos.

Para os testes cutâneos e para o doseamento de IgE específicas por ImmunoCAP[®]250 foram encontradas neste grupo de doentes, respetivamente: sensibilidade (91%; 69%), especificidade (81%; 91%), valor preditivo positivo (95%; 96%), valor preditivo negativo (72%; 51%) e acurácia (89%; 75%).

Conclusões: Os testes cutâneos e IgE específicas apresentaram elevada eficácia no diagnóstico de alergia alimentar. Os doseamentos de IgE específicas tiveram particular relevância diagnóstica nos doentes com suspeita clínica de alergia e em que os testes cutâneos foram

negativos. O ISAC[®] mostrou interesse na identificação dos componentes moleculares envolvidos, particularmente nos síndromes de reatividade cruzada.

Testes cutâneos por picada na Alergia atual e na Alergia excluída



PO 2 – Caracterização da consulta de alergia alimentar do serviço de imunoalergologia do centro hospitalar de setúbalF. Semedo¹, A. Cotta¹, F. Jordão¹, E. Tomás¹, F. Inácio¹¹Serviço de Imunoalergologia, Hospital de São Bernardo, Centro Hospitalar de Setúbal, Setúbal, PORTUGAL

Objetivo: Caracterizar a população de uma Consulta de Alergia Alimentar quanto ao motivo de consulta, referência, meios complementares de diagnóstico utilizados e prevalência de alergénios alimentares diagnosticados.

Metodologia: Seleccionámos os registos clínicos dos doentes seguidos na Consulta de Alergia Alimentar do Serviço de Imunoalergologia do Centro Hospitalar de Setúbal, desde 01/01/2011 a 31/05/2014 e analisámos a sua história clínica e o resultado de testes cutâneos por picada (Bial-Aristegui®), testes cutâneos prick-prick com o alimento em natureza e doseamento de IgE específicas pelo método imunoenzimático (ImmunoCAP®250) para os alergénios alimentares suspeitos.

Resultados: Incluíram-se 188 doentes com idade média de 21,3 anos \pm 20,6, com a moda de 1 ano, 50,5% do sexo feminino, 100 crianças e 88 adultos (18 ou mais anos de idade), cujos Motivos de Consulta foram: urticária e angioedema (n=97), anafilaxia (n=39), sintomas gastrointestinais (n=32), Phadiatop alimentar positivo (n=9), sintomas respiratórios (n=8) e Síndrome de Alergia Oral (n=3). Fo-

ram referenciados pelo Médico de Família 37,8% dos doentes, 35,6% pelo Serviço de Urgência, 24,5% pelo Pediatra e 2,1% pelo Gastroenterologista.

Foi feito o diagnóstico de alergia alimentar em 100 doentes, tendo esta já sido superada em 14 destes.

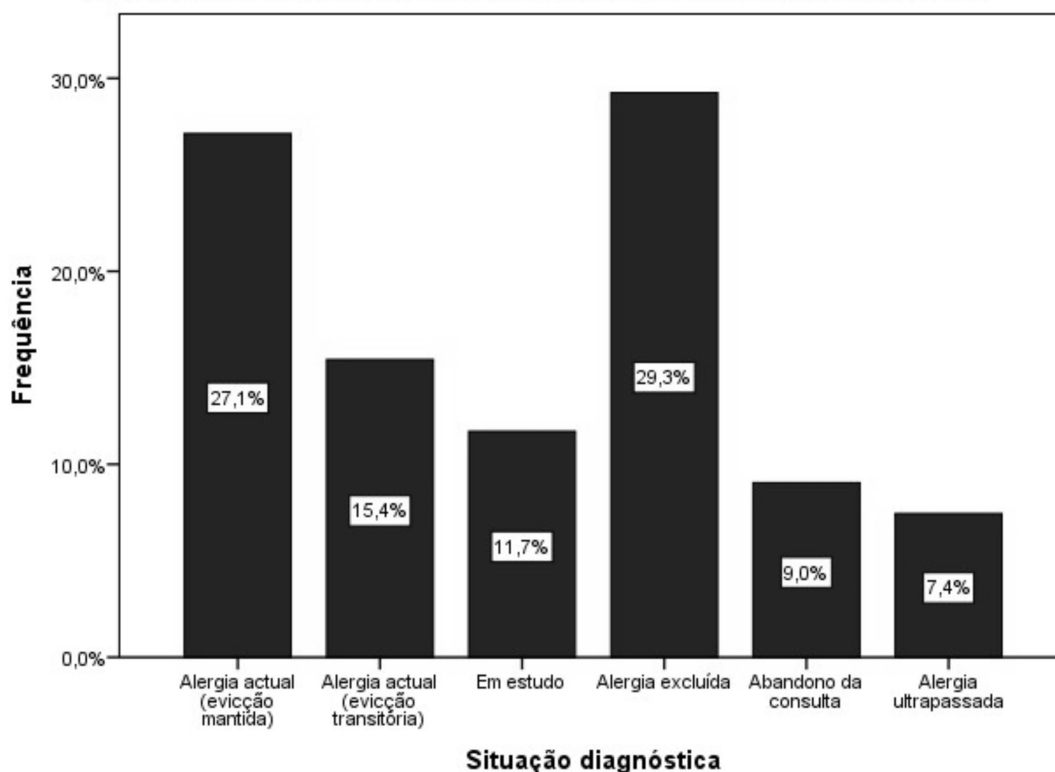
Nos 86 doentes com alergia atual, foram confirmados um total de 338 alergénios alimentares, 90,8% por testes cutâneos por picada, 70,8% por testes cutâneos prick-prick e 68,8% por IgE específicas séricas.

Foram realizadas 73 Provas de Provocação Oral para confirmação de diagnóstico.

Dos doentes com alergia confirmada, 25 tinham alergia às proteínas do leite de vaca, 26 a crustáceos, 18 a frutos frescos, 13 a frutos secos, 13 a peixes, 11 a proteínas do ovo, 10 a cefalópodes, 8 a gastrópodes, 8 a bivalves, 8 a leguminosas, 6 a vegetais, 4 a sementes, 4 a proteínas de carne de animais, 2 a farinhas e 1 a condimentos.

Conclusões: A alergia alimentar mais prevalente nesta Consulta de Alergia Alimentar é às proteínas do leite de vaca, seguida de alergia a crustáceos, sendo o principal motivo de consulta urticária e angioedema e a referência à nossa consulta feita sobretudo pelos cuidados de saúde primários. Os testes cutâneos por picada foram o meio complementar de diagnóstico mais utilizado, e a Prova de Provocação Oral foi utilizada como gold-standart para confirmar o diagnóstico de alergia ou para assegurar a tolerância adquirida.

Situação diagnóstica da população da Consulta de Alergia Alimentar



PO 3 – Tradução e adaptação cultural do questionário “food allergy quality of life questionnaire – parent form” (faqlq-pf)

M. Couto¹, D. Silva², S. Piedade³, A. Dunngalvin⁴, B. Flokstra-De Blok⁵, M. Borrego^{3,6}, M. Morais-Almeida³

¹ Instituto & Hospital CUF Porto, Unidade de Imunoalergologia, Porto, PORTUGAL

² Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar São João, E.P.E., Porto, PORTUGAL

³ Centro de Imunoalergologia, Hospital CUF Descobertas, Lisboa, PORTUGAL

⁴ Department of Paediatrics and Child Health, University College, Cork, IRELAND

⁵ Department of Paediatrics, Division of Paediatric Pulmonology and Paediatric Allergy, University Medical Center Groningen, Groningen, NETHERLANDS

⁶ Centro de Estudos de Doenças Crónicas, CEDOC, NOVA Medical School / Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova, Lisboa, PORTUGAL

Introdução: A alergia alimentar é um problema de saúde com potencial impacto negativo na qualidade de vida (QoL) dos doentes e das suas famílias. Atualmente, existe um interesse crescente em ferramentas validadas que avaliem e permitam quantificar esta questão subjectiva. Sendo a alergia alimentar mais frequente nas crianças, uma faixa etária que impõe uma dificuldade acrescida em reportar este impacto, os questionários aplicados aos pais revelam-se de especial interesse.

Objetivo: Traduzir para Português e adaptar culturalmente à nossa população o questionário de qualidade de vida em alergia alimentar aplicado aos pais – “Food Allergy Quality of Life Questionnaire – Parent Form” (FAQLQ-PF) (crianças 0-12 anos).

Metodologia: A tradução foi realizada de acordo com as recomendações (Allergy 2010;65:290–295). A validação linguística consistiu em 3 passos: tradução, retroversão e teste de compreensibilidade. Foram realizadas duas traduções independentes e obtida uma versão de consenso por um terceiro investigador perito no tema. Foi realizada posteriormente a retroversão desta versão de consenso, que foi enviada aos autores do questionário original. Depois de incorporadas as alterações sugeridas pelos autores, a versão final foi aplicada aos pais de crianças com alergia alimentar, para o teste de compreensibilidade.

Resultados: Foram preenchidos 12 questionários (11 por mães, 1 pelo pai), todos completados em menos de 15min. Não foram indicadas sugestões nem levantadas dúvidas, excepto por 2 mães em relação ao número de alimentos que a criança tinha de evitar. Como comentários, 2 mães referiram tratar-se de um questionário bastante adequado e útil, enquanto outras 3 mães consideraram que o questionário não era adequado aos seus filhos devido à idade (todos <3anos).

Todas as crianças tinham alergia alimentar documentada, e como sintomas 9 apresentavam história de anafilaxia e 3 apenas envolvimento mucocutâneo. Sete crianças tinham <4anos, 2 tinham 4-7 anos e 3 tinham >7anos de idade. Os alimentos implicados na alergia eram o leite de vaca (n=7), ovo (n=7), frutos secos (n=1), peixe (n=1) e camarão (n=1); 5 crianças tinham alergia a mais do que um alimento.

Conclusão: A versão portuguesa do FAQLQ-PF foi adaptada para utilização na população portuguesa. Foram incluídas alterações à versão utilizada neste pré-teste, de acordo com as dúvidas e comentários dos participantes. Esta versão poderá ser utilizada após o processo de validação, que está em curso.

PO 4 – Esofagite eosinofílica diagnosticada em idade pediátrica – caracterização e avaliação imunoalergológicaJ. Marcelino¹, R. AGUIAR¹, A.C. COSTA¹, F. DUARTE¹, M. PEREIRA-BARBOSA¹¹Departamento de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria, CHLN, Lisboa, PORTUGAL

Introdução: A esofagite Eosinofílica (EoE) é uma entidade clinicopatológica com uma prevalência crescente na população pediátrica. Caracteriza-se histologicamente por inflamação eosinofílica e clinicamente por sintomas de disfunção esofágica. A sua etiologia, ainda, não está bem definida mas a causa alérgica, sobretudo alimentar, parece ter um papel muito importante, sendo a evicção alimentar uma das principais abordagens terapêuticas.

Objectivos: Caracterização do perfil clínico, endoscópico, histológico e alergológico numa população pediátrica com EoE.

Material e Métodos: Estudo retrospectivo dos dados clínicos, endoscópicos, histológicos e alergológicos de doentes com EoE diagnosticada em idade pediátrica, seguidos em Consulta de Imunoalergologia.

Resultados: Incluíram-se 25 (22M, 3F) crianças, com predomínio do sexo masculino ($p < 0.01$); 8 doentes com < 6 anos, 15 com 6-12 anos e 2 com 12-17 anos. Média de idades aquando do diagnóstico de EoE: $6,8 \pm 3,6$ anos (1-14 anos). Tempo médio entre início dos sintomas e diagnóstico: $18,6 \pm 29,4$ (0-133) meses.

Previamente ao diagnóstico, 22 (88%) apresentavam história de rinoconjuntivite, 19 (76%) asma, 12 (48%) eczema atópico e 9 (36%) alergia alimentar.

Todas as crianças apresentavam sintomas de disfunção esofágica: disfagia (56%), impacto (52%), sintomas RGE-like (40%) e dor (40%). Nas diferentes faixas etárias avaliadas, o sintoma mais frequente era disfagia no grupo 0-6 anos (6,63%), dor no 6-12 (9,60%) e impacto no 12-17 anos (2,100%). Globalmente, o primeiro sintoma foi sobretudo disfagia (11,44%), seguido de impacto (5,20%); no grupo < 6 anos foi disfagia e/ou vômitos.

Endoscopicamente, 80% apresentavam estriação longitudinal e 40% placas brancas. Histologicamente, 28% tinham > 40 eos/CGA e 32% microabcessos.

Avaliação alergológica através de TCP, prick-prick e epicutâneos: 88% sensibilização a aeroalergénios, 76% a alimentos, sobretudo marisco (63%), leite (42%) e ovo (42%). Nos subgrupos avaliados, as sensibilizações alimentares mais frequentes foram leite (50%) e marisco (50%) nos < 6 anos, mariscos (40%) e frutos secos (33%) nos 6-12 anos e mariscos (100%) nos 12-17 anos.

Conclusão: Nesta população, o sintoma inaugural mais frequente foi a disfagia. Observou-se uma elevada frequência de sensibilização a alergénios inalantes e/ou alimentares pré e pós-diagnóstico de EoE. O marisco surge como a sensibilização alimentar mais frequente em todos os subgrupos etários avaliados, embora com frequência similar à do leite no grupo < 6 anos.

PO 5 – Esofagite eosinofílica: uma questão de condimentaçãoR. Gomes¹, C. Loureiro¹, J. Viana¹, J. Pita¹, A. Todo-Bom¹¹Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, PORTUGAL

A esofagite eosinofílica (EE) é uma entidade inflamatória caracterizada pela infiltração eosinofílica da parede do esófago. É uma entidade patológica cada vez mais reconhecida que atinge sobretudo indivíduos caucasianos do sexo masculino e tem dois picos de maior incidência: 5-10 anos e 20-40 anos. Estudos mostram que mais de 90% são sensibilizados a aeroalergénios e 50% a alimentos, sendo o contacto com estes um factor de agravamento da doença.

Apresentamos um doente do sexo masculino, caucasiano, de 30 anos de idade, com antecedentes de rinite, enviado à consulta de Imunoalergologia em 2012 por episódios intermitentes de disfagia e empactação alimentar com mais de 10 anos de evolução. O primeiro episódio de empactação ocorreu em 2008. Por endoscopia digestiva alta (EDA) visualizaram-se estreitamentos anelares, estrias longitudinais e a biópsia mostrou infiltrado inflamatório eosinofílico. Iniciou inibidor da bomba de prótons e por manter clínica, em consulta de Gastroenterologia, iniciou tratamento com corticoide tópico. Em Janeiro de 2012 teve um episódio de urticária generalizada, com angioedema da face e do membro superior direito, sem envolvimento respiratório, gastrointestinal ou cardiovascular, após ingestão de pevides de abóbora secas; que se repetiu após consumo de pevides de abóbora e caju secos condimentados. Em Agosto de 2012 ocorreu nova empactação alimentar.

Exames Complementares:

Testes cutâneos prick (mm):

(1) Alimentos e condimentos: caril 10; cominhos 3; mostarda 10; paprica 6

(2) Aeroalergénios: ver tabela

Testes cutâneos prick-to-prick (mm): paprica 16; caril 15; canela 15; mostarda 14; pimentão doce 7 e açafrão 4.

Analicamente: hemograma, função renal, hepática e proteinograma normais. IgG 15,3g/dL, IgA 3,1g/dL, IgM 0,47g/dL, IgE 1440UI/ml

IgEs específicas: ver tabela

EDA (2012): anel de Shatski e ulceração a jusante. Biópsias: infiltrado eosinofílico (40cel/CGA), microabcessos da parede

Conclusão: O doente iniciou evicção dos respectivos condimentos e corticoterapia tópica 4 meses. Iniciou tratamento com corticoide nasal e medidas básicas de evicção de ácaros. Manteve-se, desde então, assintomático. Três meses após suspensão do tratamento repete EDA que macroscopicamente não tem alterações e as biópsias mostram uma redução significativa do infiltrado eosinofílico (15cel/CGA). Com este caso pretendemos realçar a importância do reconhecimento da EE, da identificação de factores agravantes desta patologia e da importância das medidas de evicção.

Tabela. Protocolo de dessensibilização

Histamina (4 mm)	Testes cutâneos prick (mm)	IgE específica (kU/L)
<i>Dermatophagoides pteronissinus</i>	8	53,4
<i>Lepidoglyphus destructor</i>	15	8,7
<i>Betula verrucosa</i>	3	2,52
<i>Olea europeae</i>	3	1,55
Mistura de gramíneas	6	–
<i>Dactylis glomerata</i>	–	47,1
<i>Phleum pratense</i>	–	19,2

PO 6 – Alergia ao coentro: dois casos em idade pediátricaD. Pina Trincão¹, M. Paiva¹, E. Finelli¹, S. Prates¹, P. Leiria Pinto¹¹Serviço de Imunoalergologia, Hospital D. Estefânia, Lisboa, PORTUGAL

Introdução: O coentro é um vegetal pertencente à família Apiaciae, amplamente utilizado na confeção alimentar. Estão descritos casos de reacção alérgica após ingestão de coentros no contexto de reatividade cruzada (RC) associada a polinose. De facto, estão identificados 2 alergénios de RC nos coentros: uma PR-10 (Cor s 1) e uma profilina (Cor s 2). Descrevem-se dois casos clínicos de doentes pediátricos com reacção alérgica após o consumo de coentros.

Casos clínicos: Caso 1 (C1): doente de 12 anos (A), sexo masculino, seguido desde os 2A na nossa consulta por eczema atópico, rinite alérgica e alergia alimentar múltipla a ovo, pêssego (pele) e frutos secos (cajú). Aos 5A desenvolveu episódio de urticária da face imediatamente (<5 min) após ingestão de sopa de coentros. Realizou teste cutâneo por picada (TCP) com coentro em natureza que foi positivo. Nos restantes exames realizados destaca-se: TCP positivos para pólenes de gramíneas, oliveira, plantago, salsola e LTP; no estudo ISAC, relativamente a componentes de RC, observou-se sensibilização apenas a Pru p 3 e proteína idêntica à Taumatina.

Caso 2 (C2): criança de 6A, sexo feminino, seguida em consulta desde os 4A por asma e rinite alérgica. Aos 5A desenvolveu 2 episódios de urticária generalizada 20' após refeição de frango cozido com caldo solúvel condimentado com coentros. Realizou posteriormente TCP para os alimentos suspeitos, com positividade apenas para coentros. Nos restantes exames realizados destaca-se: TCP positivos para pólenes de gramíneas, oliveira e profilina; no estudo ISAC confirmou-se sensibilização a profilinas.

Discussão: A alergia aos coentros está maioritariamente descrita em adultos. Nos casos pediátricos apresentados, a RC no contexto de polinose também pode ter relevância. O C2 parece enquadrar-se na alergia ao coentro mediada por profilina. No C1 será necessário realizar estudo de inibição por immunoblotting para caracterizar os alergénios implicados e confirmar eventual RC. Este estudo permitiria avaliar o eventual envolvimento de LTP o que, a confirmar-se, constituiria um padrão de alergia IgE mediada ainda não descrito para o coentro.

PO 7 – Síndrome ave-ovo – A propósito de dois casos clínicosC. Abreu¹, C. Reis, L. Cunha, E. Gomes, H. Falcão¹Centro Hospitalar do Porto, Porto, PORTUGAL

A sensibilização a proteínas do ovo é uma causa frequente de alergia alimentar, particularmente em idades pediátricas. A clara de ovo é a porção mais frequentemente implicada nas reacções alérgicas. Estão descritos, no entanto, reacções a alergénios alimentares da gema de ovo precedido de sensibilização a antigénios de penas e carnes de aves mais frequentemente em adultos, designada síndrome ave-ovo, sendo a proteína responsável a albumina sérica da galinha (alfa-livetina).

Apresentamos dois doentes, um com 49 anos e outro de 46 anos, com início de sintomas alérgicos após a terceira década de vida.

Caso 1: Mulher com início dos sintomas aos 30 anos, com rinorreia e prurido nasal em contacto com aves domésticas, com progressivo agravamento das queixas e aparecimento de tosse e pieira. Após 2 anos de evolução dos sintomas, iniciou episódios cada vez mais graves culminando em episódio de anafilaxia associada a ingestão de alimentos com ovo e carne de galinha. Durante o estudo realizou testes cutâneos por picada, positivo para gema e clara de ovo e negativos para bateria de inalantes comuns. Do estudo analítico, IgE total de 301 KU/L, IgE para clara de ovo 8,38 kUA/L, gema de ovo 14,50 kUA/L, carne de galinha 5,52 kUA/L, ovalbumina 0,79 kUA/L, ovomucoide 0,20 kUA/L e penas de galinha 18,5 kUA/L. Realizou ainda prova de metacolina que foi positiva.

Caso 2: Homem que aos 40 anos de idade, iniciou queixas nasais com rinorreia e estertutos em contacto com canários. Alguns meses depois, após a ingestão de ovo estrelado apresenta episódio de edema palpebral, sintomas que se repetiram com a ingestão de carne de galinha. Realizou testes cutâneos por picada positivo para gema e clara ovo e negativos para inalantes comuns. Do estudo analítico, IgE total de 74 KU/L, IgE para clara de ovo 5,45 kUA/L, gema de ovo 4,52 kUA/L, carne de galinha 1,75 kUA/L, ovalbumina 5,01 kUA/L, ovomucoide 0,01 kUA/L e penas de galinha 6,18 kUA/L. Realizou ainda prova de metacolina negativa.

A síndrome ave-ovo é uma entidade clínica rara. Nos casos de alergia ao ovo, sempre que sujam sintomas com a ingestão de carne de aves, deverá ser excluída sensibilização às penas de aves, particularmente quando temos sensibilização à gema de ovo. O estudo de immunoblotting pode confirmar o diagnóstico. Nestes doentes recomenda-se a evicção completa de ovos, carne de aves e exposição a aves.

