

MELHOR TRABALHO – IMUNOTERAPIA COM ALERGÉNIOS

CO 26 – Controlo da doença alérgica em indivíduos sob tratamento com imunoterapia específica subcutânea

Mariana Pereira¹, Ana Margarida Pereira^{1,2,4}, Luís M. Araújo^{1,2,5}, Maria Graça Castelo-Branco¹, Ana Morête¹, João Fonseca^{1,2,3,4}

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

² Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde (CINTESIS), Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

³ Medicina, Educação, I&D e Avaliação, Lda (MEDIDA), Porto

⁴ Dep. Medicina da Comunidade, Informação e Decisão em Saúde (MEDCIDS), Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

⁵ Serv. Laboratório de Imunologia, Unidade de Imunologia Básica e Clínica, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

A medição do controlo da doença alérgica é fundamental na avaliação dos resultados do tratamento com imunoterapia específica antialérgica.

Objetivo: Descrever o controlo da doença alérgica (asma, rinite e conjuntivite) em doentes sob tratamento com imunoterapia específica subcutânea (ITSC).

Metodologia: Estudo retrospectivo, descritivo, incluindo todos os indivíduos com >12 anos que fizeram administração de ITSC entre 03/2017 e 06/2019 na unidade de Imunoalergologia da CUF-Porto e que responderam ≥ 1 vez ao questionário de avaliação prévia à administração da ITSC em uso na unidade; foi incluída apenas a avaliação mais recente de cada indivíduo. O questionário avalia, entre outros, o controlo da asma e da rinite alérgica usando o CARAT e os sintomas oculares usando uma escala visual analógica (EVA) de 0 (sem sintomas) a 10 (máximo de sintomas). O controlo da asma e rinite foi definido como pontuação total do CARAT T ≥ 24 ; o controlo das vias aéreas superiores (VAS) e inferiores (VAI) foi definido com base nos

scores individuais do CARAT (CARAT VAS >8 e CARAT VAI ≥ 16 , respetivamente).

Resultados e conclusões: Resultados: Incluíram-se 210 indivíduos, 97 (46%) do sexo feminino e 63 (30%) com idade <18 anos. Todos tinham rinite alérgica e cerca de um terço (32%, $n=68$) tinham asma concomitante. A maioria dos doentes estava no primeiro ou segundo ano de ITSC (61%, $n=122$). A pontuação média (desvio padrão, DP) do CARAT foi 24,6(4,2), com 68% ($n=142$) dos participantes bem controlados. Mais de 80% ($n=170$) apresentavam bom controlo dos sintomas das VAI, mas apenas 47% ($n=99$) tinham os sintomas das VAS controlados. As pontuações do CARAT T e CARAT VAS não se correlacionaram significativamente com a duração do tratamento com ITSC ($p=0,523$ e $0,513$, respetivamente), no entanto, a pontuação do CARAT VAI apresentou uma correlação significativa positiva ligeira com a duração deste tratamento ($r=0,159$). A pontuação mediana (intervalo interquartil, IIQ) da EVA de sintomas oculares foi de 2,6 (7,7) cm; 79% dos participantes tiveram pontuação inferior a 1 cm.

Conclusões: Dois terços dos doentes avaliados apresentaram bom controlo da patologia alérgica respiratória, avaliado pelo CARAT; no entanto menos de metade tinham bom controlo da rinite.

Apesar de esta proporção de controlo ser superior à que está publicada para doentes de outros settings, são necessários outros estudos de vida real, com avaliação longitudinal por períodos prolongados, para reforçar a evidência de eficácia da imunoterapia específica antialérgica.

Apoio:



MELHOR TRABALHO – DERMATITE ATÓPICA

CO 32 – Impacto do dupilumab no prurido da dermatite atópica grave

Rita Brás¹, Anabela Lopes¹, Marta Neto¹, Amélia Spínola-Santos¹, Manuel Pereira-Barbosa^{1,2}

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

² Clínica Universitária de Imunoalergologia, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa

Objetivo: Nos doentes com dermatite atópica (DA) grave, as lesões cutâneas são frequentemente acompanhadas por prurido intenso e persistente, que origina perturbações do sono e diminuição da qualidade de vida.

Pretendeu-se avaliar a eficácia do dupilumab nas primeiras 4 semanas de tratamento na redução da intensidade do prurido e, paralelamente, na melhoria da duração e qualidade do sono e da qualidade de vida, bem como na redução da gravidade e extensão da doença.

Metodologia: Análise prospetiva das primeiras 4 semanas de tratamento dos doentes com DA grave que iniciaram dupilumab no Hospital de Dia de Imunoalergologia em programa de acesso precoce. Nas primeiras 3 administrações preconizadas no RCM do dupilumab (0, 2 e 4 semanas – S0, S2, S4) foram aplicadas 7 escalas: Peak Pruritus Numerical Rating Scale (NRS) e Itch Severity Scale (ISS) para caracterização da gravidade do prurido, Visual Analogue Scale for sleep disturbance (VAS) e Athens Insomnia Scale (AIS) para avaliação da duração e qualidade do sono, Dermatology Life Quality Index (DLQI) para análise da influência na qualidade de vida, Scoring Atopic Dermatitis (SCORAD) e Eczema Area and Severity Index (EASI) para quantificação da gravidade e extensão da doença.

Resultados e conclusões: Foram incluídas 3 doentes do sexo feminino (D1, D2 e D3) com DA grave que completaram até à data 4 semanas de dupilumab, idades de 50, 47 e 35 anos, com diagnóstico de DA desde a infância. O Quadro I mostra a evolução das 7 escalas aplicadas.

Relativamente ao prurido, observou-se uma redução importante na S2, sendo que nas D2 e D3 se tornou ainda mais expressiva na S4, com reduções no score da ISS de quase 70% relativamente ao valor inicial. Todas as doentes reportaram melhoria no humor.

A privação de sono diminuiu, com melhoria não só na duração, mas também na qualidade do sono, sensação de bem-estar e capacidade física e mental.

Também se verificou uma tendência positiva na qualidade de vida (DLQI), com reduções >40% em S2 e >50% em S4.

Estas alterações associam-se a menores scores de gravidade e extensão da doença logo na S2, atingindo na S4 reduções >50% no SCORAD e EASI.

Quadro I. Resultados das pontuações das sete escalas aplicadas no tratamento com dupilumab.

	S0	S2	S0-S2	S4	S0-S4
<i>Peak Pruritus Numerical Rating Scale (NRS)</i>					
D1	8	5	-37,5%	5	-37,5%
D2	8	3	-62,5%	2	-75,0%
D3	8	6	-25%	5	-37,5%
<i>Itch Severity Scale (ISS)</i>					
D1	14,3	8,6	-39,8%	8,5	-39,9%
D2	16,6	9,2	-44,6%	5,3	-68,1%
D3	15,3	10,1	-34,0%	4,7	-68,3%
<i>Visual Analogue Scale for sleep disturbance (VAS)</i>					
D1	8	2	-75,0%	6	-75,0%
D2	6	1	-83,3%	1	-83,3%
D3	7	5	-28,6%	3	-57,1%
<i>Athens Insomnia Scale (AIS)</i>					
D1	18	13	-27,8%	13	-27,8%
D2	20	12	-40,0%	7	-65,0%
D3	18	11	-38,9%	7	-61,1%
<i>Dermatology Life Quality Index (DLQI)</i>					
D1	25	14	-44,0%	11	-56,0%
D2	25	11	-56,0%	9	-64,0%
D3	27	15	-41,4%	8	-70,4%
<i>Scoring Atopic Dermatitis (SCORAD)</i>					
D1	77,0	47,2	-38,7%	38,6	-49,9%
D2	72,0	34,4	-52,2%	29,9	-58,5%
D3	83,0	48,6	-41,4%	36,4	-56,1%
<i>Eczema Area and Severity Index (EASI)</i>					
D1	11,8	8,1	-31,4%	5,6	-52,5%
D2	50,0	8,8	-82,4%	3,9	-92,2%
D3	39,0	16,3	-58,2%	4,7	-87,9%

Legenda: S0 – pontuação na semana 0; S2 – pontuação na semana 2; S4 – pontuação na semana 4; S0-S2 – diferencial percentual da pontuação de S2 relativamente a S0; S0-S4 – diferencial percentual da pontuação de S4 relativamente a S0; D1 – Doente 1; D2 – Doente 2; D3 – Doente 3.

Em conclusão, a nossa experiência com dupilumab mostrou um impacto positivo significativo sobre o prurido nas primeiras 4 semanas de tratamento, que se refletiu em melhoria na duração e qualidade do sono e na qualidade de vida. Estes resultados acompanharam uma melhoria nos scores de gravidade e extensão da doença.

Apoio:



SESSÃO COMUNICAÇÕES ORAIS I

ALERGIA A FÁRMACOS

JÚRI: ELZA TOMAZ, EMÍLIA FARIA, EVA GOMES

1.º PRÉMIO – MELHOR COMUNICAÇÃO ORAL

CO 01 – Reações de hipersensibilidade durante a dessensibilização a platinos: análise de fatores de risco

Rita Brás¹, Anabela Lopes¹, Marta Neto¹, Amélia Spínola-Santos¹, Manuel Pereira-Barbosa^{1,2}

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

² Clínica Universitária de Imunoalergologia, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa

Objetivo: Os platinos são os antineoplásicos que mais frequentemente induzem reações de hipersensibilidade (RHS), por vezes graves e ameaçadoras de vida. A dessensibilização (DO) é uma alternativa segura e eficaz, embora alguns doentes apresentem RHS durante o procedimento.

Pretendeu-se identificar potenciais fatores de risco para RHS durante a(s) DO(s) a platinos em doentes com RHS prévia.

Metodologia: Análise retrospectiva dos processos dos doentes que realizaram DO a platinos no Hospital de Dia de Imunoalergologia entre julho 2008-julho 2019 (11 anos). O protocolo utilizado inclui 3 soluções com concentrações crescentes (diluição 1:100, 1:10 e 1:1) em 12 passos, durante 6 horas. A RHS inicial foi graduada segundo a classificação de Brown e col. Considerou-se critério para atopia a presença de diagnóstico de alergia respiratória, alimentar e/ou dermatite atópica. O doseamento de IgE total foi feito antes da primeira DO e considerado positivo a partir de 100U/mL. Utilizou-se o teste do qui-quadrado na análise bivariada e o modelo de regressão logística na análise multivariada (SPSS v.25). Valores p <0,050 foram considerados significativos.

