

# Tratar a Alergia: Passado, Presente e Futuro

11 A 13 DE OUTUBRO DE 2013

CENTRO DE CONGRESSOS RIA PARK GARDEN, VALE DE LOBO, ALGARVE

## PROGRAMA

### **Presidente de Honra**

José Rosado Pinto

### **Presidente da Reunião**

Mário Morais de Almeida

### **Organização e Coordenação Científica**

Ângela Gaspar

Carlos Loureiro

Carlos Nunes

João Almeida Fonseca

Luís Miguel Borrego

Mário Morais de Almeida

Rodrigo Rodrigues Alves

### **Conselho Científico da SPAIC**

Ana Todo-Bom

Antero Palma Carlos

António Bugalho de Almeida

José Costa Trindade

Luís Delgado

Marianela Vaz

### **Participação**

Associação Brasileira de Alergia e Imunopatologia (ASBAI)

Associação Portuguesa de Asmáticos e Alérgicos (APAA)

Associação Portuguesa de Doentes com Angioedema  
Hereditário (ADAH)

*European Federation of Asthma & Allergy Associations (EFA)*

*Global Asthma Association (INTERASMA)*

*Sociedade Latino-Americana de Asma, Alergia e Imunologia  
(SLAAI)*

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

*Southern European Allergy Societies (SEAS)*

*World Allergy Organization (WAO)*

### **Creditação**

Ordem dos Médicos – Conselho Nacional para a Avaliação  
da Formação

**Palestrantes e Moderadores  
Estrangeiros**

Carlos Baena-Cagnani (Argentina)  
Evandro Alves do Prado (Brasil)  
Ignacio Ansotegui (Espanha)  
Luigi Fontana (Itália)  
Massimo Triggiani (Itália)  
Paul O'Byrne (Canadá)  
Susanna Palkonen (Finlândia)  
Wilson Tartuce Aun (Brasil)

**Palestrantes e Moderadores  
Nacionais**

Alice Coimbra  
Amélia Spínola Santos  
Ana Célia Costa  
Ana Margarida Romeira  
Ana Morête  
Ana Todo-Bom  
Anabela Lopes  
Ângela Gaspar  
António Bugalho de Almeida

Carlos Loureiro  
Carlos Lozoya  
Carlos Nunes  
Celso Chieira  
Celso Pereira  
Cristina Santa Marta  
Elisa Pedro  
Elza Tomaz  
Emília Faria  
Eva Gomes  
Fernando Meneses  
Filipa Ribeiro  
Filipe Inácio  
Graça Pires  
Helena Falcão  
Isabel Silva  
Jaime Correia de Sousa  
João Almeida Fonseca  
José Luís Plácido  
José Pedro Moreira da Silva  
José Rosado Pinto  
José Torres da Costa  
Josefina Rodrigues Cernadas  
Leonor Bento  
Luís Araújo

Luís Delgado  
Luís Miguel Borrego  
Luís Taborda Barata  
Manuel Branco Ferreira  
Margarida Figueiredo  
Margarida Trindade  
Maria da Graça Castel-Branco  
Mariana Couto  
Marianela Vaz  
Mário Miranda  
Mário Morais de Almeida  
Marta Neto  
Nuno Oliveira  
Patrícia Barreira  
Paula Leiria Pinto  
Pedro Martins  
Rita Câmara  
Rodrigo Rodrigues Alves  
Rui Costa  
Rui Silva  
Sara Prates  
Susana Lopes da Silva  
Susana Piedade  
Susel Ladeira  
Teresa Moscoso

## Programa Geral

Sexta-feira – 11/10/2013

9.30 – 11.00 h

Sala 1

### 1.ª SESSÃO DE COMUNICAÇÕES LIVRES – SESSÃO ESPECIAL \*

Moderadores: Amélia Spínola Santos /  
António Bugalho de Almeida

\* Comunicações seleccionadas para atribuição do prémio SPAIC / MSD 2013

9.00 – 11.00 h

Sala 2

### 2.ª SESSÃO DE COMUNICAÇÕES LIVRES

Moderadores: Graça Pires / Leonor Bento

9.00 – 11.00 h

Sala 3

### 3.ª SESSÃO DE COMUNICAÇÕES LIVRES

Moderadores: Ana Morête / Eva Gomes

11.00 – 11.30 h

Intervalo

11.30 – 13.00 h

Sala 1

### 1.ª MESA-REDONDA: “IMUNOTERAPIA”

Moderadores: Carlos Nunes / Filipe Inácio

**Biomarcadores da imunoterapia sublingual  
e subcutânea**

Elisa Pedro

**Qual a duração óptima da imunoterapia  
específica? / What's the optimal duration of  
immunotherapy?**

Carlos Baena-Cagnani (Argentina)

**Como avaliar a adesão e resultados  
na imunoterapia específica?**

Luís Taborda Barata

11.30 – 13.00 h

Sala 2

### 1.º WORKSHOP: “DESSENSIBILIZAÇÃO A FÁRMACOS”

Coordenação: Emília Faria / Josefina Rodrigues Cernadas

13.00 – 14.30 h

Almoço de trabalho

14.30 – 16.00 h

Sala 1

### 1.º SIMPÓSIO: MSD – SPAIC: “ASMA E RINITE NA IDADE PEDIÁTRICA”

Moderador: Marianela Vaz

**Novos dados sobre estado do controlo em  
Portugal**

Mário Morais de Almeida

**Update da terapêutica de asma e rinite na  
criança**

Luís Miguel Borrego

**Evolução do Projecto CARAT – CARAT Kids**

João Almeida Fonseca

## XXXIV REUNIÃO ANUAL DA SPAIC / PROGRAMA

14.30 – 16.00 h  
Sala 2

### 2.º WORKSHOP: “INDUÇÃO DE TOLERÂNCIA A ALIMENTOS”

Coordenação: Ana Célia Costa / Susana Piedade

16.00 – 16.30 h  
Intervalo

16.30 – 18.00 h  
Sala 1

### 2.ª MESA-REDONDA: “O FUTURO”

Moderadores: Luís Delgado / Paula Leiria Pinto

#### **Barreira cutânea no eczema atópico**

Evandro Alves do Prado (Brasil)

#### **Terapêutica biológica na alergia respiratória**

João Almeida Fonseca

#### **Novas vias de administração da imunoterapia específica**

Celso Pereira

16.30 – 18.00 h  
Sala 2

### 3.º WORKSHOP: “TRATAMENTO DO ANGIOEDEMA”

Coordenação: Cristina Santa Marta /  
Rodrigo Rodrigues Alves

18.00 – 18.30 h  
Sala 1

### I.ª CONFERÊNCIA

Presidente: Maria da Graça Castel-Branco

#### **O som do ar**

Conferencista: Mário Morais de Almeida

18.30 – 19.30 h  
Sala 1

### ABERTURA OFICIAL DA XXXIV REUNIÃO ANUAL DA SPAIC

Anúncio e entrega dos Prémios SPAIC 2013

19.30 – 21.00 h

### SESSÕES DE POSTERS COM DISCUSSÃO

#### **1.ª Sessão de Posters**

Moderadores: Ana Margarida Romeira / Luís Araújo

#### **2.ª Sessão de Posters**

Moderadores: Sara Prates / Susana Lopes da Silva

#### **3.ª Sessão de Posters**

Moderadores: Isabel Silva / Carlos Lozoya

Sábado – 12/10/2013

8.45 – 10.30 h

Sala I

**2.º SIMPÓSIO:  
LABORATÓRIOS VITÓRIA – SPAIC:  
“ANTI-HISTAMÍNICOS E SEGURANÇA  
– A BUSCA POR UM ANTI-HISTAMÍNICO  
NÃO-SEDATIVO IDEAL”**

Moderador: Luís Delgado

**Bilastina: Eficácia e Segurança**

Mário Morais de Almeida

**Bilastina: Na Rinite**

João Almeida Fonseca

**Bilastina: Na Urticária**

Emília Faria

11.00 – 11.30 h

Intervalo

11.30 – 13.00 h

Sala I

**3.º SIMPÓSIO:  
ASTRAZENECA – SPAIC:  
“O ESTADO DA ARTE NO TRATAMENTO  
DA ASMA – PERSPECTIVAS FUTURAS”**

**Novas abordagens no tratamento da asma:  
o estado da arte / *New approaches for the treatment  
of asthma: state of the art***

Paul O’Byrne (Canadá)

**Discussão com a audiência**

Mário Morais de Almeida

8.45 – 10.30 h

Sala 2

**4.º WORKSHOP: “AVALIAÇÃO DA RESPOSTA  
AO TRATAMENTO NA RINITE”**

Coordenação: Helena Falcão / Marta Neto

Apoio: A. Menarini

10.30 – 11.00 h

Sala I

**2.ª CONFERÊNCIA**

Presidente: José Rosado Pinto

**“Papel das organizações de doentes para  
a investigação na Europa / *Role of patient  
association in allergy investigation in Europe*”**

Conferencista: Susanna Palkonen (Finlândia)

11.30 – 13.00 h

Sala 2

**5.º WORKSHOP:  
“AVALIAÇÃO DA RESPOSTA  
AO TRATAMENTO NA ASMA”**

Coordenação: Luís Miguel Borrego / Mário Miranda

13.00 – 14.30 h

Almoço de trabalho

## XXXIV REUNIÃO ANUAL DA SPAIC / PROGRAMA

14.30 – 16.00 h

Sala I

### **3.ª MESA-REDONDA: “BRONCODILATADORES”**

*Moderadores:* Ana Todo-Bom / José Luís Plácido

#### **Novos broncodilatadores**

Manuel Branco Ferreira

#### **Riscos da utilização em monoterapia**

Alice Coimbra

#### **Anticolinérgicos na asma**

Fernando Meneses

14.30 – 16.00 h

Sala 2

### **4.º SIMPÓSIO: LETI – SPAIC: “COMPETÊNCIAS DE COMUNICAÇÃO CLÍNICA”**

*Moderador:* Maria da Graça Castel-Branco

#### **Técnicas de comunicação clínica**

Margarida Figueiredo

#### **Aplicação à consulta de Imunoalergologia e à terapêutica com imunoterapia específica**

Celso Pereira

16.00 – 16.30 h

Intervalo

16.30 – 18.00 h

Sala I

### **5.º SIMPÓSIO: BIAL – SPAIC: “OH NÃO... AMANHÃ TENHO EDUCAÇÃO FÍSICA!”**

*Moderador:* Luís Delgado

#### **Rinite no desporto escolar**

Manuel Branco Ferreira

#### **Asma no desporto escolar**

Pedro Martins

#### **Realidade da escola**

Nuno Oliveira

16.30 – 18.00 h

Sala 2

### **6.º WORKSHOP: “IMUNOTERAPIA: SUBLINGUAL VS SUBCUTÂNEA”**

*Coordenação:* Carlos Nunes / Elisa Pedro

18.00 – 19.00 h

Sala I

### **ASSEMBLEIA-GERAL DA SPAIC**

**Domingo – 13/10/2013**

8.45 – 10.30 h

Sala 1

**SIMPÓSIO SEAS – SPAIC:  
“AVANÇOS NA IMUNOTERAPIA”**

*Moderadores:* Celso Chieira / Luigi Fontana (Itália)

**Mecanismos da imunoterapia / *Mechanisms of immunotherapy***

Massimo Triggiani (Itália)

**Imunoterapia oral versus subcutânea / *Oral versus subcutaneous immunotherapy***

Ignacio Ansotegui (Espanha)

**Futuro da imunoterapia específica**

Carlos Nunes

8.45 – 10.30 h

Sala 3

**SESSÃO ESPECIAL DE POSTERS \***

*Moderadores:* Margarida Trindade / Rita Câmara

\* Posters seleccionados para atribuição do prémio SPAIC / MSD 2013

10.30 – 11.00 h

Sala 1

**3.ª CONFERÊNCIA**

*Presidente:* Marianela Vaz

**Tratamento da asma. Velhos fármacos com novas indicações**

*Conferencista:* Wilson Tartuce Aun (Brasil)

8.45 – 10.30 h

Sala 2

**4.ª MESA-REDONDA:  
“MESA DOS JOVENS IMUNO-  
ALERGOLOGISTAS PORTUGUESES (JIPS):  
COMO TRATAR A DOENÇA ALÉRGICA  
MEDIADA POR IGE?”**

*Moderadores:* Mariana Couto / Rui Silva

**Tratamento farmacológico**

Teresa Moscoso

**Terapêuticas biológicas**

Filipa Ribeiro

**Imunoterapia específica**

Patrícia Barreira

11.00 – 11.30 h

Intervalo

11.30 – 13.00 h

Sala 1

**5.ª MESA-REDONDA:  
“CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS (CSP)”**

*Moderadores:* Carlos Loureiro / Susel Ladeira

**Tratamento das crises de asma em CSP**

Jaime Correia de Sousa

**Rinossinusite em CSP: Diagnóstico e tratamento**

Rui Costa

**Eczema atópico em CSP: Diagnóstico e tratamento**

Elza Tomaz

11.30 – 13.00 h

Sala 2

**6.ª MESA-REDONDA:  
“ANTI-INFLAMATÓRIOS”**

*Moderadores:* Ângela Gaspar / José Moreira da Silva

**Anti-inflamatórios na alergia cutânea**

Anabela Lopes

**Anti-inflamatórios na asma grave**

Pedro Martins

**Anti-inflamatórios na rinosinusite**

José Torres da Costa

13.00 h

Sala 1

**SESSÃO DE ENCERRAMENTO**

Anúncio dos Prémios SPAIC / MSD 2013

## Workshops Teórico-Práticos

### Workshops de Formação Teórico-Prática

(máx. 15 participantes)

**1.º WORKSHOP:  
“DESSENSIBILIZAÇÃO A FÁRMACOS”**

11 de Outubro de 2013: 11.30 – 13.00 h (Sala 2)

*Coordenação:* Emília Faria / Josefina Rodrigues Cernadas

**2.º WORKSHOP:  
“INDUÇÃO DE TOLERÂNCIA A ALIMENTOS”**

11 de Outubro de 2013: 14.30 – 16.00 h (Sala 2)

*Coordenação:* Ana Célia Costa / Susana Piedade

**3.º WORKSHOP:  
“TRATAMENTO DO ANGIOEDEMA”**

11 de Outubro de 2013: 16.30 – 18.00 h (Sala 2)

*Coordenação:* Cristina Santa Marta /

Rodrigo Rodrigues Alves

**4.º WORKSHOP:  
“AVALIAÇÃO DA RESPOSTA  
AO TRATAMENTO NA RINITE”**

12 de Outubro de 2013: 08.45 – 10.30 h (Sala 2)

*Coordenação:* Helena Falcão / Marta Neto

*Apoio:* A. Menarini

**5.º WORKSHOP:  
“AVALIAÇÃO DA RESPOSTA  
AO TRATAMENTO NA ASMA”**

12 de Outubro de 2013: 11.30 – 13.00 h (Sala 2)  
Coordenação: Luís Miguel Borrego / Mário Miranda

**6.º WORKSHOP:  
“IMUNOTERAPIA:  
SUBLINGUAL VS SUBCUTÂNEA”**

12 de Outubro de 2013: 16.30 – 18.00 h (Sala 2)  
Coordenação: Carlos Nunes / Elisa Pedro

## Programa Social

**Sexta-feira – 11 de Outubro de 2013**  
20.00h

**EVENTO PARA CONGRESSISTAS**

Posters com discussão  
Recepção e Cocktail no Centro de Congressos Ria Park

**Sábado – 12 de Outubro de 2013**  
20.00h

**EVENTO PARA CONFERENCISTAS**

Jantar (por convite)  
Restaurante Casa do Lago, Quinta do Lago  
Apoio: A. Menarini

11/10/13 a 13/10/13

**ALMOÇOS DE TRABALHO**

## Agradecimentos

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

**A. MENARINI  
ASTRAZENECA  
BIAL  
BIOPORTUGAL / ALK-ABELLÓ  
GLAXOSMITHKLINE  
LETI  
MSD  
LABORATÓRIOS VITÓRIA**

e ainda a presença na exposição técnica / apoio de

**LOFARMA  
MEDINFAR  
NOVARTIS  
OM PHARMA  
THERMO FISHER SCIENTIFIC**

## Resumos das Comunicações Livres e dos Posters

### COMUNICAÇÕES LIVRES

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

Comunicações orais seleccionadas para atribuição do prémio SPAIC / MSD 2013

Dia: 11 de Outubro 2013  
Horas: 09.30 – 11.00 horas  
Local: Sala I

Moderadores: Amélia Spínola Santos / António Bugalho de Almeida

#### **CI – Prevalência e incidência de rinite numa coorte de crianças com sibilância recorrente – da idade pré-escolar à adolescência**

Ana Margarida Pereira<sup>1,2,3</sup>, Ângela Gaspar<sup>1</sup>, António Bugalho-Almeida<sup>1</sup>, Mário Morais-Almeida<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>Centro de Imunoalergologia, Hospital CUF Descobertas, Lisboa; <sup>2</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital São João, Porto; <sup>3</sup>CINTESIS – Centro de Investigação e Sistemas de Informação em Saúde, Universidade do Porto

#### **C2 – Angioedema hereditário – do genótipo ao fenótipo**

Miguel Vieira<sup>1</sup>, Amélia Spínola Santos<sup>1</sup>, Ana Célia Costa<sup>1</sup>, Anabela Lopes<sup>1</sup>, Manuel Branco Ferreira<sup>1,2</sup>, António Martinho<sup>3</sup>, Manuel Pereira Barbosa<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria (HSM), Centro Hospitalar Lisboa Norte; <sup>2</sup>Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa; <sup>3</sup>Centro de Histo compatibilidade do Centro (CHC), Coimbra

#### **C3 – Dispositivos inalatórios na asma e DPOC – Uso correcto e preferências dos doentes**

Pedro Chorão<sup>1</sup>, João Almeida Fonseca<sup>1,2,3</sup>

<sup>1</sup>Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; <sup>2</sup>CINTESIS – Centro de Investigação em Tecnologias e Sistemas de informação, Universidade do Porto; <sup>3</sup>Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar São João, Porto

#### **C4 – Eficácia e tolerância de imunoterapia específica sublingual com Pru p 3 em doentes com alergia grave ao pêssego – evolução clínica e imunológica ao longo de 12 meses**

Ana Célia Costa<sup>1</sup>, Fátima Duarte<sup>1</sup>, Elisa Pedro<sup>1</sup>, Alcinda Melo<sup>2</sup>, Manuel Pereira Barbosa<sup>1</sup>, Conceição Pereira Santos<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte; <sup>2</sup>Unidade de Imunologia Clínica, Instituto de Medicina Molecular, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

#### **C5 – Caracterização do doente com esofagite eosinofílica – série consecutiva de 30 casos**

Susana Piedade<sup>1</sup>, Diana Silva<sup>1,2</sup>, Bruno Simões<sup>1,3</sup>, Ângela Gaspar<sup>1</sup>, Sandra Morgado<sup>4</sup>, Filipa Santos<sup>5</sup>, Mário Morais-Almeida<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro de Imunoalergologia, Hospital CUF Descobertas, Lisboa; <sup>2</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital de São João, Porto; <sup>3</sup>Serviço de Pediatria, Hospital de Faro; <sup>4</sup>Unidade de Gastreenterologia, Hospital CUF Descobertas, Lisboa; <sup>5</sup>Consulta de Gastreenterologia Pediátrica, Hospital CUF Descobertas, Lisboa

#### **C6 – Anafilaxia no Serviço de Urgência**

Marta Martins, Rute Reis, Cíntia Cruz, Sónia Serra, Clara Rosa, Iryna Didenko, Andreia Ferrão, Fátima Jordão, Elza Tomaz, Filipe Inácio  
Serviço de Imunoalergologia, Hospital São Bernardo, Centro Hospitalar de Setúbal

### C1 – Prevalência e incidência de rinite numa coorte de crianças com sibilância recorrente – da idade pré-escolar à adolescência

Ana Margarida Pereira<sup>1,2,3</sup>, Ângela Gaspar<sup>1</sup>, António Bugalho-Almeida<sup>1</sup>, Mário Morais-Almeida<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>Centro de Imunoalergologia, Hospital CUF Descobertas, Lisboa; <sup>2</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital São João, Porto; <sup>3</sup>CINTESIS – Centro de Investigação e Sistemas de Informação em Saúde, Universidade do Porto

**Introdução:** Os objectivos deste estudo foram: 1) estimar a prevalência de rinite (R) numa coorte de crianças em idade pré-escolar com sibilância recorrente (SR), 2) avaliar factores pessoais e socio-demográficos associados com R em crianças com SR, e 3) estimar a incidência de R num período de seguimento de 13 anos.

**Métodos:** Este estudo de coorte incluiu 308 crianças observadas como primeira consulta num hospital terciário em 1993. Foram incluídas todas as crianças observadas que tinham idade <7 anos e história de SR (≥3 episódios de sibilância com resposta a broncodilatador, com intervalos livres de sintomas, no ano anterior à avaliação). As avaliações incluíram observação médica e testes cutâneos por picada (TCP). Em 1993, a idade média (DP) era 3,7 (1,7) anos e 61% eram do género masculino; 48% tinham TCP positivos, 22% tinham história pessoal de eczema atópico e 6% de alergia alimentar. As crianças foram reavaliadas em 2001 (n=249) e 2006 (n=170); não houve diferenças significativas nas características das crianças observadas nas diferentes avaliações (p>0,49). Foi desenvolvido um modelo de regressão logística múltipla para estudar factores de risco para R em idade pré-escolar.

**Resultados:** Em 1993, a prevalência de R foi de 60% (95%CI [55-65]). A R em idade pré-escolar associou-se positivamente com atopia (19,6 [9,1-42,4]), asma materna (2,6 [1,1-6,3]), história pessoal de alergia alimentar (13,2 [1,4-120,6]) e eczema atópico (2,6 [1,1-6,4]); frequentar o infantário antes dos 2 anos apresentava uma associação negativa (0,4 [0,2-0,8]). Infecções respiratórias recorrentes, história parental de rinite ou asma paterna não se associaram significativamente com a presença de R. No período entre 1993 e 2001, 10 crianças (dos 93 previamente sem rinite) tiveram diagnóstico de novo de R (incidência: 11%). A incidência de 1993-2001 foi mais elevada nas crianças atópicas (33% vs. 7% nos não atópicos, p=0,007). A maioria das crianças com R em idade pré-escolar mantiveram diagnóstico de R em 2001 (96%). Em 2001-2006, foram reportados 11 novos casos de R (incidência: 17%); a incidência também foi mais elevada em crianças com atopia (56%). Em 2006, 87% das crianças com R já a tinham desde idade pré-escolar.

**Conclusões:** A prevalência de rinite em crianças em idade pré-escolar com sibilância recorrente foi elevada; a presença de atopia associou-se fortemente com o diagnóstico de rinite. A maioria das crianças com rinite na adolescência já tinha diagnóstico desde a idade pré-escolar.

### C2 – Angioedema hereditário – do genótipo ao fenótipo

Miguel Vieira<sup>1</sup>, Amélia Spínola Santos<sup>1</sup>, Ana Célia Costa<sup>1</sup>, Anabela Lopes<sup>1</sup>, Manuel Branco Ferreira<sup>1,2</sup>, António Martinho<sup>3</sup>, Manuel Pereira Barbosa<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria (HSM), Centro Hospitalar Lisboa Norte; <sup>2</sup>Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa; <sup>3</sup>Centro de Histocompatibilidade do Centro (CHC), Coimbra

**Introdução:** O angioedema hereditário (AEH) é uma doença autossómica dominante causada por mutações afectando o gene de C1 inibidor (C1INH). Estão descritas mais de 250 mutações distintas, nomeadamente a mutação p.Arg444Cys, c.1396C>T, característica do AEH tipo II (AEH II). A relação entre gravidade da doença e quantidade ou função de C1INH parece ser discutível. Na população portuguesa não estão descritos estudos de mutação intrafamiliar.

**Objetivo:** Avaliar a frequência das mutações no gene C1INH numa população de doentes (dts) de 2 famílias portuguesas com AEH II e possível correlação entre genótipo e fenótipo.

**Métodos:** Avaliou-se retrospectivamente o estudo clínico, laboratorial e genético de 2 famílias com AEH II seguidas em Imunoalergologia do HSM (IA-HSM). O estudo genético obteve-se pela sequenciação bidireccional dos 8 exões do gene de C1INH, utilizando reacções de amplificação (PCR), num total de mais de 1700 reacções de sequenciação analisadas no software SeqScape V.2, realizadas no CHC. A correlação entre genótipo e função de C1INH foi avaliada através de t-test e valores de p<0,05 foram considerados significantes.

**Resultados:** Família 1: 5 gerações com 101 indivíduos, dos quais 35 (34,65%) manifestaram a doença, 28dts (80%) seguidos em IA-HSM. Analisamos 22dts (78,57%) que realizaram teste genético, idade média 47,18 anos; 13M 9F, sendo que a maioria, 18dts (81,82%) apresentou a mutação isolada p.Arg444Cys, c.1396C>T. Neste grupo de dts, a média função de C1INH foi 37,39%, e 15dts (83%) apresentavam doença moderada a grave. Em 4dts identificou-se a mutação anterior associada as outras mutações, sendo a média função C1INH 9% e 100% dos dts apresentavam doença moderada a grave.

Família 2: 4 gerações com 23 indivíduos, dos quais 9 (39,13%) manifestaram a doença, 6dts (26,09%) seguidos em IA-HSM. Analisamos 4dts (66%) que realizaram teste genético, idade média 46 anos; 3M 1F, sendo que 100% apresentou a mutação isolada p.Arg444Cys, c.1396C>T. Média função C1INH 23,75% e 100% dos dts apresentavam doença moderada a grave. A correlação entre o genótipo e função de C1INH (0,278, p<0,01) foi significativamente diferente.

**Conclusões:** Todos os dts de ambas as famílias com AEH II apresentaram a mutação p.Arg444Cys, c.1396C>T. O estudo genético dirigido apenas para a pesquisa da mutação específica destas 2 famílias poupa custos e pode responder às suas preocupações com a doença em relação a descendentes. A presença de mutações associadas parece traduzir um fenótipo mais grave de doença.

**C3 – Dispositivos inalatórios na asma e DPOC – Uso correcto e preferências dos doentes**Pedro Chorão<sup>1</sup>, João Almeida Fonseca<sup>1,2,3</sup><sup>1</sup>Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; <sup>2</sup>CINTESIS – Centro de Investigação em Tecnologias e Sistemas de informação, Universidade do Porto; <sup>3</sup>Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar São João, Porto

**Introdução e Objectivos:** O uso correcto de dispositivos inalatórios permanece um desafio na asma e DPOC. A preferência do doente pode ser importante na adesão ao inalador. Este estudo propõe-se a avaliar a técnica inalatória de adultos seguidos em consulta de Imunoalergologia e Pneumologia do Centro Hospitalar S. João e conhecer qual o dispositivo preferido e qual aquele percebido como mais fácil por aqueles doentes.

**Métodos:** 261 adultos (média 52 anos de idade) com asma (69%) e DPOC (31%) a usar actualmente um inalador foram entrevistados na consulta externa do Hospital S. João (Porto, Portugal) sendo a técnica inalatória avaliada através de *checklists* baseadas nas instruções do fabricante. Avaliaram-se: Aerolizer™, Autohaler™, Breezehaler™, Diskus™, Handihaler™, MDI sem câmara, Novolizer™, Respimat™, Budenosida Tecnicort® e Turbohaler™. A percentagem de passos errados (%PE) apresenta-se como: mediana (percentis 25-75).

**Resultados:** No total foram avaliadas as técnicas inalatórias de 397 dispositivos, dos quais 68 (17%) foram executados sem erros. Dos restantes 329 (83%), a mediana da %PE foi de 18% (P25 9%, P75 25%). O Turbohaler™, Diskus™ e MDI obtiveram o maior número de execuções sem erros (23%, 18% e 17% respectivamente). Nas utilizações com erros, os mesmos inaladores obtiveram a menor %PE: 18% (P25 9%, P75 23%) para Turbohaler, 18% (P25 9%, P75 27%) para Diskus™, 18% (P25 18%, P75 27%) para MDI. Os inaladores considerados os mais fáceis foram o Turbohaler™ (20%), Diskus™ (20%) e MDI (18%). Os favoritos para uso diário foram o Turbohaler™ (18%), Novolizer™ (18%) e Diskus™ (17%). O uso actual parece influenciar estas escolhas para o Turbohaler™, Diskus™ e MDI (teste Chi-Square  $p < 0,001$ ). Apenas 36% dos doentes optaram pelo seu inalador como mais fácil e 27% como favorito. No entanto, doentes já a utilizar o inalador que classificaram como favorito ou mais fácil não realizam menos erros (Man-Whitney U  $p > 0,05$ ). Os participantes mais velhos, do sexo feminino e com menor educação tinham significativamente maiores %PE. Tempo de utilização do inalador, a autopercção de técnica correcta e a satisfação com o inalador não estavam associados significativamente à %PE.

**Conclusões:** Os doentes com asma e DPOC continuam a não ter uma técnica adequada na utilização dos seus inaladores. Não parece existir um dispositivo que se destaque pela menor percentagem de erros ou pela preferência dos doentes.