PO 8 – Hipersensibilidade a anisakis – diagnóstico diferencial de alergia alimentarM. Paes¹, M. Fournier¹, A.C. Costa¹, M.C. Santos², M. Pereira Barbosa¹¹Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria, CHLN, Lisboa, PORTUGAL²Unidade de Imunologia Clínica, Instituto de Medicina Molecular, Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa, PORTUGAL

Introdução: O Anisakis é um parasita da classe dos nemátodos presente na maioria dos peixes e mariscos consumidos pela população geral. A sensibilização pode ocorrer pela mucosa digestiva ou por via inalatória, através da ativação de resposta imune predominantemente de tipo Th2. Atualmente, estão identificados 12 alérgenos do Anisakis, dos quais 9 já estão caracterizados (Ani s 1 – Ani s 9).

Caso clínico: Os autores descrevem uma doente de 26 anos, natural da Moldávia, com história de 2 episódios clínicos após ingestão de moluscos e peixe. O primeiro episódio cursou com urticária da face, pescoço e tronco, cerca de 30 minutos após a ingestão de choco cozido e no segundo desenvolveu angioedema da face e prurido ocular entre 60 a 90 minutos após ingestão de verdinhos não cozinhados. Da investigação alérgológica efetuada, salienta-se testes cutâneos por picada com extrato comercial de alérgenos inalantes e alimentares positivos para ácaros do pó doméstico e de armazenamento e Anisakis; testes cutâneos prick-prick com choco e verdinhos positivos quando utilizados alimentos da mesma fonte da que foi consumida antes das reações clínicas e negativos quando utilizada uma fonte diferente; IgE específica (kU/L) positiva para Anisakis (15,9), *D. pteronyssinus* (3,97), *D. farinae* (3,48), *Blomia tropicalis* (0,82), *Glycyphagus domesticus* (0,88) e *Tyrophagus putrescentiae* (2,30); ISAC negativo, incluindo parvalbuminas, tropomiosinas, Ani s 1 e Ani s 3.

Discussão: A investigação imunoalérgológica permitiu confirmar o diagnóstico de hipersensibilidade mediada por IgE a Anisakis, com co-sensibilização para ácaros do pó doméstico e de armazenamento. Neste doente, propõe-se que o perfil de sensibilização possa ser caracterizado por outros alérgenos do Anisakis não incluídos no ISAC. A sensibilização a Anisakis poderá constituir uma causa frequente de reações clínicas em casos de aparente alergia alimentar, sendo francamente subdiagnosticada. A evicção da ingestão de peixe e mariscos permanece a base terapêutica, na medida em que a termoestabilidade antigénica parece condicionar a eficácia das medidas preventivas ao nível da confeção e preservação dos alimentos para doentes sensibilizados.

PO 9 – Anafilaxia a semente de girassolC. Cruz¹, F. Ferreira¹, A. P. Pires¹, I. Didenko¹, F. Semedo¹, F. Inácio¹¹Centro Hospitalar de Setúbal, Setúbal, PORTUGAL

Introdução: O girassol (*Helianthus annuus*) pertence à família Asteraceae (também designada Compositae), assim como a artemísia e a ambrósia, plantas que causam frequentemente polinose. Tem sido reportada alergia ao pólen, sementes e óleo de girassol. As sementes de girassol são usadas como snacks, adicionadas a cereais e como ingrediente na preparação de pão. Foram descritas reações sob a forma de dermatite de contacto e conjuntivite alérgica após contacto cutâneo. Têm sido relatadas reações mais graves após a ingestão de sementes de girassol. Estas reações não são comuns e pouco se sabe sobre como ocorre a sensibilização.

Caso clínico: Descreve-se o caso de um adolescente de 16 anos, com história pessoal de rinite alérgica e sensibilização a Dermatophagoides farinae e pólen de artemísia, admitido no Serviço de Urgência por episódio de urticária generalizada, angioedema da face, obstrução nasal e edema laríngeo 30 minutos após a ingestão de cerca de 6 sementes de girassol. Não tinha sido consumido nenhum outro alimento ou fármaco. Fez medicação sistémica que não sabe precisar, com regressão total da sintomatologia após algumas horas. Os testes cutâneos por picada com semente de girassol (extrato comercial) foram positivos (pápula com 14 mm, para uma histamina de 7 mm), bem como o doseamento de IgE específica (0,75 kU/L). O ImmunoCAP ISAC® (Immuno Solid-phase Allergen Chip) foi positivo para nSes i 1, rAra h 9, rCor a 8, nJug r 3, rPru p 3, nArt v 3 e rPla a 3. Não foi realizada prova de provocação oral com sementes de girassol por motivos éticos.

Discussão: A positividade dos testes cutâneos e a elevação dos níveis séricos de IgE específica confirmou a reação IgE-mediada às sementes de girassol. Foi dada indicação ao doente no sentido de utilizar imediatamente o kit de auto-administração de adrenalina de que é portador e recorrer a um Serviço de Urgência em caso de ingestão acidental. Na Europa, a alergia a sementes de girassol parece estar associada a alergia inalante a pólen de plantas da família Asteraceae, principalmente a artemísia (reatividade cruzada), e parece ser esse o caso particular neste doente. É importante reconhecer que a semente de girassol tem o potencial de causar reações anafiláticas graves.

PO 10 – Quando o tempero não dá só sabor – um caso clínico de alergia à mostardaE. Finelli¹, S. Prates¹, M. Paiva¹, P. Leiria Pinto¹¹Serviço de Imunoalergologia, Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar Lisboa Central – EPE, Lisboa, PORTUGAL

Introdução: Ao longo das últimas décadas, em paralelo com o aumento da prevalência das doenças alérgicas, a alergia alimentar tem vindo a ser considerada um problema de crescente importância, particularmente na faixa etária pediátrica. O envolvimento dos diferentes alimentos varia com os hábitos dietéticos. Contudo, a alergia à mostarda é uma entidade clínica pouco habitual entre nós.

Caso clínico: Criança do sexo masculino, de 8 anos (A) de idade, seguido na nossa consulta desde os 2A por alergia às proteínas do leite de vaca e ao ovo mal cozinhado (ultrapassadas). Aos 2,5A apresentou reacção de urticária com angioedema da face após ingestão de molho pesto de caju; neste contexto realizou testes de sensibilidade cutânea por picada (TCP), que foram positivos para amendoim, avelã, noz, caju e pistacho, ficando em dieta de evicção de frutos secos. Aos 7A, relata episódio de urticária da face, conjuntivite, prurido orofaríngeo e desconforto gástrico imediatamente após refeição condimentada com mostarda. Cerca de 1 hora depois, apresentou duas dejectões diarreicas. Assisituiu-se à resolução do quadro clínico em cerca de 2 horas após toma de anti-histamínico. No verão anterior ao episódio tinha estado numa festa onde tinha comido cachorros quentes com mostarda sem qualquer tipo de reacção; não recordava ter comido mostarda anteriormente. Realizou TCP com preparados de mostarda em natureza (3 variedades) que foram positivos (negativos em 6 controlos). Foi iniciada dieta de evicção, não tendo sido observados episódios de contacto accidental ou novas reacções.

Discussão: Apresentamos um caso de alergia à mostarda num doente com alergia primária a frutos secos. A planta da mostarda pertence à família das Brassicaceae. Até à data foram identificados quatro alergénios: Sin a 1 (uma 2S albumina), Sin a 2 (uma 1 IS globulina que partilha epitopos com a maioria dos frutos secos), Sin a 3 (LTP) e Sin a 4 (profilina). No caso desta criança, a sensibilização à mostarda surgiu posteriormente à alergia a frutos secos, podendo ter resultado de reactividade cruzada através do alergénio Sin a 2. A abordagem terapêutica baseia-se nas medidas de evicção alimentar, contudo é dificultada pelo facto da mostarda surgir frequentemente como alergénio oculto. Torna-se essencial, portanto, além de um correcto diagnóstico, a educação dos familiares para a interpretação da leitura dos rótulos dos alimentos comercializados.

PO 11 – Um caso tardio de hipersensibilidade alimentarN. Pinto¹, S. Rosa¹, P. L. Pinto¹¹Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar Lisboa Central E.P.E., Lisboa, PORTUGAL

Introdução: A alergia às proteínas do leite de vaca (APLV) é a alergia alimentar mais comum em idade pediátrica afectando 2-6% das crianças com uma maior prevalência no primeiro ano de vida. A síndrome de enterocolite induzida por proteínas alimentares (SEIPA) ao leite de vaca (LV) é uma forma rara de alergia alimentar não IgE mediada, com uma incidência cumulativa de 0,34%.

Caso Clínico: Lactente de 5 meses, do sexo feminino, leucomelanodérmica, com antecedentes de eczema atópico, referenciada à consulta de Imunoalergologia por suspeita de APLV. Fez leite adaptado na maternidade e manteve aleitamento materno exclusivo até aos 3,5 meses, altura em que iniciou suplemento com leite adaptado. Duas semanas depois iniciou quadro de urticária generalizada acompanhada de edema bilateral das mãos e dos pés, que reverteu sem tratamento. Iniciou leite extensamente hidrolisado com boa tolerância. Os testes cutâneos por picada e o doseamento das IgE específicas foram negativos para LV, caseína, beta-lactoglobulina e alfa-lactalbumina. Procedeu-se à prova de provocação oral aberta com proteínas de leite de vaca, atingindo-se a dose cumulativa programada. Duas horas depois de terminar a prova, ainda no período de vigilância, objectivaram-se 2 episódios de vómitos alimentares em jacto, acompanhados de palidez e letargia muito marcadas. Sem urticária, angioedema ou queixas respiratórias acompanhantes.

Iniciou hidratação rápida por via endovenosa com boa recuperação clínica tendo alta, assintomática 6 horas após a prova, com indicação para retomar o leite extensamente hidrolisado previamente tolerado. Não teve dejectões diarreicas.

Por motivos económicos aos 7 meses efectuou-se prova de provocação oral aberta com soja, após colocação de acesso endovenoso e seguindo o protocolo da SEIPA, que foi negativa.

Discussão: Este caso realça a importância da realização das provas de provocação em meio hospitalar, por profissionais qualificados, com um período de vigilância adequado mesmo em doentes com testes cutâneos e IgEs específicas negativas. A soja foi uma boa alternativa contrariando alguns dados iniciais da literatura.

PO 12 – Síndrome gato-porco?C. Abreu¹, L. Cunha¹, B. Bartolomé², H. Falcão¹¹Serviço de Imunoalergologia, CHP, Porto, PORTUGAL, ² Departamento R&D, Bial-Aristegui, Bilbao, SPAIN

A primeira descrição da síndrome gato-porco foi sugerida por Drouet et al, em 1994. Trata-se duma patologia rara, observada em doentes sensibilizados a epitélio de gato e que apresentam sintomas sugestivos de hipersensibilidade IgE mediada após ingestão de carne de porco; os sintomas podem variar da simples urticária e angioedema até à anafilaxia potencialmente fatal. Esta síndrome é consequência da reatividade cruzada de uma proteína de aproximadamente 66kDa, identificada como a seroalbumina (SA) de gato e que exhibe elevada homologia com a SA porcina. Esta reatividade cruzada parece estender-se também, em alguns doentes, à carne de outros mamíferos.

Neste estudo, apresentamos o caso de um doente, do sexo masculino, de 76 anos, com sensibilização a faneras de gato que, (há um ano) uma hora após o jantar, onde terá ingerido além de arroz, carne de vaca, apresentou um episódio de urticária generalizada e diarreia sem sangue ou muco. As lesões resolveram em poucas horas após a toma de anti-histamínico e corticoide oral, sem lesões residuais. Após dois meses de evicção de carnes vermelhas, o mesmo paciente apresentou um episódio de anafilaxia com a ingestão de carnes cozidas (vaca, porco e enchidos); tendo sido encaminhado ao Serviço de Urgência com resolução dos sintomas após toma de anti-histamínico, fluidoterapia e corticoide endovenoso.

O doente foi encaminhado à consulta de Imunoalergologia, tendo realizado testes cutâneos por picada positivos para leite, gato e cão. Do estudo analítico, foram identificados (ImmunoCAP Phadia[®]) valores de 559KUA/L de IgE total, 4,82KUA/L para epitélio de gato, 1,04KUA/L para epitélio de cão, 2,72KUA/L no leite, 8,6KUA/L para carne de vaca e 6,67KUA/L relativamente à carne de porco. Devido a queixas gastrointestinais inespecíficas com leite, foi realizada uma prova de provocação oral, (numa dose acumulada de 200ml) na qual não foi observada a ocorrência de qualquer reação. Ainda, a IgE específica para a seroalbumina (SA) de gato, revelou-se positiva; e os estudos SDS PAGE IgE-immunoblotting com extrato de carne de porco, vaca e epitélio de gato detetaram fixação de uma banda de ligação da IgE com pesos moleculares de 67kDa e 45kDa.

Neste estudo retratamos assim um caso de alergia à carne, com deteção de uma banda de 67kDa, que poderá corresponder à seroalbumina de gato já descrita na literatura. O doente mantém-se há 8 meses com evicção de carnes vermelhas, sem registo de novas reações.

SESSÃO DE POSTERS II**Dia:** 3 de Outubro 2014**Horas:** 16:30 – 18:00**Local:** Sala 3*Moderadores:* Eva Gomes, Joana Caiado**PO 13 – Unidade de imunoalergologia do sesaram, EPE – Análise retrospectiva dos últimos 5 semestres do hospital de dia**M. Correia¹, S. Oliveira¹, F. Sousa¹, L. Dantas¹, C. Fernandes¹, I. Ribeiro¹, A. Borges¹, R. Câmara¹¹Hospital Dr. Nélio Mendonça, Sesaram, Epe, Funchal, PORTUGAL

Introdução: O Hospital de Dia (HD) é uma estrutura física autónoma encontrando-se integrada na Unidade de Imunoalergologia (UIA). Equipado de meios adequados de monitorização de parâmetros vitais e de instituição terapêutica permite, na eventualidade de reacção adversa, uma rápida actuação por parte do clínico.

Objectivos e Métodos: Os autores analisam a actividade assistencial dos últimos 5 semestres [Janeiro 2012 – Junho 2014] de funcionamento do HD.

Resultados: Através da consulta do registo manual da ocupação diária do HD e análise de dados estatísticos, foi possível constatar que o HD recebeu 230 doentes, num total de 680 sessões, sendo que desses doentes 67,4% (n= 155) eram do sexo feminino e 32.6% (n=75) do sexo masculino, com uma média de idades de 34 anos [1;77]. Os procedimentos HD incluíram: 193 (28.4%) provas de provocação das quais 22.8% foram a alimentos, 75.1% a fármacos e 2.1% com látex e gelo. A alergia a veneno de himenópteros foi responsável por 11 (61%) dos testes cutâneos, enquanto que a alergia a anestésicos foi responsável por 7 (39%) perfazendo um total de 2,65% da actividade HD. A imunoterapia específica foi responsável por 24,3% da actividade do HD, em que 29 (17.6%) administrações foram para himenópteros e 136 (82,4%) para aeroalergénios. A terapêutica com imunoglobulina humana (IMH) foi responsável por 287 (42.2%) sessões e a administração de anticorpo monoclonal – Omalizumab por 3 (0.4%). A dessensibilização às proteínas de leite de vaca foi realizada em 3 doentes originou 12 (1,8%) das sessões em HD. A administração de vacinas do plano nacional de vacinação foi realizada em 2 doentes com alergia ao ovo.

Discussão: Comparando os 1^os semestres de 2012 e 2014 verificou-se que as provas de provocação (alimentares e fármacos) aumentaram de 29 (28.2%) para 68 (36.8%). Em relação às imunodeficiências primárias a administração de IMH na forma sub-cutânea com periodicidade mensal em ambiente de HD, permitiu diminuir intercorrências infecciosas e melhorar a qualidade de vida destes doentes.

Conclusão: O tratamento em regime de HD permite a realização de procedimentos terapêuticos, sem necessidade de hospitalização, e será com certeza o futuro da Imunoalergologia. Por outro lado, na última década, o grau de diferenciação e standardização nomeadamente, no campo do diagnóstico da patologia alérgica, para além da do tracto respiratório, foram os responsáveis pela rentabilização e economia de recursos, nomeadamente em regime de HD.

PO 14 – HLA-B*57:01 e hipersensibilidade ao abacavir – revisão sistemática e metanálise

B. Sousa-Pinto¹, C. Correia², G. Costa², J. Ramos², L. Gomes², S.G. Mata², L. Araújo³, J.L. Delgado³

¹Serviço e Laboratório de Imunologia e CIDES – Departamento de Ciências, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, PORTUGAL

²Serviço e Laboratório de Imunologia, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, PORTUGAL

³Serviço e Laboratório de Imunologia e CINTESIS, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Unidade de Imunoalergologia, Porto, PORTUGAL

Objetivo do trabalho: Avaliar a associação entre o alelo HLA-B*57:01 e a hipersensibilidade ao abacavir, de acordo com os critérios diagnósticos e origem étnica.

Metodologia: A pesquisa bibliográfica foi realizada nas seguintes bases de dados: Medline, Scopus, Embase, Thomson Web of Science, US National Institutes of Health Trial database (clinicaltrials.gov) e a base de estudos clínicos da GlaxoSmithKline. Foram selecionados estudos de casp-controlo de base populacional que avaliem a relação entre o alelo HLA-B*57:01 e a hipersensibilidade ao abacavir. Foram recolhidos dados sobre o desenho do estudo, características demográficas, origem étnica e critérios de diagnóstico de hipersensibilidade. Odds ratios (OR) e respetivos IC a 95% foram calculados usando uma metanálise de efeitos aleatórios.

Resultados: treze estudos foram incluídos. O alelo HLA-B*57:01 associa-se com o desenvolvimento de hipersensibilidade ao abacavir quando diagnosticada por critérios clínicos não-restritivos (OR=32,0; IC 95% 23,6 a 43,3), por critérios clínicos restritivos (OR=177,7; IC 95% 48,4 a 652,0) e utilizando testes epicutâneos (OR=954,6; IC 95% 250,2 a 3642,8). A relação foi significativa em todas as etnias, incluindo caucasianos (OR (IC 95%) para critérios clínicos restritivos: 29,9 (20,2-41,2); para testes epicutâneos: 1469,9 (282,1-7660,1)), africanos e afro-descendentes (para critérios clínicos restritivos: 11,1 (3,8-32,6) e hispânicos (para critérios clínicos restritivos: 17,6 (3,9-80,4)).

Conclusões: O alelo HLA-B*57:01 está associado significativamente com o desenvolvimento de hipersensibilidade ao abacavir, independentemente dos critérios de diagnóstico de hipersensibilidade usados ou da origem étnica.

PO 15 – Prova de provocação negativa com analgésicos – será que os doentes confiam no resultado?

M. Correia¹, F. Sousa¹, S. Marote², S. Oliveira¹, R. Câmara¹

¹Unidade de Imunoalergologia, Hospital Dr. Nélio Mendonça, SESARAM, EPE, Funchal, PORTUGAL

²Ano Comum do Internato Médico, hospital Dr. Nélio Mendonça, SESARAM, EPE, Funchal, PORTUGAL

Introdução: As provas de provocação (PP) são realizadas para diagnóstico/exclusão de hipersensibilidade a fármacos, assim como para selecionar fármacos alternativos seguros nos casos de hipersensibilidade comprovada. A análise do grau de confiança e do conhecimento dos fármacos testados em diferentes populações confirma a utilidade destas PP.

Objetivo: Avaliar o conhecimento acerca do fármaco implicado/testado e a confiança dos doentes no resultado negativo das PP. **Material e Métodos:** A partir dos registos [Abril 2012 – Março 2014] do Hospital Dia da Unidade de Imunoalergologia do Hospital Dr. Nélio Mendonça foram selecionados para entrevista telefónica os doentes que realizaram PP cujo resultado foi negativo.

Resultados: Contactou-se 48 doentes (idade média=34,1 anos [min. 14; máx. 69], 62,5% (n=30) do sexo feminino, que efetuaram 64 PP negativas; trinta e quatro doentes a um fármaco, 12 doentes a dois e 2 doentes a três. Em 33 doentes (68,8%) suspeitava-se de um fármaco e em 15 doentes (31,2%) mais do que um. As reacções imediatas em 54,2% da população estudada e os sintomas foram maioritariamente mucocutâneos (93,8%). Das provas realizadas, 48 foram alternativas e 17 diagnósticas. Os fármacos testados foram: os inibidores seletivos da COX 2 (n=25), os inibidores preferenciais da COX 2 (n=23), o paracetamol (n=8), os inibidores da COX 1 (n=5) e o metamizol (n=3). Dos inquiridos, apenas 2 doentes não sabiam o nome do analgésico suspeito. Relativamente às PP, em 79,7% (n=51) dos casos, os doentes conseguiram identificar correctamente o(s) fármaco(s) testados e que podiam ser tomado a posteriori. Dos fármacos testados, 38 (59,4%) voltaram a ser tomados sendo que em 26 casos (40,6%) não foi tomado por não ter sido necessário (n=24) ou porque foi feito outro fármaco que sabiam tolerar (n=2).

Conclusões: Neste grupo de doentes a maioria identificou o(s) o analgésico suspeito(s), o analgésico que tinha feito PP e o que poderia tomar. O grau de confiança na prova foi razoável, mais de metade dos fármacos testados voltaram a ser utilizados e aparentemente quando não foi tomado foi por não ser necessário. A transmissão da informação, assegurando a compreensão por parte dos doentes é fundamental para otimizar a sua atitude perante situações clínicas futuras em que seja necessário utilizar o fármaco testado.