Resultados e conclusões: Foram incluídos 127 doentes (90 mulheres, idade média 57,9±10,4 anos), com 43 (33,9%) dessensibilizações a Carboplatina (Crb), 79 (62,2%) a Oxaliplatina (Ox) e 5 (3,9%) a Cisplatina (Cis). As neoplasias mais frequentes foram cólon (53,5%), ovário (25,2%) e mama (3,9%).

Em 71 (55,9%) doentes não ocorreu qualquer RHS, enquanto 56 (44,1%) apresentaram RHS em pelo menos uma DO.

Testaram-se as variáveis sexo, idade, gravidade da RHS inicial, número de infusões prévias à DO, presença de testes cutâneos (TC) fortemente positivos (TC em picada ou intradérmicos com diluição de 0,1 e 1mg/mL para Crb, 0,05 e 0,5mg/mL para Ox e 0,1mg/mL para Cis), atopia e IgE total. A presença de RHS inicial moderada-grave, 8 ou mais infusões prévias e IgE total positiva demonstraram associação com ocorrência de RHS na DO, com OR 3,50 [IC 95% (1,303-9,404), p 0,010], 2,94 [IC 95% (1,146-7,540), p 0,021] e 4,22 [IC 95% (1,478-12,060), p 0,006], respetivamente. Na análise multivariada, as duas últimas mantiveram significância estatística com OR aumentando para 7,66 [IC 95% (1,301-45,045), p 0,024] e 9,01 [IC 95% (2,219-36,599), p 0,002], respetivamente.

Em conclusão, a presença de IgE total elevada e de história de 8 ou mais infusões prévias de platinos demonstraram associação com RHS na DO, devendo ser valorizadas na estratificação do risco dos doentes que vão iniciar DO.

Apoio:



2.º PRÉMIO – MELHOR COMUNICAÇÃO ORAL (Ex aequo)

CO 04 – Dessensibilização a antineoplásicos: 11 anos de experiência de um serviço de imunoalergologia

Joana Caiado¹, Ana Mendes¹, N. Fernandes¹, Rita Brás¹, Marisa Paulino¹, L. Costa², Manuel Barbosa¹

¹ Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria/ Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Lisboa

² Serviço de Oncologia Médica, Hospital de Santa Maria/ Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Lisboa

Objetivo: As reações hipersensibilidade (RH) a antineoplásicos são muito frequentes, podendo levar à suspensão de terapêuticas importantes, condicionando assim a qualidade de vida e sobrevivência dos doentes oncológicos. As RH são mais frequentes com platinos (na maioria IgE-mediadas) seguidas por taxanos e anticorpos monoclonais (AcM), ambas habitualmente não IgE-mediadas. Na ausência de alternativas terapêuticas, a dessensibilização

rápida (DR) permite a reintrodução eficaz e mais segura do antineoplásico.

Descrever a experiência de 11 anos de um serviço de Imunoalergologia (IA) em DR a antineoplásicos.

Metodologia: Análise retrospectiva dos processos dos doentes dessensibilizados a antineoplásicos no Hospital de Dia (HD) de IA entre julho de 2008 e julho de 2019. Foram incluídos doentes > 18 anos com RH imediatas (< 24h). Efetuaram-se testes cutâneos (TC) a platinos e AcM. A DR decorre em cerca de 6 horas por administração gradual de três soluções do fármaco com concentrações crescentes (1:100, 1:10 e 1:1) em 12 passos sucessivos. Em 9 doentes com RH a paclitaxel, o protocolo foi semanalmente simplificado até à infusão normal.

Resultados e conclusões: Foram efetuadas 1471 DR a 283 fármacos (11 duplas DR) em 272 doentes (M: 216; H: 56) com idade média 56 anos (min 20, máx 83). Fizeram-se DR a platinos

(n=136: oxaliplatina-80, carboplatina-49, e cisplatina-7), taxanos (n=124: paclitaxel-61, docetaxel-59 e cabazitaxel-4), AcM (n=13: rituximab-6, trastuzumab-4, cetuximab-3) e outros antineoplásicos (n=10). As RH iniciais foram na maioria moderadas a graves (83,7%). Efetuaram-se 127 TC a platinos, positivos em 121 (95,2%), tendo 7 sido para avaliação de sensibilização (>7 infusões). Os TC a AcM revelaram-se negativos. Foram completadas 1470 das 1471 (1 DR a carboplatina não terminada por anafilaxia bifásica). Ocorreram 141 RH na DR (9,6%), em geral de gravidade inferior à inicial, a maioria com platinos (n=112; 79,4%). Dos 9 doentes com DR a paclitaxel que simplificaram protocolo, 8 retomaram infusões regulares sem intercorrências (1 retomou DR por lombalgia). Não ocorreram óbitos nem admissões em cuidados intensivos.

Nesta série, a sensibilidade dos TC a platinos foi mais alta do que o descrito. Verificou-se uma elevada eficácia das DR (>99,5% completadas). As RH durante a DR são consistentes com o publicado, no caso dos platinos exigindo ajustes frequentes ao protocolo, pelo que a estratificação do risco nestes doentes é crucial. A DR permitiu retomar antineoplásicos essenciais em doentes com RH prévia.

Apoio:



2.º PRÉMIO – MELHOR COMUNICAÇÃO ORAL (Ex aequo)

CO 07 – Dessensibilização em oncologia pediátrica: revisão de 104 procedimentos

Josefina Cernadas¹, Maria João Vasconcelos¹, Leonor Carneiro-Leão¹, A.P. Fernandes², M.J. Gil-da-Costa²

¹ Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar Universitário de São João, Porto

² Unidade de Hemato-Oncologia, Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar Universitário de São João, Porto

Objetivo: As reações de hipersensibilidade (RH) a antineoplásicos são frequentemente reportadas e podem ocorrer em crianças, sendo potencialmente fatais. As reações imediatas são o tipo mais comum de RH e a dessensibilização rápida a fármacos (DRF) permite a administração segura de agentes de primeira linha. Descrever a experiência com as DRF a antineoplásicos em crianças num hospital terciário.

Metodologia: Revisão dos processos clínicos de crianças referenciadas para a consulta de alergia a fármacos com RH a antineoplásicos (2009-19) que efetuaram DRF. Até 2011, foi aplicado o protocolo adaptado de Cofino-Cohen e posteriormente o desenvolvido por M.Castells.

Resultados e conclusões: Foram incluídas 18 crianças (50% rapazes); 15 com glioma de baixo grau (GBG) (mediana da idade no primeiro tratamento com DRF de 3 [variação 1-9] anos), 1 com osteossarcoma (15 anos) e 2 com leucemia aguda (9 e 12 anos). Os doentes com GBG foram tratados com esquema de quimioterapia que incluía a administração mensal de carboplatina; os outros 3 foram tratados com metotrexato (MTX).

Todas as reações ocorreram na 1.ª hora, exceto num doente tratado com MTX que teve uma reação de hipersensibilidade tardia

(RHT). Em 62% dos casos ocorreram reações anafiláticas e nos restantes apenas sintomas mucocutâneos. A mediana de ocorrência das RH foi ao 8.º ciclo de tratamento com carboplatina (entre 2.º-10.º) e as RH com MTX ocorreram mais frequentemente em doentes com tratamento prévio anos antes (n=2) e durante o 1.º ciclo.

Um total de 104 procedimentos foram realizados em 18 crianças (mediana de 4 tratamentos/doente AIQ [3.0;8.25]) e o tratamento foi suspenso em apenas 3.

Durante as DRF 12 crianças reagiram, maioritariamente nos últimos passos dos protocolos, exigindo adaptações adicionais. O caso de RHT ao MTX com manifestações cutâneas isoladas foi tratado com sucesso com protocolo adaptado.

Conclusão: Na presente revisão de casos em crianças, as RH à carboplatina ocorreram por volta do 8.º ciclo e ao MTX após tratamento prévio, em concordância com estudos publicados em adultos. As DRF foram realizadas com sucesso em 83% dos casos, mesmo em lactentes e em RHT.

Duas crianças faleceram, sendo à data o tempo máximo de sobrevivência de 10 anos. Tanto quanto é do conhecimento dos autores esta é a maior série de procedimentos de DRF com antineoplásicos em crianças, com um total de 104 realizados e uma taxa de sucesso de 80% para carboplatina e 100% para MTX.

Apoio:



SESSÃO COMUNICAÇÕES ORAIS II
ALERGIA ALIMENTAR / ANAFILAXIA / IDP'S

JÚRI: MANUEL BRANCO FERREIRA, MARIA DA CONCEIÇÃO SANTOS, SUSANA PIEDADE

1.º PRÉMIO – MELHOR COMUNICAÇÃO ORAL

CO 12 – Angioedema hereditário: 24 anos de experiência de um centro de referência

Cláudia Varandas¹, Leonor Esteves Caldeira¹, Susana Lopes da Silva^{1,2}, Célia Costa¹, Rita Limão¹, M. Silva¹, Anabela Lopes¹, Joana Caiado¹, Elisa Pedro¹, Joana Cosme¹, Estrella Alonso¹, João Marcelino¹, T. Conde¹, F. Duarte¹, N. Páris Fernandes¹, Marta Neto¹, Manuel Branco Ferreira^{1,2}, Amélia Spínola Santos¹, Manuel Pereira Barbosa^{1,2}

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

² Clínica Universitária de Imunoalergologia, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa

Objetivo: O angioedema hereditário (AEH) é uma doença autosómica dominante rara e potencialmente fatal, com necessidade de terapêutica específica, o que implica um diagnóstico precoce. O objetivo deste trabalho foi realizar a caracterização demográfica, clínica, laboratorial e terapêutica dos doentes (dts) com AEH.

Metodologia: Análise do processo clínico e entrevista dos dts com AEH seguidos num Hospital Central.