**C4 – Eficácia e tolerância de imunoterapia específica sublingual com Pru p 3 em doentes com alergia grave ao pêssego – evolução clínica e imunológica ao longo de 12 meses**Ana Célia Costa<sup>1</sup>, Fátima Duarte<sup>1</sup>, Elisa Pedro<sup>1</sup>, Alcinda Melo<sup>2</sup>, Manuel Pereira Barbosa<sup>1</sup>, Conceição Pereira Santos<sup>2</sup><sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte; <sup>2</sup>Unidade de Imunologia Clínica, Instituto de Medicina Molecular, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

**Introdução:** A alergia ao pêssego é prevalente, persistente e potencialmente grave, sendo as proteínas de transferência lipídica (LTPs) – Pru p 3 e as profilinas – Pru p 4, os principais alérgenos envolvidos. A presença oculta de Pru p 3 em produtos alimentares e de LTPs noutros alimentos (síndrome LTP) pode desencadear reacções (acidentais) graves, incluindo anafilaxia. Assim, este tipo de alergia poderá ser considerado um alvo importante para imunoterapia específica (IT).

**Objectivo:** Demonstrar a eficácia e segurança da IT sublingual (SLIT) com Pru p 3 em dts com reacções sistémicas (RS) associadas à ingestão de pêssego, através da avaliação de parâmetros clínicos e imunológicos ao longo de 12 meses.

**Material e métodos:** Oito dts (7F, 1F; média de idades-25,6; 19-41 anos) com história de alergia ao pêssego, confirmada por prova de provocação oral (excepto se anafilaxia e evidência de sensibilização), submetidos a SLIT Pru p 3 (Alk-Abelló) durante 1 ano. 100% dos dts tiveram RS (75% anafilaxia) associadas à ingestão de pêssego (62,5% referiam sintomas com outros alimentos com LTPs). Todos realizaram testes cutâneos por picada (TCP; Bial-Aristegui) com bateria de aeroalérgenos, extrato de pêssego (f95) pele e polpa, outros alimentos de acordo com os sintomas, Pru p 3 e Pru p 4 (sensibilização excluída). A SLIT com Pru p 3 teve uma fase de indução (4 dias em H.Dia de Imunoalergologia), seguida da fase de manutenção em ambulatório (1ano). Foram realizados TCP e quantificadas IgE e IgG4 específicas (slgE e slgG4) – UniCAP (Thermofisher) para f95 e Pru p 3 antes (T0), 1 (T1), 6 (T6) e 12 meses (T12) após início de SLIT. Realizou-se Teste de Activação de Basófilos (TAB), método Flow2 CAST® (Bühlmann), com extracto de Pru p 3 (Alk-Abelló) em 3 concentrações (0,05, 0,5 e 5ug/mL).

**Resultados:** Verificou-se diminuição significativa do diâmetro médio da pápula de T0-T12 no TCP com f95 pele e polpa ( $p = 0,0039$ ) e com Pru p 3 ( $p = 0,0078$ ). Na quantificação de slgE para f95 e Pru p 3: diminuição significativa de T0-T12 ( $p = 0,0408$  e  $p < 0,001$  respectivamente); slgG4 – aumento significativo de T0-T12 ( $p < 0,0001$ ) para os mesmos alérgenos; TAB – diminuição significativa entre os diferentes tempos e nas 3 concentrações. Durante os 12 meses de terapêutica com SLIT, verificaram-se apenas reacções locais (prurido) durante a fase de indução em 50% dos dts, de resolução espontânea.

**Conclusões:** Nesta avaliação inicial, a SLIT Pru p 3 parece ser uma opção terapêutica promissora e segura para os doentes com alergia grave ao pêssego.

**C5 – Caracterização do doente com esofagite eosinofílica – série consecutiva de 30 casos**

Susana Piedade<sup>1</sup>, Diana Silva<sup>1,2</sup>, Bruno Simões<sup>1,3</sup>, Ângela Gaspar<sup>1</sup>, Sandra Morgado<sup>4</sup>, Filipa Santos<sup>5</sup>, Mário Morais-Almeida<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro de Imunoalergologia, Hospital CUF Descobertas, Lisboa; <sup>2</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital de São João, Porto; <sup>3</sup>Serviço de Pediatria, Hospital de Faro; <sup>4</sup>Unidade de Gastrenterologia, Hospital CUF Descobertas, Lisboa; <sup>5</sup>Consulta de Gastrenterologia Pediátrica, Hospital CUF Descobertas, Lisboa

**Introdução:** A prevalência da esofagite eosinofílica (EoE) tem vindo a aumentar, em parte devido a um maior reconhecimento, mas a abordagem desta patologia permanece um desafio clínico.

**Objectivo:** Caracterização clínica de doentes com diagnóstico de EoE, orientados sob um mesmo protocolo num Centro de Imunoalergologia.

**Métodos:** Em Agosto de 2013, foi efectuada a análise retrospectiva dos processos clínicos dos doentes com critérios de EoE seguidos no Hospital CUF Descobertas. Incluiu-se uma amostra consecutiva de 30 casos, seguidos durante uma mediana de 1 [0,5;2,3] ano. Foi efectuada avaliação clínica, endoscópica e pesquisa de sensibilizações (IgE total, IgE específica (sIgE) e testes cutâneos por picada (TC) a alimentos e aeroalergénios).

**Resultados:** A mediana de idades dos doentes foi de 15 [9;32] anos, sendo a maioria do género masculino (57%) e com início das queixas aos 15 [7;33] anos. Referiam sintomas de impacto alimentar (67%), disfagia (53%), dor abdominal e/ou epigástrica (40%), vómitos (37%), pirose (37%), sendo os primeiros mais frequentes em adolescentes e adultos. Nas crianças ( $\leq 12$  anos) os vómitos foram a principal sintomatologia (60%), sendo ainda de assinalar 2 casos de má progressão ponderal. Apresentavam na maioria dos casos história pessoal de doença alérgica (87%) e sensibilização a aeroalergénios (71%). Na avaliação endoscópica destacamos a existência de estenose esofágica em 3 casos. Todos tinham histologicamente  $\geq 15$  eosinófilos por campo de grande ampliação (60% com  $\geq 20$ , 23% com microabcessos). A sensibilização a alimentos identificou-se em 63% dos casos (TC 60% e sIgE 50%), particularmente leite de vaca (40%), cereais (36%), ovo (26%), frutos secos (26%) e amendoim (20%). Todos os doentes efectuaram previamente inibidores da bomba de protões sem eficácia clínica.

**Conclusões:** Na nossa população, e de acordo com a literatura, houve um predomínio do género masculino, divergindo a apresentação clínica de acordo com a idade. A prevalência de doença alérgica foi muito elevada, bem como a sensibilização a alergénios alimentares. A necessidade de uma avaliação multidisciplinar protocolada, coordenada pela Imunoalergologia, é essencial na correcta abordagem diagnóstica e terapêutica, permitindo modificar o prognóstico.

**C6 – Anafilaxia no Serviço de Urgência**

Marta Martins, Rute Reis, Cíntia Cruz, Sónia Serra, Clara Rosa, Iryna Didenko, Andreia Ferrão, Fátima Jordão, Elza Tomaz, Filipe Inácio  
Serviço de Imunoalergologia, Hospital São Bernardo (HSB), Centro Hospitalar de Setúbal

**Introdução:** A anafilaxia é uma reacção de hipersensibilidade sistémica grave e potencialmente fatal, cuja abordagem diagnóstica e terapêutica deve ser sistematizada. Existem poucos estudos de incidência e prevalência desta patologia na população geral.

**Objectivos:** Caracterizar os casos de anafilaxia no Serviço de Urgência (SU), a sua abordagem diagnóstica e terapêutica, e a referência para a consulta de Imunoalergologia.

**Métodos:** Estudo retrospectivo dos episódios de urgência do HSB, entre 1/01/2012 a 31/12/2012, com os diagnósticos de choque anafilático, alergia não especificada e efeito adverso não especificado de fármaco, medicamento ou substância biológica. Destes seleccionaram-se os episódios com quadro clínico compatível com anafilaxia segundo os critérios de diagnóstico.

**Resultados:** No período avaliado ocorreram 76130 episódios de urgência, dos quais 539 apresentavam os diagnósticos em estudo. Destes, 41 doentes manifestaram clínica sugestiva de anafilaxia, com idades compreendidas entre os 25 e os 85 anos (média de idades 49,4, mediana 56), sendo 25 do sexo feminino (61%) e 16 do sexo masculino (39%). As manifestações cutâneas foram reportadas em todos os doentes, estando associadas a sintomas respiratórios em 24 dos casos (58,5%), a gastrointestinais em 7 casos (17,1%) e a cardiovasculares em 6 casos (14,6%). Três casos reportaram sintomas cutâneos, respiratórios e cardiovasculares e 1 caso sintomas cutâneos, respiratórios e gastrointestinais. Os alergénios suspeitos implicados foram em 15 casos alimentos (36,6%); em 13 casos fármacos (31,7%) dos quais o grupo farmacológico mais frequentemente envolvido foi o dos AINEs (69,2%) seguindo-se os antibióticos (15,4%); em 3 casos veneno de himenópteros (7,3%). Em 10 doentes (24,4%) não se registou alergénio provável. A maioria das reacções foi tratada com corticoide e anti-histamínico (83%). A adrenalina apenas foi utilizada em 9 casos. Foram referenciados para a Consulta de Imunoalergologia 12 doentes (29,3%).

**Conclusões:** Verificou-se uma prevalência de 1 caso de anafilaxia por cada 1857 episódios de urgência (41/76130). Os registos clínicos são muitas vezes incompletos, pelo que se admite que alguns episódios de anafilaxia poderão não ter sido seleccionados nesta análise. Constatou-se ainda ser pouco frequente a opção pela adrenalina, fármaco de 1.ª linha no tratamento da anafilaxia. É ainda evidente a necessidade de reforçar a importância da referência para a Imunoalergologia.

**2.ª SESSÃO DE COMUNICAÇÕES LIVRES**

Dia: 11 de Outubro 2013  
 Horas: 09.00 – 11.00 horas  
 Local: Sala 2

Moderadores: Graça Pires / Leonor Bento

**C7 – Omalizumab em idade pediátrica: Experiência num Serviço de Imunoalergologia**

Rita Aguiar, Pedro Silva, Fátima Cabral Duarte, Ana Mendes, Ana Célia Costa, Manuel Pereira Barbosa  
 Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte

**C8 – Que fatores estão associados a agudizações graves da asma nos 12 meses seguintes?**

Ana Pereira<sup>1,2,3</sup>, Carla Martins<sup>1</sup>, João Almeida Fonseca<sup>1,2,3,4</sup>  
<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar São João, Porto; <sup>2</sup>Departamento de Ciências da Informação e da Decisão em Saúde, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; <sup>3</sup>Centro de Imunoalergologia, Instituto CUF, Porto; <sup>4</sup>CINTESIS – Centro de Investigação em Tecnologias e Sistemas de Informação em Saúde, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

**C9 – Distúrbios de sono em crianças asmáticas – resultados preliminares**

Helena Loureiro, Anna Sokolova  
 Departamento de Pediatria Médica, Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca (Directora do Departamento: Helena Carreiro)

**C10 – Papel do polimorfismo na região do gene promotor da MPO em doentes asmáticos**

Margarida Cortez e Castro<sup>1</sup>, Andreia Matos<sup>2</sup>, Joana Ferreira<sup>2</sup>, Ridhi Prabhudas<sup>2</sup>, Manuel Bicho<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte; <sup>2</sup>Departamento de Genética, Faculdade de Medicina de Lisboa

**C11 – Sensibilização a ácaros na ilha de São Miguel**

Telma Ferreira<sup>1,4</sup>, Patrícia Garcia<sup>1,2</sup>, Armindo Rodrigues<sup>1,3</sup>, Rodrigo Rodrigues-Alves<sup>4</sup>  
<sup>1</sup>Departamento de Biologia, Universidade dos Açores; <sup>2</sup>CITA-A, Centro de Investigação e Tecnologias Agrárias dos Açores; <sup>3</sup>CVARG, Centro de Vulcanologia e Avaliação de Riscos Geológicos; <sup>4</sup>Unidade de Imunoalergologia, Hospital do Divino Espírito Santo (HDES), Ponta Delgada

**C12 – Monitorização de esporos de fungos da atmosfera de Lisboa: Resultados preliminares**

Raquel Ferro<sup>1,2</sup>, Elsa Caeiro<sup>1,2</sup>, Rui Brandão<sup>3</sup>, Ângela Gaspar<sup>4</sup>, Carlos Nunes<sup>5</sup>, Mário Morais-Almeida<sup>4</sup>  
<sup>1</sup>SPAIC – Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica, Lisboa; <sup>2</sup>ICAAM – Instituto de Ciências Agrárias e Ambientais Mediterrânicas, Évora; <sup>3</sup>ICAAM – Instituto de Ciências Agrárias e Ambientais Mediterrânicas, Departamento de Biologia, Évora; <sup>4</sup>Centro de Imunoalergologia, Hospital CUF Descobertas, Lisboa; <sup>5</sup>Centro de Imunoalergologia do Algarve, Portimão

**C13 – Comparação da relevância clínica da sensibilização a *Dermatophagoides pteronyssinus* entre Portugal e Finlândia**

Diana Silva<sup>1,2</sup>, Mariana Couto<sup>1,2</sup>, Osmo Kari<sup>3</sup>, Sirje Peltonen<sup>3</sup>, Juho Wares<sup>3</sup>, Leena Petman<sup>3</sup>, Luís Delgado<sup>1,2</sup>, André Moreira<sup>1,2</sup>, Tari Haahtela<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar São João, Porto, Portugal; <sup>2</sup>Serviço e Laboratório de Imunologia, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Portugal; <sup>3</sup>Skin and Allergy Hospital, Helsinki University Hospital, Finlândia

**C14 – Alergia a crustáceos e moluscos**

Leonor Paulos Viegas<sup>1</sup>, David Possidónio<sup>2</sup>, Sónia Rosa<sup>2</sup>, Miguel Paiva<sup>2</sup>, Paula Leiria Pinto<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte; <sup>2</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central

**C15 – Sensibilização a LTP e profilinas – Qual a nossa realidade**

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

**C7 – Omalizumab em idade pediátrica: Experiência num Serviço de Imunoalergologia**

Rita Aguiar, Pedro Silva, Fátima Cabral Duarte, Ana Mendes, Ana Célia Costa, Manuel Pereira Barbosa  
Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte

**Introdução:** O omalizumab é um anticorpo monoclonal aprovado no tratamento da asma alérgica grave a partir dos 6 anos mas a sua utilização tem sido descrita com sucesso noutras patologias IgE mediadas, inclusivé em crianças.

**Objectivo:** Avaliação da resposta clínica e segurança do tratamento com omalizumab em doentes (dts) em idade pediátrica.

**Métodos:** Análise retrospectiva dos processos clínicos dos dts com <18 anos sob tratamento com omalizumab no nosso Serviço, de Dezembro 2009 – Julho 2013. Avaliaram-se parâmetros de acordo com a patologia alérgica: evolução clínica, *Asthma Control Test* (ACT), *Scoring Atopic Dermatitis* (SCORAD) e redução / suspensão de terapêutica.

**Resultados:** Dez dts (8M, 2F; média de idades de 12,9 anos  $\pm$  3,9 [7-17 anos]) foram propostos para omalizumab por doença alérgica grave corticoddependente, não controlada: 3 asma brônquica (AB), 5 eczema atópico (EA), 1 conjuntivite alérgica (CA) com risco de lesão da córnea, e 1 dt com alergia às proteínas do leite de vaca (APLV), na qual não foi possível realizar indução de tolerância oral (ITO) por várias anafilaxias. A duração média da terapêutica com omalizumab foi 12 [1-42] meses. Os valores médios do ACT antes e após início de omalizumab foram 17 [15-19] e 23 [20-24] respectivamente. Os valores médios do SCORAD antes e após o início de omalizumab foram 62 [34-90] e 24 [13-35]. Nos dts com AB e EA foi possível reduzir a terapêutica sistémica com suspensão dos CS (asma grave ao fim de 2 meses), de ciclosporina em 1 doente (dt) com EA e redução de azatioprina de 150mg para 50mg/dia num dt com EA ao fim 1 mês. Em 2 dts que tinham suspenso imunoterapia específica (IE) por agravamento clínico antes do início de omalizumab, foi possível reiniciar IE sem ocorrência de reacções adversas (RA). O dt com CA suspendeu CS ao 3.º mês de tratamento. A dt com APLV, após 3 administrações de omalizumab, foi submetida a novo protocolo de ITO ao LV com sucesso, tendo-se atingido uma dose de 120mL/dia. Não se verificaram RA ao omalizumab.

**Discussão:** Na nossa população pediátrica, o omalizumab mostrou ser eficaz e seguro em doentes com doença alérgica grave não controlada, não só asma brônquica mas também noutras patologias, permitindo a aplicação de medidas terapêuticas eficazes como a ITO e a IE que permitem alterar o curso da doença alérgica. Embora sejam ainda necessários mais estudos sobre a utilização do omalizumab na idade pediátrica e na patologia alérgica que não a asma brônquica, este anticorpo parece ter um papel promissor.

**C8 – Que fatores estão associados a agudizações graves da asma nos 12 meses seguintes?**

Ana Pereira<sup>1,2,3</sup>, Carla Martins<sup>1</sup>, João Almeida Fonseca<sup>1,2,3,4</sup>

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

**Introdução:** Este estudo pretendeu estimar o risco de AGA nos 12 meses seguintes (AGA12) de acordo com as características do doente, função respiratória e pontuação do CARAT.

**Métodos:** Coorte retrospectiva incluindo adultos com asma e rinite (AR) que fizeram espirometria com prova de broncodilatação e completaram o CARAT em 2011, no Serviço de Imunoalergologia do Hospital de S. João (n=397). A informação foi colhida dos registos clínicos, considerando um período de 12 meses (AGA12) após a avaliação e as 4 semanas anteriores (AGA1). As AGA foram definidas como episódios de aumento progressivo dos sintomas respiratórios com necessidade de um curso de corticóide oral. O controlo da AR foi definido como pontuação global do CARAT (CARAT-T)  $\geq$  24 e controlo das vias aéreas inferiores (VAI) se CARAT-VAI > 15.

**Resultados:** Dos 269 doentes com informação completa, 12% (31) tiveram pelo menos uma AGA12. Os indivíduos com AGA12, quando comparados com aqueles que não tiveram AGA12, eram predominantemente do sexo feminino (90 vs. 70%; p=0,017), tinham IMC mais elevado (28,9 vs. 26,8, p=0,035) e uma maior prevalência de AGA1 (48 vs. 18%, p<0,001); estes doentes tinham, em média, pontuações mais baixas no CARAT-T (13,8 vs. 17,5, p=0,006) e CARAT-VAI (8,6 vs. 11,8, p=0,001) e uma percentagem do previsto do FEV<sub>1</sub> (%FEV<sub>1</sub>) inferior (81,5% vs. 96,4%, p<0,001). Na regressão de Cox univariada, as AGA1 (OR=3,28 [1,46-7,41]), o mau controlo da asma medido pelo CARAT-VAI (4,27 [1,01-18,01]) e um IMC mais elevado (1,07 [1,00-1,15]) associaram-se a um maior risco de AGA12; uma %FEV<sub>1</sub> mais elevada associou-se a um menor risco de AGA12 (0,96 [0,95-0,98]).

**Conclusões:** Este estudo sugere que as exacerbações recentes graves da asma, a percentagem do previsto do FEV<sub>1</sub>, o IMC e o controlo da asma avaliado com o CARAT se associam com o risco de agudizações graves da asma nos 12 meses seguintes.

**C9 – Distúrbios de sono em crianças asmáticas – resultados preliminares**

Helena Loureiro, Anna Sokolova

Departamento de Pediatria Médica, Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca (Directora do Departamento: Helena Carreiro)

**Introdução:** Os sintomas respiratórios nocturnos constituem um dos critérios de controlo da asma brônquica, mas outras perturbações do sono podem existir nos doentes com esta patologia. O objectivo do trabalho foi rastrear os distúrbios de sono em crianças com asma.

**Material e métodos:** A doentes asmáticos seguidos em consulta de imunologia, foram aplicados o *Children Sleep Habits Questionnaire* (CSHQ-PT), um questionário destinado aos pais, validado para crianças entre os 4 e os 10 anos, e aos seus filhos, com idades compreendidas entre os 7 e os 10 anos, o *Sleep Self Report* (SSR-PT). O controlo da asma foi apurado segundo as *ICON Guidelines*. Os resultados obtidos foram comparados com um grupo de 574 crianças estudadas previamente na validação de ambos os questionários para a população portuguesa. O resultado total de ambos os questionários e das 8 subescalas do CSHQ-PT, resistência hora deitar (RHD), atraso início sono (AIS), duração sono (DS), ansiedade sono (AS), despertares nocturnos (DN), parassónias (PS), distúrbios respiratórios sono (DRS) e sonolência diurna (SD) foram analisados.

**Resultados:** Foram obtidos dados de 23 crianças (idade média 7.7 anos  $\pm$  1.7), 52.2% género masculino. A asma estava completamente controlada apenas em 5 crianças (21.7%). A avaliação dos hábitos de sono mostrou uma duração de sono de 9.6h/dia  $\pm$  1.4, mediana de 10h (6.30-12.30h) com uma diferença entre a semana e o fim-de-semana de 1h  $\pm$  0.76. O resultado total médio do CSHQ-PT foi de 54.7  $\pm$  10.9 e no grupo controlo de 43.8  $\pm$  6.1. Comparando ambos os grupos, com utilização do teste de Mann Whitney, o resultado total mostrou um z score de -3.91 (p.000). Relativamente às subescalas, o z score foi estatisticamente significativo nas subescalas DRS, PS, DS, AIS variando entre -5.36 (p.000) na subescala DRS e -3.55 (p.000) na subescala AIS. O SSR-PT teve um resultado médio de 36.4  $\pm$  6.1 no grupo da asma e de 34.9  $\pm$  5.7 no grupo controlo.

**Conclusão:** Os resultados preliminares obtidos da avaliação dos distúrbios de sono numa amostra de crianças asmáticas, usando questionários de rastreio validados para a população portuguesa, alertam para a necessidade de efectuar o rastreio de distúrbios de sono nas crianças com asma. Para além dos distúrbios respiratórios, estas crianças apresentam outros tipos de perturbações do sono, provavelmente relacionadas com a privação de sono e com ansiedade, nomeadamente sono insuficiente, atraso no início do sono e existência de parassónias.

**C10 – Papel do polimorfismo na região do gene promotor da MPO em doentes asmáticos**Margarida Cortez e Castro<sup>1</sup>, Andreia Matos<sup>2</sup>, Joana Ferreira<sup>2</sup>, Ridhi Prabhudas<sup>2</sup>, Manuel Bicho<sup>2</sup><sup>1</sup>Serviço de Imunologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte; <sup>2</sup>Departamento de Genética, Faculdade de Medicina de Lisboa

**Objectivos:** A mieloperoxidase (MPO) é importante na regulação do stress oxidativo através da produção de oxidantes hpoalógicos, que podem por sua vez mediar a modificação oxidativa dos lípidos, proteínas e DNA, tendo também um papel decisivo na imunidade inata. A MPO pode além disso ter um papel relevante na fisiologia da obstrução irreversível das vias aéreas em asmáticos. O objectivo deste estudo é analisar a associação entre o polimorfismo de uma base (SNP) na região promotora do gene da MPO, -463G>A (rs2333227) com a gravidade da asma quando comparado com grupo controlo de dadores de sangue saudáveis.

**Métodos:** Doentes asmáticos (n= 138) comparados com um grupo controlo (n=213); os polimorfismos foram analisados por PCR-RFLP (Reacção em cadeia da polimerase- polimorfismo no comprimento de fragmentos de restrição). Controlo da asma avaliado por instrumento validado (ACQ7 and PAQLQ). Análise estatística realizada com PASW versão 18 estabelecendo um nível de significância de p<0,05.

**Resultados:** A idade média dos 138 asmáticos foi de 38,3  $\pm$  18,5 anos (7 – 86 anos); 91 do sexo feminino e 47 do sexo masculino. A idade média dos 213 indivíduos do grupo controlo foi de 41,56  $\pm$  11,73 anos (19 – 69 anos); 72 do sexo feminino e 141 do sexo masculino. Para o polimorfismo de uma única base da região promotora do gene da MPO, -463G>A: em asmáticos as frequências para o Alelo A foram de 51% e para o Alelo G de 49%. No grupo controlo as frequências para o Alelo A foram de 29% e para o Alelo G de 71%. Há diferenças estatisticamente significativas entre estes dois grupos (p=0,000). Sendo o Alelo A mais frequente em asmáticos e o Alelo G em controlos. Os genótipos no grupo de asmáticos são: AA: 22,5%; GA: 56,5%; GG: 21% e para o grupo controlo: AA: 10,3%; GA: 37,6%; GG: 52,1%. Há diferenças estatisticamente significativas entre os grupos (p=0,000) sendo os genótipos que expressam o Alelo A mais frequentes em asmáticos e os genótipos que expressam o Alelo G mais frequentes em controlos. Quando associamos os genótipos (AA vs GA+GG; p=0,000), o genótipo AA foi mais frequente no grupo de asmáticos. O risco associado (OR) é 2,515 (CI95% [1.387 – 4.562], p=0,000). Não há desvio do equilíbrio de Hardy-Weinberg (HWE) para as frequências genóticas na MPO tanto nos grupos controlo como asmático (p>0,05). Nos asmáticos não há diferenças estatisticamente significativas nas frequências genóticas (p>0,05) entre: atópicos e não atópicos; asma controlada e não controlada; por género e nos diferentes grupos etários.

**Conclusões:** As frequências para o polimorfismo -463G>A da região promotora do gene da MPO são estatisticamente diferentes entre asmáticos e controlos, sendo os genótipos que expressam o Alelo A mais frequentes entre os asmáticos e os que expressam o Alelo G mais frequentes entre os controlos, podendo levar assim a diferentes respostas à terapêutica genotípico-específicas e diferentes fenótipos de asma entre os doentes.

**C11 – Sensibilização a ácaros na ilha de São Miguel**

Telma Ferreira<sup>1,4</sup>, Patrícia Garcia<sup>1,2</sup>, Armino Rodrigues<sup>1,3</sup>, Rodrigo Rodrigues-Alves<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Biologia, Universidade dos Açores; <sup>2</sup>CITA-A, Centro de Investigação e Tecnologias Agrárias dos Açores; <sup>3</sup>CVARG, Centro de Vulcanologia e Avaliação de Riscos Geológicos; <sup>4</sup>Unidade de Imunoalergologia, Hospital do Divino Espírito Santo (HDES), Ponta Delgada

**Introdução e objectivos:** Os Açores, com clima subtropical (temperaturas amenas e elevada humidade relativa), constituem um ambiente favorável à existência e propagação de ácaros. Consequentemente, estes artrópodes constituem os principais aeroalergénios a que a população Açoriana está sensibilizada. Este trabalho teve como objectivos caracterizar o perfil de sensibilização a espécies de ácaros na ilha de São Miguel e estudar o perfil de sensibilização aos alergénios Der p 1, Der p 2 e Der p 10.

**Métodos:** Seleccionaram-se 103 pacientes (44% sexo feminino e 56% sexo masculino), com média de idades de 16 anos (6-47 anos), com alergia respiratória e sensibilização a ácaros, observados na consulta de Imunoalergologia do HDES. Aplicou-se um questionário normalizado e caracterizou-se a sensibilização a 12 espécies de ácaros, através de testes cutâneos em picada. Foi também seleccionado um subgrupo de 20 pacientes para determinação da IgE específica para os recombinantes alergénicos Der p 1, Der p 2 e Der p 10.

**Resultados:** Dos 103 pacientes, 95% apresentavam queixas de rinite, 69% de conjuntivite, 51% de alergia cutânea e 50% de asma. A prevalência de sensibilização encontrada foi, respectivamente, *D. pteronyssinus* (Dpt) 95%; *B. tropicalis* (Bt) 77%; *L. destructor* (Ld) 77%; *D. farinae* (Df) 58%; *E. maynei* 46%; *D. microceras* 38%; *A. siro* 37%; *T. putrescentiae* 37%; *G. fusca* 33%; *B. kulagini* 27%; *G. domesticus* 25% e *C. arcuatus* 18%. O risco de sensibilização a *B. tropicalis* e *L. destructor* foi significativamente mais elevado nos doentes com sintomas de conjuntivite. Documentou-se ainda que a sensibilização a várias espécies de ácaros apresentava uma associação positiva com o número de pessoas por quarto de cama, bem como com o tabagismo, e uma associação negativa com a amamentação. Dos doentes testados apenas 8,7% estavam monossensibilizados a uma única espécie de ácaros (Dpt 67%; Bt 11%; Ld 11% e Df 11%). Do subgrupo de 20 doentes avaliados, 90% apresentava sensibilização ao Der p 1, 85% ao Der p 2 e 20% ao Der p 10.

**Conclusões:** Nesta zona geográfica, caracterizada pela existência de uma diversidade e quantidade de ácaros das mais elevadas de Portugal, as espécies mais frequentemente responsáveis por sensibilização alérgica e por monossensibilizações foram, respectivamente, Dpt, Bt, Ld e Df. Estas quatro espécies deverão ser incluídas na bateria *standard* de aeroalergénios a serem testados na nossa população.