PO 16 – Reações de hipersensibilidade a anti-inflamatórios não esteróides numa população pediátricaC. Alves¹, A.M. Romeira¹, P. Martins¹, C. Abreu², E. Gomes², P. Leiria Pinto¹¹Serviço de Imunoalergologia, Hospital Dona Estefânia, Lisboa, PORTUGAL²Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar Porto, Porto, PORTUGAL

Objectivo: Os anti-inflamatórios não esteróides (AINE) são o 2.º fármaco mais frequentemente implicado em reacções de hipersensibilidade em doentes em idade pediátrica. Pretendeu-se analisar um grupo de doentes estudado, em 2 centros de Imunoalergologia do País, por suspeita de reacção de hipersensibilidade a AINE.

Metodologia: Foram incluídos 105 doentes em idade pediátrica que efectuaram avaliação diagnóstica por suspeita de reacção de hipersensibilidade a AINE. Foi feita uma avaliação retrospectiva, através da consulta dos processos clínicos, que permitiu a classificação das reacções, identificar os fármacos implicados e os resultados das provas de provocação medicamentosas (PPM) efectuadas.

Resultados: 55 doentes (52,4%) eram do sexo masculino, com idades compreendidas entre 1 e 17 anos (média 9,43 anos). 48 doentes (45,7%) eram atópicos. 50 doentes tinham rinite, 41 asma e 9 eczema. Os AINE implicados foram ibuprofeno (79% dos doentes), paracetamol (18,1%), AAS (4,8%), nimesulide (2,9%) e etoricoxibe e metamizol (1 doente cada). Em 35 doentes, a reacção suspeita ocorreu nos 60 minutos após a toma. Na 1ª reacção suspeita, 78,1% dos doentes referiram sintomas cutâneos, 18,1% respiratórios, 7,6% digestivos e 4,8% referiram anafilaxia. 42 doentes reagiram mais do que uma vez ao AINE suspeito e 8 doentes reagiram a mais do que 1 AINE. 61 doentes (58,1%) já tinham tolerância comprovada a 1 AINE antes do início da investigação. Dos 105 doentes, 85 (81%) realizaram PPM com o AINE suspeito, com PPM positiva em 3 doentes. 20 doentes (19%) não efectuaram PPM com o AINE implicado devido à gravidade da reacção inicial ou por recusa por parte dos doentes. Destes 20 doentes, 19 realizaram PPM com AINE alternativo, com resultado positivo em 4 doentes. A hipersensibilidade a AINE foi confirmada em 6,7% dos doentes e excluída em 78,1%. A investigação foi inconclusiva em 15,2% dos casos.

Conclusões: A hipersensibilidade a AINE foi comprovada em 7 doentes (6,7%) no nosso estudo. O fármaco mais frequentemente implicado foi o ibuprofeno. As PPM foram essenciais para confirmar/excluir o diagnóstico de hipersensibilidade a AINE e para encontrar uma alternativa terapêutica segura neste grupo farmacológico.

PO 17 – Investigação diagnóstica exaustiva na suspeita de hipersensibilidade a beta-lactâmicos em crianças – será necessária em todos os casos?E. Dias de Castro¹, F. Carolino¹, J. R. Cernadas¹¹Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar São João E.P.E., Porto, PORTUGAL

Introdução: Os beta-lactâmicos (BL) estão entre os antibióticos mais prescritos e podem associar-se a reacções de hipersensibilidade (RHS), frequentemente com envolvimento cutâneo. Os exantemas de causa infecciosa constituem um importante diagnóstico diferencial, particularmente nas crianças.

Objectivos: Caracterizar as RHS-BL suspeitas e analisar a prevalência de alergia a BL na nossa amostra.

Métodos: Análise retrospectiva, com revisão dos processos clínicos de todas as crianças (<18 anos) referenciadas à Área de Alergia a Fármacos de um Serviço de Imunoalergologia, entre Janeiro/2011 e Junho/2014, por suspeita de RHS-BL.

Resultados: Foram estudadas 100 crianças (55% sexo feminino; idade mediana 6,5 anos [intervalo interquartil (IQ) 3-9]), por 104 RHS suspeitas a diferentes BL. A mediana do tempo decorrido entre a reacção e a avaliação foi de 2 anos (IQ 1-4,5). Os fármacos mais frequentemente implicados foram a amoxicilina+clavulanato (51,9%) e a amoxicilina simples (35,6%), prescritos principalmente por amigdalite (29,8%), otite (23,1%) e infecção das vias aéreas superiores (18,3%); 4 crianças reagiram a 2 BL diferentes. A manifestação cutânea foi a mais frequente (91,3% das reacções), quase sempre representada por um exantema maculopapular (EMP). O tempo de início da reacção era desconhecido em 51,9% dos casos e tardio em 37,5%. Não havia história de exposição prévia ao BL suspeito em 27,9% dos casos e em 19,2% havia exposição prévia, com reacção reprodutível. Realizou-se determinação da IgE específica (slgE) para a penicilina G, V e amoxicilina e testes cutâneos (TC) por picada, respectivamente em 86,2% e 84,5% das crianças com reacção imediata ou de início desconhecido, sempre com resultado negativo. Foram realizados TC intradérmicos em 19 crianças, com leitura imediata positiva em apenas 1 caso e leitura tardia negativa nos 4 casos em que foi realizada. Foram efectuadas 93 provas de provocação oral (PPO) diagnósticas (89,4% dos casos), 7 delas positivas. Todas as crianças com RHS confirmada (n=8) tiveram envolvimento cutâneo isolado.

Conclusão: As RHS-BL foram confirmadas em apenas 8% das crianças. Embora, em crianças, o EMP relacionado com os BL seja raro, não existem características clínicas distintivas do EMP infeccioso, tornando a investigação diagnóstica necessária. Os autores discutem a necessidade de realizar sempre determinação da slgE e/ou TC em crianças com reacções menos graves, em vez de realizar directamente PPO.

PO 18 – Anafilaxia intra-operatóriaI. Mota¹, A. Gaspar¹, M. Chambel¹, M. Morais-Almeida¹¹Centro de Imunoalergologia, Hospital CUF Descobertas, Lisboa, PORTUGAL**Objectivo:** Descrever a actividade desenvolvida na investigação dos doentes observados por anafilaxia em contexto intra-operatório, nos últimos 3 anos.**Métodos:** Estudo retrospectivo dos processos clínicos e dos resultados obtidos durante a realização de testes cutâneos, por picada (TCP) e intradérmicos (IDT), e provas de provocação (PP) em ambiente de Hospital-de-Dia. Os doentes foram investigados de acordo com as recomendações estabelecidas pelo European Network for Drug Allergy – ENDA / EAACI.**Resultados:** Foram confirmados 13 casos de anafilaxia intra-operatória, grau III-IV, sendo a idade média de 39 anos (SD±13 anos; mín. 15; máx. 62) e 62% do sexo feminino. Os agentes anestésicos (relaxantes neuromusculares-4, anestésicos locais-2 e midazolam-1) e os antibióticos (cefazolina-3) foram os principais agentes identificados (77% dos doentes). As restantes causas incluem metamizol (n=2), frio (n=1) e látex (n=1). Numa doente foram identificados 2 agentes: atracúrio e látex. As reacções IgE-mediadas foram responsáveis por 85% dos casos. O diagnóstico foi confirmado por TCP em 2 doentes (metamizol-1, látex-1) e por IDT em 10 doentes (cefazolina-3, atracúrio-3, rocurónio-1, bupivacaína-1, midazolam-1 e metamizol-1). Os restantes casos foram confirmados por teste com cubo de gelo (positivo aos 3 minutos de estimulação) e por PP positiva com ropivacaína. Verificaram-se reacções sistémicas em 2 doentes durante a realização dos IDT: um com rocurónio 1/100; e outro com bupivacaína 1/1000, ropivacaína 1/100 e procaína 1/1000. Seis doentes tinham antecedentes de doença alérgica (4 asma, 2 alergia cutânea e 2 alergia medicamentosa não relacionada com contexto intra-operatório); 46% dos doentes eram atópicos.**Conclusões:** A anafilaxia intra-operatória constitui um desafio diagnóstico pela diversidade de agentes a que o doente é exposto, tanto farmacológicos como outros. É essencial uma análise aprofundada, no sentido de identificar os agentes etiológicos, conhecer os factores de risco e encontrar alternativas. Embora a maioria das reacções seja IgE-mediada, podem existir casos de reacções não-IgE mediadas (PP positiva após testes negativos). A ocorrência de reacções sistémicas durante a realização dos procedimentos diagnósticos, testes cutâneos e PP, aliada à necessidade de uma investigação rigorosa implica que estes doentes sejam referenciados para centros diferenciados.**PO 19 – Reação adversa após angiografia ocular**R. Duarte Ferreira¹, F.Vian², F. Cabral Duarte¹, M. Pereira Barbosa¹¹Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa, PORTUGAL²Interna do Ano Comum, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa, PORTUGAL**Introdução:** A fluoresceína é uma molécula altamente fotoluminescente, frequentemente utilizada em Oftalmologia como meio de contraste na realização de angiografia da retina. As reacções adversas após a sua administração, nomeadamente por via endovenosa, são raras.**Caso clínico:** Os autores descrevem o caso clínico de um doente do sexo masculino de 18 anos de idade, com rinite persistente moderada a grave e síndrome genético em estudo, caracterizado por epilepsia, surdez neurossensorial profunda, retinopatia pigmentada e miopia. O doente realizou múltiplas angiografias oculares sem registo de reacções adversas. Na última angiografia ocular, cerca de cinco minutos após a administração endovenosa de fluoresceína (100 mg.mL⁻¹), desenvolveu lesões maculo-papulares pruriginosas dispersas por todo o tegumento, sem outra sintomatologia associada. A reacção descrita teve resolução total cerca de uma hora após a administração de terapêutica endovenosa que o doente não soube especificar. Na consulta de Imunoalergologia, realizou testes cutâneos por picada para aeroalergénios que foram positivos para ácaros do pó da casa. Os testes cutâneos por picada para a fluoresceína pura (100 mg.mL⁻¹) foram negativos e os testes intradérmicos para a fluoresceína nas diluições de 1/1000 até 1/10 foram positivos na diluição de 1/10. Os testes cutâneos por picada e intradérmicos com fluoresceína realizados em 4 controlos (2 indivíduos saudáveis e 2 atópicos) foram negativos.**Discussão:** Estabeleceu-se, assim, o diagnóstico de reacção de hipersensibilidade imediata à fluoresceína. O doente teve indicação para evicção de fluoresceína e usar outros contrastes como alternativa, realizando angiografia com fluoresceína sob pré-medicação de prevenção de reacção alérgica se absolutamente necessário.**Conclusões:** As reacções adversas após a administração de fluoresceína são na sua maioria provocadas por mecanismos não alérgicos, como a indução não IgE-mediada da libertação de histamina. As reacções mediadas por IgE podem ser confirmadas com testes cutâneos. Cerca de 48,6% dos doentes com reacções prévias sofrem recorrência da reacção após nova administração. Outros factores de risco são a atopia, a diabetes e a hipertensão arterial. De salientar que a anafilaxia é uma complicação rara mas potencialmente fatal das angiografias com fluoresceína, pelo que os médicos envolvidos neste exame devem estar preparados para a reconhecer e tratar atempadamente.

PO 20 – Anafilaxia a ortoftaldeído-OPA na unidade de técnicas de endo-uropologiaA. Silva¹, R. Mota²¹Unidade de Imunoalergologia, CHLO, Lisboa, PORTUGAL²Serviço de Uropologia, CHLO, Lisboa, PORTUGAL

Introdução: A anafilaxia é uma reação de hipersensibilidade, de apresentação e gravidade variáveis. Quando é desencadeada em ambiente hospitalar, na grande maioria das vezes, segue-se ao contacto imediato com fármacos, látex ou desinfetantes conhecidos. A emergência de novas moléculas de uso clínico constitui um risco para novas sensibilizações. Os autores apresentam casos clínicos de doentes, que apresentaram reações anafiláticas após procedimentos de uretroscopia de vigilância no contexto de carcinoma urotelial vesical superficial.

Caso Clínico: três homens, entre os 62-82 anos de idade, submetidos a RTU-V por neoplasia da bexiga, em programa de vigilância por uretroscopia, apresentaram no último ano, menos de uma hora após o procedimento endoscópico, eritema cutâneo generalizado ou rush urticariforme associado a dificuldade respiratória e hipotensão. Foi necessária terapêutica de emergência, com administração de adrenalina IM em dois dos casos. Foram efetuados testes de sensibilidade cutânea com fármacos e produtos desinfetantes com que contactaram: lidocaína, chloro-hexidina, betadine, gentamicina, ortoftaldeído-OPA e látex, tendo o resultado sido positivo exclusivamente para ortoftaldeído-OPA. Num dos casos já foi realizada nova uretroscopia com evicção exclusiva de desinfecção do endoscópio flexível com ortoftaldeído, com boa tolerância.

Discussão: Foi possível documentar sensibilização, por teste cutâneo por picada, ao ortoftaldeído-OPA, desinfetante de alta eficiência, em utilização no serviço no último ano. No contexto das reações anafiláticas descritas, o resultado positivo no teste, a boa tolerância posterior aos outros fármacos/desinfetantes utilizados, ao mesmo tempo que se promove desinfecção do material de cistoscopia com desinfetante alternativo, confirma estarmos perante casos de hipersensibilidade imediata ao ortoftaldeído-OPA. Seguiram-se as diligências necessárias para que estes casos fossem reportados internamente e às entidades competentes, e que este desinfetante fosse substituído pelo anteriormente utilizado no serviço, e sem que se tivessem registados casos similares.

PO 21 – Eritema fixo a beta-lactâmicos – caso clínicoA. Lopes¹, R. Aguiar¹, M. Campos¹, M.A. Pereira-Barbosa¹¹Serviço de Imunoalergologia. Hospital de Santa Maria, CHLN, Lisboa, PORTUGAL

Introdução: Os beta-lactâmicos são antibióticos frequentemente implicados em reações adversas. No entanto, a identificação de eritema fixo a fármacos (EFF) causado por betalactâmicos é rara.

Objectivo: Demonstrar a importância de um estudo imunológico criterioso em doente com baixa suspeição de alergia medicamentosa, com relato de uma manifestação rara da alergia aos beta-lactâmicos.

Caso Clínico: Homem, 35 anos que aos 5 anos de idade, no Centro de Saúde, efectua teste cutâneo à penicilina que foi positivo, com evicção de beta-lactâmicos desde essa data.

No contexto de múltiplos episódios de rinosinusite refractários à antibioterapia é referenciado a consulta de imunoalergologia para estudo da alergia aos beta-lactâmicos. Para avaliação da etiologia associada à rinosinusite, foram efectuados testes cutâneos em picada (TCP) com aeroalergenos que foram negativos. A avaliação laboratorial não revelou alteração da imunidade e os doseamentos das IgE específicas para beta-lactâmicos foram negativos.

Os TCP e intradérmicos com determinantes major (PPL) e minor (MDM) e as moléculas nativas (penicilina, amoxicilina, ampicilina e cefalosporinas) foram negativos em leitura imediata e tardia, tal como os testes epicutâneos no dorso.

Em final de março foi submetido a provocação com amoxicilina com prolongamento da toma; cerca de 24 horas após o início da provocação o doente descreve o aparecimento de 2 lesões ovais eritematosas pruriginosas na face anterior do antebraço esquerdo compatíveis com EFF. Em meados de maio, efectua nova provocação com amoxicilina com prolongamento durante 8 dias sem qualquer intercorrência. Em final de maio, cerca de 6 horas após provocação com penicilina descreve aparecimento de 2 lesões com idênticas características e localização das. Posteriormente, já efectuou provocação com cefradina, cefuroxima e ceftriaxona com tolerância.

Tem sido relatado a existência de um período refractário no EFF, o que poderá justificar o facto da segunda toma de amoxicilina não ter reproduzido as lesões características. Estão programados novos testes epicutâneos a efectuar no local das lesões.

Conclusões: A clínica de baixa suspeição não afasta a possibilidade de alergia aos beta-lactâmicos pelo que todos os dtes devem ser investigados. São raros os casos de EFF associados à toma de amoxicilina e normalmente sem reactividade cruzada com outros beta-lactâmicos, este é o primeiro caso descrito de EFF com reactividade à amoxicilina e penicilina.

PO 22 – Alergia a polietilenoglicolC. Cruz¹, E. Tomaz¹, I. Didenko¹, M. Martins¹, F. Inácio¹¹Centro Hospitalar de Setúbal, Setúbal, PORTUGAL

Introdução: O polietilenoglicol (PEG ou macrogol na indústria farmacêutica europeia) é um polímero de moléculas de etilenoglicol utilizado em alimentos, cosméticos e medicamentos. Nestes últimos, é utilizado principalmente na composição de comprimidos, pomadas, supositórios, soluções oftálmicas, laxantes osmóticos e soluções injetáveis. As suas características físicas e químicas dependem do número de moléculas. O PEG de baixo peso molecular (200 a 700 Da) tem sido relacionado com urticária de contacto de tipo imediato ou, mais frequentemente, dermatite de contacto alérgica. O PEG de elevado peso molecular (1.000 a 7.500 Da), embora geralmente mal absorvido (aproximadamente 0,2%) pelo trato gastrointestinal, tem sido implicado em alguns casos de anafilaxia.

Caso clínico: Descreve-se o caso de uma doente de 33 anos com 2 episódios de urticária aguda após toma de antiácido e de omeprazol e um episódio de lipotímia com perda de conhecimento seguida de urticária alguns minutos depois de toma de ibuprofeno. Foram realizadas provas de provocação com nimesulide e etoricoxib, que foram negativas. Fez testes cutâneos em picada (TCP) com ibuprofeno (suspensão oral, comprimido e granulado efervescente), que foram negativos; fez ainda TCP com esomeprazol injectável, que foi negativo, e com esomeprazol cápsula, que foi positivo (diâmetro médio de 11 mm para uma histamina de 9,5 mm). Foram pedidos teste de ativação de basófilos (TAB) a acetilsalicilato de lisina, paracetamol, metamizol, diclofenac, ibuprofeno e esomeprazol, e doseamento de triptase, que foram negativos. Foi constatado que os fármacos a que fez reação tinham em comum na sua composição PEG. Foram efetuados TCP com PEG 400, 1500 e 6000 Da, na concentração de 10 mg/mL, que foram positivos para PEG 1500 (diâmetro médio da pápula 11 mm) e 6000 Da (14 mm), para uma histamina de 7 mm. Foram efetuados os mesmos TCP em 10 controlos negativos, que foram negativos. Foi realizado TAB, que foi negativo para PEG 400, e positivo para PEG 1500 e 6000 (percentagem de ativação igual ou superior a 5% e índice de estimulação igual ou superior a 2).

Discussão: A positividade dos TCP e do TAB confirma a reação IgE-mediada ao PEG. Foi dada indicação à doente no sentido de, não tomar qualquer medicamento que inclua na sua composição PEG. Este caso sublinha que a alergia aos excipientes, mesmo que seja um evento raro, deve ser considerada, particularmente se houver história de várias reações alérgicas a múltiplos fármacos.

PO 23 – Hipersensibilidade seletiva à amoxicilina – a importância do diagnóstico

M. Ferreira Neto, T. Moscoso, M. Pereira Barbosa

¹Serviço de imunoalergologia, Hospital Pulido Valente, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa, PORTUGAL²Serviço de imunoalergologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa, PORTUGAL

Objectivo: Apresentar a nossa experiência na investigação clínica de doentes referenciados por suspeita de hipersensibilidade (Hs) a antibióticos beta-lactâmicos (BL), em particular caracterizar os doentes com Hs selectiva à amoxicilina.

Métodos: Análise retrospectiva dos registos clínicos dos doentes acompanhados em Consulta de Alergia Medicamentosa do CHLN – HPV, por suspeita de Hs a antibióticos BL; de maio de 2005 a junho de 2014. O protocolo de diagnóstico baseou-se nas normas elaboradas pelo ENDA/EAACI: IgE específica (ImmunoCAP[®]) para penicilina G/V, amoxicilina e ampicilina e testes cutâneos (TC) por picada e intradérmicos (ID) com leitura imediata e tardia com Kit DAP[®] (penicilina), Kit DAA[®] (amoxicilina), penicilina G e cefuroxima. Foram realizadas provas de provocação (PP) abertas com o fármaco implicado se restante investigação negativa. Nos casos confirmados foram realizadas PP com BL alternativo.

Resultados: Incluíram-se 315 doentes (143 encaminhados por suspeita de Hs à penicilina, 52 à amoxicilina, 91 à amoxicilina+ác. clavulânico e 29 às cefalosporinas). Após investigação foi confirmada Hs às aminopenicilinas (38 doentes), ao ácido clavulânico (3 doentes), amoxicilina (14 doentes), cefalosporinas (5 doentes) e a todo o grupo de BL em 14 doentes.

Dos 14 doentes com alergia seletiva à amoxicilina (10 do sexo feminino e 4 do sexo masculino; média de idades: 45,6± 14,3 anos), 7 tinham sido referenciados por história de reação à associação amoxicilina + ác. clavulânico, 5 à amoxicilina e 2 à penicilina. A maioria (10 doentes) com história de reações tardias (>1h após toma do fármaco)- exantema maculo papular e urticária e em apenas 4 casos história de reação imediata (<1h) – 3 anafilaxias e 1 urticária. A pesquisa de IgE específica para BL revelou-se em todos os casos negativa. A confirmação do diagnóstico foi efectuada por: TC com Kit DAA em 5 casos (3 com leitura imediata e 2 com ID leitura tardia às 24h) e por PPO em 9 casos com amoxicilina. Todos os TC com Kit DAP, Penicilina e Cefuroxima foram negativos.

Conclusão: A Hs selectiva à amoxicilina deve ser investigada, visto permitir a tolerância a outros antibióticos BL. O padrão de reatividade cruzada entre as cadeias laterais de estrutura idêntica RI mantem-se nas reações imediatas mas será também assim nas reações não imediatas? Torna-se imperativa essa investigação para definir o diagnóstico.