Resultados e conclusões: Foram estudados 129 dts (73F;43,6±19,8 anos; min 4, máx 82; 12% <18 anos) desde 1995 (média 5/ano; min 0, máx 17) que integram 46 famílias de Portugal Continental e Regiões Autónomas, com predomínio da Área Metropolitana de Lisboa. Classificação da doença (% no total de indivíduos/ % no total de famílias) AEH I 51/65, AEH II 45/30 e AEH Complemento Normal 4/5 (mutação FXII: 2 confirmados, 2 excluídos e 1 outra mutação). Média de idade (anos) no início de sintomas 12,8±8,4 (min 0, máx 47) e no diagnóstico de 27,1±16,3 (min 0, máx 70); resultando num atraso

médio de diagnóstico de 14,3 anos (min 0, máx 66), superior nos doentes mais velhos (<40anos 3,2±4,6; >40anos 21,6±15,9; p<0,0001). Efetuaram estudo genético 55 dts, confirmando-se mutação em 85%, sendo por vezes diferente na mesma família. O stress foi o desencadeante mais comum, seguido de traumatismo e infeção, não se identificando fator desencadeante em 26% dos dts. As manifestações cutâneas representam a apresentação inicial mais frequente, seguidas das gastrointestinais e das vias aéreas. Verifica-se que 40% tem estas 3 manifestações durante o *follow-up*. Sete dts necessitaram de intubação/ventilação (4 dts x2; 3 dts 1x) e 22 foram submetidos a cirurgia abdominal no contexto das crises. Dos 83 dts medicados com androgénios (95% manutenção, 5% apenas SOS), 19% apresentaram elevação das transaminases e 36% alterações na ecografia abdominal. A terapêutica com C1 inibidor e icatibant foi instituída nos últimos 3 anos em 47 dts (57% em tratamento de crise, 43% profilaxia) e 14 dts, respetivamente, dos quais, em 36 e 21% em mais do que uma administração.

Nesta série, o elevado número de dts AEH II justifica-se pela inclusão de uma família numerosa (n=28). Salienta-se a diminuição do atraso diagnóstico nas faixas etárias mais jovens, provavelmente em relação com maior conhecimento do AEH, contribuindo assim para evitar crises com asfixia ou laparotomias desnecessárias. É fundamental a instituição de terapêutica ajustada a cada indivíduo, e sua disponibilização em centros especializados, atendendo aos possíveis efeitos adversos.

Apoio:



2.º PRÉMIO – MELHOR COMUNICAÇÃO ORAL

CO 10 – Elicção alimentar na alergia a LTPs: utilidade dos testes in vivo e in vitro

Márcio Mesquita¹, Ana Rita Presa¹, Maria João Sousa¹, Ana Reis Ferreira¹, Inês Lopes¹

¹ Serviço de Imunoalergologia, CHVNG/E, Vila Nova de Gaia, PORTUGAL

Objetivo: As nsLTPs (non-specific Lipid transfer proteins) são alergénios responsáveis por reatividade cruzada entre frutos frescos, frutos secos e legumes. A expressão de alergia a LTP é muito variável, o que dificulta a instituição de medidas de evicção nestes doentes. Este estudo pretende analisar a tolerância a frutos frescos e secos em doentes com síndrome LTP e a sua relação com os testes de diagnóstico.

Metodologia: Análise retrospectiva dos doentes seguidos na Consulta de Imunoalergologia por alergia a nsLTPs; analisaram-se dados

demográficos e clínicos, gravidade da reação, tolerância a alimentos potencialmente envolvidos e resultados de testes cutâneos por picada (TCP) e/ou testes in vitro.

Resultados e conclusões: Foram incluídos 76 doentes (51,3% mulheres, idade média 27±13 anos, 73,7% atópicos). Sintomas cutâneos isolados foram a manifestação mais frequente (57,9%); anafilaxia foi reportada por 22 doentes (28,9%). A idade média da primeira reação foi 23±13 anos, com um tempo médio até ao diagnóstico de 4,5±6 anos. Trinta e um doentes (40,8%) apresentaram reações associadas a cofatores. Os alimentos implicados foram frutos frescos em 46% (pêssego em 54,2%) e frutos secos em 21% (noz em 56,3%). Cinquenta e nove doentes (77,6%) reportaram sintomas com mais do que um alimento. O valor de IgE específica para Pru p 3 não diferiu entre os doentes com reações graves ou ligeiras. Não houve diferença estatisticamente significativa quanto à gravidade da reação entre indivi-

duos monossensibilizados a LTP ou cosensibilizados a profilinas e/ou PR-10.

A IgE para Pru p 3 foi superior nos doentes que toleravam maçã ou pêssego, comparativamente aos que não toleravam ($p=0,024$, $p=0,018$). Nos doentes monossensibilizados a LTP, não houve diferença quanto ao tamanho da pápula do TCP à avelã, noz e pêssego, nem na IgE para o Cor a 8, Jug r 3 e Pru p 3, entre doentes com e sem tolerância à avelã, noz e pêssego, respetivamente. Nos doentes em que os frutos frescos foram os primeiros alimentos responsáveis pela reação, 78,5% toleravam amêndoa,

75% toleravam amendoim, 88,9% toleravam avelã e 58,8% toleravam noz.

Nesta população, os TCP e as IgE específicas para Pru p 3, Jug r 3 e Cor a 8 são maus marcadores de prognóstico quanto à gravidade e tolerância a frutos frescos e secos, em doentes alérgicos a LTP; nestes, o aconselhamento da evicção alimentar deve ser individualizado, considerando sempre os riscos e a qualidade de vida.

Apoio:



SESSÃO COMUNICAÇÕES ORAIS III

ALERGÍCIOS / ASMA

JÚRI: FILIPE INÁCIO, HELENA PITÉ, MANUEL BRANCO FERREIRA

I.º PRÉMIO – MELHOR COMUNICAÇÃO ORAL

CO 22 – Identificar *clusters* de controlo da asma: dados do projeto Inspirers

Cristina Jácome¹, R. Almeida¹, Ana Margarida Pereira², Carlos Chaves Loureiro³, Cristina Lopes^{4,5}, Ana Mendes⁶, J.C. Cidrais Rodrigues⁷, J. Carvalho⁷, A.M. Arrobas⁸, Ana Todo Bom⁹, João Azevedo⁹, C. Ribeiro⁹, Paula Leiria Pinto¹⁰

¹ Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde (CINTESIS), Faculdade de Medicina, Universidade do Porto

² Imunoalergologia, CUF Porto Instituto & Hospital, Porto

³ Serviço de Pneumologia A, Hospital Universitário de Coimbra, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

⁴ Unidade de Imunoalergologia, Hospital Pedro Hispano, Unidade Local de Saúde de Matosinhos

⁵ Imunologia Básica e Clínica, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto

⁶ Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa

⁷ Serviço de Pediatria, Hospital Pedro Hispano, Unidade Local de Saúde de Matosinhos

⁸ Serviço de Pneumologia B, Hospital Geral, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

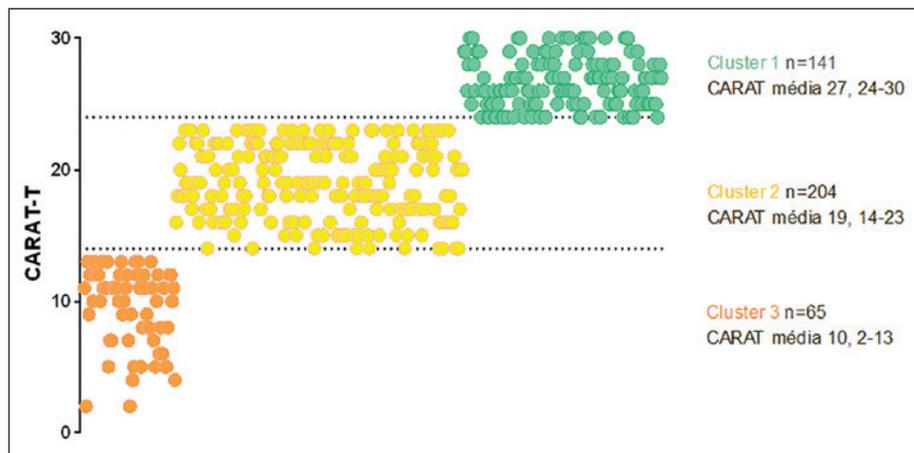
⁹ Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

¹⁰ Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, Lisboa

Objetivo: Este estudo pretendeu identificar *clusters* de controlo da asma e comparar as características dos doentes entre *clusters*.

Metodologia: Adolescentes e adultos com asma persistente foram recrutados em 29 serviços de imunoalergologia, pneumologia e pe-

Figura I. *Clusters* baseados na pontuação total do teste de controlo da asma e rinite alérgica.



diatria, no contexto de dois estudos observacionais prospetivos do projeto Inspirers. Foi colhida informação sobre características demográficas, hábitos tabágicos, índice de massa corporal (IMC), função pulmonar, tempo de seguimento por especialista, características da asma, adesão ao inalador na última semana (escala visual analógica-EVA), crenças sobre a medicação inalada (BMQ-Específico), estado emocional (Escala hospitalar de ansiedade e depressão), estado de saúde geral (EVA EQ-5D) e controlo da asma (CARAT-teste de controlo da asma e rinite alérgica, >24 bom controlo). Foi efetuada uma análise hierárquica de *clusters* usando a pontuação total do CARAT (CARAT-T). Os testes de ANOVA e de qui-quadrado foram usados para comparar as diferenças entre *clusters*.

Resultados e conclusões: Foram analisados 410 doentes (61% mulheres; 68% adultos), com 33±18 anos de idade. Três *clusters* foram identificados (Figura 1). Os doentes no *cluster* 1 (n=141) tinham um bom controlo da asma (84%), elevada adesão aos inaladores (média EVA 81mm), um único inalador prescrito (75%) de toma diária (45%), boa qualidade de vida e idêntica distribuição de sexos. Os doentes nos *clusters* 2 (n=204) e 3 (n=65) tinham a asma

não controlada (100%), menor adesão aos inaladores (média EVA 75mm e 73mm, respetivamente) e mais de metade reportavam exacerbações no último ano (53% e 63%, respetivamente). Adicionalmente, os doentes no *cluster* 3 eram predominantemente mulheres (77%), tinham mais consultas médicas não agendadas (média 2,1/ano anterior), apresentavam mais sintomas de ansiedade (45%) e depressão (25%), percebiam uma maior necessidade dos inaladores (subescala necessidade 20), mas também uma maior preocupação associada ao seu uso (subescala preocupação 17). Não se verificaram diferenças na idade, IMC, função pulmonar, hábitos tabágicos ou tempo de seguimento por especialista.

