

# Manifestações cutâneas das doenças Imunoalérgicas

Rev Port Imunoalergologia 2014; 22 (2): 141-144

Mário Morais Almeida<sup>1</sup>, Elisa Pedro<sup>2</sup>, Rita Câmara<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Coordenador do Centro de Alergia, Hospitais CUF Descobertas e CUF Infante Santo, Lisboa;

<sup>2</sup> Assistente Hospitalar Graduada Sênior de Imunoalergologia, Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Lisboa Norte;

<sup>3</sup> Assistente Hospitalar Graduada, Unidade de Imunoalergologia, Hospital Dr. Nélio Mendonça, Funchal

**T**eve lugar no passado dia 5 de Abril, em Aveiro, a *Reunião da Primavera 2014* organizada pela SPAIC com o apoio dos Laboratórios Vitória. Este ano dedicada ao tema **“Manifestações Cutâneas das Doenças Imunoalérgicas”**, contou com a habitual colaboração dos Grupos de Interesse da SPAIC, em particular os GI de Alergia alimentar, Alergia Cutânea e Alergia a Fármacos e com a presença de um grande número de sócios.

A reunião iniciou-se com as mensagens de boas vindas, proferidas pelo Presidente da SPAIC, Prof. Doutor Luís Delgado, pela Vice-Presidente Dra. Ana Morête e pela Presidente da Assembleia Geral, Prof.<sup>a</sup> Doutora Ana Todo-Bom.

Ao longo do dia foram apresentados vários temas com elevado nível científico e a discussão dos mesmos largamente participada, o que constituiu sem dúvida uma experiência enriquecedora para todos.

Após a Assembleia Geral, foi proporcionado um “Aveiro de Honra”, com o apoio da Câmara Municipal de Aveiro, no qual esteve presente o Vereador da Saúde, Dr. Miguel Capão-Filipe, Imunoalergologista e sócio da SPAIC.



Antes do encerramento fizemos um breve resumo das três sessões:

– Na primeira sessão sobre **“Dermatite atópica e dermatite de contacto”** moderada pelas Dras. Elza Tomaz e Helena Falcão, a Dra. Cristina Lopes deu início aos trabalhos da mesa com uma intervenção sobre **“Dermatite atópica e infeção”**, durante a qual começou por salientar o impacto desta doença cutânea inflamatória crónica com forte componente genético, na qual os defeitos da barreira cutânea associados a diversas desregulações imunitárias assumem uma importância primordial. Caracterizou então esta doença como uma facilitadora de uma maior colonização por agentes microbianos, virais, bacterianos ou mesmo fúngicos, os quais condicionam a resposta inflamatória e influenciam o curso da dermatite atópica em todos os grupos etários, o que foi exaustivamente revisto nesta didáctica apresentação. Salientou ainda algumas das oportunidades de intervenção, dos fármacos anti-inflamatórios tópicos, aos têxteis funcionais. De seguida, a Dra. Cristina Santa Marta

abordou o tema **“Novas perspectivas terapêuticas na dermatite atópica”**, salientando novamente que o reconhecimento dos aspectos fundamentais da fisiopatologia desta doença, da genética ao ambiente, são essenciais para obter o controlo da mesma. Por isso evitar as agressões e promover a hidratação foram realçados como aspectos essenciais, sendo apresentados dados que comprovam que esta abordagem pode ser tão eficaz, por exemplo, como o uso de fármacos anti-inflamatórios corticosteróides. Na sua apresentação efectuou uma excelente revisão de todos os agentes disponíveis, tópicos ou sistémicos, realçando os dados que suportam o seu uso, em alguns casos claramente insuficientes, terminando com informações sobre as novas perspectivas do recurso a fármacos biológicos e o que se sabe sobre os efeitos da vacinação antialérgica com aeroalergénios nesta patologia, onde ainda não existe uma indicação clara até pela inexistência de dados que permitam identificar fenótipos com resposta previsível. Para terminar a mesa, o Prof. Doutor Luís Miguel Borrego, num trabalho desenvolvido em conjunto com a Dra. Helena Melo, Dermatologista do Hospital CUF Descobertas, abordou o tema **“Dermatite de contacto na criança”**. Baseando a sua apresentação em publicações e experiência recentes, realçou que muitos casos ainda carecem de diagnóstico neste grupo etário, a par de alguns hábitos na população que justificam o aumento da sua frequência, nomeadamente pela exposição precoce a alergénios que não eram tão habituais neste grupo etário. Para além das manifestações clínicas, discutiu exaustivamente os alergénios mais frequentemente envolvidos, bem como as baterias de alergénios a utilizar na avaliação clínica diagnóstica, de uma patologia para a qual a especialidade de Imunoalergologia tem que estar cada vez mais envolvida na sua abordagem, desde os primeiros anos de vida.