PO 24 – Hipersensibilidade imediata ao tramadolC. Ornelas¹, F. Cabral Duarte¹, J. Caiado¹, M. Pereira Barbosa¹¹Serviço de Imunoalergologia – Hospital Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa, PORTUGAL

Introdução: As reações de hipersensibilidade imediata a opióides são raras e não há ainda consenso relativamente ao valor dos testes cutâneos na investigação diagnóstica. Apresenta-se um caso clínico de hipersensibilidade imediata ao tramadol.

Caso Clínico: Mulher de 68 anos, referenciada à Consulta de Imunoalergologia em Março 2013 por 4 episódios de eritema facial pruriginoso, edema da língua, náuseas e tonturas que ocorriam cerca de 30 minutos após toma de tramadol, episódios estes correspondentes a 4 marcas comerciais diferentes de tramadol, o qual tomava como analgésico para hérnia discal lombar. Inicialmente os episódios resolviam espontaneamente, mas em Agosto de 2012 teve necessidade de recorrer ao serviço de urgência para realização de terapêutica endovenosa. Nega na altura qualquer processo infeccioso ou toma de outros fármacos, assim como ingestão de alimentos fora da sua dieta habitual. Nega queixas semelhantes com outros fármacos, tolerando paracetamol e anti-inflamatórios não esteróides (AINES). Concomitantemente apresentava queixas de rinoconjuntivite em contexto de inalação de farinhas (trabalhou 18 anos em fábrica de bolos), controlada com rupatadina nas agudizações, sem no entanto referir queixas com contacto ou ingestão das mesmas. No decurso da investigação alergológica realizou testes cutâneos por picada (TCP) com tramadol (50mg/mL) – negativos – e testes intradérmicos (ID) – positivos na diluição 1/100. Por necessidade de alternativa terapêutica (fraca resposta clínica a AINES) e para investigação de reactividade cruzada, realizou TCP e ID com morfina (10mg/mL) e fentanilo (0.05mg/mL), sendo negativos para fentanilo mas positivos para morfina no teste ID na diluição 1/10000. Apresentou também TCP positivos para *Acarus siro*, gramíneas cultivadas, *Cynodon dactylon* e farinhas de cereais e IgE específicas classe 3 para trigo e cevada.

Conclusões: Apesar das incertezas respeitantes aos testes cutâneos com opióides, usaram-se as concentrações descritas como não irritativas e perante uma clínica muito sugestiva, considerou-se tratar-se de um caso de hipersensibilidade imediata ao tramadol. A extensão da avaliação alergológica permitiu demonstrar sensibilização à morfina (apesar de eventualmente induzir desgranulação mastocitária directa) e não ao fentanilo, podendo este ser usado como alternativa terapêutica como analgésico não apenas a curto prazo para a hérnia lombar mas também para uma eventual anestesia geral.

SESSÃO DE POSTERS III**Dia:** 3 de Outubro 2014**Horas:** 18:30 – 20:00**Local:** Sala 3*Moderadores:* Anabela Lopes, Susana Oliveira**PO 25 – Biópsia cutânea – revisão de 5 anos**M. Vieira¹, A. Moreira¹, A. Guilherme¹, I. Rosmaninho¹, J.P. Moreira da Silva¹¹Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho, EPE, Vila Nova de Gaia, PORTUGAL

Introdução: A biópsia cutânea é um procedimento simples e rápido que permite, através do exame histopatológico, obter informações importantes para o diagnóstico e diagnósticos diferenciais.

Objetivo: Caracterizar os doentes seguidos na consulta de Imunoalergologia que realizaram biópsia cutânea.

Métodos: Estudo retrospectivo com análise dos processos clínicos dos doentes que realizaram biópsia cutânea incisional entre janeiro de 2009 e junho de 2014.

Resultados: Analisaram-se 63 doentes (65%F) com idade média de 50 anos (± 16). Em 32% dos casos a duração das lesões cutâneas variou entre 1 a 6 meses de evolução e em 19% entre 6 meses e 1 ano. As localizações mais frequentes das lesões foram as pernas (30%), braços (27%), coxas (21%), tórax (21%) e antebraços (12%). Cerca de 18% dos doentes apresentavam lesões generalizadas pela superfície corporal. Os principais locais de realização de biópsia foram a perna (19%) e antebraço (14%) e em 11% dos casos executaram-se biópsias em mais que uma localização. As principais suspeitas diagnósticas que motivaram a realização do exame foram a vasculite (29%) e toxicodermia (24%). Os principais diagnósticos confirmados pelo exame anátomo-patológico foram vasculite (10%), toxicodermia (10%) e foliculite (6%). Em cerca de 56% dos doentes a biópsia cutânea permitiu o esclarecimento diagnóstico.

Conclusão: Em mais de metade dos casos a biópsia cutânea permitiu o esclarecimento diagnóstico o que evidencia a sua grande utilidade como meio complementar de diagnóstico.

PO 26 – Gene da filagrina na dermatite atópica: relação com microbioma cutâneo, inflamação alérgica e gravidade clínicaC. Lopes^{1,2}, L. Rocha³, S. Fernandes³, J. Soares⁴, F. Távora⁴, O. Sokhatska¹, M. Pintado⁴, A. Moreira^{1,5,6}, L. Delgado^{1,6,7}¹Serviço e Laboratório de Imunologia, Faculdade de Medicina Universidade do Porto, Porto, PORTUGAL²Unidade de Imunoalergologia Unidade Local Saúde Matosinhos, Matosinhos, PORTUGAL³Departamento de Genética, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto, PORTUGAL⁴Centro de Biotecnologia e Química Fina, Universidade Católica Portuguesa; Porto, PORTUGAL⁵Serviço Imunoalergologia, Centro Hospitalar São João, EPE, Porto, Porto, PORTUGAL⁶Departamento de Patologia Clínica Centro Hospitalar São João, EPE, Porto, Porto, PORTUGAL⁷CINTESIS, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto., Porto, PORTUGAL

Contexto: As mutações p.Arg501Ter e c.2282del4 do gene FLG poderão estar associadas a maior gravidade da dermatite atópica (DA) e maior predisposição para infeções cutâneas. A sua relação com marcadores de inflamação alérgica é controversa. O polimorfismo p.Pro478Ser foi recentemente associado a maior risco de DA afetando a taxa de agregação da filagrina aos segmentos de queratina.

Objetivo: Avaliar a relação genótipo:fenótipo pela deteção das mutações p.Arg501Ter e c.2282del4 do gene da FLG e do p.Pro478Ser e associação com gravidade clínica, colonização por espécies estafilocócicas e marcadores de inflamação alérgica em doentes com DA de longa duração.

Métodos: Avaliação transversal de 79 doentes (>12 anos de idade) e diagnóstico médico prévio de DA. Foram pesquisadas as mutações p.Arg501Ter e c.2282del4 e p.Pro478Ser por amplificação do exão 3 do gene FLG por PCR sequenciação direta pelo método de Sanger. A gravidade clínica foi avaliada através do índice SCORAD (0-103) e agrupada em ligeira e moderada/grave. Foram determinadas as concentrações séricas de IgE total, Phadiatop, IgE esp. para enterotoxinas A,B,C e TSST do *Staphylococcus aureus* (SA), *Malassezia* spp e proteína catiónica eosinófila (ECP) (CAP-FEIA, Phadia®). Foi feita a contagem de número de colónias de estafilococos totais e de SA (25 cm² da região pólitea e braquial, bilateralmente, e região interescapular. Foi utilizada estatística não paramétrica – teste Man-Whitney e teste qui-quadrado (SPSS v.20).

Resultados: Foram incluídos 73 doentes, 39,2% do sexo masculino, idade média (DP) 30,0 (13,2) 77% atópicos com doença há 16,4 (10,5) anos, Foram encontradas mutações em 14,8% dos doentes (p.Arg501Ter n=9 e c.2282del4 n=2) e p.Pro478Ser em 38%. Não se verificou associação entre as mutações encontradas, gravidade clínica e parâmetros microbiológicos ou inflamatórios. Verificou-se uma associação significativa entre polimorfismo p.Pro478Ser, maior gravidade da DA, (Qui²=7,82, p=0,005) e maior colonização por SA em 4 das 5 regiões avaliadas (braquial Dta p=0,01, pólitea Dta, p=0,04, pólitea Esq., p= 0,02), sem associação à inflamação alérgica, nomeadamente níveis de IgE (p=0,08) e de ECP (p=0,56).

Conclusão: Não se verificou associação entre mutações do gene da filagrina e gravidade da DA, colonização microbiana ou inflamação alérgica. A presença do p.Pro478Ser parece estar associada a maior colonização por *Staphylococcus aureus* e maior gravidade clínica da doença nesta amostra.

PO 27 – Estudo de dermatite de contacto alérgica no primeiro semestre de 2014 do centro hospitalar do alto ave (CHAA)L. Gerales¹, L. Barata¹, P. Alendouro¹¹Serviço de Imunoalergologia do Centro Hospitalar do Alto Ave, Guimarães/ Fafe, PORTUGAL

Objectivo: Determinar a sensibilização a alergénios de contacto na população do Alto Ave observada no primeiro semestre de 2014 na Consulta de Imunoalergologia do CHAA.

Metodologia: Análise retrospectiva dos resultados dos testes epicutâneos, com leitura às 48 e 72h, da bateria padrão europeia associada a Timerosal e Sulfato de Cobre (BialAristegui®) realizados durante o primeiro semestre de 2014. Caracterização da população testada quanto a sexo, idade, profissão e atopia.

Resultados: Dos 93 doentes observados 67% (n=62) eram do sexo feminino, a média de idades foi de 38±18 anos, variando entre os 5 aos 87 e a duração média dos sintomas foi de 10 anos. A actividade profissional desta população variava entre empregado fabril têxtil, de calçado ou da construção civil, cozinheiros, metalúrgicos, estudantes, domésticas entre outras. Dos 52 doentes (56%) que tiveram testes epicutâneos positivos 59% mostrou sensibilização apenas a 1 alergénio, 27% a 2 e 12% a 3 ou mais. Foram encontradas sensibilizações em pelo menos um doente aos diferentes alergénios testados, excepto a IPPD, Parabenos, Mistura de Fragâncias II, Mistura de Mercaptos, Kathon, Mercaptobenzotiazol, Quaternium 15, Disperso azul e Imidazonil-ureia. A sensibilização mais frequentemente observada foi ao Sulfato de Níquel em 37% dos doentes, seguido da Mistura de Caínas em 9% e o Cloreto de Cobalto em 7,5%. A positividade aos alergénios acrescentados à bateria padrão europeia foi encontrada em 5 doentes no que diz respeito ao Timerosal e em 2 em relação ao Sulfato de Cobre. Dos 71 doentes que foram também submetidos a testes cutâneos por picada a aeroalergénios, 59% estavam sensibilizados a pelo menos um dos alergénios testados.

Conclusões: Tal como noutros estudos realizados os principais sensibilizantes encontrados com relevância clínica foram o Sulfato de Níquel e o Cloreto de Cobalto. Apesar de ter sido comprovada sensibilização à Mistura de Caínas em 9% dos doentes, na maioria não foi observada correlação com a clínica. Independentemente da actividade laboral, a dermatite de contacto alérgica ao Sulfato de Níquel foi a mais prevalente reforçando a importância da evicção deste metal em objectos de uso quotidiano.

PO 28 – Relação entre gravidade da dermatite atópica a curto e longo prazo, microbioma cutâneo e inflamação sérica: estudo transversalC. Lopes^{1,2}, O. Sokhatska¹, J. Soares³, F. Tavarina³, M. Pintado³, A. Moreira^{1,4,6}, L. Delgado^{1,5,6}¹Serviço e Laboratório de Imunologia, Faculdade de Medicina Universidade do Porto, Porto, PORTUGAL²Unidade de Imunoalergologia Unidade Local Saúde Matosinhos, Matosinhos, PORTUGAL³Centro de Biotecnologia e Química Fina, Universidade Católica Portuguesa, Porto, PORTUGAL⁴Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar São João, EPE, Porto, Porto, PORTUGAL⁵Departamento de Patologia Clínica, Centro Hospitalar São João, EPE, Porto, Porto, PORTUGAL⁶CINTESIS – Faculdade de Medicina Universidade Porto, Porto, PORTUGAL

Contexto. A Dermatite atópica (DA) é uma doença inflamatória crónica cutânea caracterizada por um desequilíbrio na comunidade estafilocócica cutânea e maior inflamação que parece estar associada a maior gravidade da doença. A gravidade da DA pode ser avaliada a curto prazo através do índice de SCORAD ou a longo prazo através da medicação necessária para atingir controlo dos sintomas.

Objectivo: avaliar a relação entre a gravidade da DA, colonização estafilocócica cutânea e marcadores séricos de inflamação alérgica

Métodos: avaliação transversal de 79 doentes com mais de 12 anos de idade e diagnóstico médico prévio de DA. Foram excluídos doentes com outras patologias cutâneas imunomediadas e com morbilidades significativas. A gravidade da DA foi avaliada através do SCORAD (ligeiro SCORAD < 15, moderado 15-40, grave > 40), e através da medicação necessária para manter controlo dos sintomas (corticoide tópico-ligeira, corticoide oral-moderada-imunosupressor sistémico-grave). Foram determinadas as concentrações séricas de IgE total, Phadiatop respiratório, IgE específica para enterotoxinas A,B,C e TSST do *Staphylococcus aureus* (SA), *Malassezia* spp (M spp) e proteína eosinofílica cationica (ECP) (CAP-FEIA, Phadia®). Foi feita a contagem de número de colónias (CFU) de estafilococos totais (Spp) e de SA (em 25 cm² da região póplitea, braquial bilateralmente e região interescapular). Foi utilizada estatística não paramétrica: teste Man-Whitney e correlação Spearman, SPSS.20

Resultados: Foram incluídos 74 doentes, 41% do sexo feminino com idade média (DP) de 29.1 (11.4) anos, 79% atópicos, 36 doentes com SCORAD ligeiro/moderado, 38 com SCORAD grave. De acordo com score medicação, 40 doentes com gravidade ligeira, 34 com moderada/grave. Os doentes com SCORAD grave apresentaram maior colonização por estafilococos totais ($p < 0.04$) e SA ($p < 0.05$), IgE total, Phadiatop e IgE enterotoxinas ($p < 0.001$). Os doentes com DA moderada /grave de acordo com a medicação apresentaram maior valor de IgE total, Phadiatop IgE esp enterotoxinas ($p < 0.001$) e ECP ($p = 0.02$)

Conclusão: a gravidade da DA quando avaliada a curto prazo relaciona-se com maior colonização estafilocócica e maior inflamação alérgica, a longo prazo relaciona-se com maior inflamação alérgica e eosinofílica.

PO 29 – Imunoterapia sublingual específica com Pru p 3 na anafilaxia ao pêssego em idade pediátrica – segura e eficaz?L. Cunha¹, R. Gomes¹, C. Reis¹, C. Abreu¹, H. Falcão¹¹Centro Hospitalar do Porto, Porto, PORTUGAL

Introdução: Atualmente o tratamento da alergia alimentar considera essencialmente a evicção alimentar, contudo, a reatividade cruzada torna esta prática difícil. A alergia ao pêssego é prevalente, persistente, com reatividade cruzada com vários alimentos e passível de provocar reações graves, como a anafilaxia. Os alérgenos mais frequentemente envolvidos são LTPs (Pru p3) e profilinas (Pru p4). A imunoterapia específica (IT) pode ser um tratamento promissor.

Objectivo: Avaliar a tolerância, segurança e eficácia da IT com Pru p 3 em doentes de idade pediátrica, com história de anafilaxia ao pêssego, através da avaliação clínica e laboratorial.

Material e métodos: Apresentamos dois doentes sob IT sublingual a Pru p 3 (ALK-Abelló). Uma menina de 9 anos (P1) com história de reação anafilática grave com ingestão, contato e inalação de pêssego e um adolescente de 15 anos (P2) com um episódio de anafilaxia após ingestão de pêssego. Ambos sem reações a outros alimentos, sob tratamento há 24 e 12 meses, respetivamente. Efetuamos testes-cutâneos-prick (TCP) com extratos comerciais a pêssego, Pru p3 e Pru p4; doseamento de IgE específica a pêssego, Pru p3 e Pru p4; triptase e pletismografia antes da imunoterapia, na avaliação inicial (T0), aos 12 meses (T1) e aos 24 meses (T2). A IT teve uma fase de indução de 4 dias em regime de Hospital de dia, seguida da manutenção em ambulatório.

Resultados (verificar tabela anexa): Analisando os TCP, em P1 verificamos aumento do diâmetro da pápula relativa ao pêssego e ao Pru p3 de T0-T1 mas diminuição desta ao Pru p3 de T1-T2. Em P2, destaca-se decréscimo do diâmetro da pápula do pêssego e do Pru p3 de T0-T1. As IgEs específicas a Pru p3 e ao pêssego em P1 aumentaram de T0-T1, diminuindo para valores próximos de T0 de T1-T2 (mais evidente no Pru p3); em P2 ocorreu uma diminuição tanto para pêssego como para Pru p3 de T0-T1. A pletismografia foi normal, assim como a triptase, em todas as avaliações em ambos os doentes. O tratamento foi bem tolerado em ambos. Na avaliação T2 destaca-se que P1 adquiriu a capacidade de manusear pêssego, sem reação, enquanto que P2 em T1 ainda não consumiu pêssego.

Conclusão: A IT com Pru p3 parece ser uma opção terapêutica segura e bem tolerada em idade pediátrica, mesmo em casos de alergia grave ao pêssego. Destaca-se a melhoria clínica de P1, no entanto, mais estudos serão necessários para confirmar a eficácia desta IT.

TCP (mm)	HISTAMINA		SORO FISIOL.		Pro p3		Pro p4		PÊSSEGO	
	P1	P2	P1	P2	P1	P2	P1	P2	P1	P2
INICIAL	6,5	5	0	0	7,8	7,4	0	0	7	7,5
12 MESES	6	5	0	0	8,5	7,2	0	0	7,5	4,5
24 MESES	6		0		6,2		0		7,5	

IGE Espec. (KU/L)	PÊSSEGO		Pro p3		Pro p4	
	P1	P2	P1	P2	P1	P2
INICIAL	6,2	2,01	6,85	1,94	0,04	0,01
12 MESES	10	1,83	10,5	1,48	0,04	0,01
24 MESES	6,69		6,02		0,04	

IgE Total (UI/ml)	P1	P2
INICIAL	643	76
12 MESES	870	121
24 MESES	787	

Triptase (µg/L)	P1	P2
INICIAL	2,92	2,36
12 MESES	2,92	2,36
24 MESES	2,92	

PO 30 – Variação de ige e testes intradérmicos numa série de doentes tratados com imunoterapia a veneno de himenópteros

L. Amaral¹, A. Pereira², A. Coimbra¹, J.L. Plácido¹

¹Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar de São João E.P.E., Porto, PORTUGAL

²Departamento de Ciências da Informação e da Decisão em Saúde (CIDES), Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, PORTUGAL

Introdução: A imunoterapia específica com veneno de himenópteros (VIT) é o tratamento mais eficaz nos doentes com alergia a veneno de himenópteros (AVH).

Objetivos: Este estudo pretendeu caracterizar uma série de doentes tratados com VIT e descrever as variações da reatividade nos testes intradérmicos (IDT), IgE específica (sIgE), IgE total (tIgE) e relação entre a IgE específica e total (sIgE/tIgE).

Métodos: Análise retrospectiva dos processos clínicos de doentes com AVH seguidos no serviço de Imunoalergologia do Centro Hospitalar São João e que foram tratados com VIT entre Janeiro de 2000 e Junho de 2013. Foram colhidos dados referentes aos resultados basais e pós-tratamento de sIgE, tIgE e IDT. Aqueles que só tinham um valor de sIgE foram excluídos.

Resultados: Foram incluídos 71 indivíduos (27 (38%) do sexo feminino, com uma mediana de idade (mínimo-máximo) de 40 (6-70) anos). Cerca de três quartos (n = 54) cumpriram VIT com veneno de abelha e 24% VIT com veneno de vespa; a duração média (mínimo-máximo) da VIT foi de 54 (12-86) meses. Catorze (26%) dos doentes alérgicos a abelha eram apicultores ou tinham apicultores na família ou na vizinhança. Antes de iniciar VIT, 25 (35%) apresentaram reações sistémicas graves (Grau 4 da classificação de Mueller). No decurso da VIT verificou-se uma redução estatisticamente significativa da mediana do nível de sIgE (abelha: inicial de 5,5 [1,8; 19,0] vs. final de 2,5 [1,2; 4,4], p=0,001; vespa: 2,2 [0,8; 6,1] vs. final de 0,6 [0,3; 0,9], p=0,009) e tIgE (inicial de 89,0 [44; 207] vs. final de 56,4 [30; 108], p=0,006). A mediana da sIgE/tIgE também reduziu durante a VIT (abelha: inicial de 0,068 [0,033; 0,189] vs. final de 0,036 [0,013; 0,079] p=0,05; vespa: 0,023 [0,008; 0,076] vs. 0,017 [0,007; 0,026], p=0,05). Em 46 (71%) doentes, os IDT inicialmente positivos, tornaram-se negativos no decurso da VIT (p=0,001).

Conclusões: Tal como em estudos anteriores, ao longo da VIT verificámos uma diminuição significativa da reatividade nos IDT e dos níveis de sIgE e tIgE assim como da relação sIgE/tIgE. Verificámos ainda que os IDT positivos pré-VIT se tornaram negativos durante a VIT na maioria dos doentes.