Usando um método não supervisionado, foram identificados 3 *clusters* associados a diferentes características clínicas e comportamentos de adesão. O *cluster* 1 apresenta um ponto de corte semelhante ao estabelecido no estudo original de validação do CARAT. O *cluster* 3 parece indicar asma de difícil tratamento.

Apoio:



2.º PRÉMIO – MELHOR COMUNICAÇÃO ORAL

CO 20 – Acuidade diagnóstica da espirometria com broncodilatação como método de rastreio de asma em crianças: análise de dados de uma coorte de nascimentos portuguesa de base populacional

T. Rama¹, F. Mendes^{2,3}, D. Silva^{1,2}, L. Amaral¹, H. Barros³, A. Moreira^{1,2,3}

¹ Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar Universitário São João, Porto

² Imunologia básica e clínica, Departamento de Patologia, Faculdade de Medicina, Porto

³ Epidemiology Research Unit, Instituto de Saúde Pública (EPIUnit), Universidade do Porto

Objetivo: A prevalência de asma não diagnosticada é elevada. As provas de função respiratória (PFR) com broncodilatação (BD) são utilizadas na confirmação do diagnóstico, mas o seu uso como método de rastreio carece de validação.

Este estudo teve como objetivo avaliar a acuidade diagnóstica de diferentes variáveis de espirometria com BD como métodos de rastreio de asma.

Quadro 1. Valores diagnósticos das variáveis espirométricas pré- e pós-broncodilatação avaliadas

	Valor de corte	Sensibilidade	Especificidade	VPP	VPN
FEV1 prev (%)	80	27%	70%	28%	70%
(n=171; AUROC = 0,53)	90,19*	78%	36%	34%	80%
BD FEV1 (%)	12	88%	40%	38%	89%
(n=165; AUROC = 0,68)	15,75*	56%	74%	47%	80%
FEV1/FVC (%)	70	6%	98%	50%	71%
(n=171; AUROC = 0,68)	80,25*	67%	67%	46%	83%
MMEF 25%-75% prev (%)	65	65%	57%	39%	79%
(n=171; AUROC = 0,6)	67,06*	58%	72%	47%	80%
BD MMEF 25%-75% (%)	35	53%	63%	38%	76%
(n=165; AUROC = 0,68)	39,55*	65%	58%	39%	79%

Valor de corte mais aceitável de acordo com o índice de Youden (sensibilidade + especificidade – 1) para esta população.

FEV1 prev (%). Percentagem do valor previsto do volume expiratório máximo no 1º segundo; FVC, capacidade vital forçada; MMEF 25%-75% prev (%). Percentagem do valor previsto do débito expiratório máximo intermédio, entre 25 e 75% da FVC; BD FEV1, diferença entre o valor absoluto de volume expiratório máximo no 1º segundo antes e depois da broncodilatação com 400 mcg de Salbutamol, sobre o valor absoluto de volume expiratório máximo no 1º segundo antes da broncodilatação, em percentagem; BD MMEF 25%-75%, diferença entre o valor absoluto do débito expiratório máximo intermédio, entre 25 e 75% da FVC antes e depois da broncodilatação com 400 mcg de Salbutamol, sobre o valor absoluto do débito expiratório máximo intermédio, entre 25 e 75% da FVC antes da broncodilatação, em percentagem; VPP, valor preditivo positivo; VPN, valor preditivo negativo.

Metodologia: Aos 10 anos, 5272 participantes da Geração XXI, uma coorte de nascimentos não selecionados de base populacional, realizaram PFR com BD. Por apresentarem alterações, 263 foram referenciados à consulta de Imunoalergologia. Foram excluídos participantes com FVC diminuída, dados clínicos insuficientes ou sob ICS, ou ICS+LABA aquando da realização das PFR.

Foram avaliadas: percentagem do valor previsto para FEV1 e MMEF 25%-75%; FEV1/FEV e percentagem de broncodilatação para FEV1 e MMEF 25%-75%. Foram determinados sensibilidade, especificidade, valores preditivos positivo e negativo (VPP e VPN) e a área sob a curva ROC (AUROC). O índice de Youden foi calculado e os valores de corte de valor superior foram utilizados na análise multivariada, por regressão logística.

Foram incluídas 171 crianças, com idade mediana de 10,1 anos, 92 (53,5%) eram rapazes. Dezassete (10%) reportaram diagnóstico prévio de asma, no questionário. O diagnóstico de asma no pre-

sente baseou-se na avaliação médica, ao longo de várias consultas, suportada por PFR com BD e determinação do óxido nítrico exalado. Foi diagnosticada asma em 51 crianças, 35 (69%) eram rapazes. Onze (22%) tinham diagnóstico prévio de asma.

Resultados e conclusões: Os valores diagnósticos das variáveis estudadas constam no Quadro I.

Os valores de corte com maior índice de Youden foram: BD FEV1 > 15,75%, FEV1/FVC < 80,25%, MMEF 25%-75% < 67,06% e BD MMEF 25%-75% > 39,55%. Após análise multivariada, o FEV1/FVC < 80,25% (p<0.01) e o BD MMEF 25%-75% > 39,55% (p<0.01) estavam associados ao diagnóstico de asma.

A utilização das PFR com BD poderá ter contribuído para o diagnóstico de asma, em alguns participantes, mas a sua acuidade diagnóstica ainda é insuficiente. Assim, os autores não apoiam a sua utilização como método de rastreio de asma.

Apoio:



SESSÃO COMUNICAÇÕES ORAIS IV IMUNOTERAPIA / ALERGIA CUTÂNEA

JÚRI: ANA MORÊTE, CELSO PEREIRA, JOSÉ PEDRO MOREIRA DA SILVA

1.º PRÉMIO – MELHOR COMUNICAÇÃO ORAL

CO 29 – Urticária crónica na prática clínica real em Portugal: resultados a dois anos do estudo multicêntrico não intervencional aware

Célia Costa¹, Isabel Rosmaninho², A. Guilherme², José Ferreira², João Antunes³, A. Pina³, Sara Prates⁴, João Gaspar Marques⁴, F. Azevedo⁵, A.P. Cunha⁵, C. Brito⁶, A. Massa⁷, J. Teles de Sousa⁸, G. Cunha Velho⁹, I. Raposo⁹, G. Marques Pinto¹⁰, V. Sousa¹⁰

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

² Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, Vila Nova de Gaia

³ Serviço de Dermatologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa

⁴ Serviço de Imunoalergologia, Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar Lisboa Central, Lisboa

⁵ Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar de São João EPE, Porto

⁶ Serviço de Dermatologia, Hospital de Braga, Braga

⁷ Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia, Vila Nova de Gaia

⁸ Serviço de Dermatologia, Hospital Egas Moniz, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, Lisboa

⁹ Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar do Porto, Porto

¹⁰ Serviço de Dermatologia, Hospital dos Capuchos, Centro Hospitalar Lisboa Central, Lisboa

Objetivo: A informação disponível sobre doentes com urticária crónica (UC) em contexto da prática clínica real é escassa. Esta análise vem reportar os resultados a dois anos dos doentes portugueses incluídos no estudo A World-wide Antihistamine-Refractory chronic urticaria patient Evaluation study (AWARE).

Metodologia: Coorte não intervencional, prospectiva, de doentes adultos com diagnóstico de UC, com sintomas há pelo menos dois meses, refratários a anti-histamínicos-H1 na dose aprovada, seguidos em 10 centros de urticária, que participaram no estudo em Portugal, e incluídos entre 31 de outubro de 2014 e 31 de julho de 2015. Ao longo dos dois anos do estudo AWARE foram avaliados, para além dos dados basais sociodemográficos, os parâmetros clínicos, a medicação utilizada para alívio dos sintomas de urticária, o *weekly Urticaria Activity Score* (UAS7) e o índice de qualidade de vida dermatológico (DLQI).

Resultados e conclusões: Foram incluídos setenta e seis doentes, dos quais 76,3% mulheres. Na avaliação basal, a maioria dos doentes estava diagnosticado com urticária crónica espontânea (88,2%) e 39,5% apresentava angioedema. Cerca de 91,0% dos doentes estavam medicados com anti-histamínicos H1 não sedativos e 35,4% com terapêuticas de terceira linha. A mediana do DLQI era de 7,46 e a mediana do UAS7 de 14,34. A percentagem de doentes com a sua patologia controlada era de 29,3%. Após os dois anos do estudo AWARE, a percentagem de doentes sob terapia com omalizumab quase duplicou e esta foi acompanhada por uma diminuição da utilização de recursos médicos (de 44,7%-52,6% para 0%, p<0,001) e absentismo (de

25% para 0%, $p < 0,001$). A gravidade dos sintomas de urticária, avaliados pelo UAS7, diminuiu ao fim de um ano, de 14,34 para 8,34 ($p = 0,001$) e o impacto na qualidade de vida, avaliado pelo DLQI, diminuiu de 7,46 para 3,15 ($p = 0,001$) após os dois anos. A percentagem de doentes com a sua patologia controlada aumentou para 79,0% ($p < 0,001$). Em conclusão, no final do estudo AWARE, uma percentagem significativa de doentes reportou

ter a sua patologia controlada, o que permitiu uma diminuição na utilização dos recursos médicos. No entanto, a UC ainda demonstrou ter impacto no DLQI, mostrando que há oportunidade para uma melhor optimização da terapêutica.

