


# Alergia medicamentosa: Qual o papel do Imunoalergologista no diagnóstico e tratamento?

Rev Port Imunoalergologia 2026; 34 (2): 61-62

Rita Brás<sup>1</sup> 

<sup>1</sup> Serviço de Imunoalergologia, ULS Santa Maria, Lisboa, Portugal

<sup>2</sup> Clínica Universitária de Imunoalergologia – Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Portugal

**N**uma era em que a utilização de medicamentos cresce a par do aumento da esperança média de vida, importa destacar que para lá do benefício terapêutico existem também riscos a considerar. As reações adversas a medicamentos (RAM) são uma das principais causas de morbidade e mortalidade, com uma prevalência reportada de 5-10% das admissões em serviço de urgência (1). Apesar de corresponder apenas a um quinto das RAM, a alergia medicamentosa é imprevisível e independente da dose administrada, limitando o uso de terapêuticas de primeira linha, com consequente impacto na qualidade de vida e na taxa de sobrevivência (2).

Um aspeto preocupante prende-se com os rótulos incorretos de alergia medicamentosa. Esta situação é particularmente crítica no caso da alergia a penicilina, um dos antibióticos mais vulgarmente utilizados na prática clínica. Após completar a investigação imunoalergológica, o diagnóstico de alergia a penicilina é confirmado em apenas 1-2% dos doentes que afirmam ser alérgicos a este fármaco (3). Esta percentagem é ainda menor em idade pediátrica (2). A perpetuação destes rótulos incorretos de alergia medicamentosa reflete-se num aumento do uso

de antibióticos de espectro alargado, o que não só contribui para maior resistência antimicrobiana, como para um aumento dos custos em saúde (2,3). A mudança de paradigma é urgente, tendo a Imunoalergologia um papel essencial, quer no aumento do conhecimento e alerta para a alergia medicamentosa junto da comunidade médica, por forma a evitar rótulos incorretos e subdiagnóstico, quer na investigação ativa e completa destes doentes, para que aqueles com alergia documentada possam ter alternativas seguras e os doentes em que o diagnóstico é excluído deixem de ser privados destes fármacos.

O diagnóstico de alergia medicamentosa exige uma abordagem sistemática, que tem por base uma história clínica detalhada, podendo incluir testes cutâneos (em picada e intradérmicos com leitura imediata vs epicutâneos e intradérmicos com leitura tardia, escolhidos de acordo com o tempo de início da reação relativamente à administração do fármaco) e métodos de diagnóstico *in vitro*, quando disponíveis e se indicado, sendo que a prova de provocação constitui o *gold standard* para o diagnóstico definitivo (4,5). Estes procedimentos envolvem complexidade e riscos, pressupondo uma formação

<http://doi.org/10.32932/rpia.2026.06.182>

© 2026 Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica. Published by Publicações Ciência e Vida.

This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

especializada, protocolos validados e condições de segurança que apenas a Imunoalergologia pode garantir de forma estruturada. Nos últimos anos, atendendo ao elevado volume de doentes referenciados para investigação de alergia medicamentosa e à necessidade premente de otimizar os protocolos de investigação sem comprometer a segurança dos doentes, as sociedades internacionais, nomeadamente a Academia Europeia de Alergologia e Imunologia Clínica (EAACI) e a Academia Americana de Alergia, Asma e Imunologia (AAAAI), emitiram documentos de consenso com algoritmos de estratificação do risco adaptado por classe farmacológica, estabelecendo, em doentes de baixo risco, a possibilidade de realização de prova de provocação direta, sem realização prévia de testes cutâneos (3), bem como a simplificação de protocolos das provas de provocação (4).

Outro dos desafios nesta área prende-se com os doentes com reações de hipersensibilidade graves, nos quais a progressão da investigação está limitada pela segurança. Nestes casos, alguns métodos *in vitro* específicos, como o doseamento de IgE específica para o fármaco em questão e o teste de ativação de basófilos (no caso das reações imediatas), o teste de transformação linfocitária e os ensaios de deteção de citocinas, como o ELISpot (no caso das reações tardias) poderão ser úteis antes dos métodos *in vivo*, embora estejam limitados pela disponibilidade e pela falta de standardização dos protocolos que se reflete em baixa sensibilidade (5). Também aqui a Imunoalergologia tem um papel importante, não só na decisão dos métodos de investigação de acordo com o fenótipo clínico, mas também na identificação de alternativas seguras, sobretudo quando a prova de provocação com o fármaco suspeito está contraindicada (4). O conhecimento sobre os diferentes mecanismos das reações de hipersensibilidade a medicamentos permite atualmente distinguir diferentes endótipos (6), embora faltem ainda biomarcadores específicos úteis na prática clínica para melhor estratificação do risco.

Quando o fármaco a que o doente é alérgico é a melhor ou mesmo a única alternativa terapêutica, a dessensibilização surge como uma opção segura e eficaz. Este procedimento

de elevado risco baseia-se em protocolos clinicamente validados e é assegurado pela Imunoalergologia (7). O conhecimento sobre esta alternativa terapêutica por parte dos colegas de outras especialidades tem proporcionado uma maior procura da Imunoalergologia como parte integrante da equipa multidisciplinar que acompanha estes doentes, desde a Cardiologia à Oncologia, passando pela Hematologia, a Gastrenterologia, a Reumatologia, entre outros.

Em suma, a investigação de uma alergia medicamentosa reveste-se de complexidade e risco, sendo que a intervenção da Imunoalergologia pode ser verdadeiramente diferenciadora no resultado final.

### Conflitos de Interesse

O autor declara que não existem conflitos de interesse.

### ORCID

Rita Brás  [0000-0002-3059-786X](https://orcid.org/0000-0002-3059-786X)

### REFERÊNCIAS

1. Komagamine, J. Prevalence of urgent hospitalizations caused by adverse drug reactions: a cross-sectional study. *Sci Rep* 2024;14:6058. doi:10.1038/s41598-024-56855-z.
2. Donã I, Tores MJ, Celik G, Philips E, Tanno LK, Castells M. Changing patterns in the epidemiology of drug allergy. *Allergy* 2024;79:613-28. doi:10.1111/all.15970.
3. Macy E, Adkinson NF Jr. The evolution of our understanding of penicillin allergy: 1942-2022. *J Allergy Clin Immunol Pract* 2023; 11(2):405-13. doi: 10.1016/j.jaip.2022.09.006.
4. Barbaud A, Garvey LH, Torres M, Laguna JJ, Arcolaci A, Bonadonna P, et al. EAACI/ENDA position paper on drug provocation testing. *Allergy* 2024;79(3):565-79. doi:10.1111/all.15996.
5. Khan DA, Banerji A, Blumenthal KG, Phillips EJ, Solensky R, White AA, et al. Drug allergy: A 2022 practice parameter update. *J Allergy Clin Immunol* 2022;150(6):1333-93. doi:10.1016/j.jaci.2022.08.028.
6. Mayorga C, Fernandez-Santamaria R, Çelik GE, Labella M, Murdaca G, Sokolowska M, et al. Endotypes in immune mediated drug reactions: Present and future of relevant biomarkers. An EAACI Task-Force Report. *Allergy* 2025;80:1831-47. doi: 10.1111/all.16576.
7. Pagani M, Bavbek S, Alvarez-Cuesta E, Dursum AB, Bonadonna P, Castells M, et al. Hypersensitivity reactions to chemotherapy: an EAACI Position Paper. *Allergy* 2022;77:388-403. doi: 10.1111/all.15113.