PO 31 – ImmunoCAP ISAC®: contributo para o estudo do padrão de sensibilização a pólenes em doentes com alergia respiratóriaS. Prates², J.P. Almeida¹, E. Finelli², M. Paiva², P. Martins², P. Pinto²¹Serviço de Imunoalergologia, CHLN Hospital de Santa Maria, Lisboa, PORTUGAL²Serviço de Imunoalergologia, CHLC Hospital de Dona Estefânia, Lisboa, PORTUGAL

Introdução. O teste in-vitro ImmunoCAP ISAC® (ISAC) permite a detecção de IgE específica (sIgE) para um leque alargado de alérgenos moleculares (AM). O objectivo deste trabalho foi analisar o padrão de sensibilização a AM de pólenes por ISAC e avaliar a concordância dos resultados com os dos testes cutâneos (TC).

Métodos. Analisaram-se retrospectivamente os doentes de Imunoalergologia no Hospital de Dona Estefânia com alergia respiratória (rinite e/ou asma) que efectuaram ISAC entre 2012-2014. Avaliámos os dados da anamnese, TC e de sIgE (ISAC). Na interpretação do ISAC considerou-se sensibilização a um pólen a detecção de sIgE para pelo menos um dos AM específicos de espécie.

Resultados. Incluíram-se 54 doentes (28M, 26F) com idade média de $22,7 \pm 12,9$ anos, 53 com rinite e 27 com asma. Dos 54 ISAC, 85.2% mostraram sensibilização a gramíneas, 42.6% oliveira, 14.8% plátano, 13% artemisia, 9.3% parietária, 7.4% quenópódio e 3.7% (n=2) bétula. Os pólenes de gramíneas, oliveira e plátano estão representados por mais que um AM. Para gramíneas, os mais comuns foram Cyn d 1 (87%), Phl p 1 (83%), Phl p 4 (54%), Phl p 2 (48%), Phl p 5 (44%). A associação dos alérgenos Cyn d 1, Phl p 2 e Phl p 5 permite identificar 45 dos 46 com ISAC positivo, todos com TC positivos. Ole e 1 e Pla a 2 permitiram identificar todos os doentes com ISAC positivo para oliveira e plátano, respectivamente. A sensibilização a AM de reactividade cruzada foi frequente (57%).

Os TC mais frequentes foram gramíneas (87%), oliveira (77.8%), bétula (29.6%), plantago (27.8%), plátano (25.9%) e parietária (20.4%). A análise de concordância (Kappa (K)) entre ISAC e TC mostrou um valor substancial em relação às gramíneas (K=0.77), moderado para parietária e plátano (K=0.57; 0.43), e baixo para oliveira (K=0.21).

Conclusões. O recurso a 3AM de gramíneas permitirá diagnosticar a maioria dos doentes sensibilizados a estes pólenes. Quanto à oliveira e plátano, Ole e 1 e Pla a 2 são os AM com melhor capacidade diagnóstica. Documentou-se concordância substancial/moderada para gramíneas, parietária e plátano. Estes resultados reflectem provável sensibilização a AM de reactividade cruzada, motivando falsos positivos nos TC ou a falta de alérgenos relevantes no ISAC. Nalguns casos, a substituição do ISAC por AM seleccionados de cada fonte alérgica poderá permitir, a menor custo, caracterizar o padrão de sensibilização e programar uma imunoterapia mais dirigida.

PO 32 – Eficácia clínica da azatioprina oral no tratamento do eczema atópico grave refractário em idade pediátricaJ. Almeida¹, M. Tapadinhas², C. Gouveia²¹Serviço de Imunoalergologia, CHLN Hospital de Santa Maria, Lisboa, PORTUGAL²Serviço de Dermatologia, CHLN Hospital de Santa Maria, Lisboa, PORTUGAL

Introdução: Os fármacos imunossupressores são ainda utilizados «off-label» no tratamento do eczema atópico grave, refractário à terapêutica convencional. No entanto, não existe nenhum estudo científico que documente qual o agente sistémico mais indicado e a literatura é limitada relativamente ao seu uso em idade pediátrica. Este trabalho pretendeu avaliar retrospectivamente a resposta clínica da utilização de azatioprina oral num coorte de crianças com eczema atópico, seguidas em consulta de Dermatologia Pediátrica de um hospital de referência.

Métodos: 10 crianças (média de idade 11 anos, ratio M:F = 1.2) com o diagnóstico de eczema atópico grave seguidos em consulta, em tratamento sob azatioprina oral. Os doseamentos de tiopurina metil-transferase (TPMT) foram efectuados no início do estudo, com o objectivo de minimizar o risco de toxicidade medular e atingir a dose máxima efectiva (1-3mg/kg/dia). Todos os doentes foram reavaliados a cada 6 meses do ponto de vista clínico e laboratorial. Os resultados são apresentados após examinação retrospectiva dos processos clínicos e seguimento em consulta.

Resultados: Em todos os doentes foi constatada melhoria clínica, mais pronunciada sobretudo após o terceiro mês de tratamento, com diminuição progressiva do eritema, escoriação, liquenificação e extensão do eczema, e redução do número de exacerbações. Os doseamentos de TPMT estavam dentro dos valores de referência, permitindo atingir a dose eficaz recomendada. Todas as crianças reduziram progressivamente a necessidade do uso de corticóides tópicos de alta potência, prescritos quer na crise quer em esquemas de manutenção.

O único «dropout» verificado tratou-se de uma criança de 7 anos que laboratorialmente desenvolveu neutropénia após 5 meses de tratamento (hemograma com 1040 neutrófilos), razão pela qual suspendeu a azatioprina e retomou a terapêutica tópica. Não foram registados outros efeitos secundários.

Destaca-se, ainda, um doente de 16 anos que completou um ano de tratamento, tendo iniciado posteriormente omalizumab no contexto de asma grave concomitante, tendo contudo desenvolvido uma recidiva do eczema refractário à terapêutica convencional e com necessidade de reintroduzir o imunossupressor.

Conclusão: Apesar da limitação da dimensão da amostra, este estudo mostra que a azatioprina parece ser uma terapêutica segura e eficaz no tratamento do eczema atópico grave pediátrico, com poucos efeitos secundários.

PO 33 – Omalizumab na dermatite atópica graveL. Brosseron¹, D. Malheiro¹, J. Moreira da Silva¹¹Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/ Espinho, Vila Nova de Gaia, PORTUGAL

Introdução: A dermatite atópica (DA) é uma patologia inflamatória cutânea com um importante impacto na qualidade de vida do doente. Nas situações graves, o tratamento convencional com emolientes e corticosteroides (CCT) tópicos, ou mesmo com imunossuppressores sistémicos pode não ser eficaz. O Omalizumab é um anticorpo monoclonal recombinante anti-IgE aprovado para a asma e urticária graves. A sua utilização em casos selecionados de DA grave pode-se mostrar benéfica.

Caso Clínico: Os autores apresentam o caso de uma menina de 13 anos com asma, rinite, alergia ao peixe e DA. Apresenta sintomas cutâneos desde os 2 anos de idade, com agravamento progressivo nos últimos 4 anos, com interferência na qualidade de vida apesar do tratamento adequado instituído, que incluiu CCT orais, ciclosporina e fototerapia. Foi referenciada para o nosso serviço aos 12 anos. Os testes cutâneos por picada e IgEs específicas foram positivos para ácaros, gramíneas, excrementos de pombo e várias espécies de peixes, com um valor de IgE total de 1404 UI/ml. Não houve melhoria significativa da DA apesar das medidas de evicção ambiental e alimentar e do tratamento com anti-histamínicos orais, CCT tópicos, pimecrolimus e cursos de CCT orais. Autorizado o tratamento com Omalizumab durante 6 meses (600mg a cada 2 semanas, dose recomendada para a asma ajustada ao peso).

Resultados: O Omalizumab foi bem tolerado, com melhoria significativa das lesões cutâneas e do prurido após 6 meses (redução do SCORAD de 90.5 para 44.8), permitindo suspender os anti-histamínicos. Devido a uma infeção respiratória, o tratamento foi adiado 1 semana, com recorrência imediata das lesões cutâneas, que melhoraram apenas 1 mês após retomar tratamento regular. Foi decidido manter o Omalizumab por mais 6 meses.

Conclusões: De acordo com relatos prévios, este caso demonstra que o Omalizumab é bem tolerado e que pode ser útil no tratamento da DA refratária a outros tratamentos sistémicos. No entanto, ainda não existe consenso relativamente à dose ou duração de tratamento recomendadas, pelo que são necessários estudos controlados que abordem estas questões assim como a eficácia do Omalizumab na DA.

PO 34 – Omalizumab no tratamento da urticária crónica refratáriaA. Moreira¹, I. Rosmaninho¹, J. Ferreira¹, A. Guilherme¹, J.P. Moreira da Silva¹¹Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho, EPE, Vila Nova de Gaia, PORTUGAL,

Introdução: O uso do anticorpo monoclonal anti-IgE Omalizumab encontra-se aprovado para o tratamento da urticária crónica espontânea (UCE) refratária aos tratamentos convencionais.

Objetivo: Descrever a experiência do nosso Serviço com a utilização de Omalizumab nos casos de urticária crónica refratária.

Métodos: Estudo retrospectivo com análise dos processos clínicos dos doentes submetidos a tratamento com Omalizumab no contexto de urticária crónica, até julho de 2014.

Resultados: Analisaram-se 6 doentes (5F, 1M) com idade mediana de 33 anos (22-61). Todos os doentes apresentavam UCE com intensidade moderada a grave e num caso estava associada urticária colinérgica e de pressão retardada. O tempo médio de evolução dos sintomas foi 7,2 anos ($\pm 3,8$). A dose de Omalizumab utilizada foi de 300 mg mensais em todos os casos. Num caso, houve redução para a dose de 150 mg/mês. Em todos os doentes, verificou-se uma remissão da sintomatologia após a 1ª dose do fármaco tendo sido possível o desmame de corticoterapia sistémica. Os efeitos laterais verificados foram cefaleias no dia de administração do fármaco, em 2 doentes (sob dose de 300 mg mensais), com boa resposta a analgesia. A duração mediana da terapêutica com Omalizumab foi de 7,5 meses (6-21). Num caso, o tratamento foi reiniciado 3 meses após a sua suspensão, por reaparecimento da sintomatologia. Atualmente todos os doentes mantêm terapêutica com Omalizumab e encontram-se clinicamente estáveis.

Conclusão: De acordo com o esperado, verificou-se um predomínio do sexo feminino na amostra estudada. O Omalizumab mostrou ser um fármaco eficaz e seguro no tratamento da urticária crónica, tanto na UCE como em casos de urticária física. Não se verificou diferença na eficácia terapêutica entre as doses atualmente recomendadas de 300 e 150 mg mensais.

PO 35 – Hipersensibilidade alérgica a componentes de pacemaker: uma nova causa de dermatite de contato?L. Pestana¹, A. Mendes¹, P. Marques², M.A. Pereira-Barbosa¹¹Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria, CHLN, E.P.E., Lisboa, PORTUGAL²Serviço de Cardiologia, Hospital de Santa Maria, CHLN, E.P.E., Lisboa, PORTUGAL

Introdução: Ainda que raras, estão descritas dermatites de contato alérgica (DCA) a diversos componentes de dispositivos de cardioversão elétrica. Os autores descrevem um caso clínico de suspeita de alergia de contato a componentes de cardioversor-desfibrilhador (CRT-D) implantado.

Caso clínico: Homem, 48 anos, internado no Serviço de Cardiologia para explantação de CRT-D. Antecedentes pessoais de Insuficiência Cardíaca Congestiva (NYHA Classe III) e Miocardiopatia Dilatada Idiopática (FEVE <30%). Submetido a primeira implantação de sistema de ressincronização cardíaca (aurículo-biventricular) com CRT-D (Consulta CRT-D D234TRK (3,2mm); Medtronic), a nível peitoral esquerdo, 2 anos e meio antes. Treze meses depois deste procedimento, recorre ao hospital com quadro clínico de eritema, edema e prurido cutâneo locais, com um mês de evolução, sem exsudado e sem sintomas sistémicos. Explantação total do sistema e implantação, dias depois, a nível peitoral direito e subcutâneo, de novo sistema (Protecta XT CRT-D; Medtronic). Quatro meses depois, quadro clínico semelhante ao anterior, com nova explantação e posterior reposicionamento, submuscular direito. Passados 8 meses, novo quadro de erupção cutânea, edema flutuante, prurido e exsudado, circunscritos ao local do implante, sendo o doente internado. O exame bacteriológico do exsudado foi negativo. Solicitado o apoio da Imunoalergologia, foram realizados testes epicutâneos de contato com série básica (resultado negativo) e componentes do gerador/eléctrodos de CRT-D. Os testes foram positivos para 3 componentes de silicone: Silicone MDX 70, Silicone ETR 50 e Silicone Med 4719, considerando-se como provável uma reação de hipersensibilidade tipo IV. Foi proposta implantação de CRT-D sem silicone (Protecta XT CRT-D D354TRM (4.0); Medtronic) que decorreu sem intercorrências, permanecendo o doente assintomático até à data.

Conclusão: O silicone é um composto descrito em casos de DCA, tais como pacemakers, implantes mamários ou implantes cocleares. A localização das lesões normalmente auxilia a identificação do agente. Contudo, é fundamental o diagnóstico atempado e diferencial com processos infecciosos. A referenciação à Imunoalergologia permite uma investigação adequada, com testes epicutâneos de contato, podendo identificar a causa e oferecer alternativas seguras.

PO 36 – Urticária aquagénica dependente da salinidade – Um caso raro de urticáriaL. Vieira¹, I. Lopes¹, A. Guilherme¹, I. Rosmaninho¹, J.P. Moreira da Silva¹¹Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/ Espinho, E.P.E., Vila Nova de Gaia, PORTUGAL

Introdução: Urticária aquagénica é uma forma rara de urticária crónica indutível caracterizada pelo aparecimento de lesões urticariformes após contacto com água, independentemente da sua temperatura e salinidade. Um subtipo de urticária aquagénica dependente da salinidade (UADS) parece ser desencadeada principalmente por banhos de mar e afetar mulheres jovens, com uma localização característica nos contornos faciais inferiores e pescoço. São raros os casos descritos na literatura até ao momento.

Caso clínico: Mulher, 25 anos de idade, com antecedentes de rinite alérgica intermitente ligeira e alergia alimentar a mariscos. História familiar de tia materna com provável urticária solar.

Aos 13 anos de idade inicia episódios de lesões eritematopapulares estritamente localizadas às regiões submandibular e cervical. As lesões são intensamente pruriginosas e provocadas exclusivamente pelo contacto com a água do mar. Surgem cerca de 10 min após imersão e resolvem espontaneamente cerca de 30 minutos após lavagem com água doce e secagem. Resposta fraca a antihistamínicos. A temperatura da água, bem como o tempo de exposição são irrelevantes. A doente tolera banhos em casa com água fria, nas piscinas ou praias fluviais, bebidas e ambientes frios e exposição solar.

Efetou avaliação laboratorial com estudo do complemento, crioglobulinas, autoimunidade e serologias virais, sem alterações.

O teste do cubo do gelo com água doce e água salgada foi negativo. Os testes de provocação com água do mar foram positivos com formação de pápulas eritematosas, muito pruriginosas, na região cervical, 20 minutos após contacto com água. A paciente reagiu também intensamente aos testes de provocação com soluções aquosas hipertónicas isoosmóticas com água do mar: NaCl 3.5%, 10% e 20%, KCl 3.5% e NaHCO₃ 5.3%.

Foi realizada análise química de amostra de água do mar e o valor de concentração de NaCl obtido foi semelhante ao valor normal para a água do mar (~3,5%).

Conclusão: O caso descrito corrobora a existência de um subtipo de urticária aquagénica localizada, dependente da concentração de sal e/ou osmolaridade da água. Esta entidade provavelmente subdiagnosticada, deve ser suspeitada em qualquer mulher jovem com lesões urticariformes nas localizações referidas.

O tratamento consiste em reduzir o tempo de exposição à água do mar, aplicação de um creme barreira antes de banhos de mar e lavagem imediata da superfície corporal com água doce.

SESSÃO DE POSTERS IV

Dia: 4 de Outubro 2014

Horas: 14:30 – 16:00

Local: Sala 3

Moderadores: Lourdes Chieira, Luís Taborda Barata

PO 37 – Características clínicas e respiratórias funcionais de idosos asmáticos seguidos em consulta hospitalar.

L. Taborda-Barata¹, V. Pinto¹, I. Rocha¹, P. Silva¹, A. Pereira², M.S. Valente³

¹Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior, Covilhã, PORTUGAL

²Laboratório de Função Respiratória, Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE, Covilhã, PORTUGAL

³Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE, Covilhã, PORTUGAL

Objectivo: Caracterizar clínica e funcionalmente os idosos asmáticos e identificar diferenças entre fenótipos tais como asma atópica versus não-atópica e asma de início tardio (LOA) versus asma de longa data (LSA).

Metodologia: A amostra recrutada incluiu indivíduos com um diagnóstico confirmado de AB e com 65 anos ou mais, acompanhados em consulta externa hospitalar. Os voluntários assinaram o consentimento informado e responderam a questionários sobre depressão, estado cognitivo, qualidade de vida relacionada com a AB e controlo de AB. Espirometria e determinação dos níveis de óxido nítrico no ar exalado (FENO) também foram realizados. Testes cutâneos de alergia (SPT), bem como a análise dos níveis de IgE específicas de aeroalergénios (Phadiatop) foram feitos para determinar atopia. Os resultados foram analisados através do SPSS, versão 21.0. Avaliação da normalidade da distribuição foi efectuada pelos testes de Kolmogorov-Smirnov ou Shapiro-Wilk Tests. Análise comparativa de variáveis quantitativas entre dois grupos foi efectuada pelo teste t de Student ou pelo teste de Mann-Whitney U. Testes do Qui-quadrado e Exacto de Fischer foram usados no caso de variáveis nominais. Para a construção de um modelo logístico de parâmetros, que fossem passíveis de afectar a asma usaram-se os testes Omnibus, de Hosmer-Lemeshow, de Wald test / Odds ratios, bem como análise Receiver Operating Characteristic (ROC).

Resultados: Foram incluídos 83 voluntários, com idade média de 73 anos (65 a 90 anos) e predominantemente do sexo feminino. A maioria era não fumadora, com excesso de peso, baixo nível de escolaridade e classe social, predominantemente urbana e reformada da indústria têxtil. A globalidade dos idosos tinha LOA e asma não atópica. A asma era mais frequentemente persistente, leve a moderada, e apenas parcialmente ou não controlada. Uma elevada percentagem de erros na técnica inalatória foram detetados. Tais factos não se refletiram na função respiratória ou na qualidade de vida. A história pessoal de doença respiratória e alergias na infância aumentou significativamente o risco do idoso ter LSA e este fenótipo foi mais frequentemente associada à co-morbilidade dermatite.

Conclusões: A maioria dos idosos asmáticos são mulheres, com asma não-atópica e LOA, com excesso de peso e relativamente boa qualidade de vida, embora esses pacientes mostrem vários erros na técnica inalatória e tenham de efectuar medicação regular para o controlo dos sintomas de asma.

PO 38 – Avaliação da qualidade de vida em idosos asmáticos seguidos em consulta hospitalar

L. Taborda-Barata¹, I. Rocha¹, V. Pinto¹, P. Silva¹, A. Pereira², M.S. Valente³, J.A. Fonseca⁴

¹Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior, Covilhã, PORTUGAL

²Laboratório de Função Respiratória, Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Cova da Beira, Covilhã, PORTUGAL

³Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Cova da Beira, Covilhã, PORTUGAL

⁴CINTESIS-Centro de Investigação em Tecnologias da Saúde e Sistemas de Informação, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, PORTUGAL

Objectivo: Avaliar a qualidade de vida de asmáticos idosos e determinar quais os fatores que a podem influenciar.

Metodologia: A amostra incluiu indivíduos com 65 anos ou mais e diagnóstico de Asma Brônquica seguidos em consulta hospitalar. Após assinarem o consentimento informado, os voluntários reponderam a questionários: Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15), o Mini-Mental State Examination (MMES), o Questionário de Qualidade de Vida na Asma (AQLQ), o Teste de Controlo da Asma (ACT) e o Teste de Controlo da Asma e Rinite Alérgica (CARAT). Avaliou-se funcionalmente as vias aéreas com espirometria e a presença de atopia foi determinada por testes cutâneos de alergia e Phadiatop. A técnica inalatória foi avaliada por observação direta. Os dados foram analisados através do SPSS, versão 21.0®, e um valor-p inferior ou igual a 0,05 foi considerado significativo em todos os testes estatísticos (teste t de Student, teste de Mann-Whitney U, One-way ANOVA, teste de Kruskal-Wallis).

Resultados: Foram avaliados 83 voluntários asmáticos idosos, com idade média de 73,4 anos, maioritariamente do sexo feminino (77,8%), não fumadores, com excesso de peso, baixo nível de escolaridade e classe social e reformados da indústria têxtil. Predominaram idosos com asma não atópica (75,9%), de início tardio (56,6%), com baixo grau de controlo da asma (Não controlados – CARAT (72,3%); Não controlados ou parcialmente controlados – ACT (97,4%). A co morbilidade mais prevalente foi a hipertensão arterial e observou-se uma elevada percentagem de erros na técnica inalatória. O AQLQ mostrou que a qualidade de vida era relativamente elevada análise inferencial múltipla mostrou que a qualidade de vida era relativamente elevada (score médio de 6), sendo o domínio de sintomas aquele que apresentava scores de qualidade de vida mais baixos. A análise inferencial mostrou que a qualidade de vida era significativamente influenciada pelo grau de controlo da asma, pela presença de insuficiência cardíaca congestiva e hipertensão arterial.

Conclusão: A qualidade de vida dos idosos asmáticos está relacionada diretamente com o grau de controlo, a dimensão mais afectada é a dos sintomas e é influenciada por co-morbilidades cardiovasculares.