– A segunda sessão moderada pelo Prof. Doutor Celso Pereira e pela Dra. Paula Leiria Pinto dedicada ao tema **“Urticária”**, iniciou-se com a intervenção da Dra. Helena Pité sobre **“Tratamento da urticária na crian-**

**ça”** que salientou as diferenças na abordagem clínica e terapêutica da urticária na criança no que diz respeito aos fatores desencadeantes e fármacos utilizados. Chamou a atenção para o facto de a urticária ser uma causa frequente de recurso a consultas e serviços de urgência, mas a maioria dos casos na criança serem agudos, transitórios e de bom prognóstico, sendo as infeções, sobretudo as infeções respiratórias virais, a causa mais frequente. Já na urticária espontânea crónica as causas podem ser multifatoriais desde infeções a autoimunidade, e na urticária crónica induzível as formas mais frequentes são a dermatográfica e a colinérgica, sendo a urticária ao frio e induzida por exercício potencialmente mais graves pelo risco de anafilaxia. Segundo as atuais recomendações, a terapêutica farmacológica da urticária crónica espontânea ou induzida são os anti-histamínicos de 2.ª geração, no entanto o aumento da dose diária do anti-histamínico até quatro vezes não está validado em idade pediátrica. Concluiu salientando que poucos estudos avaliam a eficácia da adição de montelucaste, assim como o uso de ciclosporina, imunoglobulina e omalizumab em crianças. Nas **“Recomendações internacionais para o tratamento da urticária”** a Dra. Margarida Gonçalo incluiu o diagnóstico, diagnóstico diferencial, classificação, avaliação da atividade e tratamento da urticária. Defendeu a cura como o objetivo do tratamento da urticária crónica mas não sendo esta possível, o segundo objetivo é a ausência de sintomas até resolução do quadro. Para além da evicção dos estímulos desencadeantes, os anti-histamínicos HI não sedativos na dose terapêutica habitual são a 1.ª linha de tratamento, mas se os sintomas persistirem é mais favorável o aumento da dose da mesma substância até quatro vezes a dose terapêutica (2.ª linha) do que a associação de fármacos. Salientou ainda que se os sintomas persistirem se deve adicionar à terapêutica de 2.ª linha: omalizumab, ciclosporina A ou montelucaste (3.ª linha). Em caso de agravamento pequenos cursos de corticosteroíde sistémico podem ser utilizados em qualquer momento. Acrescentou que a administração de montelucaste parece não ter grande vantagem e que a ciclospori-

na tem resposta rápida, sendo aparentemente mais eficaz nas urticárias recentes e mais intensas, no sexo masculino e com ANA+, ainda que apresente limitações a nível dos efeitos adversos. A Dr.<sup>a</sup> Célia Costa, falou sobre **“Urticária crónica: novas terapêuticas”** focando-se na terapêutica de 3.<sup>a</sup> linha da urticária. Referiu que o montelucaste, apesar do fraco grau de evidência parece trazer benefício na urticária crónica espontânea e intolerância a aditivos alimentares ou AINEs, ou em doentes com teste do soro autólogo positivo. A ciclosporina tem um nível de evidência de baixa qualidade, sobretudo pelos efeitos secundários. Quanto ao omalizumab salientou que é um tratamento eficaz em 65% dos doentes refratários aos anti-histamínicos e anti-leucotrienos, parecendo ser a terapêutica alternativa com melhor perfil de eficácia e segurança. Referiu a experiência do Serviço de Imunoalergologia do HSM-CHLN com a utilização de omalizumab no tratamento da urticária crónica, concluindo que é um fármaco eficaz, seguro, com rápido início de ação e sem reações adversas relevantes, no entanto parece ser necessária a manutenção do tratamento para manter a eficácia.

– A terceira, e última sessão foi dedicada ao tema **“Manifestações cutâneas da alergia medicamentosa e alimentar”** com moderação realizada pelo Dr. Carlos Lozoya e pela Dra. Emília Faria iniciou-se com a intervenção do Prof. Doutor Óscar Tellechea com a abordagem do tema **“Histopatologia das manifestações alérgicas cutâneas”** em que o preletor ao longo da sua exposição correlacionou as alterações macroscópicas, encontradas nos diversos tipos de lesão da pele com as alterações a nível histológico, nomeadamente no eczema e urticária, nas suas formas agudas e crónicas. Ao longo desta apresentação percebemos ainda como por vezes é importante biopsar para esclarecimento dum diagnóstico, e esta atuação é imprescindível quando as lesões cutâneas, não são características. No entanto realçou a importância de uma boa história clínica, com pesquisa das causas, do intervalo tempo entre aparecimento da lesão e o

agente causal, o conhecimento da terapêutica já efetuada, que muitas vezes, poderá modificar as características macroscópicas / microscópicas.