Apoio:



2.º PRÉMIO – MELHOR COMUNICAÇÃO ORAL

CO 30 – Estudo de preferência da administração extra-hospitalar de omalizumab (exhoma)

Márcia Gonçalves¹, A.C. Martins¹, G. Rainha¹, M. Lourenço¹, Natacha Santos¹, F. Ribeiro¹, Maria João Paes¹, M. Santos¹, M.F. Santiago¹, M.A. São Bráz¹

¹ Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Faro e Portimão

O resumo das características do medicamento e folheto informativo do omalizumab foi atualizado em janeiro 2019 relativamente à possibilidade de autoadministração com seringa pré-cheia por parte do doente ou cuidador.

Objetivo: 1) Caracterizar as preferências do local de administração de omalizumab pelos doentes, e 2) Caracterizar as principais vantagens e desvantagens da administração extra-hospitalar (AExH) percebidas pelos doentes e os fatores potenciadores ou limitantes da administração hospitalar (AH).

Metodologia: Foram identificados 46 doentes a realizar tratamento regular com omalizumab no Serviço de Imunoalergologia do CHUA – Unidades de Faro e de Portimão. Após consentimento informado, foi aplicado um questionário padronizado para avaliar os objetivos do estudo, bem como informação relativamente à patologia, dose e posologia do omalizumab, distância

relativamente ao hospital e faltas ao emprego/escola para realizar a administração.

Resultados e conclusões: Foram incluídos 41 doentes >13 anos, com idade média (DP) de 53 (14) anos, 27 (66%) do sexo feminino, 31 (76%) em tratamento por urticária crónica, 37 (90%) com intervalo de 4/4 semanas ou superior, 34 (83%) deslocam-se por meios próprios, demoram em média 30 (29) minutos a deslocar-se ao hospital e 18 (44%) faltam pelo menos 1 dia/ano ao trabalho/escola para realizar o tratamento.

Quanto ao local de administração, 25 (61%) preferem manter a AH. As principais razões referidas espontaneamente são a segurança/confiança nos profissionais, a proximidade do local de residência/trabalho e o facto de, ao ter de levantar o omalizumab mensalmente, manter-se a necessidade frequente de deslocações ao hospital. Destes, 7 (28%) referem que escolheriam a AExH se fosse possível levantar o omalizumab na farmácia hospitalar com um maior intervalo de tempo e/ou levantar numa farmácia comunitária.

Os restantes 16 (39%) doentes preferem iniciar a AExH: 6 (38%) em autoadministração, 5 (31%) no domicílio por um cuidador e 5 (31%) numa instituição de saúde. As principais razões são ter maior comodidade de horários, diminuir o número de faltas ao trabalho/escola e reduzir os custos/tempo de deslocação ao hos-





pital. Em 9 (56%) dos casos o omalizumab será levantado por outra pessoa.

As vantagens e desvantagens da AExH relevantes para cada doente são referidas nos Gráficos 1 e 2.

A maioria dos doentes prefere manter a AH. A necessidade de

deslocação mensal ao hospital para levantar o omalizumab é um importante fator limitante da AExH.

Apoio:



SESSÃO POSTERS I

AMBIENTE / IMUNOTERAPIA

JÚRI: LUÍS TABORDA BARATA, NUNO NEUPARTH, PEDRO MARTINS

I.º PRÉMIO – MELHOR POSTER

PO 04 – Densidade e tipo de árvores e vegetação no entorno da escola, função pulmonar e inflamação das vias aéreas em crianças

Inês Paciência¹, João Cavaleiro Rufo², A. Ribeiro³,

F. Castro Mendes⁴, Diana Silva⁴, Luís Delgado⁴, André Moreira⁵

¹ EPIUnit, ISPUP; Serviço e Laboratório de Imunologia Básica e Clínica da Faculdade de Medicina da UP; INEGI, Porto

² EPIUnit, Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto, Porto

³ EPIUnit, ISPUP; Departamento de Ciências da Saúde Pública e Forenses e Educação Médica da FMUP, Porto

⁴ Serviço e Laboratório de Imunologia Básica e Clínica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto

⁵ EPIUnit, ISPUP; Serviço e Laboratório de Imunologia Básica e Clínica da FMUP; FCNAUP, Porto

Objetivo: Ao longo das últimas décadas observou-se uma tendência crescente na urbanização, representando uma grande mudança demográfica e ambiental. A urbanização está também associada a uma diminuição das áreas verdes, biodiversidade e a um aumento da prevalência de doenças crónicas, como a asma e a alergia. Anteriormente verificamos um efeito positivo da presença de áreas verdes urbanas em redor das escolas na função pulmonar das crianças. Assim, o presente estudo teve como objetivo avaliar como diferentes características das áreas verdes localizadas

no entorno das escolas podem influenciar a função pulmonar e inflamação das vias aéreas.

Metodologia: Foi recolhida a informação relativa a 845 crianças (7 e 12 anos) de 20 escolas primárias do Porto. A função pulmonar e reversibilidade das vias aéreas foi avaliada através de uma espirometria com broncodilatação e a inflamação através da medição do nível de óxido nítrico exalado. Para a caracterização das áreas verdes urbanas foram usadas informações obtidas por imagem de satélite: a presença de árvores e o seu tipo de folhagem, nomeadamente árvores de folha larga e coníferas, e o índice de vegetação NDVI, considerado um raio de 500m em torno das escolas.

Resultados e conclusões: Foi observada uma associação entre a presença de árvores e o óxido nítrico exalado ($\beta=4,33$; IC 95% 0,55; 8,11). Foi observada uma associação entre a presença de árvores de folha larga e de coníferas e valores mais baixos de óxido nítrico ($\beta=-0,19$; IC 95% 0,53; 0,14; e $\beta=-0,94$; IC 95% -2,80; 0,93, respetivamente). Observou-se ainda uma associação positiva entre o valor mínimo de NDVI e o óxido nítrico exalado ($\beta=5,18$; IC 95% -2,81; 13,2).

Relativamente aos parâmetros da função pulmonar (FEV1 e FVC) foi encontrada uma associação significativa entre o FEV1 pré-broncodilatação e a reversibilidade do FEV1 e o valor máximo de NDVI ($\beta=0,56$; IC 95% 0,08; 1,04; e $\beta=-11,8$; IC 95% -22,8; -0,89, respetivamente). Não foram encontradas associações significativas

entre os restantes parâmetros de caracterização das áreas verdes e os parâmetros de função pulmonar.

Os resultados sugerem que diferentes características das áreas verdes têm um impacto na saúde das crianças, nomeadamente na função pulmonar e inflamação das vias aéreas. A presença de árvores em redor das escolas associou-se a níveis de óxido nítrico

mais elevados. Os resultados sugerem ainda a existência de um efeito positivo da presença de vegetação em redor das escolas na função pulmonar.

Apoio:



2.º PRÉMIO – MELHOR POSTER

PO 07 – Caracterização do perfil de sensibilização de doentes alérgicos a veneno de abelha

Catarina Coutinho¹, Fernando Pineda², M. Castillo², Elisa Pedro¹, Manuel Pereira-Barbosa^{1,3}, Maria Conceição Pereira Santos^{3,4}

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

² Diater Laboratórios, Madrid, Espanha

³ Clínica Universitária de Imunoalergologia, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa

⁴ Laboratório de imunologia Clínica, Faculdade de Medicina; Instituto de Medicina Molecular de Lisboa

Objetivo: A alergia ao veneno de abelha (VA) é uma causa comum de anafilaxia em adultos, estando frequentemente associada a reações graves. A utilização de componentes moleculares permite um diagnóstico mais preciso e uma decisão terapêutica mais adequada. Procedeu-se à caracterização do perfil de sensibilização de doentes alérgicos ao veneno de abelha e eventual correlação com o tipo de reação ocorrida.

Metodologia: Selecionou-se um grupo de doentes com história de reação a VA. A determinação da IgE específica (sIgE) para o extrato convencional de VA e alérgenos recombinantes Api m1, Api m2, Api m3, Api m5 e Api m10 foi avaliada pelo método ImmunoCAP®. Analisou-se também o perfil alérgico de cada doente, através de Western Blot, utilizando um extrato de VA que revelou conter todos os alérgenos descritos (LC-MS, SDS PAGE bidimensional) transferidos para suporte sólido.

Resultados e conclusões: 44 doentes, 30 (68,2%) homens, média de idades 48,9±17,9 anos [13–82], 11 (25%) reações locais exu-

berantes e 33 (75%) reações sistémicas grau II/III.

Apenas um doente apresentava sIgE para VA negativa, mas com Api m1, Api m5 e Api m10 positivas. A frequência de sensibilização para VA, Api m1, Api m2, Api m3, Api m5 e Api m10 foi de 97,7%, 75%, 45,5%, 20,5%, 36,3% e 61,4%, respetivamente.

Houve 5 (11,4%) doentes sensibilizados a todos os componentes do VA. Verificou-se que Api m1, individualmente, deteta 5 (11,4%) doentes e a associação dos alérgenos Api m1, Api m3 e Api m10 permite a deteção de sensibilização em 8 (18,2%). 84,8% (n=28) dos doentes com reação sistémica a VA apresentavam Api m1 positiva e 60,6% (n=20) Api m1 e Api m10 simultaneamente.

Por Western Blot foram identificados perfis semelhantes, com relevância para a deteção de Api m6 em 63,8% (n=28) e de Api m4 em 36% (n=16) dos doentes.

A análise do perfil de sensibilização utilizando componentes moleculares e a associação de vários destes componentes aumenta a precisão do diagnóstico em doentes com alergia a veneno de himenópteros. Verificou-se que a sensibilização a Api m1 e Api m10 simultaneamente, quer por identificação por alérgenos recombinantes, quer por perfil eletroforético, poderá estar associada a reação sistémica. É de salientar a sensibilização Api m6 em mais de 50% dos doentes, podendo ser considerado alérgeno *major*, e a Api m4, uma vez que poderá estar relacionado com a existência de reações durante a imunoterapia com veneno de abelha.