PO 39 – Qualidade de vida e doença respiratória no idoso
J. Belo¹, P. Martins^{1,2}, T. Palmeiro², I. Caires², A. Mendes³, P. Leiria-Pinto^{1,2}, N. Neuparth^{1,2}

¹Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar Lisboa Central, Lisboa, PORTUGAL

²CEDOC, NOVA Medical School / Faculdade de Ciências Médicas, UNL, Lisboa, PORTUGAL

³Departamento de Saúde Ambiental, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, Porto, PORTUGAL

Introdução: As doenças crónicas respiratórias podem associar-se com pior qualidade de vida (QoL), devido à sintomatologia e limitações decorrentes de uma ausência de controlo. No idoso, este problema será ainda mais notório devidos às diferentes comorbilidades habitualmente existentes.

Objectivo: Estudar a associação entre qualidade de vida no idoso e a existência do diagnóstico de asma, rinite alérgica e pieira nos últimos 12 meses.

Métodos: No âmbito da 1ª fase do Projecto GERIA seleccionaram-se aleatoriamente 53 lares de Lisboa e Porto estratificados por freguesia. Entre Setembro de 2012 e Abril de 2013 foram aplicados aos utentes destes lares tres questionários: um que incluía questões relativas ao diagnóstico médico de asma e rinite alérgica (RA), outro de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL-Bref) e um terceiro questionário de avaliação do estado cognitivo (mini-mental state). Efectuou-se uma análise descritiva das respostas e estudada a associação da existência de diagnóstico de RA, de asma e pieira nos últimos 12 meses, com os scores de cada uma das quatro dimensões do WHOQOL-Bref (físico, psicológico, relações interpessoais e ambiente) através de estudo de regressão logística. Considerou-se na análise o efeito do género, da idade, da escolaridade, do estado civil e do estado cognitivo.

Resultados: De um total de 2110 utentes foram inquiridos 933 idosos, com uma média etária de 84,1 ± 7,2 anos, com predomínio do sexo feminino (79%). Dos inquiridos, 124 (13,3%) referiram ter diagnóstico médico de RA e 81 (8,7%) o diagnóstico médico de asma. Na amostra, 105 idosos (11,3%) reportaram ter tido pieira nos últimos 12 meses. Após ajustamento, encontrou-se associação com um score inferior a 12 (valor indicador de pior QoL) no domínio físico da asma (OR:2,30; IC 95%: 1,42– 3,72; p=0,001) e da rinite alérgica (OR:1,53; IC 95%: 1,00 – 2,34; p=0,049) do WHOQOL-Bref. A existência de pieira nos últimos 12 meses associou-se com um score inferior a 12 nos domínios físico (OR:2,39; IC 95%: 1,55– 3,67; p<0,001) e psicológico OR:1,62; IC 95%: 1,05– 3,2,50; p=0,028).

Conclusões: A associação alcançada entre pior qualidade de vida e os diagnósticos de asma e rinite sugerem que os idosos terão limitações físicas decorrentes destas doenças. Uma optimização do controlo das mesmas poderá contribuir para uma melhoria da QoL. Financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia – Projeto GERIA PTDC/SAU-SAP/116563/2010.

PO 40 – Sensibilização a aeroalergénios em adultos no estudo ICAR

L. Araújo¹, A. Sá-Sousa², T. Jacinto³, R. Silva⁴, A.M. Pereira⁵, M. Couto⁶, H. Pitê⁷, J.L. Delgado⁸, M.M. Almeida⁹, J.A. Fonseca¹⁰

¹Serviço e laboratório de Imunologia e CINTESIS, Fac. de Med. Porto, Unidade de Imunoalergologia, CUF Porto Intituto e Hosp, Porto, PORTUGAL

²CINTESIS e CIDES, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, PORTUGAL

³CINTESIS, Fac. de Med. Porto, Unidade de Imunoalergologia, CUF Porto. Instituto e Hospital, Porto, PORTUGAL

⁴CINTESIS Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, PORTUGAL

⁵CINTESIS e CIDES, Fac. de Med. Porto, Unidade de Imunoalergologia, CUF Porto Intituto e Hosp, Porto, PORTUGAL

⁶Serviço e laboratório de Imunologia e CINTESIS, Fac. de Med. Porto, Unidade de Imunoalergologia, CUF Porto Intituto e Hosp, Porto, PORTUGAL

⁷Centro de Alergia, Hospital CUF Descobertas, Lisboa, Lisboa, PORTUGAL

⁸Serviço e Laboratório de Imunologia e CINTESIS, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, PORTUGAL

⁹Centro de Alergia, Hospital CUF Descobertas, Lisboa e CINTESIS, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Lisboa, PORTUGAL

¹⁰CINTESIS e CIDES, Fac. de Med. Porto, Unidade de Imunoalergologia, CUF Porto Intituto e Hosp, Porto, PORTUGAL

Objetivo do trabalho: Descrever a sensibilização a aeroalergénios nos participantes adultos do estudo ICAR – Impacto e Controlo da Asma e Rinite (PTDC/SAU-SAP/119192/2010) realizado em Portugal Continental. Para a descrição dos resultados são utilizadas as frequências absolutas e relativas.

Metodologia: A sensibilização foi avaliada por testes cutâneos por picada utilizando 28 aeroalergénios (Stallergenes, França) nos participantes no INCA que não apresentavam contra-indicações para a realização dos mesmos.

Resultados: Foram avaliados 725 participantes, sendo 132 (25%) controlos saudáveis, 330 (46%) com rinite, 165 (23%) com asma (associada ou não com rinite) e 48 (7%) participantes com outras doenças respiratórias não alérgicas, 457 (63%) do sexo feminino, com idade (mediana (P25-75)) de 42 (32-55) tendo os participantes mais novos 3 e os mais velhos 89 anos. Encontraram-se frequências de sensibilização significativamente diferentes entre os diferentes grupos de participantes. Os principais resultados estão sumariados na tabela 1.

Conclusões: A sensibilização a aeroalergénios é mais frequente nos doentes com asma e rinite em relação aos participantes saudáveis, sendo os ácaros os alergénios mais importantes a nível nacional.

Tabela 1. Descrição das sensibilizações por grupos de participantes.

Testes cutâneos/n (%)	Saudáveis	Asma	Rinite	Ouros	Total	p
Positivos	62 (34)	136 (82)	216 (66)	15 (31)	429 (59)	<0,001
Ácaros	48 (26)	115 (70)	164 (50)	9 (19)	336 (46)	<0,001
Epitélios	24 (13)	94 (57)	99 (30)	3 (6)	220 (30)	<0,001
Pólenes árvores	32 (18)	94 (57)	131 (40)	4 (9)	261 (36)	<0,001
Pólenes gramíneas	18 (10)	68 (41)	101 (31)	5 (10)	192 (27)	<0,001
Pólenes ervas	19 (10)	82 (50)	112 (37)	4 (8)	227 (31)	<0,001
Fungos	13 (7)	54 (33)	66 (20)	2 (4)	135 (19)	<0,001

PO 41 – Recurso ao serviço de urgência (SU) por crise de asma na grávida e outcomes fetaisL.Viegas¹, J.B. Soares¹, M.B. Ferreira^{1,2}, E. Pedro¹, M.P. Barbosa^{1,2}¹Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE, Lisboa, PORTUGAL²Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa, PORTUGAL**Introdução:** O não controlo da asma na grávida tem sido associado a outcomes negativos fetais.**Objetivo:** Avaliar outcomes fetais em grávidas com asma que recorreram ao SU por crises de asma durante a gravidez, versus grávidas asmáticas que nunca necessitaram de recorrer ao SU por crise de asma versus grávidas não asmáticas.**Métodos:** Avaliação retrospectiva de processos clínicos de grávidas asmáticas seguidas na Consulta de Asma na Gravidez do HSM/CHLN no período 1/7/2012 a 30/6/2014 e que tivessem tido o parto neste período. Seleccionaram-se todas as asmáticas grávidas que recorreram ao SU por crise de asma durante a gravidez e seleccionou-se um grupo comparável de grávidas asmáticas com idades semelhantes, que tivessem sido seguidas na consulta de asma e gravidez mas que não tivessem necessitado de recorrer ao SU por crise de asma. Avaliou-se a duração da gestação, peso do recém-nascido (RN) e Índice de Apgar (IA) (1 e 5') entre estes dois grupos e comparou-se com um grupo de grávidas sem patologia que tiveram o parto no HSM/CHLN, emparelhadas para idade materna e mês do parto.**Resultados:** Neste período apenas encontrámos 18 grávidas que necessitaram de recorrer ao SU por crise de asma. No quadro mostram-se os valores médios (+DP) do tempo de gestação até ao parto, peso e IA dos RN nos 3 grupos de grávidas.

	Grávidas asmáticas com ida SU (n=18)	Grávidas asmáticas sem ida SU (n=18)	Grávidas não asmáticas (n=36)
Duração Gestação (sem)	38,4 (1,7)	38,4 (1,8)	39,1 (1,2)
Peso RN (g)	2981 (589)	3068 (563)	3168 (319)
IA 1 minuto	9,16 (0,92)	9,22 (0,55)	9,00 (0,56)
IA 5 minutos	10 (0)	9,94 (0,24)	9,92 (0,15)

Observa-se um menor peso à nascença dos RN das asmáticas com recurso ao SU embora, por insuficiente dimensão da amostra, esses valores não atinjam a significância estatística. 22% dos filhos de grávidas asmáticas com idas ao SU tinham peso <2500 g, enquanto nas grávidas asmáticas sem idas ao SU esse valor era de 17% e nas grávidas não asmáticas esse valor era de 11%. Um aspeto adicional que verificámos foi que um não controlo apresentado na primeira avaliação da consulta de asma na gravidez se associava a ulterior necessidade de recurso ao SU durante a gravidez.

Conclusões: A necessidade de recurso ao SU por crise de asma parece associar-se a menor duração da gestação e menor peso à nascença, não havendo diferenças nos índices de Apgar. No entanto, dado se tratar de uma amostra muito pequena, será necessário alargar este estudo para se chegar a conclusões mais definitivas.**PO 42 – Impacto do controlo da asma no absentismo laboral em português**I.Sousa e Almeida¹, M. Manaças², M. Fernandes², E. Lopes², J. Franco², V.Alarcão², F. Leão Miranda², F. Diamantino¹, P.J. Nicola²¹Departamento de Estatística e Investigação Operacional, Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa, Lisboa, PORTUGAL²Unidade de Epidemiologia, Instituto de Medicina Preventiva e Saúde Pública, Faculdade de Medicina da UL, Lisboa, PORTUGAL**Objectivos:** Avaliar o impacto do controlo da asma no absentismo laboral com base numa amostra nacional populacional.**Métodos:** Com base nos métodos usados no estudo AIRE (Asthma Insights and Reality in Europe), foram utilizados dados de 158 asmáticos empregados com idade superior a 16 anos, retirados de uma amostra nacional de 401 asmáticos. A amostra foi obtida entre março de 2011 e março de 2012 através de questionários aplicados via telefone, sendo os números de telefone fixos e móveis gerados aleatoriamente. Foram obtidos dados sociodemográficos, clínicos e sobre a atividade profissional dos asmáticos questionados. O controlo da asma nas últimas 4 semanas foi definido através dos critérios de gravidade GINA (Global Initiative for Asthma).**Resultados:** Entre os 158 indivíduos, 94 (59,5%) eram do sexo feminino e 64 (40,5%) do sexo masculino. A atividade da asma nas últimas 4 semanas estava controlada em 68 (43,0%); parcialmente controlada em 67 (42,4%); e não controlada em 23 (14,6%). O número de asmáticos que apresentavam pelo menos uma falta ao trabalho no último ano foi de 21 (13,3%), num total de 152 dias [mediana de dias com falta (IIQ): 3, 1-6, de entre os que faltaram], sendo que 7 (33,3%) eram asmáticos controlados.

O reporte de asma parcialmente ou não controlada nas últimas 4 semanas e histórico de recorrer aos cuidados de saúde de forma não programada (consultas não programadas, urgências ou internamentos) nos últimos 12 meses esteve associado a um risco elevado de falta ao emprego no último ano (OR: 10,8; IC95%: 1,4 – 83,0; risco atribuível: 14%) e de falta ao emprego ou reporte de limitação das tarefas normais no trabalho ou em casa nas últimas 4 semanas (OR: 16,6; IC95%: 2,2–125,1; risco atribuível: 19%).

O grau de controlo da asma não pareceu estar associado à escolha de empregos e carreiras dos indivíduos com asma.

Conclusões: O controlo da asma e a necessidade de utilização não programada de cuidados de saúde estão fortemente associados ao absentismo laboral e à limitação das tarefas normais no trabalho. Os doentes asmáticos, os seus empregadores e a sociedade podem ser prejudicados pelo não controlo da asma, pelo que o impacto laboral deve ser equacionado juntamente com o impacto clínico e a qualidade de vida destes doentes ao estimarem-se os ganhos com a promoção do controlo clínico da asma.

PO 43 – Poster retirado**PO 44 – Poster retirado****PO 45 – Estudo de eficácia e segurança na vida real de Omalizumab em doentes portugueses com asma persistente não controlada**

C. Pereira¹, M.A. Pereira Barbosa², A. Bugalho de Almeida³, C. Chien-Wei⁴, G. Panayiotis P⁵, G. Peachey⁵

¹Novartis Pharmaceuticals Corporation, Lisboa, PORTUGAL

²Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar de Lisboa Norte, Lisboa, PORTUGAL

³Professor Jubilado da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa, PORTUGAL

⁴Novartis Pharmaceuticals Corporation, East Hanover, NJ, USA

⁵Novartis Pharmaceuticals Corporation, Horsham, West Sussex, UNITED KINGDOM

Objetivo do trabalho: A eficácia e segurança do omalizumab na vida real de doentes com asma alérgica persistente não controlada em Portugal não é totalmente conhecida. O objetivo deste estudo é fazer uma avaliação observacional de pós-marketing, não intervencional, dos doentes portugueses inseridos no estudo eXpeRience.

Metodologia: A metodologia utilizada neste estudo foi a mesma do estudo eXpeRience sendo aplicada à subpopulação Portuguesa. Doentes com asma alérgica não controlada que iniciaram omalizumab nas 15 semanas anteriores à inclusão foram avaliados durante os seguintes 24 meses. Registaram-se dados de avaliação global da eficácia do tratamento (GETE), controlo da asma (questionário ACT) e sintomas, qualidade de vida (questionário mini-AQLQ), exacerbações e acontecimentos adversos graves (AAE).

Resultados: De um total de 943 doentes incluídos no estudo eXpeRience, 62 foram de Portugal. Na semana 16, 62,1% desta população apresentou uma boa/excelente classificação GETE. Foram observadas melhorias clínicas significativas no controlo da asma (questionário ACT) e qualidade de vida (questionário mini-AQLQ) após 12 meses de tratamento (alteração média: +7,7 [n=35]; +2,1 [n=20], respetivamente) e 24 meses (alteração média: +7,0 [n=26]; +2,7 [n=13], respetivamente). Os sintomas de asma e uso de medicação de alívio foram reduzidos para 1 ou mais dia/semana ao mês 24 (inicial: mais de 3,5 dias/semana). A proporção de doentes sem exacerbações clínicas significativas aumentou de 6,5% durante o pré-tratamento (n=62) para 50% no mês 12 (n=54) e 60% no mês 24 (n=45).

Conclusões: Os resultados relativos à subpopulação Portuguesa do estudo eXpeRience confirmam que um tratamento contínuo com omalizumab na asma alérgica não controlada, na vida real, é eficaz e bem tolerada. Outra observação importante é o facto da subpopulação portuguesa apresentar um comportamento semelhante à média da população do eXpeRience.

PO 46 – Infecções fúngicas, asma e polipose nasossinusal: Síndrome de Churg-Strauss

J. Azevedo¹, G. Loureiro¹, B. Tavares¹, A. Todo-Bom¹

¹Serviço de Imunoalergologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, PORTUGAL

Caso Clínico: 58 anos, sexo masculino, com asma brônquica alérgica, com 6 anos de evolução, controlado com salmeterol/fluticasona. Janeiro 2013: agudizações graves de asma em contexto infeccioso e intercrise com obstrução nasal e rinorreia mucopurulenta persistentes e hiposmia. TC dos seios perinasais: polipose nasossinusal. Submetido a polipectomia (Abril 2013). Julho 2013: infeção por *A. fumigatus*, tratado com itraconazol 6 semanas. Novembro 2013: infeção respiratória por *S. aureus* e recidiva de infeção fúngica (Janeiro 2014) tratado com itraconazol 12 semanas, mantendo obstrução nasal permanente. Fevereiro 2014: 2ª polipectomia nasossinusal; estudo histológico “predomínio de eosinófilos e ausência de fungos”. Março 2014: internamento por agudização de asma em contexto de infeção por *H. influenzae*: epistaxis grave (internamento em ORL). Antecedentes pessoais: tolerância a AINEs, disestesias e alodinia dos membros desde há 3 anos. O estudo revelou: rad. do tórax “infiltrado pulmonar difuso bilateralmente”; imunoglobulinas e populações linfocitárias normais. Serologia HIV negativa. ANA negativo. IgE e IgG a *A. fumigatus* sem alterações; testes cutâneos prick e ID a fungos negativos. Eosinofilia periférica persistente (>10%; $4.6 \times 10^3/\mu\text{L}$); VSE 93mm/h. Espirometria sem alterações. TC tórax “várias estruturas ganglionares mediastínicas, sem critérios dimensionais de adenopatias, bronquiectasias cilíndricas nos lobos inferiores e várias zonas de densificação em vidro despolido”. BFO com biópsia “hiperplasia de células basais do epitélio respiratório”. Aspirado brônquico: cultura de micobactérias negativa. LBA: citologia “macrófagos e abundantes eosinófilos, ausência de células neoplásicas”, imunofenotipagem sem alterações; antigénio Galactomannan negativo. Anti-pANCA positivo, com anticorpo anti-mieloperoxidase positivo. Perante o diagnóstico de Síndrome de Churg-Strauss, iniciou prednisolona 1mg/kg/dia 15 dias com posterior redução, associado a salmeterol/fluticasona 500/50µg 2id e fluticasona nasal. Evolução clínica favorável e normalização do número de eosinófilos.

Conclusão: Neste caso as infeções por fungos desviaram a suspeita de Churg-Strauss. A associação entre esta síndrome e infeção por *Aspergillus* não está descrita. A eosinofilia persistente e a exclusão de doença imunológica induzida por fungos implicaram o reequilíbrio diagnóstico neste doente (evolução rapidamente progressiva, asma de difícil controlo e recidiva de polipose em menos de um ano).

PO 47 – Asma brônquica corticodependente e aspergilose pulmonar: caso clínicoP. Silva Santos¹, F. Ribeiro², E. Faria², A. Todo Bom²¹Serviço Pneumologia – Centro Hospitalar e Universitário Coimbra, Coimbra, PORTUGAL²Serviço Imunoalergologia – Centro Hospitalar e Universitário Coimbra, Coimbra, PORTUGAL

Introdução: A aspergilose é a principal causa de infecção pulmonar fúngica, cuja incidência aparentemente tem aumentado nos últimos anos, nomeadamente, nos casos de doenças linfoproliferativas, nos pós-transplante, nos doentes com diabetes mellitus mal controlados ou sob terapêutica imunossupressora. Nestes casos, o prognóstico é reservado e a mortalidade elevada. O autor apresenta um caso clínico de aspergilose pulmonar invasiva, em doente com asma grave sob corticoterapia prolongada.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 60 anos de idade, com antecedentes de asma grave não alérgica corticodependente, bronquiectasias e diabetes insulino-tratado, com internamento recente no serviço de Imunoalergologia por pneumonia adquirida na comunidade, recorreu ao serviço de urgência por dispneia, tosse produtiva, febre e toracalgie de características pleuríticas, tendo sido internado com os diagnósticos de infecção nosocomial e alcalose respiratória, iniciando antibioterapia endovenosa empírica. Por agravamento clínico, realizou broncofibroscopia que revelou sinais inflamatórios tipo 2 da mucosa com secreções mucopurulentas espessas, com isolamento microbiológico no aspirado brônquico de *Enterobacter cloacae*, *Aspergillus niger*, *Aspergillus fumigatus* e *Aspergillus terreus*. ATC torácica evidenciou áreas de densificação parenquimatosa de morfologia nodular, dispersas a toda a altura de ambos os campos pulmonares. Neste contexto, iniciou terapêutica dirigida com meropenem, que cumpriu durante 14 dias e voriconazol que ainda mantém.

Conclusão: A pneumonia resistente à antibioterapia é um problema relativamente comum, que impõe a necessidade de diagnósticos alternativos, como infecções fúngicas. No caso apresentado, é descrito um doente com asma grave não alérgica sob doses elevadas de corticoterapia, diabético insulino-tratado e com internamento hospitalar recente, factos que potenciam o risco de infecção fúngica. Está preconizado, o início precoce de terapêutica anti-fúngica com voriconazol e o controlo das comorbilidades. Questiona-se, no entanto, qual a duração do tratamento com o anti-fúngico.

PO 48 – Omalizumab e asma não alérgica – a propósito de um caso clínicoL. Vieira¹, J. Ferreira¹, J.P. Moreira da Silva¹¹Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E., Vila Nova de Gaia, PORTUGAL

Introdução: É bem conhecida a eficácia do anticorpo monoclonal anti-IgE Omalizumab, em pacientes com asma alérgica persistente grave não controlada com terapêutica combinada otimizada. No entanto, até 50% dos pacientes com asma grave não evidenciam atopia, não sendo considerados candidatos a esta terapêutica, ainda que habitualmente apresentem fenótipos mais graves, muitas vezes associados a rinosinusite crónica (RSC) com polipose nasal (PN).

Caso clínico: Mulher, 51 anos de idade, seguida em consulta de Imunoalergologia desde 2003 por RSC não alérgica. Em Outubro de 2006, após pneumonia, inicia episódios de broncoespasmo, inicialmente de esforço mas que foram agravando, sendo controlados com Budesonida e Formoterol inalados 160/4.5µg 2id e, mais tarde, associando Monteculaste 10mg id. As provas de função respiratória eram normais.