**C12 – Monitorização de esporos de fungos da atmosfera de Lisboa: Resultados preliminares**

Raquel Ferro<sup>1,2</sup>, Elsa Caeiro<sup>1,2</sup>, Rui Brandão<sup>3</sup>, Ângela Gaspar<sup>4</sup>, Carlos Nunes<sup>5</sup>, Mário Morais-Almeida<sup>4</sup>

<sup>1</sup>SPAIC – Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica, Lisboa; <sup>2</sup>ICAAM – Instituto de Ciências Agrárias e Ambientais Mediterrânicas, Évora; <sup>3</sup>ICAAM – Instituto de Ciências Agrárias e Ambientais Mediterrânicas, Departamento de Biologia, Évora; <sup>4</sup>Centro de Imunoalergologia, Hospital CUF Descobertas, Lisboa; <sup>5</sup>Centro de Imunoalergologia do Algarve, Portimão

**Introdução:** Dado a importância dos níveis de esporos de fungos com relevância alergológica na atmosfera de uma região, a Rede Portuguesa de Aerobiologia (RPA) iniciou a monitorização sistemática de esporos de fungos na atmosfera.

**Objectivos:** Divulgar os resultados dos primeiros 6 meses de monitorização de esporos de fungos presentes na atmosfera de Lisboa.

**Métodos:** Utilizaram-se os dados diários das monitorizações de esporos de fungos, provenientes da estação de monitorização de Lisboa incluída na RPA, de 1 de Janeiro a 30 de Junho de 2013. A análise das amostras foi efectuada ao microscópio óptico e a metodologia de leitura baseou-se na leitura de 1 linha longitudinal no centro da lâmina com uma ampliação de 400x.

**Resultados:** Realizou-se a monitorização de 12 tipos / categorias de esporos de fungos e a sua representação relativa no espectro fúngico da atmosfera de Lisboa foi o seguinte: *Cladosporium Cladosporoide* (28,72%), *Ascosporos* (9,49%), *Aspergillus-Penicillium* (7,54%), *Leptosphaeria* (5,84%), *Cladosporium Herbarum* (5,13%), *Coprinus* (2,63%), *Agaricus* (2,56%), *Botrytis* (1,82%), *Uredosporo* (1,12%), *Alternaria* (1,08%), *Athrinium* (0,34%) e diversos (33,71%). Ao longo do período de estudo, verificou-se uma tendência para o aumento das concentrações de esporos de fungos no ar. O mês de Junho foi o que apresentou o índice mais elevado de esporos de fungos apresentando a concentração média diária de 189 esporos de fungos/m<sup>3</sup> de ar.

**Conclusões:** Neste estudo preliminar procurou-se divulgar o comportamento dos tipos de esporos de fungos com importância alergológica na atmosfera de Lisboa e a importância da sua monitorização. No futuro importará alargar e aprofundar o conhecimento sobre esta temática, nomeadamente através da realização de estudos com correlação e aplicação clínica.

**C13 – Comparação da relevância clínica da sensibilização a *Dermatophagoides pteronyssinus* entre Portugal e Finlândia**

Diana Silva<sup>1,2</sup>, Mariana Couto<sup>1,2</sup>, Osmo Kari<sup>3</sup>, Sirje Peltonen<sup>3</sup>, Juho Wares<sup>3</sup>, Leena Petman<sup>3</sup>, Luís Delgado<sup>1,2</sup>, André Moreira<sup>1,2</sup>, Tari Haahtela<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar São João, Porto, Portugal; <sup>2</sup>Serviço e Laboratório de Imunologia, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Portugal; <sup>3</sup>Skin and Allergy Hospital, Helsinki University Hospital, Finlândia

**Introdução:** A prevalência da sensibilização a *Dermatophagoides pteronyssinus* (*Dp*) em doentes referenciados por sintomas respiratórios e que realizam testes cutâneos por picada (TCP) a aeroalergénios varia de 37% na Finlândia a 81% em Portugal. Contudo a relação entre sensibilização e clínica não é linear.

**Objetivo:** Comparar a relevância clínica da sensibilização a *Dp* entre as cidades do Porto e Helsínquia.

**Métodos:** Estudo transversal, caso-controlo, que incluiu 130 indivíduos (75 no Porto, 55 em Helsínquia). Foram convidados a participar se idade  $\geq 8$  anos, referenciados por sintomas respiratórios ao Centro Hospitalar São João ou Skin and Allergy Hospital, com TCP positivo (pápula  $\geq 3$ mm) para *Dp* (LETI<sup>®</sup>). Foram excluídos: indivíduos sob imunoterapia específica atual ou prévia; se patologia ocular ou sistémica de potencial interferência no estudo. Incluíram-se 81 participantes, 41 monossensibilizados a *Dp* e os restantes polisensibilizados. Como controlos selecionaram-se 49 indivíduos com TCP negativos a *Dp*. Após obtenção de consentimento informado efetuaram prova de provocação conjuntival (PPC) duplamente cega e controlada com placebo com extrato de *Dp* (LETI<sup>®</sup>). O diagnóstico de asma, rinite ou conjuntivite foi efetuado mediante consulta médica, tendo sido aplicado a todos os doentes no dia da PPC um questionário de sintomas oculares e um de sintomas de controlo de asma e rinite alérgica (CARAT).

**Resultados:** A PPC apresentou uma sensibilidade e especificidade no diagnóstico de indivíduos sintomáticos e sensibilizados a *Dp* de 88% e 96%, respetivamente. Um tamanho de pápula superior a 4,8mm no Porto e 3,5mm em Helsínquia permitiu prever uma PPC positiva (Porto, AUC=0,986; Helsínquia, AUC=0,963). Dois indivíduos com TCP negativo a *Dp* apresentaram PPC positiva (um era sintomático e outro assintomático). No Porto, aqueles com PPC positiva a *Dp* apresentaram um risco aumentado de asma (OR9,3 – 95%CI 2,4-35,7), em Helsínquia tinham um risco aumentado de rinoconjuntivite (OR4,9 – 95%CI 1,8-13,4).

**Conclusões:** Na população estudada a sensibilização a *Dp* é um indicador fiável de relevância clínica em doentes mono e polisensibilizados. Dois dos indivíduos não sensibilizados tiveram PPC positiva sugerindo sensibilização alérgica local. Os valores de *cut-off* do tamanho da pápula associados a uma PPC positiva foram superiores em Portugal ( $\geq 4,3$ mm) relativamente aos da Finlândia (3,5mm). A clínica associada à sensibilização a *Dp* foi mais grave em Portugal, associando-se mais frequentemente a asma.

**C14 – Alergia a crustáceos e moluscos**

Leonor Paulos Viegas<sup>1</sup>, David Possidónio<sup>2</sup>, Sónia Rosa<sup>2</sup>, Miguel Paiva<sup>2</sup>, Paula Leiria Pinto<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte; <sup>2</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central

**Introdução:** As reacções de hipersensibilidade a crustáceos são, na sua maioria, IgE mediadas. A reactividade cruzada entre crustáceos e moluscos é um fenómeno frequentemente descrito mas existem poucos estudos sobre a sua prevalência e relevância clínica.

**Objetivo:** Avaliar a sensibilização a camarão e moluscos em doentes a quem foi doseada IgE específica (sIgE) para camarão (sIgE-c) num período de 3 anos e verificar a sua relevância clínica.

**Métodos:** Estudo retrospectivo dos doentes que realizaram doseamento de sIgE-c, entre 2009 e 2012, num Hospital. Foram consultados os processos clínicos de 242 doentes, com pesquisa de dados demográficos, clínica de alergia ao camarão e a moluscos, sensibilização ao camarão e a moluscos por testes cutâneos por picada (TCP) e sIgE e atopia. Foram excluídos 13 processos por informação incompleta.

**Resultados:** Foram avaliados 229 doentes, 102 (45%) do sexo masculino, com uma média de idade de  $21 \pm 16$  anos (3-78 anos). Sessenta e seis doentes (29%) apresentavam clínica de alergia ao camarão: 34 com urticária e/ou angioedema; 14 com anafilaxia; 8 com síndrome de alergia oral; 5 com sintomatologia gastrointestinal e 5 com queixas respiratórias. Destes, 57 (86%) estavam sensibilizados a camarão e 19 (29%) sensibilizados a moluscos. Em 33 doentes (14%) verificou-se alergia a moluscos (polvo, lula, choco, bivalves, caracol). Em 19 doentes (30%) observou-se alergia a camarão e moluscos, dos quais 18 apresentavam sensibilização a moluscos e todos a camarão. Do grupo assintomático para camarão ( $n=163$ ), 32 (20%) apresentavam sensibilização ao camarão e 24 (15%) a moluscos, destes 9 doentes (38%) tinham clínica com a sua ingestão.

**Conclusões:** Na nossa amostra, cerca de 30% dos indivíduos têm reactividade clínica e evidência de sensibilização ao camarão e moluscos. São necessários estudos prospectivos que avaliem a importância clínica e factores preditivos da reactividade cruzada entre crustáceos e moluscos.

**C15 – Sensibilização a LTP e profilinas – Qual a nossa realidade**

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

**Introdução:** As LTP e profilinas são os panalergénios mais importantes na abordagem de doentes com alergia a pólenes e a alimentos de origem vegetal, estando as LTP geralmente associadas a reacções sistémicas, enquanto as profilinas se associam a síndrome de alergia oral.

**Objectivos e métodos:** Foi efectuado um estudo com o objectivo de identificar a frequência de sensibilização sintomática / assintomática a LTP e profilina em doentes com testes cutâneos por picada (TC) positivos para pólenes/frutos/legumes (PFL). Durante 2 meses, todos os doentes com TC positivos para PFL realizaram TC para LTP e profilina e preencheram um questionário para avaliação de alergia alimentar (AA).

**Resultados:** Foram avaliados 140 doentes (idade média 21,7 anos, desvio-padrão 16,4 anos), 51,4% do sexo feminino. Dos doentes avaliados, 24 apresentavam sensibilização a LTP (15 com AA), 14 tinham sensibilização a profilina (nenhum tinha AA) e 2 estavam sensibilizados simultaneamente a LTP e profilina (nenhum com AA). Dos 131 doentes com TC positivos para pólenes, 19 tinham LTP (14,5%) e 13 (9,9%) tinham profilina positivas. Dos 19 doentes com TC positivos para pólenes e LTP, 10 tinham AA. Dos 13 com TC positivos para pólenes e profilina, nenhum tinha AA. Dos 22 doentes que tinham TC positivos para frutos, 14 (63,6%) tinham LTP positiva e apenas um tinha profilina (4,5%) positiva. Todos os doentes com TC para frutos e LTP positivos tinham AA, ao contrário do doente com TC para profilina positivo que não apresentava AA. De referir que no grupo de doentes sensibilizados a frutos e com LTP positiva, a gravidade das manifestações de AA não eram influenciadas pela coexistência ou não de sensibilização a pólenes.

**Discussão:** Na amostra estudada, em que se verifica uma elevada prevalência de sensibilização a pólenes, o número de doentes sensibilizados à profilina é inferior ao expectável e esta sensibilização não se associa à presença de alergia a alimentos de origem vegetal (AOV). A sensibilização a LTP foi menos frequente, tendo sido particularmente elevada entre os doentes alérgicos a AOV. Os dados encontrados mostram que a sensibilização a LTP é frequente nos doentes sensibilizados a AOV e nestas circunstâncias há habitualmente manifestações clínicas. Pelo contrário, quando existe apenas sensibilização a pólenes, a percentagem de sensibilização a LTP é muito inferior. A co-sensibilização a pólenes e AOV não parece estar associada à gravidade das manifestações clínicas de AA, nos doentes em que esta existe.

**3.ª SESSÃO DE COMUNICAÇÕES LIVRES**

Dia: 11 de Outubro 2013  
Horas: 09.00 – 11.00 horas  
Local: Sala 3

Moderadores: Ana Morête / Eva Gomes

**C16 – Fatores de risco para picada de himenópteros: Estudo caso-controlado**

Diana Silva<sup>1</sup>, Natacha Santos<sup>1</sup>, Ana Margarida Pereira<sup>1</sup>, Ana Maria Pereira<sup>3</sup>, Luís Delgado<sup>1,2</sup>, Alice Coimbra<sup>1</sup>

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

**C17 – Abordagem da anafilaxia por picada de himenópteros no Serviço de Urgência**

Luís Amaral, Alice Coimbra, José Luís Plácido

Serviço de Imunoalergologia (SIA), Centro Hospitalar de São João (CHSJ), Porto

**C18 – Hospital de Dia de Imunoalergologia – Análise retrospectiva de 5 anos**

Letícia Pestana, Joana Soares, Rita Aguiar, Fátima Duarte, Joana Caiado, Anabela Lopes, Ana Mendes, Ana Célia Costa, Estrella Alonso, Elisa Pedro, Manuel Pereira Barbosa

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

**C19 – Hipersensibilidade a antibióticos beta-lactâmicos: Caracterização dos doentes avaliados em Hospital-de-dia de Imunoalergologia**

Marta Chambel, Ângela Gaspar, Susana Piedade, Mário Morais-Almeida

Centro de Imunoalergologia, Hospital CUF Descobertas, Lisboa

**C20 – Hipersensibilidade selectiva a cefazolina – revisão de casos**

José Pedro Almeida, Anabela Lopes, Manuel Pereira Barbosa

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

**C21 – Angioedema recorrente não associado a urticária – a nossa experiência**

Patrícia Barreira, Susana Cadinha, José Pedro Moreira da Silva

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

**C22 – Personalidade, ansiedade, depressão e gravidade da dermatite atópica**

Luís Ferreira-Pinto<sup>1</sup>, Cláudia Leite<sup>1</sup>, Luís Delgado<sup>1</sup>, André Moreira<sup>1,2</sup>, Isabel Lourinho<sup>3</sup>, Cristina Lopes<sup>1,4</sup>

<sup>1</sup>Serviço e Laboratório de Imunologia, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; <sup>2</sup>Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar São João, Porto; <sup>3</sup>Centro de Educação Médica, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; <sup>4</sup>Unidade de Imunoalergologia, Hospital Pedro Hispano, Matosinhos

**C23 – Reações de hipersensibilidade retardada e próteses ortopédicas – Que relação?**

Ana Moreira, Patrícia Barreira, Arminda Guilherme, Isabel Rosmaninho, José Pedro Moreira da Silva

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

**C24 – Papel da Imunoalergologia no apoio a outras especialidades médicas em contexto hospitalar**

Rita Aguiar, Joana Soares, Letícia Pestana, Natália Fernandes, Joana Caiado, Ana Mendes, Ana Célia Costa, Manuel Branco Ferreira, Anabela Lopes, Manuel Pereira Barbosa

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

**C16 – Fatores de risco para picada de himenópteros: Estudo caso-controlo**

Diana Silva<sup>1</sup>, Natacha Santos<sup>1</sup>, Ana Margarida Pereira<sup>1</sup>, Ana Maria Pereira<sup>3</sup>, Luís Delgado<sup>1,2</sup>, Alice Coimbra<sup>1</sup>

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

**Introdução:** As medidas de evicção são essenciais na prevenção de novas picadas em doentes com alergia a veneno de himenópteros (AVH). Contudo, a evidência que as suporta é escassa. **Objetivo:** Avaliar os fatores de risco para picada de himenópteros em indivíduos com história confirmada de picada e compará-los com indivíduos que a presenciaram.

**Métodos:** Estudo caso-controlo, retrospectivo, incluindo indivíduos com história conhecida de picada de himenóptero(s) (casos). A cada caso foi pedida a inclusão do seu controlo, indivíduos que estiveram no mesmo local, ao mesmo tempo, e assistiram ao evento, mas não foram picados. Os casos foram selecionados a partir de: 1) doentes com história de reação alérgica a veneno de himenóptero seguidos na Unidade de AVH de um Hospital Universitário Português em Novembro de 2012 (n=37); e 2) indivíduos com história de picada por himenóptero que efetuaram avaliação de IgE específica nesse hospital entre 2008 e 2011 (n=120). Um questionário foi enviado para o domicílio, com questões sobre fatores ambientais, vestuário e atividade na altura do evento. Participaram 54% dos contactados (n=84) e incluíram-se 61 casos com controlo adequado. Não se encontraram diferenças entre quem respondeu ou não ao questionário. A comparação entre casos e controlos foi efetuada usando o teste de McNemar.

**Resultados:** A mediana de idade dos casos foi de 42 anos [âmbito interquartil (AIQ) 28;45]; sendo que a picada ocorreu há 4,5 anos [AIQ 2,0;8,0]. A maioria (59%) foi picada por abelha, e 60% estavam ou tinham estado sob imunoterapia específica a veneno de himenópteros. A reação à picada foi imediata em 96% dos casos, e grave em 38 indivíduos (Mueller tipo III e IV). A maioria das picadas ocorreu em ambiente rural (86%) e/ou no exterior (85%); foram atingidos principalmente os membros superiores/tronco (50%) ou cabeça (39%). No ambiente circundante destaca-se a presença de árvores de fruto em 54% dos eventos, de animais (11%) e detritos alimentares (9%). Não houve diferenças significativas entre casos e controlos no tipo de roupas, cores vestidas, calçado ou tipo de atividade.

**Conclusão:** Tanto quanto nos é conhecido este é o primeiro estudo caso-controlo na avaliação de fatores de risco de picada. Ambientes rurais e de exterior associaram-se a maior percentagem de picada. São necessários mais estudos, com uma maior amostra, de forma a estabelecer as melhores medidas de prevenção das picadas nos doentes com alergia a veneno de himenópteros.

**C17 – Abordagem da anafilaxia por picada de himenópteros no Serviço de Urgência**

Luís Amaral, Alice Coimbra, José Luís Plácido

Serviço de Imunoalergologia (SIA), Centro Hospitalar de São João (CHS), Porto

**Introdução:** Anafilaxia é uma reacção de hipersensibilidade sistémica, potencialmente fatal, com uma prevalência estimada de 0,5-2% da população geral. As picadas de himenópteros são responsáveis por cerca de um terço dos episódios de anafilaxia tratados no Serviço de Urgência (SU).

**Objectivo:** Avaliar a abordagem da anafilaxia por picada de himenópteros no SU nos doentes que realizaram imunoterapia com veneno de himenópteros (VIT).

**Métodos:** Análise retrospectiva dos processos clínicos de doentes, seguidos no SIA do CHS, que realizaram VIT entre Janeiro de 2005 e Abril de 2013. Foram seleccionadas as reacções anafiláticas mais graves de cada doente, sendo avaliadas a sua abordagem no SU e classificadas de acordo com os graus de Mueller.

**Resultados:** Sessenta e seis indivíduos, 31 do sexo masculino, com idade média de  $38 \pm 14$  (6-68 anos). Cinquenta (76%) realizaram VIT com veneno de abelha e os restantes dezasseis (24%) com vespa. Cinquenta e dois (79%) apresentaram reacções grau III a IV de Mueller. Adrenalina IM foi administrada em apenas catorze doentes (21%) no SU. Dois doentes (3%) necessitaram internamento numa unidade de cuidados intermédios e outros dois (3%) ficaram em observação no SU durante 24h. Na alta apenas nove (14%) receberam prescrição de um auto-injector de adrenalina e a vinte e oito doentes (43%) não lhe foi prescrita nenhuma medicação. Só cinco (8%) foram referenciados directamente do SU para o SIA. Vinte e oito (42%) foram referenciados ao SIA, pelo médico assistente. Destes apenas onze (39%) foram enviados no primeiro mês após o episódio de anafilaxia, doze (43%) entre o segundo e sexto mês e cinco (18%) com mais de seis meses.

**Conclusões:** Apesar das recomendações atuais e como referido em inúmeros trabalhos, constatou-se uma subutilização da adrenalina no SU. Este trabalho demonstra também a prescrição insuficiente de auto-injectores de adrenalina, bem como a referenciação insatisfatória para a consulta de Imunoalergologia, na alta. Relativamente aos doentes com alergia a veneno de himenópteros isto implica um atraso desnecessário na orientação do doente e no início da VIT. Os médicos do SU devem estar mais consciencializados da importância do reconhecimento e tratamento precoce da anafilaxia, de forma a melhorar os cuidados prestados e reduzir o número de casos de potencial mau prognóstico. Ainda há espaço para melhorar a implementação das recomendações mais recentes na abordagem da anafilaxia.

**C18 – Hospital de Dia de Imunoalergologia – Análise retrospectiva de 5 anos**

Letícia Pestana, Joana Soares, Rita Aguiar, Fátima Duarte, Joana Caiado, Anabela Lopes, Ana Mendes, Ana Célia Costa, Estrella Alonso, Elisa Pedro, Manuel Pereira Barbosa

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

**Introdução:** No Hospital de Dia (HD) de Imunoalergologia (IA) realizam-se procedimentos diagnósticos ou terapêuticos que implicam maior risco ou que não sejam passíveis de ser realizados no domicílio.

**Métodos:** Análise retrospectiva do registo das sessões realizadas no HD de IA entre Janeiro 2009 e Julho 2013.

**Resultados:** Registou-se um total de 11398 sessões, correspondendo a 1888 doentes (dts), com média de idades de  $46 \pm 17$  anos (mín 3, máx 92; mediana 45 anos). A administração de imunoglobulina G endovenosa foi o procedimento mais frequente (2784 sessões (24%) em 409 dts), seguido da administração de omalizumab (2395 sessões (21%) em 92 dts). Setecentos e cinquenta e um dts realizaram 1539 provas de provocação (PP) com fármacos (51% a analgésicos/anti-inflamatórios não-esteróides e 49% a antibióticos). Cento e oito dts realizaram PP com alimentos (186 sessões) e 59 dts PP com aditivos (124 sessões). Registaram-se 1377 sessões de administração de imunoterapia específica: 1136 (83%) com extratos de himenópteros e 241 (17%) aeroalergenos. Dos protocolos rápidos realizados, 84% foram a aeroalergenos e os restantes a himenópteros. Efetuou-se a fase de indução da vacina do látex e do pêssego em 7 dtes (30 sessões) e 18 dtes (72 sessões), respetivamente. Realizaram-se, também, 608 sessões de testes cutâneos (65% fármacos, 13% alimentos, 10% biológicos e 12% extratos de himenópteros). Ocorreram 963 sessões de dessensibilização: 88% a fármacos, dos quais 70% a citostáticos, e 12% a alimentos nomeadamente ao leite. O concentrado de CI inibidor foi administrado 543 vezes (80% das sessões correspondendo a apenas 2 doentes com contra-indicação para outra terapêutica) e icatibant 1 vez. Outros procedimentos incluíram administração de terapêutica endovenosa (342 sessões; 3%), administração de terapêutica sob vigilância e toma assistida de medicamentos (105 sessões, 0,9%), leitura de testes epicutâneos (8 sessões, 0,1%) e, com igual proporção, provas de provocação oftálmica e espirometria (14 sessões, 0,12%).

**Discussão:** A existência de um HD permite a realização de determinadas terapêuticas sem recurso a internamento, particularmente importante em doentes com necessidade de administração frequente, como no caso das imunodeficiências primárias. Permite também a realização de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos exclusivos da IA que requerem vigilância mais apertada pelo risco que implicam, sendo assim realizadas num local com as condições de segurança necessárias.

**C19 – Hipersensibilidade a antibióticos beta-lactâmicos: Caracterização dos doentes avaliados em Hospital-de-dia de Imunoalergologia**

Marta Chamel, Ângela Gaspar, Susana Piedade, Mário Morais-Almeida  
Centro de Imunoalergologia, Hospital CUF Descobertas, Lisboa

**Objectivo:** Caracterização da actividade desenvolvida no Hospital-de-dia de Imunoalergologia no que respeita à população referenciada por suspeita de hipersensibilidade (HS) a antibióticos beta-lactâmicos (BL).

**Métodos:** Análise retrospectiva dos registos clínicos e dos resultados de testes de sensibilidade cutânea (TC) e provas de provocação (PP) de Janeiro 2011 a Junho 2013.

**Métodos:** Incluíram-se 186 doentes (dts) com suspeita de HS a BL, avaliados por protocolo de acordo com consensos ENDA/EAACI: IgE específica (ImmunoCAP®, ThermoFisher) para penicilina G/V, amoxicilina e ampicilina; TC por picada e intradérmicos (ID) com leitura imediata e tardia a PPL/MD (DAP®, Diater), penicilina G, amoxicilina e cefuroxima. Outros derivados da penicilina / cefalosporinas foram testados caso fossem o fármaco implicado. Realizou-se PP com fármaco implicado se restante investigação negativa. Nos casos confirmados foi efectuada PP com BL alternativo.

**Resultados:** A média de idade foi 34,8 ±16,7 anos, 19% com <18 anos. A relação género feminino/masculino foi 2,2/1. Nove dts reagiram a mais que um BL. As penicilinas/derivados foram os principais suspeitos (175 dts), com destaque para amoxicilina (106 dts), dos quais 57 em associação com ácido clavulânico. As cefalosporinas foram referidas por 20 dts, com destaque para cefazolina (5 dts). Houve predomínio de manifestações mucocutâneas (84%); ocorreu anafilaxia em 23 dts, 5 com perda de conhecimento. Foi confirmada HS a BL em 30 dts (16%), tendo sido encontrado por PP um BL alternativo. A suspeita foi excluída em 122 dts (66%), encontrando-se 34 em investigação. A confirmação foi efectuada por: IgE específica em 5 dts, TC em 20 dts e PP em 5 dts (amoxicilina-3, ácido clavulânico-2). Os TC foram positivos para: amoxicilina-12, penicilina-7 (PPL-2), cefazolina-1. Os ID foram positivos na leitura tardia em 2 dts: penicilina-1, amoxicilina-1. Ocorreu reacção sistémica durante TC em 3 dts: uma criança com anafilaxia durante ID amoxicilina (2,5mg/mL) e dois adultos com urticária durante TC amoxicilina 25mg/mL.

**Conclusões:** Para a população estudada em que se confirmou a suspeita diagnóstica, na maioria demonstrou-se uma HS IgE mediada a BL (IgE específica positiva ou TC positivos na leitura imediata), mas em cerca de um quarto destes dts parece estar envolvido um mecanismo não IgE mediado (PP positiva ou ID positivos na leitura tardia). A existência de reacções sistémicas no decurso da avaliação diagnóstica, por TC e PP, reforça a necessidade da referência destes doentes para centros diferenciados de Imunoalergologia.

**C20 – Hipersensibilidade selectiva a cefazolina – revisão de casos**

José Pedro Almeida, Anabela Lopes, Manuel Pereira Barbosa  
Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte

**Introdução:** As reacções de hipersensibilidade às cefalosporinas têm vindo a aumentar nos últimos anos, paralelamente ao aumento da sua utilização. No caso da cefazolina a hipersensibilidade selectiva parece ser a forma de apresentação mais frequente e, pela sua administração parentérica, as reacções são habitualmente imediatas e graves. Os autores apresentam um estudo retrospectivo dos casos de hipersensibilidade à cefazolina nos últimos 2 anos.

**Caso 1:** Mulher de 49 anos, com antecedentes de obesidade mórbida, com colocação de banda gástrica em 2008 (história de urticária generalizada cerca de 3h após o procedimento), com recolocação de banda em 2009 (sem reacção), e submetida a sleeve gástrico em 2012 sendo que 15 minutos após a indução anestésica tem um quadro de anafilaxia grau IV com necessidade de ventilação mecânica durante 8 dias. Os fármacos comuns nas duas cirurgias com reacção alérgica foram rocurónio, propofol e cefazolina. Da investigação, os testes foram negativos para todos os fármacos, excepto o intradérmico que foi positivo imediato para a cefazolina na concentração 0,1mg/ml. Restantes testes a beta-lactâmicos negativos. Efectuou provas de provocação com penicilina, amoxicilina, cefuroxima e ceftriaxona que foram negativas.

**Caso 2:** Grávida de 36 anos submetida a bloqueio epidural com ropivacaina e sufentanil para cesariana. Após administração quase simultânea de cefazolina, oxicitina e efedrina, iniciou quadro de eritema facial com angioedema da face e lábios, e hipotensão marcada. Foi feita medicação endovenosa com corticóide e anti-histamínico. Da investigação, os testes foram negativos para todos os fármacos usados durante a reacção, excepto o intradérmico que foi positivo imediato para a cefazolina na concentração 10mg/ml. Restantes testes negativos. Já tolerou múltiplos tratamentos com cefuroxima. Provas de provocação com amoxicilina e penicilina negativas.

**Caso 3:** Mulher de 66 anos, com antecedentes de gonartrose bilateral com indicação cirúrgica (prótese). Após epidural com bupivacaina e profilaxia antibiótica com cefazolina endovenosa, teve choque anafilático com necessidade de suporte hemodinâmico e ventilação invasiva. A investigação foi positiva para a cefazolina (intradérmico imediato na concentração 1mg/ml). Restantes testes negativos. A doente foi submetida a prova de provocação com bupivacaina que tolerou sem reacção.

**Conclusão:** A investigação alérgica efectuada nestes 3 casos de alergia à cefazolina revelou uma alergia selectiva para esta cefalosporina com tolerância aos outros beta-lactâmicos. Este padrão de reactividade clínica está provavelmente associado à cadeia lateral em R1, que na cefazolina é diferente de todas as outras cefalosporinas.

**C21 – Angioedema recorrente não associado a urticária – a nossa experiência**

Patrícia Barreira, Susana Cadinha, José Pedro Moreira da Silva  
Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

**Introdução:** Angioedema (AE) é definido como um edema transitório da derme profunda, hipoderme, mucosa e submucosa. Os mecanismos fisiopatológicos do AE recorrente não associado a urticária (AERNAU) são mal compreendidos.