Apoio:



SESSÃO POSTERS II

ALERGIA ALIMENTAR / IDP / OUTROS

JÚRI: GRAÇA LOUREIRO, LEONOR CUNHA, RODRIGO RODRIGUES ALVES

1.º PRÉMIO – MELHOR POSTER

PO 18 – O papel da especialidade de imunoalergologia num hospital terciário

Joana Miranda¹, Leonor Carneiro-Leão¹, Ana Rodolfo¹, Maria João Vasconcelos¹, Tiago Rama^{1,2}, Ana Margarida Mesquita¹, Josefina Cernadas¹

¹ Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar Universitário de São João, Porto

² Serviço de Imunologia Básica e Clínica, Departamento de Patologia, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Objetivo: Frequentemente o doente internado beneficia de uma avaliação multidisciplinar, quer pela complexidade da patologia que motiva a admissão, quer por complicações daí resultantes. Assim, pretendeu-se avaliar e caracterizar o papel da Imunoalergologia

(IA) no apoio a doentes internados ao cuidado de outras especialidades.

Metodologia: Revisão dos pedidos de colaboração realizados ao Serviço de IA de um hospital terciário entre janeiro de 2018 a junho de 2019, através da consulta dos processos clínicos dos doentes, com colheita de dados demográficos, motivo de internamento e do pedido de colaboração, diagnóstico imunoalergológico e orientação.

Resultados e conclusões: Foram identificados 177 pedidos de colaboração correspondentes a 157 internamentos, 52% dos quais eram do sexo feminino, com idade entre os 7 meses e os 89 anos (média de 55 anos).

A maioria (81,4%) nunca tinha sido seguida em consulta hospitalar de IA, sendo que 55,5% dos casos não apresentavam comorbilidades conhecidas do foro alergológico. Os pedidos mais frequentes foram de doenças infecciosas (14,8%), pneumologia (11,9%); medicina interna e cardiologia (8,5% cada) e cirurgia geral (6,8%). A maioria resultou de suspeita de reação de hipersensibilidade a fármacos (82,7%), seguido de pedidos para apoio na decisão terapêutica por antecedentes pessoais do foro alergológico (3,2%) e exacerbação de asma (2,6%). Os 177 pedidos originaram 446

visitas médicas de IA a internamentos (média de 2,6 visitas/doente). A suspeita de hipersensibilidade a fármacos foi confirmada em 63,5% dos casos, com diagnóstico de reações cutâneas graves em 17,1% (síndrome de DRESS em 82,5%) e anafilaxia em 4,0%. Os fármacos mais comumente envolvidos foram os antibióticos betalactâmicos em 82,8% dos casos e anti-inflamatórios não esteroides (AINES) em 14,1%. Em 12,2% de todos os doentes observados foi realizado protocolo de dessensibilização, a AINES em 47,4%, betalactâmicos em 21,1% e quimioterápicos em 15,8% destes casos.

A taxa de mortalidade foi de 5,1%, e 46,2% foram posteriormente avaliados em consulta externa de IA.

Apesar do papel predominantemente orientado para a atividade em ambulatório, o apoio do imunoalergologista ao internamento é crucial, sobretudo em patologias raras e específicas da especialidade. Este trabalho salienta a importância da IA e particularmente da área de alergia a fármacos na avaliação multidisciplinar do doente.

Apoio:



2.º PRÉMIO – MELHOR POSTER

PO 20 – Referenciação à consulta externa de imunoalergologia em idade pediátrica

Filipa Rodrigues dos Santos¹, Joana Gouveia¹, Maria Marques¹, I. Machado Cunha¹, Inês Falcão¹, Isabel Rezende¹, Eva Gomes¹, Leonor Cunha¹, Helena Falcão¹

¹ Centro Hospitalar Universitário do Porto

Objetivo: Descrever a proveniência e motivo de referenciação pediátrica à consulta externa (CE) de Imunoalergologia.

Metodologia: Estudo retrospectivo com inclusão de todas as primeiras consultas de Imunoalergologia-grupos etários pediátricos realizadas no ano de 2018 no Centro Hospitalar Universitário do Porto. Recolha de dados demográficos (género e idade), proveniência e motivo de referenciação.

Resultados e conclusões: Foram incluídas 751 crianças, 52,5% do sexo masculino (n=394) com idade média de 9 anos (6 meses – 18 anos). Por Medicina Geral e Familiar (MGF) foram referenciados 41% (n=310) dos doentes, maioritariamente por suspeita de rinite e/ou asma 53% (n=164), seguido por patologia cutânea 19% (n=58), suspeita da alergia a fármacos 15% (n=46), suspeita de alergia alimentar 12% (n=38) e suspeita de alergia a veneno de himenópteros 1% (n=4).

Por pediatria foram referenciados 36% (n=274) dos doentes. Destes, 48% (n=132) da CE de pediatria geral, 21% (n=59) da CE subespecialidades pediátricas, 29% (n=78) do serviço de urgência (SU) e 2% (n=6) do internamento. Os doentes provenientes da CE pediatria geral e subespecialidade pediátricas

apresentavam 52% (n=99) suspeita de rinite e/ou asma, 20% (n=38) suspeita de alergia alimentar, 16% (n=30) suspeita de alergia a fármacos, 14% (n=26) por patologia cutânea. Do SU, o motivo mais frequente foi a suspeita de alergia a fármacos 67% (n=52), seguido de suspeita de alergia alimentar 14% (n=11); suspeita de asma e/ou rinite 10% (n=8) e patologia cutânea 9% (n=7). Do Internamento, 83% (n=5) apresentavam suspeita de alergia a fármacos.

Por otorrinolaringologia (ORL) foram enviados 20% (n=149) dos doentes e a patologia respiratória foi o único motivo de referenciação: 85% (n=127) por suspeita de rinite alérgica, 13% (n=19) por suspeita de rinite alérgica e asma e 2% (n=3) por suspeita de asma.

A referenciação foi também realizada por dermatologia 1% (n=8), estomatologia 0,2% (n=2) e genética médica 0,1% (n=1).

Assim, MGF foi a especialidade onde existiram mais pedidos de consulta, seguida de pediatria, sendo a patologia respiratória o principal motivo de referenciação. Por outro lado, a suspeita de alergia alimentar foi a segunda causa de referenciação pela CE de pediatria. Já o SU e internamento referenciaram maioritariamente por suspeita de alergia a fármacos. A suspeita de rinite alérgica foi o principal motivo de referenciação por OLR. A suspeita de alergia a veneno de himenópteros foi realizada unicamente pela MGF.

Apoio:



SESSÃO POSTERS III

ASMA / RINITE

JÚRI: ANA MENDES, INÉS LOPES, PEDRO MARTINS

1.º PRÉMIO – MELHOR POSTER

PO 26 – Caracterização do seguimento dos utentes com asma numa unidade de saúde familiar

Natércia Joaquim¹, J. Silva¹, R. Miranda¹

¹ USF Balsa, Tavira

Objetivo: A asma é uma doença crónica com elevada prevalência a nível global e que apresenta grande impacto na vida dos seus portadores. A gestão adequada pode controlar a doença e proporcionar uma vida sem restrições. Apesar disto, estima-se que em Portugal apenas 57% dos asmáticos tenham a doença controlada. Os cuidados de saúde primários (CSP) têm um papel fundamental no diagnóstico e seguimento destes doentes. Este trabalho teve como objetivo caracterizar a população com asma e o seu seguimento numa unidade de saúde familiar (USF), tendo por base as recomendações da Direção-Geral de Saúde e da Global Initiative For Asthma, com vista à implementação de medidas de melhoria da qualidade.

Metodologia: Foi realizado um estudo observacional, descritivo e retrospectivo de âmbito comunitário numa USF da ARS Algarve. A população foi constituída por todos os utentes da USF que tinham no seu registo clínico o problema ativo asma (Código R96 da ICP2) (n=392), em dezembro de 2018. Foi selecionada uma amostra aleatória representativa (n=122) e a recolha de dados de caracterização sociodemográfica e de seguimento da asma foi realizada por pesquisa documental dos

processos clínicos. A análise dos dados foi realizada por estatística descritiva.

Resultados e conclusões: A amostra foi constituída por 55% do género feminino, 14% de crianças e adolescentes e 20% de idosos, sendo 72% não fumadores. Apenas 16,4% tinha registo de resultado de espirometria. Quanto ao seguimento, verificou-se que só 33% tiveram consulta no último ano relacionada com a asma; 13,9% são seguidos em consulta de especialidade hospitalar. O registo de avaliação de sintomas, risco de crises, entrega de plano escrito e revisão da técnica inalatória foi de 0%; o nível de controlo foi registado em 13,1% dos casos; 5,7% tem a vacina antipneumocócica e 14% a vacina da gripe. Quanto à terapêutica, não foi prescrita qualquer medicação em 38,5% dos utentes; 27% utilizam a associação budesonida + formoterol (em estratégia SMART), estando 18,9% medicados com outra associação LABA/ICS. Apenas 6,6% tinham prescrito SABA em monoterapia.

Conclui-se que há uma baixa percentagem de utentes com espirometria, o que poderá estar relacionado com a sua baixa acessibilidade nos CSP. De realçar a urgente necessidade de melhorar os registos clínicos quanto ao seguimento dos doentes. Neste sentido, será criada na USF uma consulta para doenças respiratórias, onde serão utilizadas, sistematicamente, ferramentas de apoio à gestão destes doentes.

Apoio:



2.º PRÉMIO – MELHOR POSTER

PO 28 – Sobreposição asma-doença pulmonar obstrutiva crónica: pior função pulmonar e maior utilização de recursos de saúde

João Gaspar Marques^{1,2,3}, T. Palmeiro¹, I. Caires¹, N. Pinto³,

Paula Leiria Pinto^{1,3}, Nuno Neuparth^{1,3}, Pedro Carreiro Martins^{1,3}

¹ CEDOC, Integrated Pathophysiological Mechanisms Research Group, Nova Medical School, Lisboa

² Unidade de Imunoalergologia, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE, Lisboa

³ Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, Lisboa

Objetivo: A informação acerca dos doentes com sobreposição asma-DPOC (ACO) é diminuta. O objetivo deste trabalho é avaliar a função pulmonar e a utilização de recursos de saúde dos indivíduos com ACO.