Desde janeiro de 2011, surgimento de PN e agravamento dos sintomas brônquicos que se tornaram persistentes, condicionando cada vez mais as atividades diárias. Duplicou-se a dose de Budesonida e Formoterol para 320/9 µg/2id, depois alterado para Fluticasona e Salmeterol 500/50 µg/2id.

Submetida a polipectomia (agosto 2011), a ciclos longos de corticóide oral e vários grupos antibióticos, sem melhoria. Verificou-se uma progressiva deterioração da função respiratória: FEV1: 123% em 2008; 86% em 2011 para 47% em 2013, acompanhada de hipoxemia, apesar da medicação em doses máximas. Testes cutâneos por picada a aeroalergénios e doseamentos de IgE específicas negativos. IgE total: 441 UI/L. O estudo imunológico, teste do suor (2x), broncofibroscopia, TAC tórax, biópsias nasais, não foram conclusivos.

O tratamento com omalizumab 300 mg/mês promoveu uma melhoria clínica muito rápida e acentuada. Ao 2.º mês de tratamento, o FEV1 recuperou de 47% para 111%. Após 1 ano de terapêutica a doente está clínica e funcionalmente melhorada da asma e da RSC, tendo reduzido o corticóide inalado, sem necessidade de corticóide oral e retomou o trabalho sem limitações.

Conclusão: Neste caso clínico a introdução do omalizumab foi decisiva para a melhoria de uma paciente com asma grave não alérgica associada a RSC com PN. No entanto, são necessários mais estudos para estabelecer o papel do omalizumab neste grupo de pacientes.

PO 49 – Asma induzida pelo exercício – Caso clínicoI. Rezende¹, C. Reis, C. Abreu, H. Falcão¹Centro Hospitalar do Porto, Porto, PORTUGAL

Objetivo do trabalho: A asma induzida pelo exercício ocorre na maioria dos asmáticos, sendo particularmente em crianças e jovens, estimando-se ainda que cerca de 20% dos atletas de competição apresentem broncoconstrição induzida pelo exercício. É uma entidade muitas vezes sub-diagnosticada, sub-tratada, tornando-se limitativa na qualidade de vida do doente.

Metodologia: Trata-se de um caso clínico de uma adolescente do género feminino, com 14 anos de idade, com história pessoal de SEDA desde a primeira infância e alergia às proteínas do leite de vaca e ovo, às quais adquiriu tolerância. Desde os primeiros anos de vida que a doente apresenta quadro de queixas respiratórias e nasais, tais como tosse seca, dispneia e pieira, várias vezes por semana, e obstrução nasal persistente, que provocam repercussão no sono, tendo esta repercussão agravado nos últimos anos. De referir ainda que quando realizava grandes esforços apresentava agravamento da dispneia e cansaço, que provocavam limitação na realização de exercício. Apesar de se encontrar medicada com corticosteroide inalado, β_2 -agonista de longa ação, um anti-histamínico, necessitava de recorrer a β_2 -agonista de curta ação várias vezes por semana. Recorreu à consulta de Imunoalergologia por este quadro de asma não controlada.

Resultados: Após a consulta efetuou provas de função respiratória, com volumes e débitos dentro dos padrões da normalidade, testes cutâneos, com positividade para ácaros e pólenes, e assegurou-se o cumprimento das medidas de evicção, da medicação e da técnica inalatória. Após as medidas tomadas, a doente mantinha ainda queixas de cansaço com o exercício físico, nomeadamente grandes esforços, pelo que efetuou o Teste de Exercício em tapete rolante, tendo este sido positivo.

Conclusão: O diagnóstico de asma induzida pelo exercício deve ser ponderado quando a sintomatologia do doente se intensifica com o exercício. O método diagnóstico mais indicado é o Teste de Exercício, e deve ser realizado nesses casos. Assim é possível perceber, perante o diagnóstico, que atitudes tomar para evitar asma induzida pelo exercício.

SESSÃO DE POSTERS V**Dia:** 4 de Outubro 2014**Horas:** 16:30 – 18:00**Local:** Sala 3*Moderadores:* Luísa Lopes, Beatriz Tavares**PO 50 – Sensibilização a oliveira, relação com IGE e patologia alérgica**J. Pita¹, R. Fernandes, R. Gomes, C. Loureiro, A. Todo-Bom¹Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, PORTUGAL

Introdução: A oliveira tem uma ampla distribuição em Portugal, sendo mais abundante no Sul, região Centro e Vale do Douro. A sua época de polinização é entre Maio e Julho. Os pólenes da oliveira são importantes indutores de sintomas alérgicos, que podem variar desde ligeiros a graves.

Objectivo: Identificar a prevalência de doentes com sensibilização aos alérgenos de oliveira. Relacionar os testes cutâneos (SPT) com a IgE específica sérica e com a patologia alérgica existente.

Metodologia: Estudo descritivo retrospectivo dos doentes com testes cutâneos, realizados no Serviço de Imunoalergologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, de Janeiro a Dezembro de 2013. Foram realizados SPT com uma bateria standard, considerando um resultado positivo a existência de pápula > 3mm. Efectua a análise estatística com SPSS 20.

Resultados: Neste trabalho foram estudados 1926 doentes submetidos a SPT, 140 dos quais foram positivos para oliveira. A idade mínima registada foi de 9 anos, e a máxima de 77. A média de idades foi de 32 anos, +- 15,08. No estudo realizado, verificamos uma prevalência maior de doentes do sexo feminino, 54%. Dos doentes estudados, apenas 2 apresentavam sensibilização isolada à oliveira. A patologia mais frequente foi a rinite alérgica (56%), incluindo clínica de rinoconjuntivite, seguida da asma (32%). Dos doentes com sensibilização a oliveira, o valor máximo de pápula foi de 14 mm, em doente do sexo masculino com 55 anos de idade, e em doente do sexo feminino com 42 anos de idade, ambos com asma brônquica. O valor máximo registado de IgE específica foi de 73.6 UI/ml, em doente do sexo feminino, de 10 anos de idade, com pápula de 5mm e rinite alérgica. Após análise estatística, observou-se não existir correlação entre o valor de IgE específica sérica e o tamanho da pápula (coeficiente de correlação de 0).

Conclusão: A oliveira tem sido reconhecida como causa major de alergias respiratórias em países mediterrânicos, podendo promover várias manifestações alérgicas, como a rinoconjuntivite, a rinite e a asma. Neste estudo, a sensibilização à oliveira foi de 7.3%, menor que em estudos anteriores realizados na região Centro. De acordo com estudos anteriores, estes resultados mostram que a sensibilização à oliveira tem menor prevalência que a sensibilização às gramíneas, que ronda os 50%.

Palavras-chave: oliveira; sensibilização; IgE sérica; asma; rinite.

PO 51 – Monitorização de fungos anamórficos (deuteromicetes) alergénicos na região da madeira (portugal), 2003-2008I. Camacho¹, R. Ferro^{2,3}, E. Caeiro^{2,3}, R. Câmara⁴, C. Nunes⁵, M. Morais de Alemlida⁶, R. Brandão^{3,7}¹Centro de Competência das Ciências da Vida, Universidade da Madeira, Funchal, PORTUGAL²Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica, SPAIC, Lisboa, PORTUGAL³Instituto de Ciências Agrárias e Ambientais Mediterrânicas, ICAAM, Universidade de Évora, Évora, PORTUGAL⁴Unidade de Imunoalergologia, Hospital Dr. Nélio Mendonça, Funchal, PORTUGAL⁵Centro de Imunoalergologia do Algarve, Portimão, PORTUGAL⁶Unidade de Imunoalergologia, Hospital CUF-Descobertas, Lisboa, PORTUGAL⁷Departamento de Biologia, Universidade de Évora, Évora, PORTUGAL

Os esporos de fungos constituem uma fração importante da microbiota no ar. Alguns fungos e seus esporos têm um efeito negativo na saúde humana constituindo agentes etiológicos de doenças alérgicas e imunotóxicas. A ocorrência destes aeroalergénios correlaciona-se com sintomas clínicos da doença respiratória, estando o número de partículas inaladas diretamente relacionada à sua concentração no ar.

Objetivos: Determinar o conteúdo de esporos anamórficos (Deuteromicetes) na região do Funchal e a sua relação com parâmetros meteorológicos (temperatura, humidade relativa e precipitação).

Metodologia: A amostragem foi realizada com um polinómetro volumétrico tipo Hirst, ao longo de 6 anos (2003 a 2008), seguindo as normas internacionais recomendadas. As contagens de esporos foram convertidas em concentrações atmosféricas médias diárias e expressas como número de esporos/m³ de ar. Devido à não-linearidade e não-normalidade das variáveis analisadas, aplicou-se a correlação de Spearman's, usando o programa de estatística SPSS 17.0, a fim de estudar as relações entre as concentrações médias diárias de esporos e os fatores meteorológicos.

Resultados: Um total de 17.586 esporos anamórficos foram registados durante o período de estudo, atingindo uma concentração média anual de 2931 esporos. Estes esporos foram observados ao longo do ano, com picos de concentração na primavera e outono. Os níveis mais baixos de esporos foram registados no inverno. Do conjunto de 14 tipos de esporos fúngicos, *Cladosporium* foi o mais prevalente (78% do total de conídios), seguido dos de *Alternaria* (5,4%), *Fusarium* (4,7%), *Torula* (3,9%) e *Botrytis* (1,9%). A temperatura foi o parâmetro meteorológico que mais favoreceu a ocorrência dos conídios, tendo a precipitação exercido um efeito negativo.

Conclusões: Apesar dos baixos níveis de concentração detetados na região, a maioria dos tipos fúngicos identificados são descritos como potenciais fontes de aeroalergénios. O estudo fornece a variação sazonal dos fungos anamórficos e os períodos em que podem ser esperados as maiores concentrações atmosféricas, representando uma ferramenta preventiva particularmente útil para a população com sensibilização alérgica.

PO 52 – Anafilaxia nos cuidados intensivos – casuística dos hospitais da Universidade de CoimbraF. Regateiro¹, N. Devesa², E. Faria³, C. Pereira⁴, J. Pimentel², A. Todo-Bom¹¹Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar Universitário Coimbra / Instituto de Imunologia, Fac. Medicina U. Coimbra, Coimbra, PORTUGAL²Serviço de Medicina Intensiva, Centro Hospitalar Universitário Coimbra, Coimbra, PORTUGAL³Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar Universitário Coimbra, Coimbra, PORTUGAL⁴Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar Universitário Coimbra / Imunologia Clínica, Fac. Medicina U. Coimbra, Coimbra, PORTUGAL

Objectivo: A anafilaxia é uma reação alérgica aguda, sistémica, potencialmente fatal, que pode necessitar de tratamento em cuidados intensivos.

Metodologia: Estudo retrospectivo dos internamentos no Serviço de Medicina Intensiva (SMI) dos HUC nos últimos 20 anos com termos de codificação “anafilaxia” ou “choque anafilático”. Foram identificados e incluídos neste estudo 12 internamentos correspondentes a 11 doentes. Os dados relativos a cada doente foram obtidos através da consulta do processo clínico.

Resultados: Nos 11 doentes (M=6, F=5) a idade variou entre 13 e 79 anos. A média de idades à data do internamento foi de 59,1 anos (excluindo a criança: 63,3). Cinco doentes tinham antecedentes alérgicos (3 com asma, 2 destes seguidos em Serviço de Imunoalergologia – SIA).

Um dos 12 episódios de anafilaxia ocorreu num doente já internados no SMI por outras comorbilidades, não tendo a gravidade da anafilaxia sido o motivo de internamento. Quatro episódios de anafilaxia ocorreram dentro dos HUC, 4 em outros hospitais e 4 em ambulatório. Ocorreu choque em 5 episódios e ressuscitação cardiopulmonar em 3. A duração média do internamento em SMI foi de 11 dias, mas com 2 “outliers” com internamentos prolongados por outras comorbilidades (34 dias e 66 dias) – excluindo estes, foi de 3,2 dias. Os desencadeantes confirmados ou presumidos da anafilaxia foram fármacos em 11 episódios (AINEs=4, beta-lactâmico=1, produtos de contraste=3, hemoderivados=2, adenosina=1). Um dos internamentos deveu-se a complicação de uma prova de provocação oral com ácido acetilsalicílico no SIA. O caso não associado a fármacos foi de alergia alimentar a proteínas do leite de vaca.

Foi administrada adrenalina em 6 episódios e necessária ventilação invasiva em 11 dos 12 internamentos. Três doentes faleceram no internamento em SMI, mas apenas 1 devido a anafilaxia. Das 9 altas do SMI para outros serviços, apenas 3 foram para SIA. Posteriormente, na alta para domicílio, 5 foram referenciados para consultas externas, mas apenas 1 para consultas SIA (outro doente já tinha seguimento em SAI). Em nenhuma das 9 altas foi prescrita adrenalina autoinjectável.

Conclusões: As conclusões deste estudo são limitadas pelo número reduzido de doentes e pela dispersão temporal dos internamentos. Destaca-se no nosso estudo que os fármacos foram considerados os desencadeantes na quase totalidade dos episódios, que 8/12 das reações ocorreram em meio hospitalar, e a baixa referência para consulta de Imunoalergologia.

PO 53 – IGE e IGG específicas para alergénios do aspergillus fumigatus em doentes com aspergilose broncopulmonar alérgica, asma ou fibrose cística.

M. Beltrao¹, A. Ferreira², A. M. Pereira³, O. Sokhatska¹, A. Amorim⁴, L. Delgado^{1,3,5}

¹Serviço e Laboratório de Imunologia, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto, PORTUGAL

²Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar São João, EPE, Porto, Porto, PORTUGAL

³Laboratório de Imunologia, Serviço de Patologia Clínica Centro Hospitalar São João, EPE, Porto, Porto, PORTUGAL

⁴Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar São João, EPE, Porto, Porto, PORTUGAL

⁵CINTESIS, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto., Porto, PORTUGAL

Aumentos da exposição a alergénios fúngicos em asmáticos sensibilizados (ASF), têm sido relacionados com aumentos das agudizações, necessidades terapêuticas e mortalidade. A aspergilose broncopulmonar alérgica (ABPA) é uma patologia alérgica respiratória por hipersensibilidade ao *Aspergillus fumigatus* (Asp f), manifestando-se clinicamente por asma, infiltrados pulmonares recorrentes e bronquiectasias. Os anticorpos específicos para o Asp f (sIgE e sIgG) são considerados um bom marcador serológico de ABPA, uma patologia também observada em 2-15% dos doentes com fibrose cística (FC).

Objectivo: avaliar a resposta sIgE e sIgG para alergénios purificados do Asp f, no soro de doentes com diagnóstico de ABPA, ASF e FQ (sem critérios de ABPA), usando como comparadores doentes com asma não sensibilizados a fungos ou com o diagnóstico de Aspergiloma.

Métodos: 56 doentes com o diagnóstico médico prévio de ABPA (n=13), ASF (n=10), FC (n=10), Asma alérgica (n=18) e Aspergiloma (n=6). Quantificação de IgE e IgG total, sIgE e sIgG para Asp f (m3) e seus alergénios recombinantes (Aspf1, Aspf2, Aspf3, Aspf4 e Aspf6) (CAP, Phadia®). Foi utilizada estatística não paramétrica e o teste do qui-quadrado (SPSS v.21).

Resultados: Na ABPA os níveis de IgE para o Asp f correlacionaram-se significativamente com os de cada um dos monocomponentes (Aspf), com uma correlação alta entre os seus antigénios secretados (Aspf1/Aspf3, r=0.725, p=0.012) e moderada para os intracelulares (Aspf4/Aspf6, r=0.626, p=0.039); os níveis de sIgE Aspf6 (média, P25-P75 = 4.3, 0.1-0.3 kU/L) foram significativamente inferiores aos dos componentes secretados -Aspf1 (45.3, 0.2-33.7 kU/L; p=0.041) e Aspf3 (23.8, 1.0-48.1 kU/L; p=0.028), verificando-se o mesmo, embora de forma não significativa, para o Aspf4 (11.6, 0.1-25.4 kU/L). A ABPA diferiu significativamente da ASF pela positividade da sIgE (>0.10 kU/L) para Aspf6 (64% vs 0% Qui2=6.2, p=0.013), verificando-se também uma tendência para Aspf4 (73% vs 22%, p=0.072). Os níveis de sIgG para Asp f, foram significativamente diferente entre grupos (p=0.002; Aspergiloma os mais elevados e na Asma alérgica os mais baixos). No entanto, os níveis de sIgG para monocomponentes Aspf não diferem entre os grupos ABPA, ASF, FC e Aspergiloma.

Conclusão: a avaliação da resposta IgE para monocomponentes do Asp f, em particular para os seus antigénios secretados (Aspf1/Aspf3) versus os intracelulares (Aspf4/Aspf6), parece útil na distinção serológica da ABPA em relação à asma alérgica com sensibilização a fungos.

PO 54 – Prevalência de polipose nasal em doentes com síndrome de apneia obstrutiva do sono

L. Viegas¹, J.B. Soares¹, D. Rodrigues², V. Cardoso³, M. Escalreira³, L. Almeida³, E. Nabais³, R.P. Basto³, P. Pinto³, C. Bárbara³

¹Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa, PORTUGAL

²Serviço de Imagiologia Neurológica, Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa, PORTUGAL

³Serviço de Pneumologia, Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa, PORTUGAL

Introdução e Objectivos: A resistência nasal aumentada, presente na polipose nasal (PN) está associada a eventos de apneia durante o sono. A prevalência de PN não se encontra devidamente estabelecida na população com síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS), sendo a sua determinação essencial para a melhor caracterização destes doentes. O objectivo deste trabalho foi caracterizar e analisar a prevalência de PN em doentes com SAOS.

Métodos: Estudo prospectivo em que foram sistematicamente incluídos doentes referenciados à Consulta de Patologia do Sono, durante 2 meses (Agosto a Setembro de 2012). Os doentes foram avaliados relativamente a sintomas relacionados com o sono, incluindo a Escala de Sonolência de Epworth e efectuaram polissonografia. Foi concomitantemente avaliado por questionário a presença de rinite, sinusite ou PN. Para efeitos de diagnóstico de rinite foram considerados dois indicadores: ter o diagnóstico médico prévio de rinite ou ter dois ou mais sintomas nasais (espirros e prurido nasal, obstrução nasal durante mais de uma hora ou rinorreia sem estar constipado ou com gripe) nos últimos 12 meses. Se se confirmasse o diagnóstico de rinite, eram realizados testes cutâneos por picada (tcp) para aeroalergénios comuns. Foi realizada TC dos seios perinasais (SPN) para avaliar a existência de PN.

Resultados: Num total de 50 doentes referenciados à Consulta de Patologia do Sono, foram incluídos 34 no estudo. Foi diagnosticada SAOS a 25 doentes (73,5%), sendo 16 do género feminino, com uma média etária de 55,3 ± 13,1. O score médio de Epworth foi 9,1 ± 5,4. A média de índice de apneia hipopneia foi 14,1 ± 12,9, apresentando 12 doentes SAOS ligeira (48%), 9 moderada (36%) e 4 grave (16%). Dezassete destes doentes apresentavam rinite (68%) e 12 sinusite (48%). Dos doentes que apresentavam rinite, apenas 5 apresentaram tcp positivos para aeroalergénios. Quatro doentes apresentavam PN na TC SPN (16%): 2 com SAOS ligeira e 2 com SAOS moderada. Doze doentes apresentavam sinusite na TC SPN: 5 sem SAOS, 4 com SAOS ligeira, 2 com SAOS moderada e 1 com SAOS grave.

Conclusão: Verificou-se uma prevalência de PN (16%) entre os doentes estudados com SAOS superior à descrita na população geral. Apesar dos doentes com SAOS apresentarem sintomas nasais com considerável frequência, a PN encontra-se ainda subdiagnosticada e subtratada. A exclusão de PN nos doentes com SAOS pode contribuir para melhorar consideravelmente a abordagem clínica destes doentes.

PO 55 – Resposta ao Salbutamol em indivíduos saudáveis não fumadores – a elevada variabilidade das pequenas vias aéreasT. Jacinto¹, L. Araújo^{1,2}, I. Gonçalves^{1,3}, A. M. Pereira^{1,3,4}, J. Fonseca^{1,3,6}¹Unidade de Imunoalergologia, CUF Porto – Instituto & Hospital, Porto, PORTUGAL²Laboratório de Imunologia, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, PORTUGAL³INTESIS – Centro de Investigação em Tecnologias e Sistemas de Informação em Saúde, Porto, PORTUGAL⁴Serviço de Imunoalergologia, Hospital S. João EPE, Porto, PORTUGAL⁵ Departamento de Ciências da Informação e Decisão em Saúde, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, PORTUGAL

Introdução: A variabilidade de parâmetros espirométricos após uma prova de broncodilatação não é suficientemente conhecida. O objectivo deste trabalho é avaliar a resposta do calibre das vias aéreas ao salbutamol em adultos saudáveis.

Métodos: Foram selecionados adultos saudáveis (sem patologia respiratória, que nunca fumaram e com FEV₁/FVC \geq 0.7) de uma amostra de indivíduos do Norte de Portugal, incluídos no estudo ICAR – Impacto e Controlo da Asma e Rinite (PTDC/SAU-SAP/119192/2010, financiado pela Fundação Ciência e Tecnologia). Foi realizada uma espirometria de acordo com as recomendações ATS/ERS 2005 (PRE), seguida de inalação de 400 mcg de salbutamol com câmara expansora e repetição da espirometria após 15 minutos. Foram registadas as mudanças absolutas e relativas na FVC, FEV₁, FEF₂₅₋₇₅ e FEF₂₅, 50% e 75% da FVC. Os limites inferior e superior da variabilidade foram definidos como o percentil 5 e 95. Todos os participantes assinaram consentimento informado.