**Objetivo:** Caracterizar todos os doentes com AERNAU observados na nossa consulta durante 2011.

**Métodos:** Análise retrospectiva dos processos clínicos de doentes com AERNAU para avaliar sexo, idade de início dos sintomas, história pessoal e familiar de atopia, história familiar de AE, manifestações clínicas, factores desencadeantes (FD), estudo laboratorial, tratamento, diagnóstico e evolução clínica.

**Resultados:** Foram incluídos 83 doentes, 60% do sexo feminino, idade média de início dos sintomas 45 anos (5-85), 28% atópicos, 41% com história familiar de atopia e um doente de AE. A face foi o local mais atingido (88%) e 22% referiram queixas respiratórias. 56% dos doentes foram capazes de identificar um FD, sendo os fármacos os mais frequentes (62%). 33% dos doentes estavam medicados com IECA ou ARAll, os quais foram suspensos em 37% dos casos, com resolução do AE em 70%. Alterações no estudo da autoimunidade foram encontradas em 13%, sendo a tiroidite autoimune a patologia mais frequente (60%). 11% tinham algum tipo de infecção activa e o seu tratamento permitiu a resolução do AE em dois casos. Apenas um doente revelou alterações no estudo do complemento. Em 21% dos doentes ocorreu resolução espontânea dos episódios. Nos restantes, os principais fármacos utilizados foram anti-histamínicos, corticóides ou ambos (94%). A adrenalina foi utilizada em 3 doentes por comprometimento das vias aéreas superiores. Dos 65% que concluíram o estudo, foi diagnosticado AE idiopático em 46%, induzido por fármacos em 28%, uma associação de ambos em 6% e doenças associadas (autoimunes ou infecciosas) em 15%. Num doente foi diagnosticado síndrome de Melkersson-Rosenthal, noutra AE adquirido em doente com LES e noutra AE periférico. Os restantes abandonaram a consulta (18%) ou não completaram o estudo durante 2011 (17%).

**Conclusões:** Tal como descrito na literatura, no nosso estudo, o AE foi mais prevalente em mulheres e a face foi o local mais atingido. Mais de metade dos doentes conseguiram identificar um FD e os fármacos foram os mais frequentes. As patologias autoimunes e infecciosas foram as mais frequentemente associadas. Foi possível estabelecer um diagnóstico em 65% dos doentes.

**C22 – Personalidade, ansiedade, depressão e gravidade da dermatite atópica**

Luís Ferreira-Pinto<sup>1</sup>, Cláudia Leite<sup>1</sup>, Luís Delgado<sup>1</sup>, André Moreira<sup>1,2</sup>, Isabel Lourinho<sup>3</sup>, Cristina Lopes<sup>1,4</sup>

<sup>1</sup>Serviço e Laboratório de Imunologia, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; <sup>2</sup>Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar São João, Porto; <sup>3</sup>Centro de Educação Médica, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; <sup>4</sup>Unidade de Imunoalergologia, Hospital Pedro Hispano, Matosinhos

**Introdução:** A dermatite atópica (DA) é uma patologia cutânea multifatorial, crónica com impacto significativo na qualidade de vida. O stress psicológico condiciona um aumento do prurido e exacerbação das lesões.

**Objetivo:** Avaliar a associação entre níveis de ansiedade e depressão, traços de personalidade e gravidade da (DA).

**Métodos:** Foram convidados participantes, de idade superior a 16 anos, com diagnóstico médico de DA, recrutados de Novembro de 2011 a Junho de 2012 e observados em consulta de Alergologia e Dermatologia. Outra patologia cutânea ou comorbilidades graves foram critérios de exclusão. Os níveis de ansiedade e depressão foram avaliados através da *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) (normal, ligeira, moderada, grave), e a personalidade pelo *NEO Five Factor Inventory* (neuroticismo, extroversão, abertura à experiência, agradabilidade e conscienciosidade). A gravidade da DA e qualidade de vida foram avaliados pelo índice SCORAD e pelo DLQI – *Dermatology Life Quality Index*, respectivamente. Na análise foi utilizado o modelo de regressão linear múltipla (SPSS 21.0®).

**Resultados:** Foram incluídos 31 participantes: 11 homens, de 31±10 anos idade; e com duração média DA de 20±12 anos. O nível de depressão apresentou associação estatisticamente significativa ( $p<0,05$ ) com maior gravidade (SCORAD) e menor qualidade de vida (DLQI). O nível de ansiedade não apresentou associação estatisticamente significativa; doentes com DA mais grave apresentaram menor agradabilidade como traço de personalidade.

**Conclusão:** Na nossa amostra, maior nível de depressão e menor agradabilidade estão associados a maior gravidade da DA. Estudos subsequentes, com inclusão de um maior número de doentes, são necessários para explorar melhor esta associação. As intervenções psicoterapêuticas poderão ser úteis na abordagem terapêutica multidisciplinar dos doentes com DA.

Estudo realizado no âmbito do projeto Investigação Jovem na Universidade do Porto PP\_IJUP2011\_91

**C23 – Reações de hipersensibilidade retardada e próteses ortopédicas – Que relação?**

Ana Moreira, Patrícia Barreira, Arminda Guilherme, Isabel Rosmaninho, José Pedro Moreira da Silva  
Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

**Introdução:** As reações de hipersensibilidade retardada aos implantes metálicos constituem um tema controverso. As manifestações clínicas estão descritas como cutâneas ou extracutâneas. Os testes epicutâneos (TE) permanecem como o principal exame de diagnóstico a utilizar, sendo o níquel, cobalto e crómio os metais mais frequentemente implicados nas reações alérgicas.

**Objetivo:** Caracterizar os doentes avaliados em consulta de Imunoalergologia para despiste de hipersensibilidade aos constituintes das próteses ortopédicas.

**Métodos:** Estudo retrospectivo e descritivo, com consulta dos processos clínicos dos doentes enviados à nossa consulta, entre 2011 e 2013, por suspeita de hipersensibilidade aos constituintes das próteses ortopédicas. Previamente à referência foi excluída falência mecânica e infecção da prótese, em consulta de Ortopedia. A todos os doentes foram aplicados testes epicutâneos – série standard do GPEDC e série prótese – com leitura às 48, 72 e 96 horas.

**Resultados:** Analisaram-se 17 doentes, 94%, (n=16) do sexo feminino, com mediana de idades de 62 anos (44-76). Todos os doentes tinham realizado artroplastia total do joelho, com início dos sintomas no pós-operatório, em 94% (n=16) dos doentes, e num caso, 2-3 meses após cirurgia. Nenhum doente referiu história prévia de hipersensibilidade aos metais ou apresentou dermatite. A dor articular foi o principal sintoma em todos os doentes, sendo que em 41% deles (n=7) existia pelo menos um outro sinal inflamatório (calor, rubor e/ou edema). À data da primeira consulta o tempo médio de duração dos sintomas foi de 2,15 anos. Os TE foram positivos em 29% (n=5) dos casos, sendo os alérgenos identificados: níquel (24%, n=4), cobalto (6%, n=1) e cálcio mix (12%, n=2). Um doente mostrou sensibilização simultânea aos 3 alérgenos.

**Conclusões:** Na amostra estudada verificou-se um predomínio do sexo feminino e a articulação envolvida em todos os casos foi o joelho. Todos os doentes apresentaram manifestações extracutâneas. Verificou-se sensibilização aos constituintes da prótese em cerca de 29% dos doentes, contudo, não é possível pelos dados que dispomos, estabelecer uma relação direta entre sensibilização aos constituintes da prótese e a sua falência. Este tema mantém-se controverso, sendo necessário mais estudos nesta área.

**C24 – Papel da Imunoalergologia no apoio a outras especialidades médicas em contexto hospitalar**

Rita Aguiar, Joana Soares, Letícia Pestana, Natália Fernandes, Joana Caiado, Ana Mendes, Ana Célia Costa, Manuel Branco Ferreira, Anabela Lopes, Manuel Pereira Barbosa  
Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte

**Introdução:** Na actividade hospitalar, somos confrontados por pedidos de observação de doentes (dts) de outros Serviços. Para otimizar esta avaliação foi instituído, no Serviço de Imunoalergologia (IA), o apoio ao Serviço de Urgência (SU) em 2004 e aos Serviços de Internamento (SI) em 2008.

**Objectivos:** Avaliar os motivos de referência e a orientação dos dts.

**Métodos:** Revisão dos processos de dts observados, referenciados por SU Central e Pediátrico (Jan 06 – Jul 13) e SI (Jul 08 – Jul 13).

**Resultados:** Identificaram-se 761 pedidos pelo SU em 758 dts e 114 de apoio a SI. Os dtes enviados do SU foram maioritariamente referenciados pela Medicina Interna 724 (95,1%) e os restantes por Otorrinolaringologia 6 (0,78%), Dermatologia 24 (3,15%), Pediatria 3 (0,39%), Pneumologia 1 (0,13%) e Estomatologia 1 (0,13%). A mediana de idades foi 37 (7-92) anos. 68,2% eram mulheres. Os motivos de referência foram urticária (468; 61,8%), angioedema (AE) isolado (181; 23,9%), dermatite não especificada (38; 5,02%), dificuldade respiratória (30; 3,96%), anafilaxia (17; 2,24%) e outros (24; 3,17%). A etiologia medicamentosa constituiu uma suspeita frequente no AE isolado (99 dts; 53,1%), esta suspeita foi menos frequente nos dtes com urticária. Na anafilaxia, a etiologia medicamentosa foi a mais frequente (12; 5,9%), seguida da alimentar (1; 5,9%) e do veneno de himenópteros (1; 5,9%). Seiscentos e três dts (79,5%) tiveram alta referenciados à consulta de IA e 29 (3,8%) foram internados para vigilância. Os restantes foram orientados para outras especialidades. O apoio ao SI foi principalmente solicitado pela Cardiologia 31 (26,5%) e pela Medicina Interna 30 (26,6%). Os motivos mais frequentes foram suspeita de alergia medicamentosa (58; 49,6%), AE isolado (31; 26,5%) e urticária (15; 12,8%). A mediana de idades foi 43 (2-84) anos. 52,1% homens. Nove dts (7,7%) foram submetidos a dessensibilização medicamentosa. Oitenta e nove dts (76,1%) foram encaminhados para a consulta geral de IA, 7 (5,9%), 1 (0,85%) para a Consulta de Imunodeficiências Primárias e os restantes para outras especialidades.

**Conclusões:** A urticária com ou sem AE e suspeita de alergia medicamentosa foram os motivos de apoio mais frequentes ao IA/SI, respectivamente. O apoio da IA às restantes especialidades representa uma parte crescente da actividade no meio hospitalar. A Imunoalergologia tem um papel único na orientação de doentes com suspeita de doença imunoalérgica em meio hospitalar.

POSTERS

I.ª SESSÃO DE POSTERS

Dia: 11 de Outubro 2013  
Horas: 19.30 – 21.00 horas

Moderadores: Ana Margarida Romeira / Luís Araújo

**P1 – Pré-tratamento com omalizumab na imunoterapia com veneno de abelha**

Ana Margarida Pereira<sup>1,2,3</sup>, Alice Coimbra<sup>1</sup>, Ana Reis Ferreira<sup>4</sup>, João Almeida Fonseca<sup>1,2,3,5</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar São João, Porto; <sup>2</sup>Departamento de Ciências da Informação e da Decisão em Saúde, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; <sup>3</sup>Departamento de Alergologia, Centro de Imunoalergologia, Instituto CUF, Porto; <sup>4</sup>Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia / Espinho; <sup>5</sup>CIN-TESIS – Centro de Investigação em Tecnologias e Sistemas de Informação em Saúde, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

**P2 – Utilidade da provocação com picada no diagnóstico de alergia a veneno de abelha**

Natacha Santos<sup>1</sup>, Alice Coimbra<sup>1</sup>, Teresa Vieira<sup>1</sup>, Carmen Botelho<sup>2</sup>, José Luís Plácido<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar São João, Porto; <sup>2</sup>Consulta de Imunoalergologia, Hospital de Braga, Braga

**P3 – Prevalência e impacto da rinite e rinoconjuntivite em crianças dos 9 aos 11 anos**

Ana Margarida Pereira<sup>1,2,3</sup>, Ângela Gaspar<sup>1</sup>, Mário Morais-Almeida<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>Centro de Imunoalergologia, Hospital CUF Descobertas, Lisboa; <sup>2</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital São João, Porto; <sup>3</sup>CIN-TESIS – Centro de Investigação e Sistemas de Informação em Saúde, Universidade do Porto

**P4 – Rinite alérgica no âmbito do Projeto GERIA – Saúde respiratória em idosos residentes em lares de Portugal**

Joana Belo<sup>1</sup>, Teresa Palmeiro<sup>2</sup>, Iolanda Caires<sup>2</sup>, Pedro Martins<sup>1,2</sup>, Paula Leiria Pinto<sup>1,2</sup>, Nuno Neuparth<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central; <sup>2</sup>CEDOC, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa

**P5 – Aerobiologia de Vila Real: Resultados de um ano de monitorização**

Elsa Caeiro<sup>1,2</sup>, Raquel Ferro<sup>1,2</sup>, Rui Silva<sup>3</sup>, Rui Brandão<sup>4</sup>, Ângela Gaspar<sup>5</sup>, Carlos Nunes<sup>6</sup>, Mário Morais-Almeida<sup>5</sup>

<sup>1</sup>SPAIC – Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica, Lisboa; <sup>2</sup>ICAAM – Instituto de Ciências Agrárias e Ambientais Mediterrânicas, Évora; <sup>3</sup>Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real; <sup>4</sup>ICAAM – Instituto de Ciências Agrárias e Ambientais Mediterrânicas, Departamento de Biologia, Évora; <sup>5</sup>Centro de Imunoalergologia, Hospital CUF Descobertas, Lisboa; <sup>6</sup>Centro de Imunoalergologia do Algarve, Portimão

**P6 – Aerobiologia de Castelo Branco: Resultados de um ano de monitorização**

Elsa Caeiro<sup>1,2</sup>, Raquel Ferro<sup>1,2</sup>, Carlos Lozoya<sup>3</sup>, Rui Brandão<sup>4</sup>, Ângela Gaspar<sup>5</sup>, Carlos Nunes<sup>6</sup>, Mário Morais-Almeida<sup>5</sup>

<sup>1</sup>SPAIC – Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica, Lisboa; <sup>2</sup>ICAAM – Instituto de Ciências Agrárias e Ambientais Mediterrânicas, Évora; <sup>3</sup>Hospital Amato Lusitano, Castelo Branco; <sup>4</sup>ICAAM – Instituto de Ciências Agrárias e Ambientais Mediterrânicas, Departamento de Biologia, Évora; <sup>5</sup>Centro de Imunoalergologia, Hospital CUF Descobertas, Lisboa; <sup>6</sup>Centro de Imunoalergologia do Algarve, Portimão

**P7 – Poluição do ar ambiental e agudizações de asma no adulto: análise de uma amostra de doentes da região Centro Cláudia Lares dos Santos**

Catarina Ferreira, Pedro Ulisses, Teresa Almeida, Ana Arrobas

Serviço de Pneumologia do Hospital Geral (Dir: Dr. Fernando Barata), Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

**P8 – Valor preditivo da função respiratória nas exacerbações de asma na criança**

Cintia Cruz, Irina Didenko, Elza Tomaz, Fátima Ferreira, Rute Reis, Leonor Campos, Vinhas de Sousa, Filipe Inácio

Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar de Setúbal

**P9 – Os doentes sabem utilizar o auto-injector de adrenalina?**

Luís Amaral, Alice Coimbra, José Luís Plácido

Serviço de Imunoalergologia (SIA), Centro Hospitalar de São João (CHSJ), Porto

**P10 – Diagnóstico e tratamento de alergia ao fluido seminal / dessensibilização**

Anabela Lopes, Joana Bruno Soares, Manuel Pereira Barbosa

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

**P11 – Segurança da VASPR na criança com alergia ao ovo**

Raquel Gomes, Leonor Cunha, Ana Reis, Carmo Abreu, Helena Falcão

Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar do Porto

**PI – Pré-tratamento com omalizumab na imunoterapia com veneno de abelha**

Ana Margarida Pereira<sup>1,2,3</sup>, Alice Coimbra<sup>1</sup>, Ana Reis Ferreira<sup>4</sup>, João Almeida Fonseca<sup>1,2,3,5</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar São João, Porto; <sup>2</sup>Departamento de Ciências da Informação e da Decisão em Saúde, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; <sup>3</sup>Departamento de Alergologia, Centro de Imunoalergologia, Instituto CUF, Porto; <sup>4</sup>Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia / Espinho; <sup>5</sup>CINTESIS – Centro de Investigação em Tecnologias e Sistemas de Informação em Saúde, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

**Introdução:** A imunoterapia é um tratamento eficaz na anafilaxia a veneno de himenópteros (VH), mas podem ocorrer reações adversas graves apesar de pré-tratamento.

**Métodos:** Descrição de 2 casos clínicos em que o omalizumab foi usado como pré-tratamento no contexto da imunoterapia a veneno de himenópteros (VIT).

**Resultados:** Caso clínico 1 – Bancária, apicultora amadora, 45 anos, com história de 2 anafilaxias após picada de abelha. Testes cutâneos por picada (TCP) com veneno de abelha negativos (0,1 e 1 µg/mL) e testes intradérmicos (TID) positivos com 0,1 µg/mL; triptase normal. Iniciou VIT com abelha em 2003, em pauta convencional; no entanto, não foi possível passar os 10 µg por anafilaxia a cada tentativa de aumento da dose. Manteve VIT com 10 µg de 4/4 semanas até 2009. Em 2011 repetiu TID que foram positivos a 0,01 µg/mL, com anafilaxia. Foi decidido reiniciar VIT sob pré-tratamento com omalizumab. Foi usado um protocolo com início de omalizumab 150 mg (IgE total e peso), 1 semana antes da VIT, administrada em pauta *ultra-rush*. Foi atingida a dose de manutenção de 100 µg com boa tolerância. O pré-tratamento com omalizumab foi mantido durante 6 meses, administrado 1h antes de cada dose de VIT. A doente terminou omalizumab em 12/2012, mantendo atualmente VIT sem reações adversas.

Caso clínico 2 – Assistente social, namorada de apicultor, 27 anos, com história de anafilaxia após picada de abelha. TCP positivos a 10 e 100 µg/mL, TID positivos a 0,001 µg/mL, IgE a abelha >100 kU/L e triptase normal. Fez pauta *ultra-rush* em 08/2011 com boa tolerância mas nas doses de manutenção apresentou repetidamente reações sistémicas apesar de pré-tratamento com montelucaste e anti-histamínico. Em 2012 foi decidido reforçar pré-tratamento com omalizumab, 450 mg, num esquema semelhante que iniciou em 03/2013. Atualmente mantém pré-tratamento com omalizumab e VIT, sem reações adversas.

**Discussão:** Apesar de a evidência que suporta o uso de omalizumab na VIT ser escassa (~20 casos clínicos publicados), as recomendações da BSACI e da AAAAAI sugerem o seu uso em doentes de alto-risco. Há diversos protocolos descritos na literatura, com diferentes periodicidades, doses, durações e tempos de início previamente à VIT. O protocolo usado permitiu alcançar a dose de manutenção recomendada para a VIT, com boa tolerância, em 2 doentes. No entanto, são necessários mais estudos, com mais doentes, para que as recomendações possam ser baseadas na evidência.

**P2 – Utilidade da provocação com picada no diagnóstico de alergia a veneno de abelha**

Natacha Santos<sup>1</sup>, Alice Coimbra<sup>1</sup>, Teresa Vieira<sup>1</sup>, Carmen Botelho<sup>2</sup>, José Luís Plácido<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar São João, Porto; <sup>2</sup>Consulta de Imunoalergologia, Hospital de Braga, Braga

**Introdução:** Uma das indicações para a realização de provocação com picada de abelha (PPA) é a necessidade de confirmação diagnóstica da alergia a veneno de abelha (VA) em situações não completamente esclarecidas pela história clínica e exames complementares. Este procedimento não é realizado por rotina dado o risco de anafilaxia e as dificuldades inerentes à utilização de um himenóptero vivo. Descrevemos um caso clínico em que a PPA foi fundamental para o diagnóstico, e a metodologia utilizada.

**Caso clínico:** Assistente social, 40 anos, apicultora amadora. Em agosto de 2012 foi picada por 10-12 abelhas e 15 minutos depois iniciou um quadro de dor abdominal, náuseas, hipersudorese, angioedema da face, aperto orofaríngeo e dispneia (Mueller 3), tendo sido observada num serviço de urgência hospitalar. Episódio prévio de múltiplas picadas (6 abelhas) com início imediato de dor abdominal intensa. Sem reações quando picada por 1 ou 2 abelhas. IgE específica para VA = 2,23 kU/L, testes cutâneos por picada (0,1 e 1 µg/mL) negativos, intradérmicos positivos com 0,01 µg/mL e triptase normal. Foram aconselhadas medidas de evicção/protecção e medicada com auto-injetor de adrenalina 0,3mg, corticóide e antihistamínico em caso de repicada. Dada a dúvida diagnóstica entre alergia a VA e reacção tóxica foi proposta uma PPA, realizada em meio hospitalar sob vigilância médica e com acesso a material de reanimação, após consentimento informado escrito. Foi aplicada uma caixa contendo uma abelha, na superfície volar do antebraço direito, da qual a tampa inferior foi retirada. A abelha foi irritada mecanicamente até picar. Após 10 minutos, a doente iniciou quadro de prurido palmoplantar, cólica abdominal/uterina intensa, prurido orofaríngeo, eritema facial e angioedema labial. Medicada com adrenalina IM e clemastina, hidrocortisona, butilescopolamina e ranitidina IV, com resolução completa do quadro em 50 minutos, e mantida 6 horas em vigilância sem reações.

**Discussão:** Nesta doente as reações sistémicas prévias foram sempre induzidas por múltiplas picadas (≥6 abelhas) pelo que a PPA foi fundamental para o diagnóstico definitivo de alergia a VA e para a indicação de imunoterapia específica, tendo-se relevado segura quando realizada em meio adequado e com pessoal treinado. De acordo com a doente, o facto de a reacção ter sido reprodutível com apenas uma picada permitiu-lhe tomar consciência da necessidade de cumprimento das medidas de evicção e da imunoterapia.

**P3 – Prevalência e impacto da rinite e rinoconjuntivite em crianças dos 9 aos 11 anos**

Ana Margarida Pereira<sup>1,2,3</sup>, Ângela Gaspar<sup>1</sup>, Mário Morais-Almeida<sup>1,3</sup>  
<sup>1</sup>Centro de Imunoalergologia, Hospital CUF Descobertas, Lisboa;  
<sup>2</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital São João, Porto; <sup>3</sup>CINTESIS – Centro de Investigação e Sistemas de Informação em Saúde, Universidade do Porto

**Introdução:** Os objetivos deste estudo foram: 1) estimar a prevalência de rinite atual ( $R_a$ ) e de rinoconjuntivite atual ( $RC_a$ ) em crianças em idade escolar, usando a definição do estudo ISAAC; 2) caracterizar crianças com  $R_a$ ; e 3) comparar as crianças com  $R_a$  isolada com as que têm  $RC_a$ .

**Métodos:** Estudo transversal de uma amostra de crianças com idades entre os 9 e os 11 anos, recrutadas a partir de 40 escolas aleatoriamente selecionadas em Lisboa. O questionário da fase II do ISAAC, respondido pelos pais/cuidadores, foi usado para a colheita de dados. Este questionário avalia sintomas (pieira, rinite, eczema) e uso de tratamentos e/ou serviços de saúde. “Rinite alguma vez” foi definida como a presença de pelo menos um sintoma nasal (espirros, rinorreia, obstrução nasal), na ausência de infeção respiratória;  $R_a$  foi definida como a presença de “Rinite alguma vez” e pelo menos um sintoma nasal nos últimos 12 meses; quando a  $R_a$  se acompanhava de prurido ocular e/ou lacrimejo, considerou-se que a criança tinha  $RC_a$ .

**Resultados:** As 1045 crianças incluídas tinham uma idade média (DP) de 9,8 (0,7) anos. As crianças com  $R_a$  tiveram sintomas nasais, em média, durante 2,7 (2,6) meses do ano anterior; mais de 30% tiveram sintomas na Primavera (Março (37%), Abril (33%)) e menos de 10% estiveram sintomáticas no Verão (Julho (6%), Agosto (6%)). Nos 12 meses anteriores, 57% das crianças com  $R_a$  usaram medicação para a rinite e 9% tiveram pelo menos uma visita a um profissional de saúde relacionada com sintomas nasais. Em crianças com  $R_a$ , a prevalência de eczema no ano anterior foi de 29% e a de sibilância foi de 36%. As crianças com  $RC_a$ , quando comparadas com as que tinham  $R_a$  isolada, usaram mais frequentemente tratamento no ano anterior (66% na  $RC_a$  vs. 51% na  $R_a$ ,  $p=0,007$ ), tiveram, em média, mais meses com sintomas nasais (3,4 vs. 2,1 meses, respetivamente,  $p<0,001$ ) e reportaram um maior impacto da doença nasal nas suas atividades da vida diária (36% vs. 19%, respetivamente, referiram impacto moderado/grave,  $p<0,001$ ); estas crianças também tiveram uma prevalência de eczema e sibilância significativamente mais elevada (eczema: 41% vs. 21%, respetivamente,  $p<0,001$ ; sibilância: 45% vs. 31%, respetivamente,  $p=0,009$ ).

**Conclusões:** A rinite e a rinoconjuntivite atuais foram muito prevalentes em idade escolar. A presença de sintomas oculares associou-se a uma maior persistência e impacto da doença nasal nas atividades do dia-a-dia e a uma prevalência de sibilância e eczema mais elevada.

**P4 – Rinite alérgica no âmbito do Projeto GERIA – Saúde respiratória em idosos residentes em lares de Portugal**

Joana Belo<sup>1</sup>, Teresa Palmeiro<sup>2</sup>, Iolanda Caires<sup>2</sup>, Pedro Martins<sup>1,2</sup>, Paula Leiria Pinto<sup>1,2</sup>, Nuno Neuparth<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central; <sup>2</sup>CEDOC, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa

**Introdução:** A evolução demográfica em Portugal nas últimas décadas tem sido marcada por um tendencial envelhecimento populacional. Apesar de escassos, estudos epidemiológicos sugerem uma prevalência de rinite alérgica (RA) na população idosa portuguesa de 25-30%.

**Objectivo:** Determinar a prevalência e potenciais factores de risco para a presença de diagnóstico de RA na população idosa residente em lares de Lisboa e Porto.

**Métodos:** No âmbito da 1.ª fase do Projecto GERIA foram seleccionados aleatoriamente 53 lares de Lisboa e Porto estratificados por freguesia. Entre Setembro de 2012 e Abril de 2013 foi aplicado aos utentes dos lares um questionário médico que incluía perguntas relativas ao diagnóstico médico de RA. Efetuou-se uma análise descritiva e estudou-se a associação da existência de diagnóstico de RA com diversas variáveis, designadamente sexo, idade, nível de escolaridade, história de exposição ocupacional a poeiras e tabagismo.

**Resultados:** De um total de 2110 utentes foram inquiridos 931 idosos (média etária de  $84,1 \pm 7,2$  anos), com predomínio do sexo feminino (79%). A maioria apresentava baixo nível de instrução (77,6%). Dos inquiridos, 124 (13,3%) referiram ter tido diagnóstico médico de RA, sendo que, destes, 109 (11,7%) afirmaram ainda ter esta patologia. No que concerne a potenciais factores de risco para RA, 20% (189) referiram antecedentes de exposição ocupacional a poeiras e 18% (169) história anterior de tabagismo. Das variáveis consideradas, persistiram como factores de risco para a presença de diagnóstico de RA na análise multivariável, a história de exposição ocupacional a poeiras (OR: 2,21; IC95%: 1,41 – 3,47;  $p=0,001$ ), a presença de antecedentes de tabagismo (OR: 2,08; IC95%: 1,17 – 3,71;  $p=0,013$ ) e um nível de escolaridade superior a 4 anos (OR: 2,53; IC95%: 1,64 – 3,89;  $p=0,000$ ). O género feminino também se associou com diagnóstico médico de RA (OR: 2,56; IC95%: 1,35 – 4,76;  $p=0,004$ ).

**Conclusões:** A prevalência de RA obtida no presente estudo é inferior aos dados nacionais previamente publicados, discrepância que estará associada com o diferente critério utilizado. A associação observada com o sexo feminino e com o nível de escolaridade poderá, de entre várias explicações, advir de um maior acesso aos cuidados médicos. Relativamente ao tabagismo e à exposição a poeiras, são conhecidos factores de risco para a inflamação das vias aéreas.

Estudo financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia (PTDC/SAU-SAP/116563/2010)

**P5 – Aerobiologia de Vila Real: Resultados de um ano de monitorização**

Elsa Caeiro<sup>1,2</sup>, Raquel Ferro<sup>1,2</sup>, Rui Silva<sup>3</sup>, Rui Brandão<sup>4</sup>, Ângela Gaspar<sup>5</sup>, Carlos Nunes<sup>6</sup>, Mário Morais-Almeida<sup>5</sup>

<sup>1</sup>SPAIC – Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica, Lisboa; <sup>2</sup>ICAAM – Instituto de Ciências Agrárias e Ambientais Mediterrânicas, Évora; <sup>3</sup>Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real; <sup>4</sup>ICAAM – Instituto de Ciências Agrárias e Ambientais Mediterrânicas, Departamento de Biologia, Évora; <sup>5</sup>Centro de Imunoalergologia, Hospital CUF Descobertas, Lisboa; <sup>6</sup>Centro de Imunoalergologia do Algarve, Portimão

**Objectivos:** 1) Dar a conhecer a aerobiologia de Vila Real, através da análise dos resultados do primeiro ano de monitorização de pólen presente na atmosfera da localidade e, 2) Comparar a aerobiologia de Vila Real com a aerobiologia das outras estações continentais da Rede Portuguesa de Aerobiologia (RPA).

**Métodos:** No estudo utilizaram-se os dados diários das monitorizações de pólen da estação de monitorização de Vila Real da RPA, entre 1 de Maio de 2012 a 30 de Abril de 2013. A metodologia utilizada foi a padronizada pela RPA. Na análise estatística utilizou-se a ANOVA não paramétrica de Friedman, o teste não paramétrico de Wilcoxon e a análise de correlação de Pearson com a matriz de proximidade.

**Resultados:** Durante este intervalo de tempo colectou-se um total de 33.355 grãos de pólen. Os pólenes mais representativos do espectro polínico da atmosfera da cidade de Vila Real foram: Cupressaceae (24,9%), Pinaceae (15,3%), Poaceae (13,3%), *Quercus* sp. (12,2%), Betulaceae (6,9%), *Parietaria* (5,5%), *Castanea sativa* (5,2%), *Olea europaea* (4,2%), *Plantago* sp. (1,8%), *Rumex* sp. (1,7%), *Platanus hybrida* (1,5%), *Urtica membranacea* (1,2%) e outros pólenes (5,3%). A maioria (68%) do pólen total anual colectou-se de Abril a Julho, sendo o mês de Abril o mês em que se registou uma maior quantidade de pólen no ar (27%) e durante os meses de Outubro e Novembro a menor (0,3% e 0,2%, respectivamente). A análise estatística mostrou que existem diferenças estatisticamente significativas entre as várias estações da RPA ( $p < 0,05$ ). Em termos de distribuição das concentrações diárias de pólen total, Vila Real diferiu estatisticamente e de forma significativa ( $p < 0,05$ ) de todas as outras estações, com excepção para Portimão e Castelo Branco ( $p > 0,05$ ), mas em termos de espectro polínico observou-se uma proximidade deste com os espectros de Coimbra e Porto.

**Conclusões:** Este estudo deu a conhecer os tipos polínicos mais prevalentes presentes na atmosfera de Vila Real. No entanto, para a construção de um calendário polínico fidedigno para esta região são necessários mais anos de monitorização. Os resultados vieram salientar a importância de se continuar a monitorizar o pólen presente na atmosfera desta localidade, dado que o seu espectro difere do das outras localidades.

**P6 – Aerobiologia de Castelo Branco: Resultados de um ano de monitorização**

Elsa Caeiro<sup>1,2</sup>, Raquel Ferro<sup>1,2</sup>, Carlos Lozoya<sup>3</sup>, Rui Brandão<sup>4</sup>, Ângela Gaspar<sup>5</sup>, Carlos Nunes<sup>6</sup>, Mário Morais-Almeida<sup>5</sup>

<sup>1</sup>SPAIC – Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica, Lisboa; <sup>2</sup>ICAAM – Instituto de Ciências Agrárias e Ambientais Mediterrânicas, Évora; <sup>3</sup>Hospital Amato Lusitano, Castelo Branco; <sup>4</sup>ICAAM – Instituto de Ciências Agrárias e Ambientais Mediterrânicas, Departamento de Biologia, Évora; <sup>5</sup>Centro de Imunoalergologia, Hospital CUF Descobertas, Lisboa; <sup>6</sup>Centro de Imunoalergologia do Algarve, Portimão

**Objectivo:** Analisar e comparar a aerobiologia de Castelo Branco com a de outras estações continentais da Rede Portuguesa de Aerobiologia (RPA).

**Métodos:** No estudo utilizaram-se os dados diários das monitorizações de pólen das 7 estações de monitorização continentais da RPA, entre 1 de Maio de 2012 a 30 de Abril de 2013. A metodologia utilizada foi a padronizada pela RPA. Na análise estatística utilizou-se a ANOVA não paramétrica de Friedman, o teste não paramétrico de Wilcoxon e a análise de correlação de Pearson com a matriz de proximidade.

**Resultados:** Durante este intervalo de tempo colectou-se a partir da atmosfera de Castelo Branco um total de 30.730 grãos de pólen. Os pólenes mais representativos do espectro polínico da atmosfera da cidade de Castelo Branco foram: *Quercus* sp. (33,3%), Poaceae (15,9%), *Olea europaea* (9,4%), *Rumex* sp. (6,1%), *Urtica membranacea* (5,4%), Cupressaceae (5,2%), Pinaceae (4,9%), *Plantago* sp. (3,2%), *Parietaria* (3,1%), *Platanus hybrida* (1,8%), *Castanea sativa* (1,5%), Betulaceae (1,4%) e outros pólenes (7,7%). A maioria (81,5%) do pólen total anual colectou-se de Abril a Junho. Os meses de Maio e Abril foram os meses em que se registou uma maior quantidade de pólen, 36,1% e 35,1%, respectivamente, enquanto nos meses de Outubro e Novembro a menor, 0,5% e 0,3% respectivamente. Castelo Branco, relativamente à distribuição das concentrações diárias de pólen total, diferiu estatisticamente e de forma significativa ( $p < 0,05$ ) de todas as outras estações, com excepção de Portimão e de Vila Real ( $p > 0,05$ ). Em termos de espectro polínico, verificou-se a existência de uma grande proximidade com o de Évora.

**Conclusões:** Este estudo veio, por um lado, reconhecer a importância da monitorização de pólen na localidade de Castelo Branco e, por outro lado, dar a conhecer os principais tipos polínicos presentes na atmosfera da localidade.

**P7 – Poluição do ar ambiental e agudizações de asma no adulto: análise de uma amostra de doentes da região Centro**

Cláudia Lares dos Santos, Catarina Ferreira, Pedro Ulisses, Teresa Almeida, Ana Arrobas  
Serviço de Pneumologia do Hospital Geral (Dir: Dr. Fernando Barata), Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

**Introdução:** A inalação de poluentes do ar ambiental associa-se ao aumento da morbilidade por doença respiratória, sendo um desencadeante de agudizações de asma (AA). O melhor conhecimento dos fatores implicados nas agudizações e o emprego de medidas a nível individual ou coletivo é fundamental para o controlo da doença.

**Objetivos:** Investigar a relação entre o nível de poluentes do ar – monóxido de carbono, dióxido de enxofre, dióxido de azoto, ozono (O<sub>3</sub>), partículas <2,5µm e partículas <10µm e a ocorrência de AA responsáveis por internamento.

**Material e métodos:** Estudo realizado num hospital central dotado de um serviço de Pneumologia com internamento, que cobre uma área com cerca de 204 000 habitantes. Revisão retrospectiva dos processos clínicos dos doentes internados por AA em 2010 e 2011, colhendo-se dados demográficos e clínicos. Consulta dos dados sobre qualidade do ar, validados pela Rede de Monitorização da Região Centro (RMRC) e disponibilizados *online* na base QualAr. Avaliação do nível médio de monóxido de carbono, dióxido de enxofre, dióxido de azoto, O<sub>3</sub>, partículas <2,5µm e <10µm, registado nas estações de monitorização da área de residência, nos 4 dias que antecederam o 1.º recurso à urgência hospitalar/ consulta não programada nos episódios de AA. Comparação com os registos do nível médio anual desses poluentes.

**Resultados:** Registaram-se 83 internamentos, 48,2% em 2010 e os restantes em 2011. Correspondiam a 66 doentes 69,7% mulheres, com média etária de 55,9 anos (17-86). Eram fumadores 13,6%. A doença surgiu na infância em 47,0% dos doentes, sendo extrínseca em 45,5%. A maioria (70,0%) apresentava excesso de peso/ obesidade. Era reconhecida a má adesão ao tratamento em 18,2% dos casos. De acordo com a divisão geográfica considerada pela RMRC, 59,1% habitavam a zona Centro Litoral, 24,2% a aglomeração de Coimbra e os restantes a zona Centro Interior. Verificou-se que, dos poluentes analisados, o O<sub>3</sub> apresentou níveis médios significativamente superiores nos 4 dias que precederam a crise em relação às médias anuais (55,5±19,0 µg/m<sup>3</sup> vs 36,3 ±19,3µg/m<sup>3</sup>; p<0,001).

**Conclusões:** Provavelmente a exposição ao O<sub>3</sub> teve influência (ainda que de forma sinérgica) no desenvolvimento das agudizações de asma com necessidade de internamento. Assim, devem ser reforçadas medidas que minimizem a sua produção, nomeadamente atuando no controlo das combustões nos motores automóveis, da biomassa e industriais, nas atividades de produção de energia elétrica, entre outras.

**P8 – Valor preditivo da função respiratória nas exacerbações de asma na criança**

Cintia Cruz, Irina Didenko, Elza Tomaz, Fátima Ferreira, Rute Reis, Leonor Campos, Vinhas de Sousa, Filipe Inácio  
Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar de Setúbal

**Introdução:** A espirometria é considerada essencial para o diagnóstico, classificação da gravidade e monitorização do controlo da asma nas crianças com 5 ou mais anos. Os valores de FEV<sub>1</sub> e da relação FEV<sub>1</sub>/FVC podem ser normais em crianças com asma não controlada. A prova de broncodilatação (PBD) demonstra reversibilidade, a qual é consistente com o diagnóstico de asma. A resposta broncodilatadora (RBD) pode refletir hiperreatividade brônquica e prever um controlo insuficiente da doença.

**Objetivo:** Avaliar a relação entre os parâmetros espirométricos e a sua variação pós-PBD e controlo de asma.

**Material e métodos:** Análise retrospectiva de processos clínicos de crianças e adolescentes asmáticos entre 5 e 17 anos que realizaram exames de função respiratória (EFR) e PBD, em consulta de Imunoalergologia, durante o primeiro semestre de 2012. Foram incluídos 64 indivíduos (65% M), com média de idades de 10 anos, com o diagnóstico de asma e sensibilizados a pelo menos um aeroalérgeno. A análise estatística foi feita por regressão linear para relacionar os parâmetros espirométricos e a sua variação (Δ) pós-PBD com o número de exacerbações, internamentos, idas ao SU/consultas não programadas e toma de corticóide oral por asma nos 12 meses subseqüentes à realização dos EFR.

**Resultados:** Os valores médios dos parâmetros avaliados nos EFR foram: FEV<sub>1</sub> 88,2% (mín 56%, máx 112%), FVC 93,5% (mín 65%, máx 123%), relação FEV<sub>1</sub>/FVC 0,8 (mín 0,66, máx 0,95), FEF<sub>50</sub> 64,4% (mín 25%, máx 122%), FEF<sub>25-75</sub> 66% (mín 28%, máx 128%); ΔFEV<sub>1</sub> 11,1% (mín -10%, máx 32%), ΔFVC 3,5% (mín -18%, máx 23,5%), relação FEV<sub>1</sub>/FVC pós-PBD 0,86 (mín 0,69, máx 1), ΔFEF<sub>50</sub> 34,4% (mín -31%, máx 109%), ΔFEF<sub>25-75</sub> 33,6% (mín -22,2%, máx 101%). A ΔFEV<sub>1</sub> revelou-se como fator preditivo do número de exacerbações com um p de 0,0261, mas não do número de internamentos, idas ao SU/consultas não programadas e toma de corticóide oral por asma. Não se encontrou uma relação estatisticamente significativa entre os restantes parâmetros analisados.

**Discussão:** Está descrito que crianças com maior RBD apresentam uma maior frequência e gravidade de exacerbações, despertares noturnos e limitação de esforço físico. Tem sido também sugerido que a PBD pode ser mais útil que o FEV<sub>1</sub> na classificação da gravidade da asma. No nosso estudo encontrou-se uma relação estatisticamente significativa entre a resposta do FEV<sub>1</sub> à PBD e o número de exacerbações de asma. Assim, este parâmetro foi um fator preditivo do número de exacerbações de asma.

**P9 – Os doentes sabem utilizar o auto-injector de adrenalina?**

Luís Amaral, Alice Coimbra, José Luís Plácido

Serviço de Imunoalergologia (SIA), Centro Hospitalar de São João (CHSJ), Porto

**Introdução:** A administração precoce de adrenalina por via intramuscular constitui a primeira linha de tratamento de um episódio de anafilaxia. A prescrição de auto-injector de adrenalina é um dos pontos-chave para o tratamento de novos episódios. Em Portugal o único auto-injector de adrenalina disponível ao público é a Anapen® na dose de 0,15 e 0,3mg.

**Objectivo:** Avaliação do manuseamento da Anapen®.

**Métodos:** Os doentes seguidos no SIA do CHSJ, a realizar imunoterapia com veneno de himenópteros (VIT) entre Fevereiro e Maio de 2013, foram convidados a simular a administração de adrenalina com um Anapen® Trainer.

**Resultados:** Foram incluídos vinte e três indivíduos, doze (52%) do sexo masculino, com idade média  $36 \pm 16$  (6-64 anos). Dezoito (78%) estavam a realizar VIT com veneno de abelha e os restantes cinco (22%) com vespa, com uma mediana de duração de tratamento de  $(20 \pm 18)$  meses. Foram realizados, em média 2 ensinamentos da administração da Anapen® por doente, durante o acompanhamento prévio. Dezassete (74%) eram portadores de Anapen® e destes, três (18%) não andavam com Anapen® no seu dia-a-dia. Apenas nove (39%) realizaram o procedimento de forma correcta embora destes, quatro não massajaram o local de administração como recomendado pelo fabricante. Nove (39%) não retiraram a tampa de segurança e seis (26%) não retiraram a tampa da seringa. Três (13%) não pressionaram até ao “click” nem aguardaram a administração de adrenalina durante cerca de 10 segundos, conforme recomendado. Um simulou a administração de adrenalina com a extremidade errada. Somente cinco (22%) tiveram a necessidade de recorrer a Anapen®, no entanto destes, três não efectuaram a demonstração de forma correcta.

**Conclusões:** De acordo com as recomendações atuais, os doentes com história de anafilaxia devem ser portadores de um auto-injector de adrenalina, dado que a administração precoce de adrenalina é fundamental para o tratamento e está associado a um melhor prognóstico. Contudo, cerca de 2/3 dos doentes não conseguiram demonstrar uma administração correcta e eficaz, apesar do ensino prévio. De acordo com o protocolo do SIA, além de ser prestado o ensino, são fornecidos panfletos acerca da utilização do auto-injector. Este dispositivo não é de fácil utilização, o que implica a necessidade de um maior reforço do ensino, atendendo que a administração de adrenalina é potencialmente “life saving”.

**P10 – Diagnóstico e tratamento de alergia ao fluido seminal / dessensibilização**

Anabela Lopes, Joana Bruno Soares, Manuel Pereira Barbosa

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

**Introdução:** A alergia ao fluido seminal é uma entidade rara cuja prevalência não se encontra estabelecida, descrita pela primeira vez em 1958 por Specken. As manifestações clínicas são variáveis, ocorrendo desde reacções locais a reacções sistémicas, na sua forma mais grave sob a forma de anafilaxia. Ocorrem habitualmente minutos após o contacto. O tratamento passa por evicção de contacto através do uso de preservativo durante as relações sexuais, o que é também diagnóstico. Outras abordagens terapêuticas incluem a dessensibilização local por via intravaginal com fluido seminal total e a dessensibilização subcutânea com proteínas de plasma fraccionadas, permitindo a concepção sem recurso a métodos artificiais como inseminação ou fertilização *in vitro*.

**Caso clínico:** Mulher de 32 anos sem antecedentes pessoais relevantes, referenciada à consulta de Imunoalergologia pela sua ginecologista por apresentar, desde a primeira relação sexual aos 21 anos, queixas de dor/ardor vaginal intenso com eritema local, imediatamente após a ejaculação do parceiro. Os sintomas aliviavam com lavagem local e resolviam progressivamente ao longo de 48 horas. Negava outros sintomas associados ou outros desencadeantes aparentes. Não apresentava queixas quando recorria ao uso de preservativo. A administração prévia de antihistamínicos e montelucaste não impedia o aparecimento dos referidos sintomas. Realizou-se teste cutâneo em picada com sémen fresco que foi positivo (5mm) e doseamento de IgE específicas para proteínas do fluido seminal que foram negativas. Dado que a doente pretendia engravidar, propôs-se dessensibilização que foi realizada através de instilações intravaginais de fluido seminal do parceiro em concentrações crescentes (diluído com soro fisiológico) em intervalos de 15 minutos. O protocolo completou-se sem complicações, tendo ocorrido apenas pontualmente ligeiro ardor local que resolveu espontaneamente (tabela).

A doente teve indicação para manter contacto regular (cerca de 2 a 3 vezes por semana) com o fluido seminal através de relações sexuais ou por instilação com sémen do parceiro conservado através de congelação. Cerca de 6 meses após dessensibilização a doente mantinha-se assintomática, estando actualmente grávida de 8 semanas.

**Discussão:** Apesar de rara, a alergia ao fluido seminal impõe importantes limitações na vida conjugal. A dessensibilização é um procedimento seguro e simples de realizar e cuja eficácia já foi documentada em alguns casos.

**Tabela.** Protocolo de dessensibilização

Concentração	Volume	Reacção
1/100.000	1cc	–
	2cc	Ardor ligeiro aos 5 minutos
1/10.000	1cc	–
	2cc	–
1/1000	1cc	–
	2cc	–
1/100	1cc	Ardor aos 2 minutos
	2cc	Ardor mais intenso mas tolerável
1/10	1cc	–
	2cc	–
1/1	1cc	–
	2cc	–

**P11 – Segurança da VASPR na criança com alergia ao ovo**

Raquel Gomes, Leonor Cunha, Ana Reis, Carmo Abreu, Helena Falcão  
Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar do Porto

**Introdução:** A alergia ao ovo é um fator de risco para a administração de algumas vacinas, nomeadamente: sarampo, parotidite e rubéola (VASPR), gripe e febre-amarela. A VASPR (M-M-RvaxPro®) integra o plano nacional de vacinação português desde 2006 e um efeito adverso descrito é a reação anafilática nas crianças com alergia ao ovo dado o substrato utilizado na produção de dois dos seus componentes ser derivado de células embrionárias de pinto (fibroblastos). No entanto, a VASPR é mais segura que as outras supracitadas por ter presente menor quantidade alérgica (ovalbumina). A Direção Geral de Saúde recomenda a sua administração em meio hospitalar nas crianças com história de anafilaxia ao ovo mas, frequentemente, o procedimento expande-se às restantes. O objetivo do estudo é avaliar a segurança da VASPR nas crianças com alergia ao ovo.

**Métodos:** Realizou-se uma avaliação retrospectiva das crianças observadas na consulta de Imunoalergologia do Centro Hospitalar do Porto (CHP) num período de 12 meses. Foram incluídas um total de 53 crianças, 41 do sexo masculino (78%) e idade média de 5,5 anos. Todas têm alergia ao ovo (confirmada pela clínica, testes cutâneos, IgEs específicas e/ou prova de provocação oral) e fora administrada VASPR, em meio hospitalar ou nos cuidados de saúde primários. O eczema atópico é a manifestação mais frequente pelo qual foram enviados à consulta (62%), seguido de asma (20%). Destes doentes, 7 (13%) tinham história de anafilaxia desencadeada pelo contato/ingestão de ovo. Destaca-se que 63% têm outras alergias alimentares (42% ao leite; 20% ao peixe) e em 44% coexiste sensibilização a aeroalergénios. A média do valor de IgE total é 383kU/l, o da IgE específica à clara de 8,44kU/l (máx. 72kU/l) e da gema de 3,83kU/l (máx. 50,1kU/l).

**Resultados:** A administração foi realizada no Hospital de Dia do CHP em 42 crianças e as restantes no Centro de Saúde. Destes apenas 2 apresentaram reação, uma local (eritema maculopapular pruriginoso limitado) e outra sistémica tardia (edema periorbicular e urticária).

**Conclusão:** Diversos estudos sugerem que concentrações elevadas de IgE específica a alimentos são preditivas de maior reatividade, sendo para o ovo definido um valor >6 kU/l. Dos doentes selecionados, 17 tinham IgE específica ao ovo >6 kU/l (5 com valor >25 kU/l) e nenhum teve reação à vacina assim como nos com história de anafilaxia. Com base neste estudo conclui-se que a vacina VASPR parece ser segura nas crianças com alergia ao ovo.

**2.ª SESSÃO DE POSTERS**

Dia: 11 de Outubro 2013

Horas: 19.30 – 21.00 horas

Moderadores: Sara Prates / Susana Lopes da Silva

**P12 – Anafilaxia ao frio e prevenção com bilastina – caso clínico**

Manuel Branco Ferreira<sup>1,2</sup>, Manuel Pereira Barbosa<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte; <sup>2</sup>Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa

**P13 – Angioedema recorrente aos 40 anos – que etiologia?**

Amélia Spínola, Rita Aguiar, Miguel Vieira, Manuel Pereira Barbosa  
Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte

**P14 – Eczema grave e alergia alimentar múltipla**

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

**P15 – Acompanhamento de uma grávida com angioedema hereditário**

Cíntia Cruz, Irina Didenko, Elza Tomaz, Filipe Inácio  
Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar de Setúbal

**P16 – Importância diagnóstica da biópsia cutânea – Casos clínicos**

Ana Moreira, Isabel Rosmaninho, José Pedro Moreira da Silva  
Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

**P17 – Alergia a romã por LTPs com padrão de reatividade cruzada inesperado – Caso clínico**

Frederico Regateiro<sup>1</sup>, Borja Bartolomé<sup>2</sup>, Celso Pereira<sup>1,3</sup>, Beatriz Tavares<sup>1</sup>, Graça Loureiro<sup>1</sup>, António Segorbe-Luís<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, Portugal; <sup>2</sup>R&D Bial-Aristegui, Bilbao, Espanha; <sup>3</sup>Imunologia Clínica, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Portugal

**P18 – Alergia ao mel – Caso clínico**

Graça Loureiro<sup>1</sup>, Alexandru Ciobanu<sup>1</sup>, Gisela Calado<sup>1</sup>, Beatriz Tavares<sup>1</sup>, Celso Pereira<sup>1,2</sup>, António Segorbe Luis<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; <sup>2</sup>Imunologia Clínica, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

**P19 – Um alérgico alimentar incomum**

Ana Reis Ferreira, Fabírcia Carolino, Josefina Rodrigues Cernadas  
Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar São João, Porto

**P20 – Máscaras de ovo para o cabelo: a proscrever?**

João Azevedo<sup>1</sup>, Beatriz Tavares<sup>1</sup>, Graça Loureiro<sup>1</sup>, Celso Pereira<sup>1,2</sup>,  
António Segorbe Luís<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar e Universitário de  
Coimbra; <sup>2</sup>Imunologia Clínica, Faculdade de Medicina da Universida-  
de de Coimbra

**P21 – Sobre-infeção por *Herpes simplex 1* em latente com eczema grave – Caso clínico**

Carmo Abreu, Catarina Sezinando, Raquel Gomes, Leonor Cunha  
Serviço Imunoalergologia, Centro Hospitalar do Porto (Diretora do  
Serviço: Dra. Helena Falcão)

**P22 – Titulação da concentração de extrato de *Staphylococcus pseudintermedius* para diagnóstico de hipersensibilidade cutânea ao *Staphylococcus* no cão – um estudo preliminar**

Diana Mascarenhas, Natacha Couto, Adriana Belas, Constança  
Pomba, Ana Mafalda Lourenço  
CIISA, Faculdade de Medicina Veterinária, Universidade de Lisboa

**P12 – Anafilaxia ao frio e prevenção com bilastina – caso clínico**

Manuel Branco Ferreira<sup>1,2</sup>, Manuel Pereira Barbosa<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospi-  
talar Lisboa Norte; <sup>2</sup>Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa

**Introdução:** A urticária ao frio é uma urticária física que frequen-  
tamente se acompanha de manifestações anafiláticas que se ocorrem  
em meio aquático, representam um risco de vida adicional ao  
da anafilaxia em si. Com alguma frequência os casos revestem-se de  
dificuldade no seu controlo, nem sempre respondendo satisfatoria-  
mente aos antihistamínicos, mesmo em doses mais elevadas.

**Caso clínico:** BRS, sexo feminino, 13 anos de idade, estudante. Des-  
de os 3 anos de idade refere queixas no Inverno de máculo-pápulas  
pruriginosas nas mãos e episódios de eritema e edema da região das  
pernas e joelhos e poupando os pés. Estas queixas ocorriam em  
áreas expostas e em dias mais frios. Referia também com frequência  
queixas de eritema significativo em ambos os membros inferiores,  
sem edema ou prurido significativo, após banho de mar na Costa da  
Caparica mas não em Monte Gordo. Aos 6 anos, no Verão e após  
banho de mar na Costa da Caparica tem primeiro episódio de ana-  
filaxia com eritema generalizado e perda de consciência (já após a  
saída da água). Recorreu ao SU do Hospital Garcia Orta onde lhe  
diagnosticaram “golpe de calor”, tendo sido medicada sintomatica-  
mente. Ulteriormente recorreu a consulta de Alergologia do nosso  
Hospital, tendo efectuado prova do cubo de gelo, positiva logo após  
1 minuto de exposição. Ficou medicada com evicção (evitar contac-  
to com frio, uso de vestuário de protecção), com adrenalina autoin-  
jectável em SOS e com antihistamínicos (oxatomida e cetirizina em  
solução oral) antes da exposição e em SOS. Ao longo destes últimos  
anos teve cerca de 6 episódios anafiláticos, alguns deles na sequência  
de não usar fato de protecção (não gosta), outros apesar das medi-  
das de prevenção. O último episódio ocorreu na Praia da Rocha, num  
fim de tarde após ter saído da água e ter ficado exposta ao vento.  
Em nenhum destes episódios lhe foi administrada adrenalina porque  
nessas ocasiões nunca tinha o auto-injector consigo. No verão de  
2013 ficou medicada com bilastina 40 mg (2 cp) na manhã dos dias  
de praia, tendo conseguido tolerar o banho na Costa da Caparica  
sem fato de protecção e sem queixas significativas, referindo só li-  
geiro eritema dos membros quando permanece >30 minutos dentro  
de água. Teve um episódio de edema dos pés quando molhou os pés  
no mar sem ter previamente tomado bilastina pois não pretendia ir  
ao banho.

**Conclusões:** Apresenta-se um caso de uma jovem com urticária/  
anafilaxia ao frio em que a terapêutica preventiva com bilastina 40  
mg se revelou eficaz.

**P13 – Angioedema recorrente aos 40 anos – que etiologia?**

Amélia Spínola, Rita Aguiar, Miguel Vieira, Manuel Pereira Barbosa  
Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte

**Introdução:** O angioedema (AE) recidivante em adulto jovem pode ter várias etiologias: hereditário, adquirido, infeccioso, fármacos, entre outros. Os IECAs (inibidores de enzima de conversão da angiotensina) são raramente prescritos em adultos jovens, mas não devem ser esquecidos pois induzem AE em cerca de 0,1-0,7% dos doentes.

**Caso clínico:** Os autores descrevem o caso de uma mulher, 42 anos, raça caucasiana, referenciada à Consulta de Imunoalergologia em Outubro de 2012 ao 5.º episódio de AE recorrente. As crises de AE localizavam-se aos lábios (superior e ou inferior) e região submandibular com sensação de aperto cervical e dificuldade respiratória. Sem disfonia ou sialorreia. Teve 1.º episódio de AE em Janeiro de 2012, seguiram-se 4 episódios com intervalos de 2 meses com resolução às 48 horas. O 1.º e o 5.º episódios motivaram ida ao Serviço de Urgência tendo sido medicada com anti-H1 e corticóides sistémicos. No último episódio, 8 dias após a regressão do AE, iniciou eritema facial na região malar. Nunca referiu lesões de urticária e manifestações gastrointestinais. Sem história familiar de AE hereditário. Em Junho de 2009 fez correcção cirúrgica de comunicação interauricular, tendo sido medicada desde então com bisoprolol, AAS e lisinopril (IECA). Como antecedentes pessoais tem rinite + asma persistente moderada com hipersensibilidade a ácaros, desde os 20 anos, medicada com mometasona nasal 100 µg bid e salmeterol+propionato de fluticasona 50/250 µg bid. Efectuou avaliação laboratorial com estudo do complemento, autoimunidade e serologias virais, sem alterações. Colocou-se a hipótese de AE induzido por IECAs, o eritema facial interpretado como efeito secundário da corticoterapia sistémica. Perante a necessidade de evicção de todos os fármacos deste grupo, discutiu-se com o cardiologista assistente e optou-se, no contexto de insuficiência mitral e tricúspide moderada, iniciar terapêutica com antagonista dos receptores da angiotensina (ARAs), candesartan na dose progressiva de 4mg até 16mg, sem recidiva do AE.

**Conclusão:** O AE induzido por IECAs é um das principais causas de AE recidivante e o aumento da frequência com que têm sido prescritos tem contribuído para o aumento do AE com esta etiologia. A sua substituição por ARAs não é recomendada como primeira alternativa, por risco de AE, uma vez que 1/3 dos doentes podem desenvolver AE com ARAs. É importante a colaboração entre as especialidades para decidir a melhor estratégia para o doente.

**P14 – Eczema grave e alergia alimentar múltipla**

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

**Introdução:** A alergia alimentar e o eczema atópico são patologias que frequentemente co-existem, sobretudo em crianças mais jovens. A persistência/exacerbação do eczema pode estar relacionada com ingestão de alimentos aos quais a criança está sensibilizada embora a relação possa não ser óbvia.

**Caso clínico:** Criança do sexo masculino, referenciada a consulta de Imunoalergologia (IA) aos 12 meses de idade por eczema desde os 3 meses de agravamento progressivo, já medicado com múltiplos corticóides tópicos e sistémicos e tacrolimus sem melhoria. Por indicação do médico assistente iniciou evicção de proteína do leite de vaca (PLV) aos 5 meses, com estabilização do quadro mas sem resolução. Posteriormente, houve episódios de exacerbação relacionados com a ingestão de peixe e agravamento das lesões no perineo após aplicação de tópico com óleo de fígado de bacalhau (Halibut®). Negava outros desencadeantes aparentes. Durante a 1.ª avaliação por IA realizou testes cutâneos em picada (TCP) que foram positivos para *Dermatophagoides pteronyssinus* (Dpt), *Dermatophagoides farinae* (Df), gato, gema e clara de ovo, β-lactoglobulina, pescada e bacalhau. Teve indicação para evicção dos referidos alimentos e verificou-se melhoria muito significativa ao longo dos 2 meses seguintes, com resolução quase total das lesões de eczema. Laboratorialmente apresentava eosinofilia (2774/mm<sup>3</sup>), IgE total aumentada (2839 UI/mL) e IgE específicas aumentadas para Dpt (79,1 kUA/L), Df (5,26 kUA/L) clara de ovo (>100 kUA/L), gema (40,4 kUA/L), α-lactoalbumina (29,6 kUA/L), β-lactoglobulina (89,3 kUA/L), caseína (>100 kUA/L), bacalhau (18,2 kUA/L), pescada (53,3 kUA/L) e linguado (1,38 kUA/L). Houve resolução total do eczema após alguns meses de evicção e ao longo dos anos seguintes não houve recidiva apesar de terem sido detectadas novas sensibilizações por TCP (tabela) e aumento dos valores de IgE específicas. Aos 7 anos iniciou sintomas sugestivos de rinite alérgica que foram controlados com corticóide nasal e antihistamínicos e aos 9 anos teve 2 episódios de dificuldade respiratória. Está actualmente (10 anos) clinicamente estável.

**Discussão:** No caso apresentado a evicção dos alimentos aos quais a criança se encontra sensibilizada foi crucial na resolução de um eczema grave e que não tinha resposta satisfatória à terapêutica tópica e sistémica. As dietas de evicção podem ser importantes nestes casos, no entanto a persistência da sensibilização pode levar a uma reacção IgE-mediada mais grave em exposições futuras.

**Tabela.** Resultados dos TCP com extractos comerciais

Extractos	2004	2005	2006	2010	2012
<i>Dermatophagoides pteronyssinus</i>	6mm	6mm	9mm	12mm	9mm
<i>Dermatophagoides farinae</i>	3mm	3mm	8mm	9mm	9mm
<i>Euroglyphus</i>	-	-	-	-	6mm
<i>Dermatophagoides microceras</i>	-	-	-	-	5mm
<i>Acarus siro</i>	-	-	-	-	5mm
<i>Tyrophagus</i>	-	-	-	6mm	6mm
<i>Glyciphagus</i>	-	-	-	4mm	-
Gato	5mm	-	6mm	7mm	6mm
Cão	4mm	-	4mm	5mm	-
α-lactoalbumina	0	7mm	6mm	8mm	15mm
β-lactoglobulina	6mm	5mm	9mm	7mm	6mm
caseína	3 mm	3mm	3mm	5mm	5mm
Gema de ovo	5mm	5mm	-	11mm	7mm
Clara de ovo	5mm	5mm	-	12mm	7mm
Pescada	6mm	10mm	11mm	25mm	20mm
Bacalhau	6mm	10mm	10mm	20mm	18mm
Besugo	-	5mm	8mm	-	-
Linguado	-	0	6mm	8mm	6mm
Atum	-	0	0	4mm	-
Carapau	-	-	-	-	6mm
Gamba	-	-	-	6mm	-

**P15 – Acompanhamento de uma grávida com angioedema hereditário**

Cíntia Cruz, Irina Didenko, Elza Tomaz, Filipe Inácio  
Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar de Setúbal

**Introdução:** O angioedema hereditário (AEH) é uma doença rara, de transmissão autossômica dominante, em que há um déficit significativo de C1-inibidor, quantitativo ou qualitativo. A manifestação clínica é o aparecimento de crises recorrentes e autolimitadas de angioedema sem urticária, desencadeadas, na maior parte dos casos, por stress físico (traumatismos, infeções) ou psicológico. As mulheres apresentam muitas vezes doença mais grave, para além de necessitarem de acompanhamento diferenciado em situações particulares.

**Caso clínico:** Apresenta-se o caso de uma mulher de 35 anos que há cerca de 4 anos iniciou episódios recorrentes de edema dos pés, mãos e face. Quatro meses após o início destes episódios, foi admitida em SU por edema da glote. Foram administradas adrenalina e corticosteróide sistémico, sem resposta clínica imediata, mas com resolução após 12 horas. Um episódio semelhante ocorreu passados 3 anos. Recorre ao SU do HSB, onde foi administrado concentrado de C1-inibidor (cCI) por angioedema resistente às habituais medidas terapêuticas. Foi referenciada a consulta de Imunoalergologia. Da investigação realizada destaca-se: C4 – 28 mg/dL; C1-inibidor – 34 mg/dL; função de C1-inibidor – 2%. Inicia terapêutica com cCI em SOS porque estava a amamentar, e entrega-se plano terapêutico escrito. Após hiato de um ano nas consultas, recorre novamente por aumento da frequência das crises periféricas, 2 novos episódios de edema da glote e terceira gravidez de 22 semanas. Retomou a administração de cCI, em SOS, com frequência aproximada de uma a duas vezes por mês. Foi administrado cCI uma hora antes da indução do parto programado (que decorreu sem complicações) e no segundo dia pós-parto por angioedema da face.

**Discussão:** OAEH pode ser afetado pela gravidez, parto e amamentação, pelo que se recomenda um acompanhamento rigoroso nestes períodos. A gravidez pode diminuir, agravar ou não ter qualquer efeito sobre a frequência e gravidade das crises. Estas são normalmente mais graves durante o primeiro trimestre. As grávidas com AEH devem ser acompanhadas em hospitais com acesso a consultas de Obstetria, Anestesiologia, Neonatologia e Imunoalergologia e com cCI prontamente disponível. A maioria dos partos são espontâneos por via vaginal. A profilaxia a curto prazo está recomendada antes do parto quando a doença é grave. Está reportada uma elevada frequência de crises de angioedema no puerpério.

**P16 – Importância diagnóstica da biópsia cutânea – Casos clínicos**

Ana Moreira, Isabel Rosmaninho, José Pedro Moreira da Silva  
Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

**Introdução:** As dermatoses constituem um desafio diagnóstico, abrangendo no seu diagnóstico diferencial uma variedade de patologias, do foro alérgico ou não, que frequentemente têm apresentação clínica semelhante. A biópsia cutânea é um procedimento simples e rápido que permite realizar o exame histopatológico de uma amostra cutânea. Neste âmbito, os autores apresentam 3 casos clínicos:

**Caso 1:** Mulher de 54 anos, com antecedentes de hipertensão arterial (HTA) e dislipidemia, observada em consulta de Imunoalergologia, em 2013, por erupção cutânea com 4 anos de evolução, eritematosa, pruriginosa e persistente. Atingimento de 2/3 da superfície corporal e agravamento no verão. Tratamento prévio com metotrexato e corticóides sem êxito e biópsia cutânea, efetuada em 2010, compatível com “Eczema crónico”. Realizaram-se exames complementares (EC): estudo analítico (hemograma, bioquímica e estudo imunológico) e testes epicutâneos, que não mostraram alterações. Biópsia cutânea com aspecto sugestivo de micose fungóide. Após estadiamento neoplásico, iniciado fototerapia PUVA com melhoria clínica.

**Caso 2:** Mulher de 58 anos com antecedentes de mastectomia bilateral em 2008, por carcinoma da mama ductal invasor, sem sinais de recidiva. Observada na nossa consulta, em 2013, por exantema maculopapular multiforme eritemo-violáceo no flanco esquerdo, pruriginoso, com 2 meses de evolução. Sem fatores desencadeantes ou de alívio. Sem melhoria após corticoterapia e anti-histamínicos. Estudo analítico sem alterações. Biópsia cutânea a revelar estruturas neoplásicas na derme superficial, compatíveis com carcinoma primário da mama. Iniciada quimioterapia com melhoria clínica.

**Caso 3:** Mulher de 58 anos, com antecedentes de urticária espontânea crónica, HTA, dislipidemia, patologia depressiva e osteoarticular. Observada na nossa consulta por lesões cutâneas, com vários anos de evolução, recorrentes, localizadas nas nádegas, pruriginosas, simétricas, pigmentadas e com escoriação central. Melhoria parcial com anti-histamínicos. EC (estudo analítico e testes epicutâneos) sem alterações. Biópsia cutânea a revelar líquen simples crónico.

**Conclusão:** Os casos descritos permitem evidenciar a elevada importância da biópsia cutânea como exame complementar, porque com frequência, permite o esclarecimento e/ou confirmação do diagnóstico.

**P17 – Alergia a romã por LTPs com padrão de reactividade cruzada inesperado – Caso clínico**

Frederico Regateiro<sup>1</sup>, Borja Bartolomé<sup>2</sup>, Celso Pereira<sup>1,3</sup>, Beatriz Tavares<sup>1</sup>, Graça Loureiro<sup>1</sup>, António Segorbe-Luis<sup>1,3</sup>  
<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, Portugal; <sup>2</sup>R&D Bial-Aristegui, Bilbao, Espanha; <sup>3</sup>Imunologia Clínica, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Portugal

**Introdução:** A romã é uma infrutescência da *Punica granatum* com descrições raras de alergia mediada por IgE.

**Caso clínico:** Doente do sexo masculino, de 21 anos de idade, com o diagnóstico de rinite alérgica a gramíneas, em tratamento com imunoterapia específica no último ano. Em Novembro de 2012, inicia clínica de síndrome alérgica oral com a ingestão de frutos secos, maçã e romã. Foi efectuada reavaliação clínico-laboratorial salientando-se os procedimentos seguintes: Testes cutâneos *prick* positivos a aeroalergénios (mm): Gramíneas=6, Oliveira=3, Artemisia=5, Dpt=7 (histamina 5); alimentos (mm): Uva=3, Figo=3, Framboesa=3, Maçã=3, Girassol=5, Castanha=6, Noz=4; polcalcina e profilina, negativos. Testes *prick-prick* para polpa de romã=8mm. No doseamento de sIgE salienta-se: *Phleum pratense* 5,47kU/L; *Artemisia vulgaris* 2,12kU/L; *Olea europaea* 1,56kU/L; *Dermatophagoides pteronyssinus* 48,6kU/L; noz 3,83kU/L; castanha 0,7kU/L; maçã 3,26kU/L; Pru p 3 4,69kU/L; Pru p 4 0,01kU/L; CCDs 0,02kU/L; polpa de romã 0,4kU/L e pele de romã <0,35 kU/L. Procedeu-se posteriormente a SDS-PAGE Immunoblotting com extracto de romã em fase sólida, tendo sido identificadas 2 bandas com 15kDa e 16kDa. Paralelamente, foram realizados testes de inibição, immunoblotting, com extracto de romã, demonstrando total inibição com Pru p 3, atestando a presença das 2 isoformas de LTP, previamente identificadas. A pré-incubação do soro do paciente com extrato de *Phleum pratense* resultou na inibição completa da banda de 16 kDa e inibição parcial da banda de 15 kDa. Face a estes resultados, procedeu-se a nova prova inibição, agora utilizando extracto de pele de pêssego em fase sólida, observando-se inibição total com Pru p 3, *Phleum pratense*, *Olea europea*, *Platanus acerifolia* e *Salsola kali*, inibição parcial para Dpt e sem inibição com *Artemisia vulgaris*, resultados estes repetidamente confirmados.

**Discussão:** Neste doente alérgico a sensibilização a romã será, seguramente, dependente de LTP, mas os resultados sugerem que uma das isoformas poderá apresentar características funcionais diferentes do padrão actualmente conhecido. A eventual presença de epitopos semelhantes em algumas LTPs e em proteínas não relacionadas poderá justificar este padrão inesperado de reacção cruzada, pelo que a identificação proteica por espectrometria de massa é fundamental.

**P18 – Alergia ao mel – Caso clínico**

Graça Loureiro<sup>1</sup>, Alexandru Ciobanu<sup>1</sup>, Gisela Calado<sup>1</sup>, Beatriz Tavares<sup>1</sup>, Celso Pereira<sup>1,2</sup>, António Segorbe Luis<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; <sup>2</sup>Imunologia Clínica, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

**Caso clínico:** Doente do sexo masculino, 38 anos, com antecedentes de rinite alérgica, intermitente ligeira, com evolução desde a infância, com predomínio na Primavera. Em Janeiro 2011 recorre ao SU por episódio súbito de angioedema da face e mãos, urticária generalizada, disfonia e dispneia inspiratória, cerca de 2h após a ingestão de leite com mel (por odinofagia), resolução no serviço de urgência após toma de corticoterapia ev e antihistamínicos IM. Apresenta 2.º episódio semelhante em Fevereiro 2011, 6h após toma de ibuprofeno, por odinofagia, com tolerância parcial do mel (tolerância à ingestão de bolo de mel). Em Abril de 2012, apresenta 3.º episódio, cerca de 4h após ingestão de papas com mel, com necessidade de auto-administração de adrenalina IM. O estudo imunoalergológico revelou: hemograma com leucograma, bioquímica sérica, Igs séricas, triptase sérica, fracções do complemento, β2 microglobulina, função da tiróide dentro dos parâmetros da normalidade. TASO 373 UI/L; ANAs positivo – padrão mosqueado. Estudo funcional respiratório, por pletismografia com padrão ventilatório normal; FeNO 11,2 ppb. Realizou testes cutâneos de alergia com bateria de aeroalergénios comuns e alimentos, salientando-se na tabela abaixo a reactividade cutânea, bem como a IgE sérica, documentadas. Foi proposta evicção alimentar, medidas terapêuticas de anafilaxia, e imunoterapia específica a *Artemisia*, que cumpre desde Setembro 2012. Em Junho 2013, imediatamente após ingestão de gelado de limão (cenoura e mel, discriminados na rotulagem), apresenta disfonia com boa resposta à corticoterapia oral, sem necessidade de recorrer ao serviço de urgência. Refere tolerância à cenoura.

**Discussão:** A alergia ao mel é uma entidade nosológica rara e pode manifestar-se com reacções de diferentes gravidades, incluindo anafilaxia. Os principais alergénios descritos responsáveis pela alergia ao mel são proteínas provenientes das secreções glandulares das abelhas e/ou de alguns pólenes, designadamente de *Compositae*. A propósito deste caso clínico, admite-se que a contaminação do mel por pólenes de *Artemisia* condicione a evolução clínica observada.

	Testes cutâneos de alergia		IgE específica (kU/L)
	Prick (mm)	Prick-prick (mm)	
Histamina	4		
Artemisia	6		16,6
Parietaria	3		0,99
D. pteronyssinus	3		0,13
L. destructor	3		0,08
caril	5		
cominhos	3		
pimenta	3		
aniz	4		
cenoura	neg		
cenoura crua		6	
cenoura cozida		neg	
aipo	neg	neg	
mel		10	5,27
rPru p 3			0,06
nArt vI			20,9

**P19 – Um alérgico alimentar incomum**

Ana Reis Ferreira, Fabírcia Carolino, Josefina Rodrigues Cernadas  
Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar São João, Porto

**Introdução:** A alergia alimentar pode representar um desafio diagnóstico quando o alimento envolvido não é uma causa habitual.

**Caso clínico:** Os autores descrevem o caso de um menino de 2 anos, que desenvolveu edema labial e eritema perioral isolados alguns minutos após ingestão da primeira sopa, aos 4 meses de idade. Os episódios eram reprodutíveis após ingestão de sopa e, numa tentativa de identificar o alérgico responsável, a mãe excluiu alternadamente cada vegetal da preparação; após exclusão da batata, verificou o desaparecimento dos sintomas. Posteriormente, a criança apresentou episódios semelhantes com gema de ovo cozida. Iniciou rinite alérgica crônica, tosse e asma recorrentes, cinco meses antes da consulta. Na avaliação inicial, não foram detetadas alterações relevantes ao exame objetivo. Os testes cutâneos por picada foram negativos para aeroalérgicos e látex. Os testes por picada-picada foram positivos com gema e clara de ovo cruas, clara cozida e batata crua e negativos com gema de ovo e batata cozidas. O estudo analítico revelou elevação da IgE específica (sIgE) para batata (23.60 kU/L), clara (3.07 kU/L) e gema (0.38 kU/L) de ovo. O controlo dos sintomas respiratórios foi conseguido com corticoide nasal e inalado e montelucaste diários; manteve-se evicção da ingestão de batata e ovo. Após um ano, houve aumento da sIgE para batata (>100 kU/L) e o ImmunoCAP ISAC® revelou reatividade a Gal d 1 (2.7 ISU), Gal d 2 (1.4 ISU), Phi p 4 (0.3 ISU) e Act d 1 (1 ISU). A análise por immunoblotting identificou, como alérgico da batata, uma proteína com função de inibidor da protease tipo Kunitz, homóloga de uma proteína do kiwi. Dois anos após a primeira consulta, a reavaliação analítica revelou sIgE positiva para *D. pteronyssinus* (4.02 kU/L), mistura de gramíneas 1 (0.41 kU/L), batata (63.9 kU/L), clara (2.79 kU/L) e gema de ovo (1.06 kU/L) e kiwi (0.73 kU/L). Considerando os resultados dos testes com alimento em natureza, foi proposta provocação oral com gema de ovo e batata cozidas, que a mãe recusou.

**Comentários:** A batata (*Solanum tuberosum*) tem sido descrita como causa de diversos tipos de reação de hipersensibilidade, incluindo anafilaxia. Os alérgicos da família dos inibidores da tripsina tipo Kunitz podem ser encontrados em frutas, vegetais e cereais e apresentar reatividade cruzada entre si e com alérgicos de pólenes. A tolerância à batata cozida é alcançada em até 80% das crianças por volta dos 4 anos de idade.

**P20 – Máscaras de ovo para o cabelo: a proscrever?**

João Azevedo<sup>1</sup>, Beatriz Tavares<sup>1</sup>, Graça Loureiro<sup>1</sup>, Celso Pereira<sup>1,2</sup>,  
António Segorbe Luís<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; <sup>2</sup>Imunologia Clínica, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

**Introdução:** O ovo é um dos alimentos com maior potencial alérgico. Reações alérgicas desencadeadas pela ingestão de ovo são responsáveis por uma percentagem significativa dos episódios de anafilaxia de causa alimentar. Na maioria dos casos, esta sensibilização ocorre preferencialmente durante os 2 primeiros anos de vida e 75% das crianças adquirem tolerância por volta dos 5 anos. A alergia ao ovo com início na idade adulta é pouco frequente e descrita essencialmente em adultos jovens.

**Caso clínico:** Descreve-se o caso de uma doente do sexo feminino, caucasiana, com diagnóstico de asma e rinite alérgicas desde os 62 anos de idade, sem antecedentes de alergias alimentares prévias. Aos 67 anos, após a aplicação de máscara capilar contendo apenas ovo cru, iniciou de imediato sensação de mal-estar, congestão ocular, edema palpebral e urticária no local de contacto com o ovo. A partir dessa altura sempre que ingere ovo, sintomas imediatos de rinoconjuntivite, mais exuberantes com ovo cru. Cinco meses depois, após ingestão de mousse de ananás (com ovo cru), iniciou queixas de sibilância, dispneia e ester-nutos. Sem história de exposição a aves, nem ocupacional a ovo.

O estudo imunológico revelou: testes cutâneos por picada a aeroalérgicos comuns positivos para (diâmetro da pápula em mm; controlo positivo 6, controlo negativo 0): *Dermatophagoides pteronyssinus* 6, *D. farinae* 5, gato 5, *Cladosporium herbarum* 4, amieiro 3, *Betula verrucosa* 5, oliveira 5, gramíneas 9, *Artemisia vulgaris* 3, *Parietaria judaica* 3 e *Chenopodium album* 4. Foram realizados testes cutâneos por picada com extractos comerciais de ovo e seus componentes, doseamento de IgE específica, testes *prick-prick* com ovo cru e cozido e testes de contacto com ovo cru (tabela). Aconselhada a fazer evicção total de ingestão e de contacto com o ovo.

Extractos comerciais	Testes cutâneos <i>prick</i> Ø da pápula (mm)	IgE específica (KU/L) (Classe)	
Histamina	6		
Controlo negativo	0		
Ovo inteiro	6	6,4 (3)	
Clara do ovo	6	4,0 (3)	
Gema do ovo	6	<0,35 (0)	
Ovoalbumina	6	6,9 (3)	
Ovomucóide	6	1,4 (2)	
Alimentos em natureza		Testes <i>prick-prick</i>	
Ovo cru	Clara	5	0
	Gema	3	0
Ovo cozido	Clara	4	NE
	Gema	4	NE

**Conclusão:** A alergia ao ovo com início na idade adulta é pouco frequente e rara no idoso. O desenvolvimento dos primeiros sintomas após contacto cutâneo com proteínas do ovo é ainda menos frequente. Equaciona-se nesta doente a precipitação da primeira reacção, por absorção cutânea de alérgicos não digeridos, num terreno atópico já conhecido.

**P21 – Sobre-infeção por *Herpes simplex 1* em latente com eczema grave – Caso clínico**

Carmo Abreu, Catarina Sezinando, Raquel Gomes, Leonor Cunha  
Serviço Imunoalergologia, Centro Hospitalar do Porto (Diretora do Serviço: Dra. Helena Falcão)

O eczema herpeticum é uma doença aguda causada, na maioria dos casos, pelo vírus herpes simplex tipo 1 (HSV-1). A infeção do HSV-1 em doentes com dermatite atópica é uma situação grave, com necessidade de correto diagnóstico e tratamento. Este relato tem como objetivo apresentar o caso de um latente do sexo masculino, de 8 meses de idade, imunocompetente, com 2 episódios de eczema herpeticum, causado por contacto direto com lesões labiais da mãe e sobre-infeção pelo *Staphylococcus aureus*. Latente de 6 meses, referenciado à consulta de imunoalergologia, para despiste de alergia às proteínas de leite de vaca, por ter iniciado um quadro de eczema coincidente com o início da toma de leite de vaca em natureza. Aos 8 meses, recorre ao serviço de urgência (SU), por quadro com três dias de evolução de febre, associado a lesões vesiculares umbilicadas com secreção purulenta da face e atingimento peri-oculares. Ao exame físico apresentava xerose cutânea, crosta láctea do couro cabeludo, lesões eritemato-descamativas do tronco, membros e face. Após ter colhido estudo analítico e zaragoas do exsudado, foi observado por oftalmologia que exclui atingimento ocular. Perante a extensão das lesões, decidido internamento. Durante o internamento, realizou estudo imunológico que excluiu imunodeficiências e diagnosticou-se infeção por HSV-1. Manteve tratamento local e sistémico com aciclovir durante 10 dias e teve alta com melhoria do eczema e com as lesões vesiculares da face em resolução. Duas semanas após a alta, agravamento do eczema com aparecimento de novas lesões vesiculares da face e febre de novo, tendo recorrido novamente ao SU, onde colheu hemoculturas que se verificaram positivas para *Staphylococcus aureus* multisensível. Decide-se reinternamento sob terapêutica dirigida com ceftriaxona e aciclovir intravenoso e cuidados locais, com boa resposta e alta ao 8.º dia. Atualmente o latente mantém seguimento em imunoalergologia e dermatologia, tendo realizado estudo alergológico, com valores de imunoglobulinas E (IgE) específica negativas para o leite, alfa-lactoglobulina, beta-lactoglobulina e ovo, sem eosinofilia ou aumento do valor total da IgE. Discute-se a importância do diagnóstico precoce e controlo adequado do eczema, sobretudo em pacientes pediátricos no primeiro ano de vida, de forma a prevenir a evolução da doença e evitar infeções por vírus e bactérias que podem levar a complicações graves associadas.

**P22 – Titulação da concentração de extrato de *Staphylococcus pseudintermedius* para diagnóstico de hipersensibilidade cutânea ao *Staphylococcus* no cão – um estudo preliminar**

Diana Mascarenhas, Natacha Couto, Adriana Belas, Constança Pomba, Ana Mafalda Lourenço  
CIISA, Faculdade de Medicina Veterinária, Universidade de Lisboa

Nos cães com dermatite atópica, as infeções cutâneas recorrentes causadas por *Staphylococcus pseudintermedius* são extremamente comuns. Estudos prévios demonstraram que cães atópicos com piodermite recorrente têm títulos mais elevados de imunoglobulina E (IgE) anti-*Staphylococcus* no soro. O objetivo principal deste estudo foi comparar a resposta de hipersensibilidade cutânea a alergénios de *S. pseudintermedius* mediada por IgE em cães atópicos com história de infeção cutânea recorrente e cães saudáveis. Para isso, utilizaram-se testes intradérmicos, onde se testaram diferentes concentrações de extracto de um *S. pseudintermedius* resistente à meticilina (MRSP), estirpe 5819/10. Esta estirpe foi isolada de um cão com piodermite profunda e apresenta os seguintes genes de virulência: *luk-I*, *se-int*, *siet*, *speta*, *ebpS* e *spsL*. A proteína do extracto de *S. pseudintermedius* foi obtida por sonicação e as seguintes concentrações foram utilizadas: 2 ug/ml, 20 ug/ml e 200 ug/ml, assim como um controlo positivo (fosfato de histamina 0.001%) e um controlo negativo (PBS 0.9%). Foram incluídos neste estudo (n=21), dez cães saudáveis sem história clínica de piodermite recorrente e onze cães atópicos com história e/ou sinais clínicos de infeção cutânea recorrente por *cocci* (muito provavelmente *S. pseudintermedius*), diagnosticados por citologia cutânea. Dos 21 cães presentes no estudo, vinte (95%) apresentaram reação positiva ao MRSP na concentração de 200 ug/ml e apenas 1 dos animais saudáveis não apresentou reação positiva nesta concentração. Pelo contrário, considerando a concentração de 20 ug/ml, apenas 1 cão saudável e 3 atópicos exibiram reações positivas. É bastante provável que a concentração de 200 ug/ml seja irritante e por isso resulte em reações falsamente positivas. A concentração de 20 ug/ml parece ser uma concentração mais indicada para ser usada no diagnóstico de hipersensibilidade ao *S. pseudintermedius* em cães atópicos. Em cães com piodermite recorrente causada pelo *S. pseudintermedius* e que apresentem hipersensibilidade a esta bactéria é esperado que o grau de prurido aumente significativamente quando infectados. No futuro, a imunoterapia específica para esta bactéria pode ser benéfica para o tratamento destes pacientes, o que torna fundamental o diagnóstico de hipersensibilidade ao *S. pseudintermedius*. Mais estudos deverão ser realizados, de modo a determinar a melhor concentração de extrato a ser utilizada em testes intradérmicos.

**3.ª SESSÃO DE POSTERS**

Dia: 11 de Outubro 2013  
Horas: 19.30 – 21.00 horas

Moderadores: Isabel Silva / Carlos Lozoya

**P23 – Hipersensibilidade aos AINEs: Fenótipos e fármacos envolvidos**

Carmo Abreu<sup>1</sup>, Marta Chambel<sup>2</sup>, Ângela Gaspar<sup>2</sup>, Eugénia Almeida<sup>3</sup>, Emília Faria<sup>3</sup>, Luisa Galdes<sup>4</sup>, Daniela Malheiro<sup>5</sup>, Susana Cadilha<sup>5</sup>, Eva Gomes<sup>1</sup>

Serviços de Imunoalergologia: <sup>1</sup>Centro Hospitalar do Porto; <sup>2</sup>Hospital CUF Descobertas; <sup>3</sup>Centro Hospitalar da Universidade de Coimbra; <sup>4</sup>Centro Hospitalar de Alto Ave; <sup>5</sup>Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

**P24 – Alergia aos betalactâmicos em idade pediátrica**

Filipa Ribeiro<sup>1</sup>, Letícia Pestana<sup>2</sup>, David Possidónio<sup>3</sup>, Sónia Rosa<sup>3</sup>, Paula Leiria Pinto<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospitais da Universidade de Coimbra; <sup>2</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte; <sup>3</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central

**P25 – Utilização com sucesso de omalizumab em desensibilização à insulina numa doente diabética alérgica a insulina**

Pedro Silva, Rita Aguiar, Ana Célia Costa, Manuel Pereira Barbosa  
Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte

**P26 – Hipersensibilidade a inibidores da bomba de protões – um caso raro**

José Pedro Almeida, Anabela Lopes, Manuel Pereira Barbosa  
Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte

**P27 – Eritema fixo generalizado induzido pelo paracetamol**

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

**P28 – Anafilaxia com hidrocortisona – raro mas existe**

Maria Isabel Mascarenhas<sup>1</sup>, Isabel Costa Silva<sup>1</sup>, Alcinda Campos Melo<sup>2</sup>, Maria Conceição Pereira Santos<sup>2</sup>, José Rosado Pinto<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital Beatriz Ângelo, Loures; <sup>2</sup>Laboratório de Imunologia Clínica, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa / Instituto de Medicina Molecular; <sup>3</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital da Luz, Lisboa

**P29 – Hipersensibilidade aos anti-retrovíricos – caso clínico**

Maria João Sousa, Susana Cadinha, Daniela Malheiro, José Pedro Moreira da Silva

Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar Vila Nova Gaia / Espinho

**P30 – Anafilaxia a antagonistas dos receptores da angiotensina II**

Leonor Paulos Viegas<sup>1</sup>, Manuel Branco Ferreira<sup>1,2</sup>, Manuel Pereira Barbosa<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte; <sup>2</sup>Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

**P31 – Hipersensibilidade tardia ao ácido clavulânico – caso clínico**

Maria João Sousa, Susana Cadinha, Daniela Malheiro, José Pedro Moreira da Silva

Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar Vila Nova Gaia / Espinho

**P32 – Anafilaxia ao Qingkailing**

David Possidónio, Sónia Rosa, Paula Leiria Pinto

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

**P33 – 28 anos sem analgesia**

David Possidónio, Sónia Rosa, Paula Leiria Pinto

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

**P23 – Hipersensibilidade aos AINEs: Fenótipos e fármacos envolvidos**

Carmo Abreu<sup>1</sup>, Marta Chambel<sup>2</sup>, Ângela Gaspar<sup>2</sup>, Eugénia Almeida<sup>3</sup>, Emília Faria<sup>3</sup>, Luísa Geraldes<sup>4</sup>, Daniela Malheiro<sup>5</sup>, Susana Cadilha<sup>5</sup>, Eva Gomes<sup>1</sup>

Serviços de Imunoalergologia: <sup>1</sup>Centro Hospitalar do Porto; <sup>2</sup>Hospital CUF Descobertas; <sup>3</sup>Centro Hospitalar da Universidade de Coimbra; <sup>4</sup>Centro Hospitalar de Alto Ave; <sup>5</sup>Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

**Introdução:** Os AINEs são os fármacos mais implicados em reacções de hipersensibilidade no adulto. A classificação das reacções foi recentemente revista tendo em conta os diferentes fenótipos encontrados.

**Objetivos:** Trabalho retrospectivo e multicêntrico para identificar os fenótipos mais prevalentes e os fármacos mais frequentemente implicados.

**Material e métodos:** 189 doentes avaliados em consulta específica de alergia a fármacos com estudo diagnóstico já concluído. Colhidos dados demográficos, antecedentes, tipo de reacção, fármacos envolvidos e resultados da investigação.

**Resultados:** Dos 189 doentes, 111 (59%) eram do sexo feminino (média – 35,6 anos), 51 (27%) <18 anos. 81 (42,8%) doentes eram atópicos, 52 (27,5%) apresentavam diagnóstico prévio de asma, 86 (45,5%) de rinite e 13 (6,9%) de urticária crónica. Os fármacos mais implicados na primeira reacção foram o ibuprofeno (39%), aspirina (26%), paracetamol (12,7%), metamizol (7,4%) e diclofenac (5,3%). Em 107 (57%) doentes as reacções foram imediatas. 58% dos doentes relatavam reacções exclusivamente cutâneas, 11% reacções respiratórias, 26% apresentavam reacções mistas e 12% tiveram anafilaxia como primeira forma de apresentação. Em 81 doentes havia referência a reacção a mais que 1 fármaco e 121 tinham alternativas terapêuticas já conhecidas. 95 (50%) realizaram teste de provocação diagnóstico, dos quais, 25 (26%) positivos, 121 (64%) realizaram provocação com fármaco alternativo, positiva em 14 (12%). 45 (24%) doentes não realizaram teste de provocação, por recusa do doente ou por apresentarem contra-indicação. Em 38% excluiu-se a suspeita de hipersensibilidade a AINEs e em 22% foi possível confirmar o diagnóstico, entre estes, o fenótipo mais prevalente foi a urticária/angioedema induzido por AINEs em 15 (36%) doentes, seguido da exacerbação da patologia respiratória em 9 (22%), exacerbação da urticária em 8 (20%), urticária/angioedema ou anafilaxia induzida por apenas um AINE em 8 (20%) e reacção de hipersensibilidade retardada em apenas um dos doentes (2%).

**Conclusões:** Na população estudada encontramos vários fenótipos. As reacções imediatas com manifestações cutâneas foram as mais frequentes. Em alguns casos, a anafilaxia foi a primeira manifestação da hipersensibilidade. O fármaco mais frequentemente implicado nas reacções foi o ibuprofeno. A prova de provocação mostrou-se uma ferramenta essencial para excluir ou confirmar a suspeita de hipersensibilidade aos AINEs e valiosa para encontrar fármacos alternativos.

**P24 – Alergia aos betalactâmicos em idade pediátrica**

Filipa Ribeiro<sup>1</sup>, Letícia Pestana<sup>2</sup>, David Possidónio<sup>3</sup>, Sónia Rosa<sup>3</sup>, Paula Leiria Pinto<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospitais da Universidade de Coimbra; <sup>2</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte; <sup>3</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central

**Introdução:** Os antibióticos betalactâmicos são um dos grupos farmacológicos mais utilizados na população pediátrica. Algumas doenças infecciosas agudas da infância podem acompanhar-se de sintomas cutâneos que podem assemelhar-se a reacções de hipersensibilidade a fármacos, levando a que muitas crianças recebam o rótulo de alergia medicamentosa.

**Objetivo:** Caracterizar a população pediátrica que realizou prova de provocação oral (PPO) a antibióticos, num Serviço de Imunoalergologia, num período de 1 ano (2011).

**Métodos:** Avaliação retrospectiva das PPO a antibióticos efetuadas em Hospital de Dia na população com menos de 18 anos. Recolheram-se dados relativos ao sexo, idade, fármaco, clínica, número e objetivo da prova, testes cutâneos e *in vitro* (doseamento de IgE específicas) e presença de atopia.

**Resultados:** Analisaram-se 60 crianças (67% sexo masculino) com uma média de idades de 6 anos (1-14). Os fármacos suspeitos foram amoxicilina e ácido clavulânico (60%), amoxicilina (27%), cefalosporinas (8%), penicilina (3%), flucloxacilina e ampicilina (2%). Em relação às manifestações clínicas, 95% dos doentes apresentavam sintomatologia cutânea (exantema maculopapular em metade dos casos) e 5% tinham queixas gastrointestinais. As reacções tardias ocorreram em 78% dos casos. Foram realizadas 34 PPO com amoxicilina e ácido clavulânico, 20 com amoxicilina, 7 com cefalosporinas e 1 com flucloxacilina. As PPO foram negativas em 97% dos casos. Duas PPO foram inconclusivas por vômitos alimentares e uma delas foi repetida posteriormente sendo negativa. Em 60 PPO o objetivo foi a exclusão do diagnóstico (97%) e 2 PPO (3%) decorreram com fármacos alternativos. Duas crianças fizeram 2 PPO por suspeita de alergia a 2 antibióticos. Foram efetuados testes cutâneos com betalactâmicos a 15 crianças (25%) e testes *in vitro* em 30 (50%), tendo todos sido negativos. Dezanove crianças eram atópicas (32%).

**Conclusões:** Existe um sobrediagnóstico de alergia a betalactâmicos na idade pediátrica. O diagnóstico de alergia medicamentosa foi excluído na maioria dos doentes. A PPO mantém um papel crucial na abordagem destes doentes. É fundamental o envio à Imunoalergologia para esclarecimento da situação, de forma a não limitar as opções terapêuticas de forma permanente e desnecessária, numa faixa etária propensa a quadros infecciosos frequentes.

**P25 – Utilização com sucesso de omalizumab em dessensibilização à insulina numa doente diabética alérgica a insulina**

Pedro Silva, Rita Aguiar, Ana Célia Costa, Manuel Pereira Barbosa  
Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte

**Introdução:** A alergia à insulina é uma entidade rara. Para além das manifestações de hipersensibilidade imediata e tardia, pode ocorrer ineficácia do fármaco no controlo da glicémia. A dessensibilização medicamentosa é a opção terapêutica nos casos mais graves mas em casos raros pode ser ineficaz. Recentemente, a administração do anticorpo monoclonal anti-IgE omalizumab demonstrou ser útil a reduzir o número e a intensidade de reacções associadas à dessensibilização farmacológica.

**Caso clínico:** Descreve-se o caso de uma mulher de 45 anos com diabetes mellitus tipo 2, alérgica a várias preparações de insulina. Apresentava, desde as primeiras administrações subcutâneas de insulina, quadro de urticária primeiro localizada e posteriormente generalizada, com valores de glicémia progressivamente mais elevados, apesar do aumento progressivo das doses de insulina. Realizaram-se testes cutâneos por picada com várias preparações de insulina humana e diversos análogos que foram todos positivos, apesar de não se identificar IgE específica para insulina. As tentativas tradicionais de controlo (alteração da insulina ou medicação conjunta com anti-histamínicos em doses até 4x/dia) não foram eficazes a controlar os sintomas, pelo que se optou por realizar protocolo de dessensibilização a insulina glargina. Foi possível atingir uma dose final de manutenção de 12U diárias, sem sintomas, mas tentativas de dessensibilização para doses mais elevadas levaram sempre a reaparecimento de urticária resistente à terapêutica habitual. Por necessidade de controlo da glicémia, optou-se então pela realização de novo protocolo de dessensibilização sob omalizumab. Foram administrados 150mg a cada 4 semanas (10 meses) e posteriormente 150mg a cada 6 semanas (8 meses), sendo possível atingir uma dose diária de 36U de insulina, sem aparecimento de sintomas. Progressivamente ocorreu regularização dos valores de glicémia. Após a interrupção de omalizumab, a doente manteve-se controlada e assintomática.

**Conclusão:** Apesar de ser uma utilização *off-label*, a dessensibilização farmacológica sob omalizumab pode ser útil em casos graves, quando não é possível atingir doses de manutenção satisfatórias com protocolos convencionais.

**P26 – Hipersensibilidade a inibidores da bomba de prótons – um caso raro**

José Pedro Almeida, Anabela Lopes, Manuel Pereira Barbosa  
Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte

**Introdução:** A hipersensibilidade aos inibidores da bomba de prótons (IBPs) é rara. O diagnóstico é difícil e exige um elevado nível de suspeição clínica. Deve ter-se em conta a reactividade cruzada entre o IBPs, embora não existam estudos a favor de um padrão definido. A literatura reporta apenas estudos de casos, com o máximo de 9 casos, sendo as reacções sobretudo de hipersensibilidade imediata. Os autores relatam um caso de hipersensibilidade tardia a todos os IBPs disponíveis em Portugal.

**Caso clínico:** Mulher de 39 anos, raça branca, enfermeira de profissão, referenciada à consulta de Imunoalergologia em 2012 por suspeita de alergia medicamentosa. Apresentava como antecedentes pessoais relevantes: rinite alérgica a ácaros e gramíneas (persistente ligeira); eczema de contacto a tiurans; queixas recorrentes de dispêpsia/pirose. Medicada habitualmente com desloratadina 5mg/dia. Trata-se de uma doente que (i) em 2007 no contexto de síndrome gripal com administração endovenosa de acetilsalicilato de lisina e omeprazol, referiu um eritema pruriginoso generalizado e angioedema labial cerca de 3h depois; (ii) em 2008 no contexto de novo síndrome gripal e com administração oral de ibuprofeno e omeprazol, refere um quadro semelhante cerca de 6-8h depois. Por auto-admitir uma possível hipersensibilidade aos anti-inflamatórios não esteróides, a doente fez evicção de todos os analgésicos à excepção de paracetamol. Em 2010, por agravamento das queixas gástricas foi realizada endoscopia digestiva que relevou esofagite de refluxo, motivo pelo qual a doente teve indicação para tomar IBPs. Iniciou omeprazol na dose oral de 40mg/dia, referindo cerca de 6h após a primeira toma um quadro de eritema puriginoso generalizado. As tomas sequenciais de lansoprazol, pantoprazol e esomeprazol reproduziram o padrão de reacção; a toma de rabeprazol originou um exantema bolhoso nos membros superiores. Da investigação alergológica salienta-se testes cutâneos em picada negativos, sendo que os intradérmicos foram negativos imediatos mas positivos tardios (10h após) para os 5 IBPs. A doente teve indicação para fazer evicção de todos os IBPs, encontrando-se actualmente medicada com ranitidina e sucralfato, com tolerância.

**Conclusão:** Trata-se do primeiro caso descrito na literatura de hipersensibilidade tardia a todos os IBPs. Salienta-se a importância de uma boa história clínica e da elevada suspeição clínica para o diagnóstico.

**P27 – Eritema fixo generalizado induzido pelo paracetamol**

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

**Introdução:** O paracetamol é raramente responsável por reacções adversas. O eritema fixo define-se por uma ou várias lesões cutâneas ou mucosas, maculares, eritematosas, circulares ou ovais, associando-se de forma variável a dor ou prurido, que surgem normalmente 30 minutos a 8 horas após a exposição a um fármaco, e que resolvem habitualmente com hiperpigmentação. A readministração do mesmo fármaco induz o reaparecimento das lesões nos mesmos locais e em zonas *de novo*. Raramente ocorrem formas generalizadas.

**Caso clínico:** Doente do sexo feminino, 68 anos que inicia quadro de lesões eritematosas fixas, bem delimitadas, circulares, não dolorosas, não pruriginosas, afectando os membros a face e o tronco. Apresentava ainda lesões descamativas nos lábios e ulcerações discretas na língua. Sem outros sintomas. Negava toma de outra medicação para além da habitual (sinvastatina e glimepirida). Analiticamente apresentava discreta leucocitose, neutrofilia de 71% e PCR de 5,05. ANA's, HIV e VDRL negativos. Realizou corticoterapia e anti-histaminicos orais, durante 2 semanas, com regressão completa das lesões. Uma semana depois houve reaparecimento das lesões nos mesmos locais e descamação da palma das mãos. Fez novo curso de 2 semanas de corticoide oral, com regressão do quadro. Dois meses depois ocorre reaparecimento do quadro de forma súbita 1 hora após a toma de 1 gr de paracetamol. Realizou novo curso de corticoide e A-HI orais bem como corticoide e emoliente tópicos. As lesões evoluíram de eritematosas para violáceas e posteriormente para acastanhadas. Dois meses depois, novamente após toma de 1 gr de paracetamol, desenvolve quadro de lesões idênticas, mas em maior número e mais extensas, que resolveram após terapêutica, mantendo hiperpigmentação. Foi feita biópsia cutânea que revelou dermatite liquenóide compatível com toxidermia, com presença de melanófagos. Foi recomendada evicção do paracetamol, não tendo havido recorrência do quadro entretanto.

**Conclusão:** O fármaco implicado foi identificado através da história clínica e da recorrência das lesões com a readministração do mesmo. Assumiu-se que nos episódios iniciais possa ter havido toma de paracetamol antes do aparecimento dos sintomas, e que a doente não tivesse valorizado.

**P28 – Anafilaxia com hidrocortisona – raro mas existe**

Maria Isabel Mascarenhas<sup>1</sup>, Isabel Costa Silva<sup>1</sup>, Alcinda Campos Melo<sup>2</sup>, Maria Conceição Pereira Santos<sup>2</sup>, José Rosado Pinto<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital Beatriz Ângelo, Loures; <sup>2</sup>Laboratório de Imunologia Clínica, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa / Instituto de Medicina Molecular; <sup>3</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital da Luz, Lisboa

**Introdução:** Os corticóides são fármacos frequentemente usados na clínica, pelos seus efeitos anti-inflamatórios e imunomoduladores. As reacções de hipersensibilidade a este grupo são pouco frequentes e maioritariamente tardias (dermatite de contacto, pelo uso tópico). As reacções imediatas são raras, estando descritos, na literatura, cerca de 100 casos com corticóides sistémicos. O mecanismo imunológico das reacções imediatas não está completamente esclarecido (reacções mediadas e não mediadas por IgE), verificando-se o mesmo relativamente ao padrão de reactividade cruzada entre grupos estruturais destes fármacos.

**Caso clínico:** Apresentamos o caso de um homem de 66 anos, carpinteiro reformado, com diagnósticos conhecidos de hipertensão arterial, asma parcialmente controlada e rinite persistente grave não alérgicas e polipose nasal, medicado com alisquireno, omeprazol, ebastina, budesonido+formoterol 160/4,5ug, budesonido nasal 64ug, triamcinolona im 2/2 meses. Recorre ao SU por asma agudizada. Após administração de hidrocortisona ev, aparecimento de eritema generalizado pruriginoso, agravamento do broncospasma e da dispneia, rinoconjuntivite e incontinência de esfíncter urinário. Não tinha sido administrado outro fármaco. Foi medicado com adrenalina im, clenastina, salbutamol e brometo de ipratrópio e mantido em vigilância 24h. Em internamento reiniciou os corticóides inalados sem reacção, pelo que manteve a medicação habitual, associada a montelucaste e prescrição de adrenalina para auto-administração, respectivo ensino e indicação para evicção de corticoide sistémico. Dada a gravidade da reacção foi proposta realização de teste de activação de basófilos (TAB) com hidrocortisona, metilprednisolona e dexametasona, que foi positivo para hidrocortisona e metilprednisolona com padrão sugestivo de reacção mediada por IgE. Apesar da indicação dada, o doente administrou triamcinolona, em ambulatório, sem reacção. Estão programados testes cutâneos e prova de provocação com betametasona.

**Discussão:** Apesar de raras, as reacções imediatas a corticóides podem manifestar-se como quadros graves de anafilaxia sendo de considerar em doentes com patologias inflamatórias ou imunológicas com terapêutica recorrente com corticóides sistémicos. No nosso doente o quadro de anafilaxia e os resultados do TAB favorecem o diagnóstico de uma reacção mediada por IgE. De salientar a possível contribuição do TAB no esclarecimento do mecanismo imunológico.

**P29 – Hipersensibilidade aos anti-retrovíricos – caso clínico**

Maria João Sousa, Susana Cadinha, Daniela Malheiro, José Pedro Moreira da Silva

Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar Vila Nova Gaia / Espinho

**Introdução:** O tratamento anti-retrovírico (TARV) melhorou o prognóstico dos doentes infetados pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH). Vários fármacos têm sido causa de reações de hipersensibilidade (HS) variando na gravidade, manifestações clínicas e frequência.

**Caso clínico:** Mulher, 47 anos, com diagnóstico de infeção por VIH em 2009 (HLA B5701 negativo), orientada para a consulta de Alergia a Fármacos em Julho de 2011 por suspeita de HS aos anti-retrovíricos. Em Fevereiro 2011 iniciou exantema pruriginoso e edema palpebral bilateral, 2 dias após iniciar tratamento com tenofovir, emtricitabina e nevirapina. Foi observada por Infecçologia cerca de 15 dias depois, tendo sido medicada com anti-histamínico e corticóide orais e suspenso TARV, com resolução dos sintomas. Cerca de 1 mês depois reiniciou tenofovir e emtricitabina em simultâneo com darunavir e ritonavir, com reação reproduzível ao 2.º dia e posterior descamação cutânea. Após suspensão dos fármacos, tratamento e resolução da reacção, reiniciou darunavir e ritonavir e iniciou abacavir e lamivudina. Ao 2.º dia teve novamente edema palpebral, pelo que suspendeu tratamento por iniciativa própria. Realizados testes epicutâneos com tenofovir, emtricitabina, nevirapina, darunavir, ritonavir, abacavir e lamivudina que foram positivos para emtricitabina e tenofovir. De referir eritema para a lamivudina. Provas de provocação oral (PO) com darunavir, ritonavir e abacavir negativas; administração continuada destes fármacos sem intercorrências. PO com nevirapina positiva (exantema pruriginoso com início 1 hora após concluir a prova e edema palpebral bilateral 24h após). Medicada com anti-histamínico e corticóide orais, com resolução da reacção. A PO com o raltegravir, fármaco alternativo, foi negativa.

**Discussão:** De acordo com o estudo realizado excluiu-se HS ao darunavir, ritonavir e abacavir, tendo reiniciado tratamento com estes fármacos. Uma vez que está recomendada a terapêutica combinada de 3 ou mais fármacos para evitar resistência viral, foi introduzido o raltegravir para completar esquema quádruplo. O estudo realizado permitiu ainda confirmar HS à nevirapina e é sugestivo de HS à emtricitabina e tenofovir, com provável reatividade cruzada com a lamivudina.

**P30 – Anafilaxia a antagonistas dos receptores da angiotensina II**

Leonor Paulos Viegas<sup>1</sup>, Manuel Branco Ferreira<sup>1,2</sup>, Manuel Pereira Barbosa<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte; <sup>2</sup>Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

**Fundamentos:** Os antagonistas dos receptores da angiotensina II (ARA II) têm sido crescentemente utilizados para o tratamento de hipertensão arterial, patologia cardíaca e renal. A anafilaxia a ARA II é muito rara existindo publicados na literatura apenas 3 casos (2 com losartan e 1 com irbesartan). Os autores descrevem um caso clínico de anafilaxia a dois ARA II diferentes.

**Caso clínico:** Doente do sexo masculino de 54 anos, com antecedentes de hipertensão arterial (HTA) e rinite alérgica persistente moderada e sem história prévia de alergia a fármacos ou alimentos. Terapêutica da HTA com nifedipina, negando toma de tiazidas ou outros anti-hipertensores. Aos 51 anos, na sequência de introdução de Cozaar (losartan) por verificação de HTA não controlada, descreve quadro de tremor generalizado sem outros acompanhantes, uma hora após a primeira toma. O quadro reverteu espontaneamente sem necessidade de recurso ao Serviço de Urgência (SU) ou de qualquer medicação. Interrompeu esta terapêutica por iniciativa própria até um ano mais tarde altura em que por manter HTA não controlada lhe foi prescrito losartan genérico. Uma hora após a segunda toma refere quadro de início súbito de dispneia e lipotímia. Recorreu ao SU com hipoxémia e hipotensão grave com necessidade de internamento em Unidade de Cuidados Intensivos para monitorização e suporte aminérgico, sem necessidade de ventilação assistida, tendo tido alta ao fim de 48 horas. Nega toma de outros fármacos, relação com alimentos, bebidas alcoólicas ou prática de exercício físico. Ficou medicado com nifedipina 30mg *id*. Aos 54 anos, por manter HTA não controlada foi-lhe prescrito candesartan/hctz com desenvolvimento de vômitos, diarreia, sensação de aperto orofaríngeo, disфонia e dispneia cerca de 15 minutos após a primeira toma. No SU verificou-se hipotensão (TA 99/22 mm Hg), hipoxémia com diminuição global do murmúrio vesicular e edema faringo-laríngeo. Foi colocado o diagnóstico de choque anafilático e administrada adrenalina 0,5 ml IM, clemastina 2mg *ev*, hidrocortisona 200mg e ranitidina 50 mg *ev* com melhoria progressiva. Ficou internado no nosso Serviço, tendo tido alta assintomático após 24 horas. Atualmente está medicado com nifedipina 30mg *bid* com bom controlo.

**Discussão:** Apresenta-se o caso não só pela raridade da anafilaxia a ARA II mas também pela reacção imediata que se verificou a dois fármacos diferentes deste grupo, o que recomenda cautela na reintrodução de qualquer outro fármaco desta classe.

**P31 – Hipersensibilidade tardia ao ácido clavulânico – caso clínico**

Maria João Sousa, Susana Cadinha, Daniela Malheiro, José Pedro Moreira da Silva  
Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar Vila Nova Gaia / Espinho

**Introdução:** O ácido clavulânico, um inibidor das  $\beta$ -lactamases, é usado frequentemente em associação com antibióticos  $\beta$ -lactâmicos. Apesar disso têm sido descritas poucas reações de hipersensibilidade a esta molécula.

**Caso clínico:** Mulher de 50 anos, com arritmia e dislipidemia, orientada para a consulta de Alergia a Fármacos por suspeita de hipersensibilidade aos  $\beta$ -lactâmicos. Em 2010 teve episódio de edema palpebral bilateral e urticária generalizada, com início ao 8.º dia de tratamento profilático com amoxicilina / ácido clavulânico. Alguns meses depois foi medicada com amoxicilina, com boa tolerância. Ainda no mesmo ano, voltou a ser medicada com amoxicilina / ácido clavulânico, com reacção semelhante à descrita. Realizados testes cutâneos por picada, intradérmicos e epicutâneos com PPL, MDM, amoxicilina, ácido clavulânico, benzilpenicilina e ampicilina que foram negativos. Realizada prova de provocação oral com amoxicilina que foi negativa, seguida de administração continuada durante 8 dias, sem intercorrências. O teste de transformação linfocitária (TTL) com amoxicilina / ácido clavulânico foi positivo.

**Discussão:** De acordo com a história clínica e os resultados dos testes *in vivo* excluiu-se hipersensibilidade à amoxicilina. Foi proposta prova de provocação oral com amoxicilina / ácido clavulânico que a doente recusou. Foi então pedido TTL com amoxicilina isolada e amoxicilina / ácido clavulânico, embora, por questões técnicas, este tenha sido realizado apenas com o último fármaco. A exclusão de reacção de hipersensibilidade à amoxicilina, associada à positividade do TTL com amoxicilina / ácido clavulânico permite-nos concluir tratar-se de uma reacção de hipersensibilidade tardia ao ácido clavulânico. As reacções de hipersensibilidade ao ácido clavulânico são raras, embora pareçam estar a aumentar. Este facto pode dever-se a uma maior utilização, nos últimos anos, da amoxicilina / ácido clavulânico como antibioterapia de primeira linha na maioria das situações infecciosas, bem como a um melhor reconhecimento deste tipo de reacções.

**P32 – Anafilaxia ao Qingkailing**

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

**Introdução:** A Medicina Tradicional Chinesa (MTC) é utilizada há milhares de anos e considerada, pelos seus praticantes, eficaz, de baixo custo e com bom perfil de segurança. A imigração trouxe à prática do médico Ocidental novos desafios, que requerem um ultrapassar de barreiras culturais e linguísticas.

**Caso clínico:** Doente de 15 anos, sexo masculino, natural da China, saudável e sem antecedentes pessoais de doença alérgica, recorreu ao Serviço de Urgência hospitalar por quadro de urticária, angioedema e dor abdominal, 45 minutos após ingestão de 2 fármacos de MTC, por queixas de coriza com 3 dias de evolução. A embalagem de ambos os fármacos encontrava-se em Mandarin Padrão (MP), desconhecendo-se a sua composição. O doente já os tinha tomado anteriormente sem qualquer reacção. À entrada no SU encontrava-se prostrado, com urticária generalizada e angioedema da face, acompanhados de queixas de tontura, náuseas e dor abdominal. Estava hipotenso e bradicárdico, não apresentando hipoxémia, sinais de dificuldade respiratória, vómitos ou diarreia. Foi submetido a terapêutica com adrenalina, clemastina e prednisolona, com boa resposta e normalização dos parâmetros vitais. Ficou em observação, tendo alta 18 horas após internamento, totalmente assintomático e com indicação para evicção dos fármacos suspeitos. Foi prescrita caneta para auto-administração de adrenalina e orientado para consulta urgente de Imunoalergologia (IA). Na história clínica o único dado relevante consistiu na ingestão dos fármacos de MTC. Foram realizados testes cutâneos por picada com os fármacos diluídos em soro fisiológico, que foram positivos para um deles. Excluiu-se reacção irritativa testando 5 controlos saudáveis, que reagiram negativamente. Perante um rótulo totalmente em MP foi difícil chegar à composição do fármaco. Com a ajuda do doente percebeu-se que se tratava de Qingkailing, composto por extratos de várias ervas, corno de búfalo asiático, bílis de porco e nácar. Ficou com indicação para evicção absoluta do fármaco em causa e de compostos semelhantes, mantendo seguimento em consulta de IA.

**Conclusão:** Estão descritos na literatura vários casos de anafilaxia, alguns dos quais fatais, relacionados com este fármaco de MTC. É um produto de venda livre, composto por um grande número de ingredientes, em quantidades desconhecidas e com um rótulo ilegível, considerado seguro pelos seus consumidores. São necessários estudos controlados que avaliem o potencial alergénico destes produtos de MTC.

**P33 – 28 anos sem analgesia**

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

**Introdução:** O paracetamol e os anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) são os fármacos mais frequentemente utilizados para analgesia, podendo ser adquiridos sem receita médica. As reações de hipersensibilidade a estes fármacos são, na maioria dos casos, não IgE mediadas.

**Caso clínico:** Mulher de 48 anos, saudável e sem antecedentes pessoais de atopia, referenciada à consulta de Imunoalergologia por história de urticária generalizada com angioedema da face e extremidades, imediatamente após toma de analgésicos para alívio de dismenorreia. Não apresentava sintomas respiratórios, gastrointestinais ou cardiovasculares associados. Teve vários episódios reprodutíveis, dos 14 aos 20 anos de idade, pelo que iniciou, de forma voluntária, evicção de qualquer analgésico/antipirético, incluindo AINEs e paracetamol. Dado os 28 anos passados entre o último episódio e a consulta, a doente não se recordava do nome de todos os fármacos envolvidos. No entanto, o paracetamol era recorrente na sua história, pelo que se iniciou investigação nesse sentido. Realizou testes cutâneos por picada com solução de paracetamol injetável (10 mg/mL) que foram negativos. Os testes intradérmicos com paracetamol na concentração de 1/100 foram positivos, com aparecimento de 2 pápulas satélite, com 4 e 5 mm de diâmetro médio, cerca de 20 minutos após a sua realização. A leitura tardia foi negativa. Não foi realizada prova de provocação oral com paracetamol por recusa da doente. Como alternativa terapêutica, foi realizada prova de provocação oral aberta com ibuprofeno que foi negativa. Ficou com indicação para manter evicção de paracetamol, sem intercorrência de episódios semelhantes. Utiliza ibuprofeno como analgésico/antipirético, com tolerância.

**Conclusões:** Este caso clínico é invulgar dado que são raras as descrições de hipersensibilidade IgE mediada ao paracetamol, com reação imediata nos testes cutâneos. Estes foram efetuados 28 anos após a última reação, pelo que a sua positividade torna o caso mais incomum. A não referência desta doente a uma consulta de Imunoalergologia privou-a, durante quase três décadas, de qualquer tipo de analgesia e colocou-a em risco de exposição acidental ao fármaco. Destaca-se o facto de a doente tolerar AINEs, tratando-se de uma hipersensibilidade exclusiva ao paracetamol.

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

Posters seleccionados para atribuição do prémio SPAIC / MSD 2013

Dia: 13 de Outubro 2013  
Horas: 08.45 – 10.30 horas  
Local: Sala 3

Moderadores: Margarida Trindade / Rita Câmara

**P34 – Sensibilização a LTP (Pru p 3) e profilina (Pru p 4) em 1052 doentes referenciados a um Serviço de Imunoalergologia em Lisboa**

Pedro Silva<sup>1</sup>, Letícia Pestana<sup>1</sup>, Ana Célia Costa<sup>1</sup>, Maria Conceição Pereira Santos<sup>2</sup>, Manuel Pereira Barbosa<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar de Lisboa Norte; <sup>2</sup>Laboratório de Imunologia Clínica, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Instituto de Medicina Molecular, Lisboa

**P35 – Caracterização dos primeiros registos do Catálogo Português de Alergias e outras Reações Adversas**

Rita Amaral<sup>1</sup>, Mário Morais-Almeida<sup>1,2</sup>, Ângela Gaspar<sup>2</sup>, Ana Sá Sousa<sup>1</sup>, Henrique Martins<sup>3</sup>, João Almeida Fonseca<sup>1,4,5</sup>

<sup>1</sup>CINTESIS – Centro de Investigação em Tecnologias e Sistemas de Informação em Saúde, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; <sup>2</sup>Centro de Imunoalergologia, Hospital CUF Descobertas, Lisboa; <sup>3</sup>Serviços Partilhados do Ministério da Saúde; <sup>4</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital São João, Porto; <sup>5</sup>Centro de Imunoalergologia, Instituto CUF, Porto

**P36 – Exposição a ácaros do pó doméstico em infantários: Associação a episódios de sibilância com necessidade de recurso ao serviço de urgência**

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

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

**P37 – Comparação entre doentes com rinite não atópica persistente vs rinite alérgica persistente por prova de provocação nasal com *Dermatophagoides pteronyssinus* e avaliação imunológica do lavado nasal**

Miguel Paiva<sup>1</sup>, Inês Moreira<sup>2</sup>, José Colaço<sup>2</sup>, Catarina Martins<sup>3</sup>, Luís Miguel Borrego<sup>3</sup>, Paula Leiria Pinto<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central; <sup>2</sup>Serviço de Otorrinolaringologia, Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central; <sup>3</sup>Laboratório de Imunologia, CEDOC, Faculdade de Ciências Médicas, Lisboa

**P38 – Alergia ocupacional ao *Tetranychus urticae* em trabalhadores agrícolas do norte de Portugal**

Natacha Santos<sup>1</sup>, Fabrícia Carolino<sup>1</sup>, Ana Aguiar<sup>2</sup>, José Luís Plácido<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar São João, Porto; <sup>2</sup>Departamento de Geociências, Ambiente e Ordenamento do Território, Faculdade de Ciências da Universidade do Porto

**P39 – Polimorfismo da sintase do óxido nítrico indutível em doentes asmáticos**

Margarida Cortez e Castro<sup>1</sup>, Andreia Matos<sup>2</sup>, Joana Ferreira<sup>2</sup>, Ridhi Prabhudas<sup>2</sup>, Manuel Bicho<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte; <sup>2</sup>Departamento de Genética, Faculdade de Medicina de Lisboa

**P40 – Eficácia da corticoterapia nasal no olfato de doentes com rinite persistente**

Eugénia Almeida<sup>1</sup>, João Carlos Ribeiro<sup>2</sup>, Filipa Ribeiro<sup>1</sup>, Elisabete Grade<sup>2</sup>, Emília Faria<sup>1</sup>, Ana Todo-Bom<sup>1</sup>, António Diogo Paiva<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; <sup>2</sup>Serviço de Otorrinolaringologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

**P41 – Óxido nítrico exalado e função respiratória em crianças asmáticas**

Cíntia Cruz, Marta Martins, Irina Didenko, Elza Tomaz, Andreia Ferrão, Cláudio D'Elia, Leonor Campos, Filipe Inácio

Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar de Setúbal

**P34 – Sensibilização a LTP (Pru p 3) e profilina (Pru p 4) em 1052 doentes referenciados a um Serviço de Imunoalergologia em Lisboa**

Pedro Silva<sup>1</sup>, Letícia Pestana<sup>1</sup>, Ana Célia Costa<sup>1</sup>, Maria Conceição Pereira Santos<sup>2</sup>, Manuel Pereira Barbosa<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar de Lisboa Norte; <sup>2</sup>Laboratório de Imunologia Clínica, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Instituto de Medicina Molecular, Lisboa

**Introdução:** As proteínas transportadoras de lípidos (LTP) e as profilinas são os panalérgenos mais frequentemente envolvidos em casos de alergia a pólenes e frutos em países mediterrânicos.

O objetivo do estudo foi avaliar a frequência de sensibilização a LTP e profilinas em doentes referenciados a uma consulta de Imunoalergologia em Lisboa a quem foram realizados testes cutâneos por picada (TCP) e caracterizá-los clinicamente.

**População e métodos:** 1052 doentes, 64% do sexo feminino, idade mediana 32 anos. Todos os doentes foram submetidos a TCP com bateria *standard* de aeroalergénios, sendo também testados os extratos de Pru p 3 e Pru p 4 (LTP e profilina de pêssego, respetivamente – Bial-Aristegui®). Foram quantificadas IgE específicas (slgE) para estes componentes moleculares (UniCAP, Phadia Thermo-fisher®). Procedeu-se à análise retrospectiva dos processos clínicos dos doentes sensibilizados aos 2 alérgenos.

**Resultados:** No total dos doentes estudados, 375 (36%) estavam sensibilizados a pelo menos 1 pólen (28,5% gramíneas; 19,5% ervas; 18,8% árvores). Em TCP, foram encontradas 47 (4,5%) sensibilizações a Pru p 3 e 42 (4%) sensibilizações a Pru p 4. Sete doentes estavam sensibilizados a ambos os alérgenos. Identificou-se sensibilização a pólenes em 70% dos doentes sensibilizados a LTP, 80% dos sensibilizados a profilina e 86% dos co-sensibilizados. A alergia a frutos foi identificada respetivamente em 48%, 23% e 71% desses doentes (LTP-pêssego (15), noz (7); profilina-melão/meloa (5), pêssego (3)). Sintomas cutâneos, respiratórios e gastrointestinais associados a reações alérgicas com alimentos foram significativamente ( $p < 0,001$ ) mais frequentes nos sensibilizados a LTP e nos co-sensibilizados. Nos 26 doentes em que foram quantificadas slgE, encontramos correlação entre a positividade de TCP e slgE ( $p < 0,01$ ), sem correlação entre o diâmetro das pápulas e os valores de slgE ( $p = 0,31$ ). O diâmetro das pápulas ( $p = 0,2$ ) e o valor de slgE ( $p = 0,24$ ) não eram significativamente mais elevados em doentes com alergia alimentar.

**Conclusão:** A frequência de sensibilização a LTP e profilinas nos doentes estudados foi semelhante à encontrada em outros estudos referentes a países mediterrânicos, apenas com os os valores ajustados para a proporção de doentes com polinose. A sensibilização a LTP, independentemente de co-sensibilização a profilinas, diâmetro da pápula em TCP ou valor de slgE detetada, associou-se a alergia a frutos e a reações mais graves de alergia alimentar.

**P35 – Caracterização dos primeiros registos do Catálogo Português de Alergias e outras Reações Adversas**

Rita Amaral<sup>1</sup>, Mário Morais-Almeida<sup>1,2</sup>, Ângela Gaspar<sup>2</sup>, Ana Sá Sousa<sup>1</sup>, Henrique Martins<sup>3</sup>, João Almeida Fonseca<sup>1,4,5</sup>

<sup>1</sup>CINTESIS – Centro de Investigação em Tecnologias e Sistemas de Informação em Saúde, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; <sup>2</sup>Centro de Imunoalergologia, Hospital CUF Descobertas, Lisboa; <sup>3</sup>Serviços Partilhados do Ministério da Saúde; <sup>4</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital São João, Porto; <sup>5</sup>Centro de Imunoalergologia, Instituto CUF, Porto

**Introdução:** O Catálogo Português de Alergias e outras Reações Adversas (CPARA) permite operacionalizar a Norma n.º 004/2012 da Direção-Geral de Saúde (DGS), que determina a notificação obrigatória de qualquer episódio de anafilaxia.

**Objetivo:** Descrever e avaliar a qualidade dos primeiros registos inseridos no CPARA.

**Métodos:** Foram analisados todos os registos introduzidos no CPARA desde 07/2012 a 05/2013. Todas as variáveis do CPARA têm tipologia definida na Norma n.º 002/2012 da DGS. A qualidade dos registos foi avaliada pela frequência de má classificação da categoria “Outros alérgenos”.

**Resultados:** Foram registados 20 389 situações relativas a 16 253 utentes; 69% do sexo feminino, com idade média (DP) de 50,4 (22,9) anos. Ao comparar os registos efetuados nos primeiros 6 meses com os efetuados nos últimos 3 meses, houve 3,5 vezes mais registos semanais (188 registos/semana aproximadamente). O *ratio* médio de registos/100 000 habitantes, em cada região continental NUTS II foi de 163. Os registos foram feitos maioritariamente nos cuidados primários (74%); a principal origem da informação foi o utente (57%). Cerca de ¾ das reações adversas foram causadas por medicamentos (n= 15 916), sendo os “Antibióticos beta-lactâmicos” o grupo predominante (33%). A categoria dos “Pólenes” foi a causa principal das reações do grupo dos aeroalérgenos (54%) e as categorias “Leite e Lactícínios” (18%) e “Marisco” (17%) do grupo alérgenos alimentares. Relativamente ao estado dos registos: a maioria foi identificada como “não-confirmada” (84%); 15% com estado “Ativo confirmado”; e 1% com “Inativo confirmado”. Cerca de 51% das reações foram caracterizadas como “Grave/Moderada” e a manifestação clínica mais registada foi “Urticária” (25%). Foram registadas 1209 (6%) reações de anafilaxia, sendo maioritariamente causadas por alergia medicamentosa (75%), na qual o grupo dos “Antibióticos beta-lactâmicos” foi o mais envolvido (46%). Foram observadas 637 reações alérgicas incorrectamente classificadas como “Outros alérgenos” das quais 82% foram reclassificadas como fármacos.

**Conclusões:** Estes primeiros dados sugerem que o CPARA, como ferramenta de registo e monitorização das alergias e reações adversas, poderá contribuir para a melhoria da segurança dos utentes. A sua implementação na prática clínica parece estar a ser realizada a bom ritmo, no entanto existem necessidades de melhoria principalmente relacionadas com classificação/categorização dos alérgenos.

**P36 – Exposição a ácaros do pó doméstico em infantários: Associação a episódios de sibilância com necessidade de recurso ao serviço de urgência**

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

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

**Introdução:** A entrada no infantário associa-se a maior risco de sibilância com necessidade de recurso ao serviço de urgência. A exposição ambiental em infantários como factor de risco para episódios graves de sibilância não está suficientemente estudada.

**Objectivos:** Estudar potenciais factores de risco para episódios de sibilância que necessitem de recurso ao serviço de urgência associado à frequência de infantários (creche e jardim infantil).

**Métodos:** No âmbito do estudo ENVIRH (*Environment and Health in children day care centers*), seleccionaram-se, por amostragem estratificada, seguida de análise de *clusters*, 19 infantários com creche e jardim infantil, de Instituições Privadas de Solidariedade Social, em Lisboa e Porto. A qualidade do ar interior dos infantários foi avaliada em Março de 2011. Nos meses de Março e Abril de 2011 foi aplicado um questionário sobre frequência e gravidade da sibilância (n = 2287). Os dados foram analisados com modelos de regressão hierárquicos, devido às crianças estarem alocadas a salas e as salas alocadas à escola.

**Resultados:** Foram incluídos na análise 1191 questionários (52,1%), dos quais 52,4% eram rapazes. A mediana da idade das crianças à inquirição foi de 43 meses (P<sub>25</sub>-P<sub>75</sub>: 28-58 meses) e a mediana da idade de entrada no infantário foi de 12 meses (P<sub>25</sub>-P<sub>75</sub>: 6-24 meses). Nos meses estudados, 159 crianças (13%) recorreram ao serviço de urgência por sibilância. Na análise multivariável, os factores associados significativamente a ter recorrido ao serviço de urgência foram: existência de sinais de humidade em casa (OR: 2,01; IC95%: 1,34 – 3,02; p=0,001), a história parental de asma brônquica ou rinite alérgica (OR: 2,07; IC95%: 1,39 – 3,10; p<0,001), menor tempo de frequência no infantário (OR: 0,98; IC95%: 0,96 – 0,99; p=0,009; para cada mês de frequência) e a presença de ácaros do pó (Der p1 + Der f2) na sala de aula (OR: 1,08; IC95%: 1,01 – 1,16; p=0,018; calculado para aumentos de concentração de 1 µg/g de pó).

**Conclusões:** A exposição aos ácaros do pó no infantário associa-se a maior risco de recurso ao serviço de urgência por sibilância, ajustado à história pessoal e familiar da criança. Este risco parece diminuir com o tempo de exposição. Estes resultados alertam para a necessidade de implementação de medidas de evicção dos ácaros do pó doméstico nos infantários.

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

**P37 – Comparação entre doentes com rinite não atópica persistente vs rinite alérgica persistente por prova de provocação nasal com *Dermatophagoides pteronyssinus* e avaliação imunológica do lavado nasal**

Miguel Paiva<sup>1</sup>, Inês Moreira<sup>2</sup>, José Colaço<sup>2</sup>, Catarina Martins<sup>3</sup>, Luís Miguel Borrego<sup>3</sup>, Paula Leiria Pinto<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central; <sup>2</sup>Serviço de Otorrinolaringologia, Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central; <sup>3</sup>Laboratório de Imunologia, CEDOC, Faculdade de Ciências Médicas, Lisboa

**Introdução:** Um número significativo de doentes com rinite não atópica (RNA) apresenta prova de provocação nasal (PPN) positiva e IgE específica na mucosa nasal para aeroalergénios, sugerindo a presença de rinite alérgica local (RAL).

**Objetivo:** Avaliar a existência de RAL em doentes pediátricos com rinite não atópica persistente e compará-los com um grupo de doentes com RA persistente sensibilizados a *Dermatophagoides pteronyssinus* (Der p).

**Métodos:** Foram selecionados 15 doentes com RNA persistente (grupo 1) e 15 doentes com diagnóstico de RA persistente e sensibilização a Der p (grupo 2), com idade entre 10 e 17 anos. Foi realizada PPN inicial com o diluente da solução de Der p, para exclusão de hiperreactividade inespecífica (HRI) e, posteriormente, com a solução de Der p. A colheita de lavado nasal (LN) foi efectuada antes e após a PPN. A análise do LN incluiu o doseamento de IgE específica para Der p e a caracterização de populações celulares por citometria de fluxo. A PPN foi considerada positiva se aumento do score de sintomas (SS) > 30% e/ou redução da área mínima de secção (AMS) nasal, medida por rinometria acústica, > 25% do valor basal.

**Resultados:** Os 2 grupos apresentaram idêntica distribuição etária e por sexo. Resultados das PPN no grupo 1: 5 provas positivas (1 por SS e AMS, 3 por SS e 1 pela AMS); 2 com HRI e 8 negativas. Resultados no grupo 2: 12 positivas (5 por SS e AMS e 7 por SS) e 3 com HRI. O grupo 2 apresentou um SS superior ao do grupo 1 antes e após PPN, com diferença significativa no SS pós-PPN ( $p < 0,05$ ). Considerando um cut-off de 0,35 KUA/L, detectou-se IgE para Der p em 5 doentes do grupo 2. Foram observados eosinófilos (Eos) no LN de 5 doentes do grupo 1 e em 9 doentes do grupo 2. Não foram observados Eos no LN de doentes com PPN negativa. 60% dos doentes com PPN positiva apresentavam Eos no LN. Neste grupo observou-se um aumento significativo de Eos no LN pós-PPN ( $p < 0,05$ ).

**Conclusões:** No nosso estudo identificámos 17 doentes com PPN positiva a Der p, dos quais 5 com RNA, sugerindo presença de RAL. 10 doentes (59%) apresentaram PPN positiva apenas no SS, a maioria atópicos ( $n=7$ ), o que confere acuidade a este critério, que tem sido utilizado isoladamente em diversos estudos. A dificuldade na colheita do LN em doentes pediátricos e efeito de diluição associado poderá justificar a detecção de IgE específica em apenas 1/6 dos doentes. O número de Eos no LN parece ser um bom marcador de reactividade específica na PPN.

**P38 – Alergia ocupacional ao *Tetranychus urticae* em trabalhadores agrícolas do norte de Portugal**

Natacha Santos<sup>1</sup>, Fabrícia Carolino<sup>1</sup>, Ana Aguiar<sup>2</sup>, José Luís Plácido<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar São João, Porto; <sup>2</sup>Departamento de Geociências, Ambiente e Ordenamento do Território, Faculdade de Ciências da Universidade do Porto

**Introdução:** O *Tetranychus urticae* é um ácaro fitófago, praga em diversas culturas agrícolas e responsável por sintomas de rinite, asma e urticária. No entanto, a alergia a este ácaro não foi previamente avaliada em Portugal em contexto ocupacional.

**Objetivo:** Avaliar a frequência de sensibilização e de alergia ao *T. urticae* em diferentes contextos de produção agrícola.

**Métodos:** Foram realizados testes cutâneos por picada (TC) com aeroalergénios, incluindo ácaros do pó e de armazenamento (*Dermatophagoides pteronyssinus*, *D. farinae* e *Lepidoglyphus destructor*) e *T. urticae* (Leti<sup>®</sup>), provocação conjuntival (PC) com *T. urticae* (Leti<sup>®</sup>) e preenchido um inquérito de exposição ocupacional e sintomas alérgicos. Os TC foram considerados positivos para um diâmetro médio da pápula aos 15 minutos  $\geq 3$ mm. A PC foi realizada em oclutação simples com concentração crescente (0,002-0,02-0,2-2mg/mL) de extrato de *T. urticae* com 10 minutos de intervalo. A prova foi considerada positiva na presença de hiperemia conjuntival, edema ou lacrimejo.

**Resultados:** Foram incluídos 48 trabalhadores, 29 (58%) do sexo masculino, idade média  $45 \pm 11,7$  anos. Doze trabalhavam em estufas, 6 na produção de vinhos verdes, 12 em vinhos do Douro e 7 eram consultores/gestores agrícolas. Vinte (42%) referiram clínica alérgica: rinite/conjuntivite ( $n=12$ ), urticária ( $n=6$ ) e asma ( $n=2$ ). Dez (21%) trabalhadores tiveram TC positivo para *T. urticae* (77% dos atópicos): 3 monossensibilizados e 7 cossensibilizados a ácaros e/ou pólenes; 3 (25%) dos trabalhadores de estufa, 0 dos vinhos verdes, 4 (17%) do Douro e 3 (43%) dos consultores/gestores. Quatro (44%) trabalhadores tiveram PC positiva com 2mg/mL de *T. urticae* (um não realizou PC por xerofthalmia), todos co-sensibilizados a ácaros: 2 trabalhadores de estufa com urticária de contacto com cultura de feijão na primavera/verão, 1 trabalhador do vinho do Douro com rinoconjuntivite ocupacional na primavera e 1 engenheiro agrónomo consultor de produção em estufa com rinite sem relação ocupacional. Dos 5 sensibilizados a *T. urticae* com PC negativa, 3 eram assintomáticos e 2 tinham rinite sazonal.

**Conclusão:** Foi encontrada uma elevada prevalência de sensibilização e alergia ao *T. urticae*, sobretudo em trabalhadores de estufas, o que poderá dever-se a uma maior exposição ocupacional neste tipo de produção.

**P39 – Polimorfismo da sintase do óxido nítrico indutível em doentes asmáticos**Margarida Cortez e Castro<sup>1</sup>, Andreia Matos<sup>2</sup>, Joana Ferreira<sup>2</sup>, Ridhi Prabhudas<sup>2</sup>, Manuel Bicho<sup>2</sup><sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte; <sup>2</sup>Departamento de Genética, Faculdade de Medicina de Lisboa

**Objectivos:** É conhecido que o NO tem um papel relevante na inflamação, tónus vascular e músculo liso na asma. A sintase indutível do óxido nítrico (iNOS) modula a quantidade de NO que pode estar relacionada com o polimorfismo da iNOS. O objectivo deste estudo é analisar a associação entre o polimorfismo no intrão 20 da sintase indutível do óxido nítrico (iNOS) (IVS20 + 524 G>A-rs944722) com a gravidade da asma quando comparado com grupo controlo de dadores saudáveis de sangue.

**Métodos:** Os doentes asmáticos (n= 151) foram comparados com grupo controlo (n=171); os polimorfismos foram analisados por PCR-RFLP (Reacção em cadeia da polimerase- polimorfismo no comprimento de fragmentos de restrição). Controlo da asma avaliado por instrumento validado (ACQ7 e PAQLQ). Análise estatística realizada com PASW versão 18 estabelecendo um nível de significância de p<0,05.

**Resultados:** A idade média dos 151 asmáticos: 38.1 ±18.5 anos (7 – 86 anos); 99 do sexo feminino e 52 do sexo masculino. A idade média do grupo controlo (n=171) era 42,17 ±11,68 anos (19 – 69 anos); 59 do sexo feminino e 112 do sexo masculino. Nos asmáticos as frequências alélicas eram: para o Alelo G 0,42 e para o Alelo A 0,58; nos controlos: 0,30 e 0,70 respectivamente. Há diferenças estatisticamente significativas entre estes dois grupos (p=0,000). Sendo o alelo G mais frequente nos asmáticos. Os genótipos nos asmáticos são: GG: 21,9%; AG: 41,1%; AA: 37%; no grupo controlo GG: 5,3%; AG: 49,1%; AA: 45,6%. Há diferenças estatisticamente significativas entre os grupos (p=0,000). Quando associamos os genótipos (GG vs AG+AA; p = 0,000), o genótipo GG foi mais frequente no grupo de asmáticos. O risco associado (OR) é 5,034 (CI 95% [2,321 – 10,919], (p=0,000). Não há desvio do equilíbrio de Hardy-Weinberg (HWE) para as frequências genóticas na iNos tanto nos grupos controlo como asmático (p>0,05). Nos asmáticos não há diferenças estatisticamente significativas nas frequências genóticas (p>0,05) entre: atópicos e não atópicos; asma controlada e não controlada; por género e nos diferentes grupos etários.

**Conclusões:** Com estes resultados poderemos concluir que o polimorfismo da sintase indutível do óxido nítrico (iNOS) pode ser um factor de risco para a asma. Também concluímos que o genótipo GG tem maior prevalência em doentes asmáticos nesta amostra de doentes de base hospitalar.

**P40 – Eficácia da corticoterapia nasal no olfato de doentes com rinite persistente**Eugénia Almeida<sup>1</sup>, João Carlos Ribeiro<sup>2</sup>, Filipa Ribeiro<sup>1</sup>, Elisabete Grade<sup>2</sup>, Emília Faria<sup>1</sup>, Ana Todo-Bom<sup>1</sup>, António Diogo Paiva<sup>2</sup><sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; <sup>2</sup>Serviço de Otorrinolaringologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

**Objetivo:** A rinite cursa frequentemente com alterações do olfato. A hipósμία em doentes com rinite não se encontra bem descrita. Este estudo pretende avaliar o comprometimento da função olfativa nos doentes com rinite e a eventual eficácia da corticoterapia tópica.

**Métodos:** Foram estudados 12 doentes com rinite persistente moderada a grave, alérgica e não alérgica, utilizando um protocolo de olfactometria previamente validado, baseado no protocolo de Connecticut (CCRC), composto pelo teste do butanol e supraliminar. Foi realizada uma primeira avaliação, prévia ao tratamento, e uma segunda avaliação, 6 semanas após a administração de furoato de mometasona nasal (50 µg/2 vezes/dia).

**Resultados:** Foram estudados 12 doentes, 6 com rinite alérgica (RA) e 6 com rinite não alérgica (RNA), relação sexo (F/M) 1,4:1, com uma média de idade 35,3 ±11,5 anos. Na primeira avaliação, no teste do butanol, verificou-se perda olfativa nos 2 grupos (3,3 ±1,3 nos RA e 2,6±0,7 nos RNA). No que se refere ao teste supraliminar, o valor médio dos resultados foi semelhante (5,8 ±2,1 nos RA e 5,9 ±1,8 nos RNA). Em termos de pontuação final (4,6 ±0,9 nos RA e 4,25±1,0 nos RNA) ambos os grupos apresentam hipósμία moderada. Na segunda avaliação, no teste do butanol houve uma melhoria da pontuação em ambos os grupos (4,0 ±1,5 nos RA e 3,3±0,9 nos RNA). No teste supraliminar, o valor médio das pontuações nos 2 grupos aumentou, mas com maior expressão nos RA (6,5±1,9 nos RA e 6,25±2,0 nos RNA). Este comportamento refletiu-se na pontuação final onde, apesar de ambos os grupos aumentarem o nível de olfato, este aumento foi mais expressivo nos RA que transitaram para o grau de hipósμία leve (5,25±1,0 nos RA e 4,8±1,0 nos RNA).

**Conclusão:** Estes resultados revelam que na rinite persistente, independentemente da presença de atopia, existem alterações significativas da perda do olfato. A RNA condiciona uma hipósμία mais acentuada do que a RA. Após corticoterapia tópica nasal, verificou-se melhoria da função olfativa em ambos os grupos, com um aumento da capacidade discriminativa mais acentuada nos doentes com RA.

**P41 – Óxido nítrico exalado e função respiratória em crianças asmáticas**

Cíntia Cruz, Marta Martins, Irina Didenko, Elza Tomaz, Andreia Ferrão, Cláudio D'Elia, Leonor Campos, Filipe Inácio  
Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar de Setúbal

**Introdução:** A fração exalada de óxido nítrico (FeNO) é geralmente aceite como um marcador indireto de inflamação eosinofílica das vias aéreas. Tem sido sugerido que o FeNO está aumentado em crianças com asma, comparativamente a doentes com sintomas semelhantes sem asma. É um teste não invasivo, de fácil execução nas crianças e é isento de riscos. A determinação do FeNO é útil no diagnóstico precoce de asma na idade pediátrica. O seu valor como guia para tratamento ou ajuste de terapêutica ainda não está estabelecido.

**Objetivo:** Pretendeu-se avaliar a relação entre os parâmetros espirométricos e os níveis de óxido nítrico no ar exalado numa população de crianças e adolescentes asmáticos.

**Material e métodos:** Análise retrospectiva de processos clínicos de doentes asmáticos entre os 5 e os 17 anos que realizaram exames de função respiratória e determinação de FeNO no mesmo dia, em

consulta de rotina de Imunoalergologia, durante o ano de 2012. Foram incluídos um total de 261 indivíduos, com média de idades de 11 anos, 60% do sexo masculino, IMC médio de 20,4 kg/m<sup>2</sup>. Foi utilizada a correlação de Pearson para relacionar os valores das provas de função respiratória (FEV<sub>1</sub>, FVC, relação FEV<sub>1</sub>/FVC, FEF<sub>25</sub>, FEF<sub>50</sub>, FEF<sub>75</sub>, FEF<sub>25-75</sub>) com os valores de FeNO.

**Resultados:** Os valores médios dos parâmetros avaliados nos exames respiratórios foram: FEV<sub>1</sub> 100,5% (mínimo 52,0%, máximo 148,1%), FVC 99,8% (mínimo 61,0%, máximo 141,5%), relação FEV<sub>1</sub>/FVC 0,85 (mínimo 0,55, máximo 1), FEF<sub>25</sub> 89,2% (mínimo 28,0%, máximo 147,9%), FEF<sub>50</sub> 84,5% (mínimo 25, máximo 173%), FEF<sub>75</sub> 79,2% (mínimo 15,4%, máximo 169%), FEF<sub>25-75</sub> 87,7% (mínimo 17,8%, máximo 174%), FeNO 40,6 ppb (mínimo 6 ppb, máximo 190 ppb). Encontrou-se uma relação estatisticamente significativa entre o FeNO e a razão FEV<sub>1</sub>/FVC (R= -0,13, p= 0,0342).

**Conclusões:** Não foi encontrada qualquer relação entre os valores dos volumes de fluxo expiratório forçado e os do FeNO. Foi detetada uma correlação inversa, estatisticamente significativa, entre o FeNO e a relação FEV<sub>1</sub>/FVC. A relevância deste achado deve ser confirmada por estudos posteriores.