Metodologia: No âmbito do Projeto OLDER (Obstructive Lung Diseases in Elders) avaliaram-se indivíduos idosos (>=65 anos) residentes em equipamentos residenciais para pessoas idosas

(ERPI) em três fases distintas. Na fase I os participantes responderam a um questionário médico padronizado, realizaram uma espirometria, FeNO, avaliação de sensibilização a aeroalergénios e fizeram uma colheita de sangue. Foi ainda avaliado nesta fase o índice de comorbilidades CCI (*Charlson comorbidity index*). Na fase II todos os indivíduos com critérios de asma, DPOC ou ACO realizaram uma pletismografia corporal e uma prova de difusão do monóxido de carbono (DLCO). Na fase III avaliou-se a frequência de consultas médicas não programadas por queixas respiratórias, internamentos e mortalidade nos doentes incluídos na fase II.

Resultados e conclusões: Resultados: A fase I incluiu 286 participantes. A idade mediana foi de 85,8 (P27-P75: 81,0 - 90,2) anos e 69% eram mulheres: 27,3% tinham DPOC sem asma (Grupo 1), 2,8% asma sem DPOC (Grupo 2) e 5,2% tinham ACO (Grupo 3). Os indivíduos do Grupo 2 tinham um IMC superior e pior qualidade de vida de acordo com o SGRQ. Os doentes com ACO tinham mais atopia e um menor FEV1 e FEV1/FVC pós-broncodilatador. Não houve diferenças entre os três grupos estatisticamente significativas relativamente ao índice de comorbilidades CCI, taxa de

depressão, FeNO e na prova de DLCO. Na fase III, os doentes com ACO necessitaram de mais consultas médicas não programadas por queixas respiratórias.

Conclusões: As doenças pulmonares obstrutivas, particularmente a DPOC, são frequentes em indivíduos idosos. Os doentes com sobreposição asma-DPOC têm pior função pulmonar e um maior

recurso a cuidados de saúde, motivo pelo qual deverão ser particularmente acompanhados.

Financiado pela AstraZeneca – Projeto OLDER (CEDOC/2015/59)

Apoio:



SESSÃO POSTERS IV

ALERGIA A FÁRMACOS E PATOLOGIA CUTÂNEA

JÚRI: EMÍLIA FARIA, EUNICE CASTRO, MARTA NETO

1.º PRÉMIO – MELHOR POSTER

PO 37 – Valores de referência de perda de água transepidermica em adolescentes portugueses

Daniela Abreu^{2,3}, F. Castro Mendes^{1,2}, Diana Silva^{1,2,3}, H. Barros^{1,2}, André Moreira^{1,2,3}

¹ Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto, Porto

² Imunologia Básica e Clínica, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

³ Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar Universitário São João, Porto

Objetivo: A perda de água transepidermica é uma das principais características da barreira cutânea. Recentemente, uma metanálise apresentou valores de referência para adultos; contudo, em adolescentes estes dados ainda são escassos.

Deste modo, o nosso objetivo é estabelecer valores de referência de perda de água transepidermica em adolescentes portugueses.

Metodologia: Foram analisados 1418 participantes (53% do sexo masculino) da coorte de nascimento da Geração 21, no seu 13.º ano de seguimento. A perda de água transepidermica (g/m²h) foi medida utilizando um sistema validado de câmara aberta (sonda Tewameter[®] TM300) no dorso da mão, região anterior do antebraço e região flexora antecubital, durante 1 minuto em ambiente controlado. Asma, rinite alérgica, eczema e alergia alimentar foram definidas com base no diagnóstico médico reportado.

Resultados e conclusões: Os valores de perda de água transepidermica variaram entre 1,50-33,50, 1,53-53,0 e 1,00-42,0 g/m²h com valores de coeficiente de correlação intraclasse de 0,55, 0,71 e 0,78 e valores de erro padrão de medição de 0,09, 0,10 e 0,09, respetivamente no dorso da mão, região anterior do antebraço e região flexora antecubital.

Os adolescentes do sexo masculino apresentaram valores significativamente mais elevados no dorso da mão (média das diferenças 1,02g/m²h; IC95%: 0,66-1,37), região anterior do antebraço (0,87g/m²h; 0,47-1,27) e região flexora antecubital (0,75g/m²h; 0,38-1,11).

Para a região flexora antecubital, os rapazes com diagnóstico de rinite alérgica apresentaram valores de perda de água transepidermica significativamente mais elevados (-1,10g/m²h; -1,88-0,32) assim como os adolescentes do sexo masculino com eczema (-1,78g/m²h; -3,05-0,07) e alergia alimentar (-0,91g/m²h; -1,68-0,14).

Este estudo traduz uma das maiores avaliações, até à data, dos valores de perda de água transepidermica em adolescentes, através da utilização de um sistema de câmara aberta. Além disso, os resultados apoiam a hipótese de que alterações na barreira cutânea podem permitir o desenvolvimento de eczema, alergia alimentar e rinite alérgica.

Apoio:



2.º PRÉMIO – MELHOR POSTER

PO 40 – Abordagem de episódios recorrentes de angioedema sem urticária num serviço de urgência

Cátia Santa¹, Cristina Lara Valente¹, Ana Rita Presa¹, Márcio Mesquita¹, Cristiana Ferreira¹, Patrícia Barreira¹, Isabel Rosmaninho¹, Inês Lopes¹

¹ Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, Vila Nova de Gaia

Objetivo: O angioedema (AE) é uma causa de admissão frequente no serviço de urgência (SU). Quando isolado está mais frequentemente associado ao AE mediado pela bradicinina (AEmB), porém pode

ser histaminérgico (AEmH). Ao contrário do AEmH, o AEmB não tem boa resposta ao tratamento clássico com anti-histamínicos (AH), corticoides (CT) e adrenalina, estando indicadas outras terapêuticas. O objetivo do estudo foi analisar a abordagem dos doentes admitidos no SU com episódios recorrentes de AE sem urticária (AESU).

Metodologia: Todos os episódios do SU ocorridos entre janeiro de 2017 e maio de 2019 classificados como edema angioneurótico (ICD9 995.1), edema pálpebra (ICD9 374.82), edema de laringe (ICD9 478.6) ou edema da faringe ou nasofaringe (ICD9 478.25) foram revistos. Foram excluídos os doentes com urticária associada e sem episódios prévios de AE.

Resultados e conclusões: Dos 413 episódios avaliados, 65 apresentavam episódios recorrentes de AESU, correspondendo a 56 doentes. A média de idade foi de $50,6 \pm 19,5$ anos, 55,4% homens. A localização do AE ocorreu nos lábios em 50,8%. Nenhum doente teve obstrução da via aérea. A etiologia suspeita mais frequente foi fármacos (32,3%, dos quais 38,1% IECA). Em 56,9% a etiologia não foi identificada. AH associado a CT foi a terapêutica mais utilizada (86,2%), 41,6% não respondeu à terapêutica com AH, CT e/ou adrenalina, 1 doente fez concentrado de CI inibidor (CIINH). Após a alta, 22 doentes foram referenciados à nossa consulta e 21 já seriam previamente seguidos. Destes, o diagnóstico foi de urticária crónica espontânea (UCE) em 40,5%, seguido de AE relacionado com IECA (21,6%), AE recorrente idiopático (10,8%), AE relacionado com ARAII (8,1%) e AE hereditário (AEH) (5,4%). Dois tinham suspeita de hipersensibilidade a fármacos (confirmada

em 1) e 2 a alimentos (confirmada em 1). Quinze tiveram novo episódio de AE. Quarenta por cento mantém seguimento em consulta.

A abordagem do AE no SU é um desafio. Mais de 40% dos doentes não respondeu à terapêutica clássica, contudo apenas 1 doente fez CIINH e nenhum fez outra terapêutica preconizada. 76,8% foi orientado para consulta de Imunoalergologia, sendo o diagnóstico mais frequente a UCE. O diagnóstico de AEH foi raro e nenhum caso de AE adquirido. Apenas numa minoria foi possível identificar uma etiologia alérgica. O melhor conhecimento desta patologia, a disponibilidade das terapêuticas no SU, assim como a referência à consulta, melhorará o tratamento destes doentes.

Apoio:



SESSÃO CASOS CLÍNICOS I

ALERGIA ALIMENTAR / ALERGIA CUTÂNEA / IMUNOTERAPIA

JÚRI: ANA MORÊTE, CARLOS LOZOYA, CÉLIA COSTA

I.º PRÉMIO – MELHOR CASO CLÍNICO

CC 05 – Anafilaxia induzida por farinha de trigo contaminada por ácaros e hipersensibilidade a AINE

Mariana de Campos Bento Lobato¹, Ana Palhinha¹, Ana Margarida Romeira¹, Paula Leiria-Pinto^{1,2}

¹ Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, Lisboa

² CEDOC, Integrated Pathophysiological Mechanisms Research Group, Nova Medical, Lisboa

Objetivo: Os primeiros casos de anafilaxia induzida por ingestão de farinha de trigo contaminada por ácaros (síndrome da Panqueca) foram descritos em 1993. Está reportada uma maior frequência de hipersensibilidade (HS) a anti-inflamatórios não esteroides (AINE) em doentes com esta síndrome.

Metodologia: Rapaz de 12 anos, antecedentes de rinite, referenciado à consulta de Imunoalergologia (IAL) por suspeita de anafilaxia sem desencadeante identificado e de HS a AINE e amoxicilina (Ax).

Em junho/2018, 30 minutos após toma de ibuprofeno (Ib) e Ax desenvolveu edema palpebral exuberante.

Em julho e agosto de 2018, 15 minutos após ingestão de frango panado e pescada frita com panqueca, respetivamente, refere mal-estar, prurido cutâneo generalizado, hipersudorese, dor abdominal, dispneia com sensação de aperto orofaríngeo, prurido nasal, ocular e rinorreia anterior. Recorreu ao SU, onde foi medicado com adrenalina IM corticoide e anti-histamínico, em ambos episódios.

Todos os alimentos ingeridos foram posteriormente tolerados tendo-se verificado que nas duas reações foi usada farinha da mesma marca (pacotes distintos), que não voltou a ser utilizada.