Resultados: Os 66 indivíduos incluídos tinham 47.4(16.5) anos de idade e, 48(72%) eram do sexo feminino. As variações dos parâmetros espirométricos estão descritos na Tabela 1.

	Média (DP)	P ₀₅ : P ₉₅
Valores basais (PRE)		
FEV ₁ (% prev)	89,1 (13,2)	68,5; 109,2
FEV (% prev)	96,0 (14,3)	74,1; 122,4
FEV ₁ /FVC (%)	84,6 (6,2)	75,7; 93,7
FEV ₂₅₋₇₅ (% pred)	119,0 (31,2)	75,2; 171,9
Variação pós-salbutamol		
FEV (ml)	33,6 (127,3)	-150,0; 240,0
FEV ₁ (ml)	104,4 (134,5)	-50,0; 280,0
FEV (%)	1,0 (3,9)	-4,50; 7,7
FEV ₁ (%)	3,5 (4,2)	-1,88; 11,0
FEF ₂₅₋₇₅ (%)	13,0 (15,4)	-5,4; 38,8
FEV ₁ /FVC (%)	2,6 (3,3)	-2,4; 9,2
FEF ₂₅ (%)	3,1 (11,1)	-10,8; 20,4
FEF ₅₀ (%)	11,7 (16,6)	-7,3; 39,5
FEF ₇₅ (%)	20,9 (24,1)	-9,3; 50,4

Apenas dois indivíduos (3%) tiveram uma prova de broncodilatação positiva com critérios absolutos (variação FEV₁ >200ml) e relativos (variação FEV₁ >12%) e 8 (12%) tiveram pelo menos um dos critérios. A maior variabilidade registou-se nas vias aéreas inferiores, definido como o P95 da mudança pós-salbutamol, alcançando 54% no FEF₇₅%.

Conclusão: Em adultos saudáveis, as variações mais elevadas no calibre das vias aéreas após administração de salbutamol foram observadas nas pequenas vias aéreas, o que limitará a sua utilidade como teste diagnóstico.

PO 56 – Estudo retrospectivo de uma consulta de imunodeficiências primáriasD. Silva^{1,2}, N. Santos¹, J. Torres da Costa¹, D. Penas³¹Serviço de Imunoalergologia Centro Hospitalar de São João E.P.E., Porto, PORTUGAL²Serviço e Laboratório de Imunologia Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, PORTUGAL³USF Porta do Sol, Unidade Local de Saúde de Matosinhos, Matosinhos, PORTUGAL

A abordagem diagnóstica, orientação terapêutica e o seguimento do doente com Imunodeficiência implica uma abordagem clínica específica e multidisciplinar. Desde Janeiro de 2013 foi criada uma consulta orientada para doentes com Imunodeficiências Primárias (IDP) no Serviço de Imunoalergologia do Centro Hospitalar de São João. Objetivo: Caracterização de uma população de doentes acompanhados numa consulta de IDP.

Metodologia: Avaliação retrospectiva dos processos clínicos dos doentes observados numa consulta de IDP no período de Janeiro de 2013 a Julho de 2014, efetuada com base: nas manifestações clínicas, resultados laboratoriais, co-morbilidades e orientação terapêutica.

Resultados: Observaram-se 78 doentes, 36(46%) homens, com média de idade de 44 anos (desvio padrão de 20 anos). A maioria foram primeiras consultas e 31 (40%) eram previamente seguidos na consulta de Imunoalergologia. Dos doentes observados: 15(19%) apresentavam Imunodeficiência Comum Variável (IDCV); 5(6%) Síndrome de Hiper IgM (4 com mutações para o AICDA); um agamaglobulinemia ligada ao X; 19(24%) défice absoluto de IgA; 3 défice parcial de IgA e 3 encontram-se em estudo por hipogamaglobulinemia e défice de IgG específica para o *S. pneumoniae*. Dois doentes apresentavam hipogamaglobulinemia secundária a quimioterapia e/ou doença neoplásica e em 27 (35%) não foi confirmada a suspeita de imunodeficiência.

A terapêutica com imunoglobulina endovenosa foi instituída em 16 doentes (11 com IDCV, 4 com síndrome de Hiper IgM e 1 com agamaglobulinemia ligada ao X). Nos doentes com IDP identificaram-se como co-morbilidades asma(n=7), pansinusite (n=11), bronquiectasias (n=14), hiperplasia nodular linfóide gastro-intestinal (n=6), um com doença de Crohn e um com Linfoma B difuso de células grandes. Metade dos doentes com IDP eram seguidos noutras consultas, nomeadamente Pneumologia (n=9), Medicina Interna (n=2) e Gastroenterologia (n=2).

Aqueles com défice absoluto de IgA eram assintomáticos (n=14), exceto três que apresentavam infeções de repetição na infância e bronquiectasias, um tinha hiperplasia nodular linfóide e um pênfigo bolhoso.

Conclusões: A consulta de Imunodeficiências Primárias permitiu uniformizar o seguimento destes doentes, coordenando os cuidados multidisciplinares. Considerando a baixa prevalência e incidência destas patologias na população em geral, o seguimento numa consulta específica permite melhorar a sua abordagem diagnóstica e terapêutica.

PO 57 – Défice seletivo de imunoglobulina A – revisão de 124 casosC. Abreu¹, M. Guedes², J. Vasconcelos³, E. Neves³, L. Marques²¹Serviço de Imunoalergologia, CHP, Porto, PORTUGAL²Serviço de Pediatria, CHP, Porto, PORTUGAL³Serviço de Imunologia Laboratorial, CHP, Porto, PORTUGAL

O défice seletivo de Imunoglobulina A (DSIgA) é a imunodeficiência primária mais comum, definida por valores de Imunoglobulina A sérica inferiores a 7mg/dL, em pacientes com idade superior a 4 anos, sem outras causas de hipogamaglobulinemias. Sendo a maioria dos indivíduos assintomáticos, alguns podem apresentar deficiências de subclasses de Imunoglobulinas G (IgG) e suscetibilidade para infeções do trato respiratório ou digestivo. O DSIgA aparece ainda associada a sintomas de patologia alérgica e autoimune.

O objetivo deste trabalho foescrever a relação entre o DSIgA a doenças infecciosas, alérgicas e distúrbios autoimunes

Material e Métodos: Estudo retrospectivo de pacientes seguidos no Centro Hospitalar do Porto desde 1991 a 2012, com diagnóstico de DSIgA. Foram revistos processos clínicos e frequência de patologias associadas.

Resultados: Foram incluídos e analisados 124 pacientes com DSIgA seguidos no Centro Hospitalar do Porto, 52% do sexo feminino e 2,4% com história familiar de DSIgA. As manifestações clínicas que levaram ao diagnóstico foram, infeções recorrentes (43,5%), doenças alérgicas (21%), distúrbios autoimunes (8%) e distúrbios gastrointestinais (6,4%).

Ao longo do seguimento, foram sendo diagnosticadas outras patologias alérgicas em 38 indivíduos (30,6%), manifestações autoimunes em 23 (18,5%) e doença celíaca em 8 (6,4%).

A asma foi a patologia alérgica mais frequente em 24 pacientes (19,4%), seguida da rinite alérgica em 7 pacientes (5,6%), dermatite atópica em 6 pacientes (4,8%) e alergia alimentar em um doente.

Das doenças autoimunes, a tiroidite (7) foi a manifestação mais frequente, seguida da diabetes tipo 1 (5), lúpus eritematoso sistémico (4), síndrome antifosfolipídico (2), artrite reumatoide (2), trombocitopenia (1), cirrose biliar primária (1) e hepatite autoimune (1).

A deficiência de subclasses de IgG foi detetada em dois doentes, sem alterações da produção de anticorpos. Foi feito diagnóstico de neoplasia hematológica, linfoma de Hodgkin num paciente.

Os resultados desta série revelaram um aumento do número de casos de doenças alérgicas, autoimunes e gastrointestinais. O seguimento a longo prazo destes doentes pode permitir uma adequada orientação e tratamento de comorbilidades.

PO 58 – Angioedema hereditário e procedimentos médico-cirúrgicosJ. Azevedo¹, B. Tavares¹, C. Pereira¹, G. Loureiro¹, E. Faria¹, F. Ribeiro¹, A. Todo-Bom¹¹Serviço de Imunoalergologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, COIMBRA, PORTUGAL

Introdução: O angioedema hereditário (AEH) é uma doença rara causada pela deficiência do inibidor de C1-esterase (INH C1), provocando episódios de edema não-pruriginoso, podendo colocar em risco a vida do doente. O tratamento divide-se em controlo das crises, profilaxia a longo e curto prazo (quando estão previstas determinadas intervenções).

Objetivo: Avaliar os efeitos e evolução de procedimentos médico-cirúrgicos em doentes com AEH.

Métodos: Inquiridos 27 doentes com o diagnóstico de AEH e caracterizada a amostra. Avaliados os procedimentos efectuados, profilaxia a longo e curto prazo e evolução.

Resultados: 18 doentes do sexo feminino (F), 15 tipo 1, 1 tipo 2 e 2 tipo 3. 9 do sexo masculino (M), 8 tipo 1 e 1 tipo 2. Média de idades: F 38±12,89 anos (16-58 anos); M 42±18,26 anos (24-82 anos). Desencadeantes das crises (F-M): stress 72,22%-55,56%; esforço físico 22,22%-0%; traumatismos 16,67%-0%; nenhum 11,11%-44,44%. 55,56% dos doentes estão sob tratamento crónico com danazol. Os restantes, cumprem androgénios exclusivamente em crise ou previamente a um procedimento médico-cirúrgico. 70,37% dos doentes foram submetidos a actos cirúrgicos (12 anestésias gerais; 7 locorregionais). 31,58% fizeram pré-medicação com concentrado de INH C1 (cINH C1) (3 anestésias gerais e 3 locorregionais). Numa doente submetida a amigdalectomia, sem pré-medicação, verificou-se angioedema da face no 1º dia pós-operatório e noutra edema da face após extracção de quisto dentário (ocorrências prévias ao diagnóstico). 6 doentes efectuaram procedimentos dentários minor, sem ocorrências. A gravidez ocorreu em 10 doentes sem complicações, excepto numa (1º trimestre). Durante o parto (15; 10 eutócicos e 5 cesarianas), apenas em 2 se fez pré-medicação com cINH C1, em todos não ocorreram complicações.

Conclusão: O desencadeante das agudizações mais vezes identificado foi o stress. O diagnóstico tardio do AEH motivou 2 cirurgias desnecessárias (laparotomia exploradora branca e amigdalectomia). Embora a manipulação da via aérea esteja associada a maior risco de AE, não foi realizada profilaxia com cINH C1 na maioria dos doentes submetidos a anestesia geral (por não reportarem a sua doença). A gravidez parece constituir um período protector para a doença. O parto decorreu sem intercorrências, mesmo nas doentes sem profilaxia. A terapêutica profiláctica realizada, embora tenha variado consoante a prática clínica, foi suficiente para a prevenção de crises.

PO 59 – Esofagite eosinofílica, rinosinusite e défice de IGA – A propósito de um caso clínicoR. Fernandes¹, I. Carrapatoso¹, E. Faria¹, C. Pereira¹, A. Todo-Bom¹¹Serviço de Imunoalergologia – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, PORTUGAL

Introdução: A esofagite eosinofílica tem vindo a ser identificada de forma crescente na população, sendo cada vez mais notória a relação entre esta entidade e a patologia alérgica, pelo que é imprescindível o rastreio alergológico nestes doentes.

Descrição do caso: Os autores apresentam o caso de um adolescente de 17 anos, sexo masculino, com sibilância recorrente desde o primeiro ano de vida, seguido em consulta de Gastroenterologia por episódios frequentes de impactação alimentar com necessidade de terapêutica endoscópica. Enviado à nossa consulta para estudo de eventual sensibilização de sensibilidade a aero-alérgenos e alérgenos alimentares, em contexto de diagnóstico de esofagite eosinofílica. Ao exame objectivo salienta-se uma voz nasalada e hipertrofia marcada dos cornetos na rinoscopia. Da investigação efectuada destaca-se: sensibilização para ácaros e alternaria; elevação da IgE total (692UI/L), com aumento da IgE específica para o *Dermatophagoides pteronyssinus* (>100KU/L) e *Alternaria alternata* (28,2KU/L) e uma diminuição acentuada de IgA (<0,07g/L) com valores normais das restantes imunoglobulinas. ATAC dos seios perinasais evidenciou um desvio marcado do septo nasal, infiltrado inflamatório importante e quisto de retenção no seio maxilar. Foi realizado estudo para exclusão de infecção parasitológica e de doença celíaca, ambos negativos. Medicado desde então com pantoprazol 40mg, fluticasona deglutida 250µg nos períodos de disfagia, fluticasona nasal, rupatadina e salbutamol em SOS, com evolução favorável, sem novos episódios de impactação alimentar ou infecções recorrentes. Pelas alterações na TAC foi orientado para a consulta de ORL tendo sido submetido a septoplastia e turbinectomia com melhoria significativa da obstrução.

Conclusão: O défice selectivo de IgA é a imunodeficiência primária mais comum na população geral e com melhor prognóstico, sendo que apenas uma minoria dos doentes afectados é sintomático e em regra apresentam um quadro clínico de gravidade ligeira. Contudo, a identificação precoce destes casos permite a implementação de medidas preventivas e vigilância da eventual evolução para formas clínicas mais graves, nomeadamente imunodeficiência variável comum. No caso clínico vertente admitimos que a deficiência de IgA poderá apresentar uma eventual relação etiopatogénica não só com a doença alérgica, mas também favorecendo uma evolução para esofagite eosinofílica.

Palavras-chave: défice de IgA, rinosinusite, esofagite eosinofílica

PO 60 – Do processo linfoproliferativo ao angioedemaN. Pinto¹, S. Rosa¹, F.Vargas², P. L. Pinto¹¹Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar Lisboa Central E.P.E., Lisboa, PORTUGAL²Serviço de Hematologia, Hospital Garcia de Orta E.P.E., Almada, PORTUGAL

Introdução: O angioedema adquirido é uma situação rara que pode associar-se a doenças linfoproliferativas de células B. O início do quadro depois dos 40 anos, a ausência de prurido e/ou urticária, uma má resposta à terapêutica convencional, em doentes sem história familiar de angioedema, devem conduzir à sua suspeita.

Caso Clínico: Doente do sexo feminino, de 73 anos, referenciada à consulta de Imunoalergologia por quadro de angioedema recorrente. Dos antecedentes pessoais destaca-se linfoma não Hodgkin de baixo grau de malignidade, com 3 anos de evolução, sem indicação para iniciar terapêutica e vigiado em consulta de Hemato-Oncologia. Estaria medicada com terapêutica antihipertensora com perindopril e indapamida em associação, que suspendeu vários meses antes, sem melhoria do quadro de angioedema pelo que se excluiu angioedema associado a inibidores da enzima de conversão da angiotensina.

Apresentava queixas de angioedema recorrente sem urticária, não pruriginoso, localizado na face, língua e lábios, com um ano de evolução e com uma frequência mensal. Os episódios duravam cerca de uma semana e não cediam à administração de anti-histamínicos nem de corticosteróides orais. Sem história familiar de angioedema. A avaliação analítica revelou diminuição do C1q, CH100, C4, C1 inactivador quantitativo e funcional, compatível com angioedema adquirido que se considerou ser secundário ao linfoma não Hodgkin. Em parceria com o Serviço de Hemato-Oncologia, onde a doente era seguida, decidiu-se iniciar esquema de quimioterapia (QT). A doente ficou entretanto medicada com 1 g diário de ácido tranexâmico, que não chegou a iniciar por receio de eventuais efeitos adversos. Iniciou QT com esquema COP (ciclofosfamida, sulfato de vincristina e prednisolona) ficando assintomática a partir do primeiro ciclo. Completou 9 ciclos de QT sem recorrência do quadro, mantendo no entanto as alterações laboratoriais do complemento.

Discussão: O quadro de angioedema adquirido pode preceder o diagnóstico de doença linfoproliferativa em vários anos. Neste caso surgiu 3 anos após o diagnóstico da mesma. A referência a uma consulta de Imunoalergologia para estudo etiológico, e a boa articulação entre as diferentes especialidades foram fundamentais para a rápida resolução dos sintomas e melhoria da qualidade de vida da doente.

PO 61 – As minhas filhas também têm angioedema?

J. Moreno Cosme¹, A. Spínola Santos¹, A. Lopes¹, A. Martinho³, M. Pereira Barbosa^{1,2}

¹Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte – Hospital de Santa Maria, Lisboa, PORTUGAL

²Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa, PORTUGAL

³Centro do Sangue e da Transplantação de Coimbra, Instituto Português do Sangue e da Transplantação, Coimbra, PORTUGAL

Introdução: O angioedema hereditário (AEH) com complemento normal caracteriza-se laboratorialmente pela inexistência de alterações quantitativas ou funcionais de C1 inibidor (CIINH). Cerca de 25% dos europeus com AEH com CIINH normal têm mutação do gene F12 que codifica o factor XII da coagulação. Os estrogénios parecem ter um papel nesta patologia já que as condições associadas a níveis elevados de estrogénios como gravidez, contraceptivos orais (CO) e terapêutica hormonal de substituição são factores desencadeantes de crise.

Objetivo: Demonstrar que o estudo genético das mutações do gene F12 pode ser importante para o diagnóstico de familiares de doentes com AEH com níveis de CIINH normais e diagnóstico genético pré-estabelecido.

Caso clínico: Mulher, 40 anos, hospedeira, natural de Espanha, residente em Faro, desenvolve aos 18 anos, após procedimento estomatólogo invasivo, 1ª crise de angioedema (AE) facial. Aos 27 anos, inicia crises recorrentes de AE da face e membros que coincidiram com CO (3 meses). Aos 30 anos tem nova crise de AE facial e urticária, associada ao metamizol por síndrome gripal. Aos 35 anos, após colocação de anel vaginal, inicia crises de AE frequentes, com envolvimento facial e abdominal pelo que recorre várias vezes à urgência. Na investigação das crises abdominais fez endoscopia alta – baixa num único tempo complicada de AE facial. À data, residia em Espanha, tendo-lhe sido diagnosticado AEH com níveis de CIINH normais, mediante confirmação genética. O diagnóstico foi no 1º trimestre da 1ª gravidez que decorreu com crises abdominais e faciais. Aos 39 anos, no 1º trimestre da 2ª gravidez tem crise de AE facial exuberante com necessidade de terapêutica com plasma fresco congelado e posteriormente concentrado de CIINH. A mãe da doente tem história de AE facial recorrente e tal como a filha fez estudo genético que confirmou mutação. A doente tem dois irmãos, homens, sem clínica de angioedema. As sobrinhas aguardam realização de estudo genético. No contexto de doença hereditária, em que o sexo feminino é fator de risco para apresentação, realizou-se o estudo genético das 2 descendentes de sexo feminino, sendo positivo para a mais nova.

Conclusões: A mutação no gene do F12 é a única alteração conhecida, até ao momento, associada a esta patologia. Este caso é ilustrativo do benefício resultante do estudo genético com identificação da mutação numa família, permitindo seleccionar os doentes, com necessidade de evicção de CO no futuro.

PO 62 – Sibilância recorrente em idade pré-escolar – Caso clínico

I. Rezende¹, C. Reis, C. Abreu, L. Cunha

¹Centro Hospitalar do Porto, Porto, PORTUGAL

Objetivo do trabalho: A sibilância recorrente em idade pediátrica representa um desafio diagnóstico, não sendo sempre óbvia a distinção entre entidades tão prevalentes como a bronquiolite, a sibilância recorrente e a asma. A própria definição de asma até aos cinco anos de idade é complexa e controversa, dada a variabilidade e falta de especificidade dos sintomas, os quais coexistem frequentemente com outras doenças causadoras de sibilância.

Métodos: Caso clínico de criança do género masculino de dois anos de idade, filho de mãe fumadora e com rinite alérgica. Frequenta o infântario desde o primeiro ano de idade, com antecedentes pessoais de eczema atópico, alergia alimentar ao ovo e cereais. Episódios de bronquiolite aguda aos 7 meses, 14 meses e o último aos 22 meses de idade com identificação do vírus sincicial respiratório. Desde então iniciou quadro de tosse seca irritativa, dispneia e pieira intermitentes de gravidade ligeira e rinorreia serosa. Medicado com β_2 -agonista de curta duração e corticosteroide inalado em baixa dose com bom controlo do quadro clínico.

Resultados: Foi efetuada avaliação clínico-laboratorial salientando-se os seguintes procedimentos:

Testes cutâneos prick a aeroalérgenos (diâmetro em mm): Dermatophagoides pteronyssinus=6.5, Dermatophagoides farinae=6.0 e Lepidoglyphus destructor=0.0; alimentos (diâmetro médio em mm): trigo=5.0, centeio=5.0, ovo=6.0. (Histamina=6.0 e Soro fisiológico=0.0).

Doseamento de sIgE (kU/L): Dermatophagoides pteronyssinus=3.0, Dermatophagoides farinae=2.3, centeio=5.2, trigo=4.5, clara de ovo=3.0, gema de ovo=2.3, sIgE negativas para leite, alfa-lactoglobulina, beta-lactoglobulina e caseína.

Prova terapêutica com corticosteroide inalado durante duas semanas positiva.

Conclusão: O diagnóstico de asma deve ser sempre ponderado na criança com sibilância recorrente e deve ser efetuado precocemente. Não existem métodos diagnósticos precisos que permitam determinar se uma criança jovem com sibilância tem asma. Os métodos de diagnóstico disponíveis para esse efeito, como a oscilometria ou resistência específica de via aérea só estão disponíveis em certos centros e sua acuidade é limitada.

Deste modo nas crianças em idade pré-escolar o padrão de sintomas, os fatores de risco e a resposta à terapêutica são os aspetos orientadores do diagnóstico.