A **“Hipersensibilidade a AINEs e fenótipos clínicos”** foi apresentada pela Dra. Eva Gomes, que caracterizou e classificou esta patologia alérgica, de modo a permitir a *posteriori* adequar a abordagem clínica e economizar recursos, na sua marcha diagnóstica.

A classificação apresentada foi a de Stevenson que se baseia nas manifestações clínicas, na existência ou não de doença subjacente e na existência ou não de reatividade cruzada com outros fármacos inibidores do COXI, mesmo com estrutura química diferente.

Falou ainda na distinção entre reações imunologicamente / não imunologicamente mediadas e frisou que neste último tipo de reações, o mecanismo subjacente é farmacológico e que nas reações imunologicamente mediadas há tolerância a AINEs quimicamente não relacionados.

As exacerbação sintomatologia respiratórias, cutânea e mucosa está associada, a pré-existência de doença alérgica e tem como base mecanismos de reatividade cruzada, não imunologicamente mediados, a AINE diferentes.

Destacou que as reações imunologicamente mediadas podem ser imediatas ou tardias (>24 horas) e que o quadro clínico associado é diferente. Assim as manifestações cutâneas como a erupção cutânea fixa, exantema e o SCAR ou órgão específicas são reações de hipersensibilidade tardias, enquanto que as formas imediatas apresentam quadros clínicos de anafilaxia ou urticária /angiodema.

Desenvolveu o quadro clínico específico para vários AINE nomeadamente a aspirina, relacionando os quadros clínicos com os diferentes fármacos. Em relação à marcha diagnóstica referiu indicações e contraindicações, para a realização de patch test, testes intradérmicos e provas de provocação.

Por fim, apresentou resultados de trabalho multicêntrico GIAF, que tem como objetivo identificar fenótipos, AINEs envolvidos, e factores de risco na população portuguesa.

Na apresentação das **“Manifestações cutâneas na sensibilização a panalergénios alimentares”** a Dra. Cristina Arêde salientou a importância das doenças alérgicas e dentro destas a alérgica alimentar, cuja manifestação clínica mais frequente é cutânea. Salientou a importância dos estilos de vida atuais, com uma panóplia de alergénios nas dietas, como por exemplo os menus *gourmet* ou vegetarianos, com utilização na sua confecção de ervas, flores, frutos secos e condimentos, que poderão ser a justificação para o aumento da prevalência da alergia alimentar, nas últimas décadas.

Chamou ainda atenção para a elevada prevalência e morbidade, razão pela qual a doença alérgica foi considerada doença prioritária na UE.

Destacou ainda que mais de 90% dos doentes sensibilizados são-no a vários alergénios, pela presença de alergénios comuns, em diferentes fontes alergénicas – panalergénios que podem ter origem vegetal ou animal. Relembrou a ainda, a reatividade cruzada entre alergénios, explicada pela sua homologia e sequência estrutural, e que os panalergénios são proteínas altamente conservadas, dando como exemplo, entre outros, a tropomiosina responsável pela reatividade cruzada entre ácaros e crustáceos. Assim, estima-se 30-60% dos doentes, com polinose sofrem de alergia alimentar e mais 75% dos

doentes, com alergia a frutos estão também sensibilizados a poléns. Destacou a classificação de alergia alimentar classel – sensibilização primária ao alimento pela sua ingestão – ex: LTP; classe 2 – sensibilização através da inalação do pólen, em que a alergia alimentar resulta de fenómenos de reatividade cruzada – ex: Bet v1.

Por fim falou da variabilidade destas reações, quanto à gravidade clínica e às fontes alergénicas, destacando a prevalência mais elevada de sensibilização primária às LTP, na Europa meridional e oriental e ainda que esta sensibilização é a responsável pela anafilaxia induzida pelo exercício.

A Reunião Anual da Primavera caracteriza-se por ser uma reunião monotemática, este ano dedicada à vertente cutânea das doenças imunoalérgicas. Neste número da RPIA para além deste resumo, segue-se o programa da reunião e o resumo das palestras efectuadas, graças ao contributo das Dras. Cristina Lopes, Cristina Santa, Prof. Doutor Luís Miguel Borrego e Dras Helena Pité Marta, Célia Costa, Eva Gomes e Cristina Arede. A participação ativa dos especialistas de Dermatologia, Dra. Margarida Gonçalo e Prof. Doutor Óscar Tellechea, permitiu uma enriquecedora troca de experiências, com particular enfoque no diagnóstico diferencial das manifestações cutâneas das doenças imunoalérgicas, contribuindo para o sucesso deste evento.