Fez testes cutâneos *prick* que foram positivos para ácaros do pó doméstico/armazenamento e farinha de trigo em natureza (pacote utilizado na segunda reação) e negativos para farinha de trigo sem fermento e com fermento da mesma marca (novos pacotes). Quanto à suspeita de alergia a fármacos, excluiu-se hipersensibilidade a Ax (testes cutâneos com betalactâmicos e prova de provocação oral (PPO) com Ax negativos) e confirmou-se hipersensibilidade a Ib (PPO positiva) e tolerância a paracetamol e nimesulide (PPO negativas).

O doente ficou com indicação para evicção de alimentos que contenham farinhas não armazenadas com cuidados adequados. Foi prescrito autoinjetor de adrenalina, corticoide oral e anti-histamínico como medicação de SOS. Ficou, ainda, com indicação de evicção de AINE inibidores da ciclooxigenase 1 até conclusão do estudo.

Resultados e conclusões: Atendendo a estes resultados e à história clínica, assumiu-se o diagnóstico de “síndrome da Panqueca”. Assim, em doentes com anafilaxia sem causa aparente e com antecedentes de patologia alérgica respiratória e hipersensibilidade a AINE devemos lembrar-nos das reações alérgicas a farinhas contaminadas por ácaros, entidade que apesar de rara, pode ser muito grave.

Apoio:



2.º PRÉMIO – MELHOR CASO CLÍNICO

CC 04 – Anafilaxia ao coco com sensibilização primária a um alérgeno oculto – um caso raro de doença ocupacional

Ana Rodolfo¹, B. Bartalomé², C. Escudero³, Alice Coimbra¹, José Luís Plácido¹

¹ Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar Universitário de São João, EPE, Porto

² R&D Department, Roxall, Bilbao, Espanha

³ Departamento de Alergologia Pediátrica, Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid, Espanha

Objetivo: O coco é uma causa extremamente rara de alergia alimentar com cerca de 10 casos descritos na literatura. A alergia ao trigo-sarraceno é relativamente frequente, sobretudo em países asiáticos.

Metodologia: Pasteleiro, 49 anos, referenciado por exantema generalizado associado à manufatura de alimentos com coco, com três meses de evolução. Ocorreu agravamento clínico progressivo até episódios recorrentes de anafilaxia, um dos quais após ingestão de um bolo de coco. Foi aconselhada a evicção alimentar e profissional do coco, contudo apresentava sintomas quando os colegas manipulavam coco. Foi efetuada a participação de doença profissional e o doente suspendeu a atividade profissional. Posteriormente teve um episódio de urticária generalizada enquanto a esposa estava a tostar um pão que não continha coco, mas farinha de trigo-sarraceno.

O doente desconhecia este ingrediente e negava ter trabalhado com ele. Apesar de ter interrompido a sua atividade profissional continuou a ter sintomas após contactos diminutos com coco, nomeadamente quando frequentava restaurantes, pastelarias ou padarias. Simultaneamente manifestava sintomas cutâneos e/ou respiratórios após inalação de cosméticos contendo óleo de coco. Como tal, tornou-se receoso de abandonar o domicílio. Esta questão, associada ao facto de não poder exercer a sua profissão, desencadeou uma síndrome depressiva grave com ideação suicida.

Resultados e conclusões: O teste cutâneo por picada-picada com côco foi positivo. A triptase basal era de 9.4 ng/mL, IgE total 417 kU/L e IgE específica de coco 9.4 kU/L. O ImmunoCAP® – ISAC apenas identificou IgE específica para o alérgeno Fag e 2, um alérgeno do trigo-sarraceno (II ISU-E). Foi então realizado immunoblotting com eletroforese em gel de poliacrilamida (SDS-PAGE) com extratos de endosperma sólido e líquido de coco e com extrato de trigo-sarraceno. O estudo por SDS-PAGE foi compatível com uma sensibilização à Coc n 2 e à Coc n 4, os dois principais alérgenos associados a alergia alimentar ao coco. Contudo, este estudo revelou também que as IgE do soro do doente apresentavam uma ligação significativamente superior ao trigo-sarraceno em relação ao coco, sugerindo assim que o sensibilizador primário será o trigo-sarraceno e não o coco.

Apoio:



SESSÃO CASOS CLÍNICOS II

ALERGIA A FÁRMACOS / IDP / ANAFILAXIA / ASMA

JÚRI: ANA MARGARIDA ROMEIRA, JOSÉ FERRAZ DE OLIVEIRA, RODRIGO RODRIGUES ALVES

1.º PRÉMIO – MELHOR CASO CLÍNICO

CC 18 – Caso de reação de hipersensibilidade a fármaco de emergência médica – protocolo de dessensibilização

Ana Rodolfo¹, F. Friões^{2,3}, Josefina R. Cernadas¹

¹ Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar e Universitário de São João, Porto

² Unidade de Cuidados Intensivos Intermédios, Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar e Universitário de São João, Porto

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

Objetivo: As reações de hipersensibilidade à amiodarona são raras, sendo este um fármaco que se apresenta como única opção terapêutica em alguns doentes com arritmias supraventriculares e ventriculares, cuja utilização se impõe, com frequência, em situações de emergência.

Metodologia: Os autores descrevem o caso de um doente do sexo masculino, de 71 anos, com antecedentes de hipertensão

arterial, dislipidemia, tabagismo (120 UMA), insuficiência cardíaca isquémica com disfunção sistólica, doença pulmonar obstrutiva crónica e flutter auricular, que deu entrada no SU por dispneia, dor torácica e palpitações. Constatou-se flutter auricular (FA) com resposta ventricular rápida (RVR). No SU foi tratado com bisoprolol, digoxina e verapamil, sem reversão da RVR, pelo que foi administrada perfusão de amiodarona, durante a qual surge exantema urticariforme generalizado. A perfusão foi interrompida e administrada clemastina, com resolução sintomática. O doente foi internado na Unidade de Cuidados Intermédios de Medicina (UCIM), para continuação de cuidados. Aproximadamente um mês antes, também em contexto de FA com RVR, tinha sido realizada perfusão de amiodarona com ocorrência de exantema urticariforme imediata. Dada a recorrência de episódios de FA com RVR, a amiodarona representava a única opção terapêutica urgente possível. Nestas circunstâncias seria necessária a administração de um a dois bólus de 300 mg de amiodarona, seguidos de perfusão contínua até obtenção de controlo de ritmo. Uma vez que as reações imediatas à amiodarona foram re-

produtíveis, preparou-se um protocolo de dessensibilização ao fármaco em 13 passos, com dose inicial de 0,03 mg/mL (1/10000 da dose cumulativa alvo) e dose final cumulativa de 300 mg, que decorreu sem intercorrências. Iniciou posteriormente dose diária de 200 mg de amiodarona, de forma a manter o estado de dessensibilização ao fármaco.

Resultados e conclusões: Tanto quanto é do conhecimento dos autores, está descrito apenas um caso de dessensibilização à amio-

darona para uma dose cumulativa de 150 mg, mas em contexto de reação de hipersensibilidade tardia. Este será, assim, o primeiro caso de dessensibilização à amiodarona para uma dose cumulativa de 300 mg por reações de hipersensibilidade imediata durante a sua perfusão. Os autores discutem o racional e o protocolo de dessensibilização realizado.

Apoio:



2.º PRÉMIO – MELHOR CASO CLÍNICO

CC 16 – Abordagem diagnóstica e terapêutica em doente com suspeita de hipersensibilidade ao trastuzumab emtansina

Cátia Santa¹, Ana Rita Presa¹, L. Cruz¹, Patrícia Barreira¹, Maria João Sousa¹, D. Malheiro¹, I. Lopes¹, Susana Cadinha¹
¹ Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, Vila Nova de Gaia

Objetivo: O trastuzumab emtansina (T-DMI) é um conjugado anticorpo-fármaco que inclui o trastuzumab, um anticorpo monoclonal (mAb) humanizado, ligado ao agente citotóxico emtansina (DMI), utilizado no tratamento de doentes com carcinoma da mama (CM) HER2 positivo metastizado, cuja prevalência de reações de hipersensibilidade (RH) é desconhecida. Descrição de um caso clínico de suspeita RH ao T-DMI e sua abordagem diagnóstica e terapêutica.

Metodologia: Doente do sexo feminino, 62 anos, com história de CM HER2-positivo estágio IIB, tratada previamente com cirurgia, hormoterapia e múltiplas linhas de quimioterapia (incluindo FEC-75, paclitaxel e trastuzumab) por progressão da doença (metastização óssea e pulmonar). Desde há 8 meses sob tratamento com T-DMI cada três semanas. No 9.º ciclo, durante a perfusão, apresentou prurido generalizado, rubor facial, tremor e dispneia, com resolução após suspensão e tratamento com corticoide e anti-histamínico, razão pela qual decidiram instituir pré-medicação com corticoide oral no ciclo seguinte. No final do 10.º ciclo desenvolveu

rubor e prurido facial e torácico, dispneia, aperto torácico e desaturação, tendo suspenso o tratamento e sido referenciada à consulta de alergia a fármacos para estudo alergológico e eventual dessensibilização, face à necessidade de manter este tratamento.

Resultados e conclusões: Foram realizados testes cutâneos (TC) com trastuzumab e T-DMI, que se revelaram positivos apenas nos testes intradérmicos com T-DMI 0,2mg/mL (diluição 1:10). A doente foi submetida a um protocolo de dessensibilização rápida com T-DMI, composto por três soluções com concentrações crescentes (diluição 1:100, 1:10 e 1:1) em 14 passos sucessivos, durante cerca de 4,5 horas. Realizou pré-medicação oral com montelucaste 10mg e ácido acetilsalicílico 300mg, nos dois dias anteriores e dia do procedimento, e administração endovenosa de metilprednisolona 125mg, clemastina 2mg e ranitidina 50mg, 30 minutos antes do início do protocolo. Cerca de 20 minutos após concluir o ciclo, iniciou queixas de tremores e mialgias que resolveram com paracetamol 1g EV.

Segundo o conhecimento dos autores, este é o primeiro caso de provável RH ao T-DMI em que foram realizados TC, pelo que discutem o seu valor no diagnóstico. O protocolo de dessensibilização rápida instituído permitiu a manutenção do tratamento com o fármaco mais adequado à situação clínica e demonstrou ser seguro nesta doente.

Apoio:

