

## SESSÃO DE COMUNICAÇÕES ORAIS I ASMA E RINITE / IMUNOTERAPIA

**Dia:** 28 de Setembro  
**Horas:** 08:00 – 10:00  
**Sala:** I

**Moderadores:** Elza Tomaz, Josefina Cernadas, Pedro Martins

### CO 01 – Anafilaxia ao ácido clavulânico: frequência e caracterização clínica

S. Couto<sup>1</sup>, A. Gaspar<sup>1</sup>, F. Benito-Garcia<sup>1</sup>, I. Mota<sup>1</sup>, A. Miguel Silveira<sup>2</sup>, M. Chambel<sup>1</sup>, M. Morais-Almeida<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Centro de Imunoalergologia, Hospital CUF Descobertas, Lisboa, PORTUGAL

<sup>2</sup> Serviço de Pneumologia, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, Amadora, Lisboa, PORTUGAL

**Objectivo:** Introdução: A anafilaxia induzida por antibióticos beta-lactâmicos (BL) é uma das causas mais frequentes de anafilaxia induzida por fármacos (AIF). A associação amoxicilina (AX) e ácido clavulânico (AC) é amplamente utilizada na prática clínica e, embora a maioria das reações alérgicas seja devida à AX, podem existir reações seletivas ao AC.

**Objectivo:** Caracterizar os doentes (dts) com suspeita de AIF por BL, particularizando os dts com suspeita de anafilaxia ao AC, e descrever a sua investigação alergológica.

**Metodologia:** Metodologia: Revisão sistemática dos dts com história clínica compatível com AIF por BL referenciados para o centro de alergia medicamentosa entre janeiro 2011 e junho 2018. Os dts foram investigados de acordo com recomendações da European Network for Drug Allergy. Foram efectuados testes cutâneos por picada e intradérmicos (ID) para PPL/MD, penicilina G, AX e cefuroxima. Nos dts com suspeita de anafilaxia a AC foi acrescentado extracto AC (DAP® Clavulanic, Diater). Foram realizadas provas de provocação orais (PP) com fármaco implicado quando investigação negativa, e com BL alternativo nos casos confirmados.

**Resultados e conclusões:** Resultados: O AC foi causa de anafilaxia confirmada em 6 dts, correspondendo a 3,6% do total de AIF (166 dts) e 9,7% de AIF por BL (62 dts). Todos os 6 dts (mediana 39 anos (17-69), 4 género feminino) tiveram manifestações cutâneas, associadas a envolvimento respiratório, gastrointestinal ou cardiovascular. A investigação alergológica foi positiva em 5 casos por ID e em um caso por PP. Quatro dts tiveram ID positivo com AC, com testes negativos aos outros BL e PP com AX negativa; uma dt teve ID positivos para ambos os componentes (AX e AC). Uma dt teve PP positiva com AC (ID negativos) com reacção anafilática (25mg AC) que resolveu com adrenalina 0,5mg intramuscular. Em 5 dts foi confirmada anafilaxia selectiva a AC, com PP com AX negativa. A dt com anafilaxia a AX e AC efectuou PP com BL alternativo (cefuroxima) negativa.

**Conclusões:** A maioria dos casos confirmados de anafilaxia ao AC foi mediada por IgE, o que demonstra a utilidade dos testes cutâneos com extrato purificado de AC na investigação alergológica.

Estes dts devem ser avaliados em centros especializados para garantir um diagnóstico adequado e encontrar alternativas seguras. Avaliar hipersensibilidade seletiva ao AC é de extrema importância, pois, quando confirmada, possibilita o uso de penicilina, AX e outros derivados, com importantes implicações na prática clínica.

### CO 02 – O papel da imunoglobulina, troca plasmática terapêutica e corticoterapia, no tratamento do síndrome de stevens-johnson/necrólise epidérmica tóxica

I. Coutinho<sup>1</sup>, R. Meireles<sup>2</sup>, J. Francisco<sup>3</sup>, C. Silva<sup>3</sup>, D. Ferreira<sup>4</sup>, J. Pita<sup>1</sup>, R. Fernandes<sup>1</sup>, L. Cabral<sup>2</sup>, C. Loureiro<sup>1</sup>, A. Todo Bom<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra – Serviço de Imunoalergologia, Coimbra, PORTUGAL

<sup>2</sup> Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra – Serviço de Cirurgia Plástica e Reconstrutiva e Unidade de Queimados, Coimbra, PORTUGAL

<sup>3</sup> Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra – Serviço de Medicina Intensiva, Coimbra, PORTUGAL

<sup>4</sup> Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra – Serviço de Medicina Interna, Coimbra, PORTUGAL

**Objectivo:** O Síndrome de Stevens-Johnson (SJ) e a Necrólise epidérmica tóxica (NT) são reações mucocutâneas raras que correspondem a espectros de gravidade da mesma doença. São desencadeados frequentemente por fármacos e a reacção culmina na necrose extensa da epiderme. Atualmente não existe um tratamento definido, contudo é fundamental a sua identificação a fim de diminuir a sua elevada morbimortalidade. **Objectivo:** Caracterização dos doentes internados na Unidade de Queimados de um hospital terciário com o diagnóstico de SJ/NT durante 16 anos.

**Metodologia:** Estudo retrospectivo, descritivo e inferencial, avaliando: idade, sexo, SCORTEN, área de superfície corporal queimada (ASCQ), proteína C reactiva (PCR), procalcitonina (PCT), atingimento de mucosas, comorbilidades (CMO), complicações e mortalidade. Foi analisada a diferença entre as terapêuticas além do tratamento de suporte: Corticoterapia sistémica (CTC), Imunoglobulina humana intravenosa (IGIV) e Troca plasmática terapêutica (TPT).

**Resultados e conclusões:** Identificados 58 doentes, com idade média de 63,4±20,0 anos, 58,6% do sexo feminino e 50% com SCORTEN à entrada superior ou igual a 3. Verificaram-se 27,6% com SJ, 62,1% com NT e 10,3% com sobreposição. Em 67,2% existiam CMO e 25,9% correspondiam a CMO oncológicas. A PCR à entrada foi positiva em 82,8% e a PCT em 31,0%. Relativamente aos desencadeantes, 67,2% foi devido a um fármaco único, 13,8% associação de fármacos e indeterminado em 19,0%. O fármaco mais frequente foi o alopurinol (32,8%) e o grupo farmacológico foi o dos antibióticos (32,8%). Em 86,2% dos doentes ocorreu atingimento das mucosas, sendo a mucosa ocular a mais afetada (63,8%). O tempo de internamento (INT) foi de 17,8±21,2 dias com mortalidade global de 29,3%. Quanto à terapêutica: 43,1% realizaram TPT (ASCQ média 51,7±23,4%; mortalidade de 36,0%); 43,1% CTC (ASCQ média 21,1±22,5%; mortalidade de 20,0%) e

25,9% IGIV (ASCQ média 58,0±23,3%; mortalidade de 33,3%), de forma não exclusiva. Estabeleceram-se associações estatisticamente significativas entre: a) CTC e ASCQ ( $p<0,001$ ), PCR máxima ( $p=0,02$ ); b) IGIV e ASCQ ( $p<0,001$ ), duração INT ( $p=0,002$ ); c) TPT e ASCQ ( $p<0,001$ ), CMO oncológicas ( $p=0,032$ ); d) SCORTEN e mortalidade ( $p=0,045$ ).

O tratamento SJ/NT permanece incerto, existindo um número limitado de estudos comparativos. A escolha da terapêutica nesta população baseou-se principalmente na ASCQ, com utilização de TPT e IGIV em doentes mais graves, mantendo-se, contudo, uma elevada taxa de mortalidade. A IGIV associou-se a redução de tempo de internamento.

### CO 03 – Utilidade da codificação ICD-9 na identificação de casos de SSJ/NET

L. Carneiro Leão<sup>1</sup>, M. J. Vasconcelos<sup>1</sup>, J. Rodrigues Cernadas<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar de São João, Porto, PORTUGAL

**Objectivo:** O Síndrome de Steven-Johnson (SSJ) e a necrólise epidérmica tóxica (NET) são reações de hipersensibilidade tardia raras e graves. Atualmente, são consideradas um continuum da mesma doença, independentes do eritema multiforme (EM). Estas 3 entidades são frequentemente confundidas pelos clínicos, com os sistemas de codificação a contribuírem negativamente, ao categorizarem o SSJ e a NET como subcategorias do EM.

**Metodologia:** Foram revistos registos dos doentes internados entre 2011 e 2015 num hospital terciário, que tivessem recebido a codificação ICD-9 695.10 (EM, não especificado), 695.11 (EM minor), 695.12 (EM major), 695.13 (SSJ), 695.14 (overlap SSJ-NET), 695.15 (NET) e 695.19 (outro EM). Foram extraídos dados demográficos, fármacos suspeitos, abordagem terapêutica e estudo alergológico. Os casos foram revistos por 2 médicos, que os classificaram como SSJ/NET possível ou improvável.

**Resultados e conclusões:** Dos 203.534 internamentos revistos, foram identificados 71 casos (39 mulheres [54,9%], idade mediana de 49 [intervalo IQ=48]). A distribuição pelos códigos ICD-9 era a seguinte: 24 EM não especificado, 0 EM minor, 3 EM major, 16 SSJ, 1 overlap SSJ/NET, 23 NET e 4 outro EM. Foram identificados 23 casos possíveis de SSJ/NET (3 EM não especificado, 1 EM major, 8 SSJ, 1 overlap SSJ/NET, 10 NET), incluindo 16 mulheres (69,6%), com idade mediana de 68 anos (IIQ=28); 7 faleceram, todos codificados como NET.

Em 3 doentes o SSJ/NET ocorreu durante a hospitalização. Em 3 doentes não havia informação sobre fármacos suspeitos; em 8 existia >1 fármaco suspeito. Os fármacos mais frequentemente suspeitos foram os B-lactâmicos. Foram usados corticoides sistémicos em 13, corticoides tópicos em 5, gamaglobulina em 2 doentes; nenhum recebeu ciclosporina. Apenas 2 doentes foram observados por Imunoalergologia (IA) e 18 por Dermatologia. Em nenhum doente foi efetuada notificação no CPARA.

Apesar dos casos de SSJ/NET serem raros, a sua gravidade torna uma abordagem adequada crucial. Raramente os doentes foram observados por IA, apesar de 35% ter >1 fármaco suspeito. O

estudo alergológico praticamente não foi efetuado pelo que será útil uma abordagem multidisciplinar destes doentes. Muitos casos foram erradamente classificados pelo Sistema ICD-9: 4 possíveis SSJ/NET foram classificados como EM não especificado/major e 21 codificados como SSJ/NET foram considerados improváveis. Estes resultados suportam a importância do treino adequado dos codificadores, bem como a relevância do estudo alergológico nestes doentes.

### CO 04 – Alergia a betalactâmicos – a nossa experiência de 2014 ao presente

T. Gonçalves<sup>1</sup>, C. Alves<sup>1</sup>, A. Romeira<sup>1</sup>, P. Carreiro Martins<sup>1,2</sup>, S. Rosa<sup>1</sup>, P. Leiria Pinto<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, Lisboa, PORTUGAL

<sup>2</sup> CEDOC, Integrated Pathophysiological Mechanisms Research Group, Nova Medical School, Lisboa, PORTUGAL

**Objectivo:** Caracterizar a população com alergia confirmada a antibióticos betalactâmicos (BL) num Serviço de Imunoalergologia (IAL) entre janeiro 2014 e junho 2018.

**Metodologia:** Análise retrospectiva dos processos clínicos dos doentes que realizaram testes cutâneos (TC) por picada (TCP) e intradérmicos (TID) a BL. Recolheram-se dados demográficos, origem da referência, fármaco implicado, clínica, (TC), IgE específicas (slgE) e provas de provocação oral (PPO). Considerou-se alergia a BL quando slgE, TC ou PPO para BL suspeito/alternativo positivos.

**Resultados e conclusões:** Realizaram TC a BL, 291 doentes de 385 referenciados por suspeita de reação de hipersensibilidade (HS), tendo a alergia sido confirmada em 56 (19,2%). A maioria ( $n=39$ ; 69,6%) era do sexo feminino, mediana 46,5 anos; (min: 5 anos, máx: 85 anos); 17,9% em idade pediátrica.

Os fármacos suspeitos foram a amoxicilina + ácido clavulânico ( $n=25$ ), penicilina ( $n=13$ ), amoxicilina ( $n=9$ ), cefuroxima (CXM) ( $n=3$ ), cefazolina ( $n=3$ ), ceftriaxona ( $n=1$ ) e 3 doentes não sabiam especificar o BL.

A maior parte dos doentes foi referenciada pelos Cuidados de Saúde Primários ( $n=22$ ) e pelo Serviço de Urgência ( $n=12$ ).

85,7% dos doentes apresentava queixas cutâneas, 33,9% respiratórias, 27,6% cardiovasculares e 8,6% gastrointestinais. Em 44,6% a clínica era compatível com anafilaxia.

As reações de HS imediata ocorreram em 20 doentes, as não imediatas em 28 e em 8 casos desconhecia-se o tempo decorrido até à reação. A maioria (60,7%) tinha história pessoal de doença alérgica.

As slgE foram positivas em 4 (1,4%), os TC em 38 (13,1%) e as PPO em 16 (5,5%) doentes, sendo que destes 1 tinha slgE e TID positivos e outro TID e PPO com alternativo positiva. 8 doentes tiveram TCP positivos e 33 tiveram TID positivos, sendo que em 3 (37,5%) e 20 (60,6%) destes casos, a positividade foi tardia, respectivamente. A realização de TC com BL nos doentes com anafilaxia permitiu confirmar o diagnóstico de alergia em 80% ( $n=20$ ). Realizaram PPO 42 doentes, tendo esta sido positiva em 16, 12 com o fármaco suspeito e 4 com um BL alternativo. A maioria das

reações foram cutâneas. Dos doentes alérgicos, 34 toleram BL alternativo, a maioria a CXM (n=30).

A alergia a BL é frequentemente sobrediagnosticada. O reporte de anafilaxia foi comum e a realização de TCs com BLs demonstrou boa sensibilidade diagnóstica e foi segura. Os nossos resultados reforçam a importância da leitura tardia dos TCP e TID. A referência à IAL permitiu confirmar a alergia aos BLs e encontrar alternativas terapêuticas.

#### CO 05 – Provocar ou não provocar: revisão da literatura sobre o valor preditivo positivo dos testes cutâneos com beta-lactâmicos

A. M. Chiriac<sup>1,2</sup>, M. J. Vasconcelos<sup>3</sup>, L. Izquierdo<sup>1</sup>, L. Ferrando<sup>1</sup>, O. Nahas<sup>1</sup>, P. Demoly<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Department of Pulmonology, Division of Allergy, Hôpital Arnaud de Villeneuve, University Hospital of Montpellier, Montpellier, FRANCE

<sup>2</sup> Equipe EPAR – IPLESP, Sorbonne Université, Paris, FRANCE

<sup>3</sup> Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar de São João E.P.E, Porto, PORTUGAL

#### Objectivo:

Introdução: Os antibióticos beta-lactâmicos (BL) são os principais responsáveis por reações de hipersensibilidade (HS) a fármacos. O diagnóstico baseia-se na clínica, testes in vivo [testes cutâneos (TC) e provas de provocação (PP)] e por vezes, testes in vitro. A importância dos TC é globalmente reconhecida para todos os doentes com suspeita de HS aos BL. No caso de serem negativos, geralmente segue-se uma PP; se positivos, é assumido um risco importante de reação e um fármaco alternativo ou um protocolo de dessensibilização são propostos. O valor preditivo negativo (VPN) destes TC tem sido calculado em vários estudos, contudo, pouco se sabe sobre o seu valor preditivo positivo (VPP) dadas as questões éticas subjacentes.

Objectivo: Analisar estudos relacionados com o VPP dos TC para BL

**Metodologia:** Realizada revisão de literatura através da PubMed pelo cruzamento dos termos “teste cutâneo”, “beta-lactâmico” e “hipersensibilidade a fármacos”. Foram avaliados artigos de 1966 a 2011.

Os casos selecionados incluíram 4 situações reveladoras de HS a BL: (A) re-administração (acidental ou por PP) do BL positivo nos TC, (B) administração (acidental ou por PP) de um BL com suposta reactividade cruzada (RC) com o BL positivo nos TC, (C) reação de HS sistémica durante TC positivos e (D) reação de HS durante protocolo de dessensibilização a fármaco com TC positivo.

**Resultados e conclusões:** Dos 1432 artigos analisados, 73 cumpriam os critérios de inclusão. Mais de metade originada de estudos europeus. No grupo A (n=63), nos doentes com história de reação imediata, o VPP foi de 81%; no caso de reação anafilática foi de 100%. Nas reações não imediatas o VPP foi de 84%. No grupo B (n=96) foi de 14% porém, em alguns doentes foi testado um BL com TC negativo, apesar da presumível RC das cadeias laterais, o que torna este VPP questionável. As reações sistémicas durante os TC (grupo C, n=133), ocorreram maioritariamente em reações imediatas (2 casos fatais reportados durante TC com BL).

A ocorrência de reações de HS durante dessensibilizações a BL, podem ser consideradas como PP positivas em doentes com TC positivos (grupo D, n=68); 62% dos casos estudados reagiram durante o protocolo.

#### Conclusão:

Esta revisão demonstra que o VPP dos TC com BL é alto o suficiente (>80%) nas reações imediatas e tardias para, juntamente com a iatrogenia comprovada dos TC para BL (grupo C), corroborar a prática atual de não provocar doentes com história sugestiva e TC positivos para BL.

#### CO 06 – Serão os testes cutâneos úteis no diagnóstico de hipersensibilidade a quinolonas?

M. Alves<sup>1</sup>, C. Ribeiro<sup>1</sup>, A. Ciobanu<sup>2</sup>, R. A. Fernandes<sup>1</sup>, J. Pita<sup>1</sup>, J. Azevedo<sup>1</sup>, A. Todo Bom<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, COIMBRA, PORTUGAL

<sup>2</sup> Unidade de Imunoalergologia, Centro Hospitalar Tondela-Viseu, VISEU, PORTUGAL

#### Objectivo: Introdução

As reações de hipersensibilidade (HS) a Quinolonas têm aumentado nos últimos anos e o seu diagnóstico é difícil muitas vezes pela imprecisão da história clínica, pelo valor limitado dos testes cutâneos (TC) que causam frequentemente resultados falsos-positivos e os testes in vitro ainda não estão bem validados. A prova de provocação oral (PPO) é o gold standard diagnóstico, mas não é isenta de riscos.

#### Metodologia: Métodos

Estudo retrospectivo em doentes com suspeita de HS a Quinolonas, referenciados à Consulta de Imunoalergologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra entre 2015 e 2018, submetidos a TC prick (TCP) e intradérmicos (ID), seguidos de PPO. As concentrações usadas nos TCP foram ciprofloxacina 2mg/mL e levofloxacina 5mg/mL. Nos ID foram utilizadas as diluições de 1:1000 e 1:100 para a ciprofloxacina e 1:1000 para a levofloxacina.

#### Resultados e conclusões: Resultados

Foram incluídos 37 doentes, 21 do género feminino (56,8%), com uma média de idades de 54,32 anos. Os fármacos implicados foram: ciprofloxacina (n=17), levofloxacina (n=13), moxifloxacina (n=2), ofloxacina (n=1), prulifloxacina (n=1), e em 3 doentes não foi possível especificar a quinolona utilizada. 23 doentes apresentavam reação sugestiva de HS imediata e 14 de HS tardia. 29 doentes apresentavam sintomas mucocutâneos (urticária e/ou angioedema e/ou exantema) e 8 doentes clínica sugestiva de anafilaxia (n=5 com levofloxacina, n=2 com ciprofloxacina e n=1 com quinolona não-especificada). Os resultados dos TCP, ID e PPO são apresentados na Tabela I.

Conclusões: 21,6% do total de reações de HS foram graves (anafilaxia). Três dos 12 doentes cuja PPO diagnóstica foi negativa tinham apresentado ID positivos, o que corresponde a 25% de falsos-positivos. Estes dados sugerem que o valor dos testes cutâneos no diagnóstico de HS a Quinolonas ainda não se encontra completamente esclarecido. A decisão de realizar PPO deve ser estabelecida caso a caso.

Tabela I. Resultados dos testes cutâneos e prova de provocação oral.

TCP (n=37)	ID (n=37)	PPO (n=20)	Quinolona testada
Negativos n=37	Negativos n=17	Positiva (n=1 diagnóstica)	Ciprofloxacina n=1
		Negativas n=11 (n=8 diagnósticas)	Ciprofloxacina n=5 Levofloxacina n=3
		(n=3 alternativas)	Ciprofloxacina n=3
	Duvidosos n=2	Negativas n=8	
	Positivos n=18	(n=3 diagnósticas)	Ciprofloxacina n=2 Levofloxacina n=1
	Ciprofloxacina n=14 1:1000 (n=3) 1:100 (n=11)	(n=5 alternativas)	Ciprofloxacina n=1 Levofloxacina n=4
	Levofloxacina n=2		
	Ciprofloxacina+Levofloxacina n=2		

### CO 07 – Os últimos 12 anos de uma consulta de alergia a meios de contraste

M. I. Silva<sup>1</sup>, S. Carvalho<sup>1</sup>, J. Marcelino<sup>1</sup>, F. C. Duarte<sup>1</sup>, A. C. Costa<sup>1</sup>, M. P. Barbosa<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa, PORTUGAL

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

**Objectivo:** Introdução: Os Meios de Contraste (MC) são usados numa grande variedade de procedimentos médicos diagnósticos e terapêuticos. Apesar dos MC serem produtos seguros, têm sido descritas reações aos mesmos.

**Objectivo:** Caracterização de doentes (dts) com história sugestiva de hipersensibilidade a MC.

**Metodologia:** Metodologia: Estudo observacional retrospectivo em que foram selecionados dts observados em consulta de Alergia Medicamentosa por reação a MC entre Junho/2006 e Junho/2018. Os dts foram caracterizados quanto a dados demográficos, antecedentes pessoais, presença de atopia, hipersensibilidade a fármacos, realização de profilaxia, via de administração do MC, tempo entre a administração do MC até à reação e tipo de MC.

**Resultados e conclusões:** Resultados: Foram selecionados 236 dts, dos quais 64% (152 dts) do sexo feminino, com média de idades na 1.ª reação de 53,29 anos e na 1.ª consulta de 58,03 anos, sendo a média entre a 1.ª reação e a 1.ª consulta de 4,74 anos. A via de administração mais frequente do MC foi a endovenosa (63%-153 dts). Os exames aos quais os dts tiveram mais reação foram

a TAC (42%-99 dts) e a coronariografia (19,1%-45 dts). Os antecedentes pessoais mais frequentemente identificados foram: cardiopatia (36,3%-114 dts), rinite (29%-91 dts), insuficiência renal (15,3%-36 dts) e asma (10,6%-25 dts). Dos 236 dts, 20,3% (48 dts) tinham antecedentes de atopia e 20,3% (48 dts) hipersensibilidade a fármacos. Dos doentes com fatores de risco (79,2%-187dts), apenas 6,4% (12 dts) fizeram profilaxia com anti-histamínico e/ou corticóide. 50% das reações descritas desenvolveram-se até 1h após a administração do MC (reações imediatas) e 48% foram reações tardias; os restantes 2% dos dts desconhecem o intervalo de tempo entre a administração do MC e o início da reação. 78% (184 dts) dos dts identificou como causador da reação um MC iodado, 8,4% (20 dts) um MC não iodado e 13,6% (32 dts) desconheciam qual o MC envolvido. O MC mais frequentemente identificado foi o MC iodado iodixanol – 19% (44 dts).

**Conclusões:** O MC mais frequentemente identificado foi o iodixanol, tal como descrito na literatura, o que se pode dever ao facto de o exame que mais motivou referência ter sido a TAC e também de este MC ser o mais usado. Conclui-se ainda que a maior parte dos antecedentes pessoais descritos são fatores de risco para reação a MC e que a maioria dos dts com fatores de risco não realizou profilaxia previamente à administração de MC, o que pode justificar uma maior probabilidade de reação.

### CO 08 – Reações de hipersensibilidade aos meios de contrastes iodados: caracterização do estudo alergológico

J. Barradas Lopes<sup>1</sup>, D. Malheiro<sup>1</sup>, I. Rezende<sup>2</sup>, M. Sousa<sup>1</sup>, L. Cruz<sup>1</sup>, P. Barreira<sup>1</sup>, I. Lopes<sup>1</sup>, S. Cadinha<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Imunoalergologia do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho EPE, Vila Nova de Gaia, PORTUGAL

<sup>2</sup> Serviço de Imunoalergologia do Centro Hospitalar do Porto, Porto, PORTUGAL

**Objectivo:** Os meios de contraste iodados (MCI) hiposmolares são cada vez mais utilizados pelo seu perfil de segurança. Apesar da menor incidência de reações de hipersensibilidade (RH) face aos hiperosmolares, estas continuam a ocorrer sendo fundamental uma adequada definição do seu estudo alergológico. O objetivo deste trabalho foi caracterizar o estudo alergológico na suspeita de RH a MCI.

**Metodologia:** Estudo retrospectivo de doentes referenciados à consulta de alergia a fármacos (1/2009-7/2018), por suspeita de RH a MCI. Diagnóstico confirmado por história clínica sugestiva e positividade de testes cutâneos (TC) [testes cutâneos por picada (TCP), intradérmicos (ID), epicutâneos (TE)], prova de provocação endovenosa (PEV) e/ou teste de ativação de basófilos (TAB)/teste de transformação linfocitária (TTL).

**Resultados e conclusões:** Incluídos 34 doentes; 64% sexo feminino; idade média 54 anos ( $\pm 16.4$ ); 24% atópicos; lópromida foi o fármaco suspeito em 53%. As manifestações clínicas foram cutâneas em 56%, anafilaxia em 26%, mal-estar geral em 5%. As RH foram imediatas em 71% (n=24) e tardias em 29% (n=10). Foi realizado estudo com MCI disponíveis. Dezoito doentes não concluí-

ram estudo (15 com RH imediata; 3 com tardia): 5 com estudo em curso e restantes por recusa.

Nos doentes com RH imediata os TCP foram negativos e os ID positivos em 17% (n=4). O TAB foi positivo em 12% (2 em 17 doentes), verificando-se associação entre ID e TAB ( $p=0.029$ ). A PEV com suspeito foi negativa em todos os doentes (n=5), em concordância com os ID e os TAB realizados. O diagnóstico foi confirmado em 17% (2 doentes por ID e TAB, 2 doentes por ID). Nos doentes com RH tardias os ID foram positivos às 48h em 20% (n=2) e os TE positivos em 10% (n=1). O TTL foi positivo em 44% (4 em 9 doentes), não se verificando associação entre ID e TTL ( $p=0.429$ ). A PEV com suspeito foi positiva em todos os doentes, os 3 com ID e TTL negativos. O diagnóstico foi confirmado em 70% (3 por PEV, 2 por ID e TTL, 2 por TTL).

Em conclusão, os TC em associação com o TAB parecem ser úteis no diagnóstico de RH imediatas a MCI, apresentando concordância entre eles e com a PEV. Por este motivo, questiona-se a necessidade de realização de PEV para confirmação diagnóstica nas RH imediatas.

Por outro lado, os TC e TTL demonstram utilidade limitada no estudo de RH tardias a MCI, parecendo ser fundamental a realização de PEV para esclarecimento diagnóstico neste grupo.

#### CO 09 – Hipersensibilidade a analgésicos/anti-inflamatórios não esteróides: estudo retrospectivo numa população pediátrica

J. Cosme<sup>1</sup>, A. Lopes<sup>1</sup>, A. Spínola-Santos<sup>1</sup>, A. M. Neves<sup>2</sup>, M. Pereira-Barbosa<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa, PORTUGAL

<sup>2</sup> Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa, PORTUGAL

<sup>3</sup> Clínica Universitária de Imunoalergologia, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa, PORTUGAL

**Objectivo:** Introdução: As reações de hipersensibilidade (HS) a A/AINE, na população pediátrica, estão ainda pouco caracterizadas e a sua classificação segundo os critérios da EAACI/ENDA apresenta limitações. Objectivos: Avaliar o perfil clínico e diagnóstico das reações de HS a A/AINE referenciadas a uma consulta de alergia medicamentosa pediátrica (C-AMP).

**Metodologia:** Metodologia: Estudo retrospectivo dos doentes referenciados à C-AMP nos últimos 4 anos por provável reacção de HS a A/AINE. Analisaram-se dados do processo clínico: dados demográficos, clínica da reacção e resultados dos testes cutâneos (TC) e/ou provas de provocação (PP) realizados.

**Resultados e conclusões:** Resultados: Analisaram-se os dados de 26 doentes (31 reações) referenciados à C-AMP por suspeita de reacção HS a A/AINE (idade mediana [Q1, Q3] de 10 [6; 15] anos, 58% do sexo F, 42% atópicos, nenhum tinha asma nem urticária crónica). As reações que motivaram referência foram em 35% imediatas (2 anafilaxias, 5 angioedema, 2 urticária+angioedema, 2 urticária) e em 65% tardias (14 urticária, 4 exantema maculo-papular, 1 lesões aftosas, 1 vómitos). Nas 2 anafilaxias não se testou o A/AINE envol-

vido, mas realizaram-se PP com A/AINE alternativos (1 tramadol, 1 celecoxibe) que foram negativas. Nos restantes 24 doentes realizaram-se TC em 7 (3 paracetamol, 1 ibuprofeno, 1 com fentanil+rocurónio+tramadol, 2 beta-lactâmicos) e PP diagnósticas em todos (27 PP com A/AINE e 2 com Beta-lactâmicos). Os TC foram todos negativos e as PP confirmaram diagnóstico em 5 doentes e excluíram HS a A/AINE em 19 doentes. Os 5 doentes com diagnóstico confirmado foram todos referenciados por reações imediatas cutâneas ao ibuprofeno (1 em contexto de infeção) e nas PP tiveram clínica de expressão cutânea. Nos 19 em que a reacção de HS foi excluída (A/AINE envolvidos: 5 paracetamol, 12 ibuprofeno, 1 tramadol, 1 nimesulide), 89% apresentaram manifestações cutâneas, sendo em 68% tardias. Destes, 47% tinham infeção concomitante na reacção e 47% eram atópicos.

**Conclusões:** A maioria das reações a A/AINE referenciadas à C-AMP foram tardias e de expressão cutânea. No entanto, as PP confirmaram HS a A/AINE em 27% dos doentes, todos com reações imediatas. Não se efetuaram PP com AAS, não sendo possível provar reatividade cruzada, o que é uma limitação do estudo. Os autores defendem que as reações de HS a A/AINE em idade pediátrica têm características próprias, nomeadamente fenótipos diferentes dos do adulto, devendo ser estudadas de forma adaptada a este grupo etário.

#### CO 10 – Mastocitose: os aines são mais seguros do que se possa pensar.

T. Rama<sup>1</sup>, J. Morgado<sup>2,3</sup>, L. Escibano<sup>3,7</sup>, I. Alvarez-Twose<sup>2,3</sup>, L. Sanchez-Muñoz<sup>2,3</sup>, A. Moreira<sup>1,4,5</sup>, A. Órfão<sup>3,6,7</sup>, J. Romão<sup>8,9</sup>, A. Matito<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar São João, Porto, PORTUGAL

<sup>2</sup> Instituto de Estudios de Mastocitosis de Castilla La Mancha, Hospital Virgen del Valle, Toledo, SPAIN

<sup>3</sup> Red Española de Mastocitosis (REMA), Toledo, SPAIN

<sup>4</sup> Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, PORTUGAL

<sup>5</sup> EPIUnit – Instituto de Saúde Pública, Universidade do Porto, Porto, PORTUGAL

<sup>6</sup> Servicio General de Citometría, Centro de Investigación del Cáncer (IBMCC-CSIC/USAL e IBSAL), Salamanca, SPAIN

<sup>7</sup> Departamento de Medicina, Universidad de Salamanca, Salamanca, SPAIN

<sup>8</sup> Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, PORTUGAL

<sup>9</sup> Serviço de Anestesiologia, Centro Hospitalar do Porto, Porto, PORTUGAL

**Objectivo:** A utilização de antiinflamatórios não esteroides (AINEs) e de os outros inibidores das ciclooxigenases (iCOX) é, frequentemente, evitada nas mastocitoses, por questões de segurança, uma vez que podem provocar libertação de mediadores mastocitários. Na população geral, considera-se que a hipersensibilidade a AINEs decorre da depleção de prostaglandina E2, provocada pela inibição das COX e resultante libertação de leucotrie-

nos. O presente estudo teve como objectivos determinar a prevalência de sintomas associados à libertação de mediadores mastocitários provocados por AINEs e outros iCOX e avaliar a presença de associações dos mesmos com características clínicas, em doentes com mastocitose.

**Metodologia:** Foram revistos processos clínicos de 417 adultos e 137 crianças e adolescentes. Pesquisaram-se diferenças entre grupos definidos pelos padrões de tolerância a AINEs e outros iCOX para variáveis epidemiológicas, clínicas, laboratoriais e imatológicas.

**Resultados e conclusões:** Os padrões de tolerância encontrados, respectivamente para as amostras de doentes adultos e pediátricos, foram os seguintes: 88% e 91% dos doentes toleram AINEs/iCOX, 5% e 0% apresentaram hipersensibilidade a 2 ou mais AINEs, 4% e 8% reagiram a um AINE/iCOX e toleram outros, enquanto que 3% e 1% reagiram a um AINE/iCOX e não voltaram a tomar nenhum fármaco destes grupos.

A frequência de sintomas associados à libertação de mediadores provocados por AINEs/iCOX, nas mastocitoses, é frequentemente sobrestimada. Ainda assim, estas reacções são mais frequentes nos doentes com mastocitose face à população geral, estando mais associada à elevação da carga mastocitária na medula e a formas avançadas da doença. Deste trabalho emergem dois novos potenciais factores preditores de hipersensibilidade a AINEs em doentes com mastocitose: triptase basal sérica superior a 48 ng/mL e carga mastocitária na medula superior a 0,012%.

## SESSÃO DE COMUNICAÇÕES ORAIS II ALERGIA RESPIRATÓRIA

**Dia:** 30 de Setembro

**Horas:** 08:00 – 10:00

**Sala:** I

*Moderadores:* Helena Pité, Luísa Geraldès, Manuel Branco Ferreira

### CO 14 – O registo de asma grave Portugal – desenvolvimento, funcionalidades e partilha de dados

A. Sá-Sousa<sup>1</sup>, J. Almeida Fonseca<sup>1,2,3</sup>, A. M. Pereira<sup>1,2,3</sup>, A. Ferreira<sup>1</sup>, A. Arrobas<sup>4</sup>, A. Mendes<sup>5</sup>, M. Drummond<sup>6,7,8</sup>, W. Videira<sup>9</sup>, T. Costa<sup>10</sup>, P. Farinha<sup>10</sup>, J. Soares<sup>10</sup>, P. Rocha<sup>10</sup>, A. Todo-Bom<sup>11,12</sup>, A. Sokolova<sup>13</sup>, A. Costa<sup>14</sup>, B. Fernandes<sup>15</sup>, C. Chaves Loureiro<sup>16</sup>, C. Longo<sup>17</sup>, C. Pardal<sup>17</sup>, C. Costa<sup>18</sup>, C. Cruz<sup>19</sup>, C. Chaves Loureiro<sup>20,21</sup>, C. Lopes<sup>22,23</sup>, D. Mesquita<sup>24</sup>, E. Faria<sup>25</sup>, E. Magalhães<sup>26</sup>, F. Menezes<sup>27</sup>, F. Todo-Bom<sup>28</sup>, F. Carvalho<sup>29</sup>, F. S. Regateiro<sup>25</sup>, H. Falcão<sup>30</sup>, I. Fernandes<sup>31</sup>, J. Gaspar Marques<sup>32,33</sup>, J. Viana<sup>34</sup>, J. Ferreira, J. Manuel Silva, L. Simão<sup>36</sup>, L. Almeida<sup>37</sup>, L. Fernandes<sup>38</sup>, L. Ferreira<sup>39</sup>, M. van Zeller<sup>37,40,41</sup>, M. Quaresma<sup>42</sup>, M. Castanho<sup>43</sup>, N. André<sup>44</sup>, N. Cortesão<sup>45</sup>, P. Leiria Pinto<sup>46,47</sup>, P. Pinto<sup>48,49</sup>, P. Rosa<sup>50</sup>, P. Carreiro-Martins<sup>46,47</sup>, R. Gerardo<sup>51</sup>, R. Silva<sup>52</sup>, S. Lucas<sup>53</sup>, T. Almeida<sup>54</sup>, T. Calvo<sup>55</sup>.

<sup>1</sup> CINTESIS – Center for Health Technology and Services Research, Faculdade de Medicina Universidade do Porto, Porto, PORTUGAL

<sup>2</sup> MEDCIDS – Department of Community Medicine, Information, and Health Sciences, Faculdade de Medicina Universidade do Porto, Porto, PORTUGAL

<sup>3</sup> Allergy Unit, Instituto & Hospital CUF Porto, Porto, PORTUGAL

<sup>4</sup> Pulmonology Department, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, PORTUGAL

<sup>5</sup> Immunology and Allergy Department, Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE, Lisboa, PORTUGAL

<sup>6</sup> Pulmonology Department, Centro Hospitalar de S. João, EPE, Porto, PORTUGAL

<sup>7</sup> Pulmonology Department, Faculty of Medicine University of Porto, Porto, PORTUGAL

<sup>8</sup> I3S Instituto de Investigação e Inovação em Saúde, Universidade do Porto, Porto, PORTUGAL

<sup>9</sup> Pulmonology Department, Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE, Lisboa, PORTUGAL

<sup>10</sup> VirtualCare, Porto, Porto, PORTUGAL

<sup>11</sup> Immunoallergology Department, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, PORTUGAL

<sup>12</sup> Immunoallergology Department, Faculdade de Medicina, Universidade do Coimbra, Coimbra, PORTUGAL

<sup>13</sup> Immunology and Allergy Department, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE, Amadora, PORTUGAL

<sup>14</sup> Pulmonology Department, Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães EPE, Guimarães, PORTUGAL

<sup>15</sup> Pulmonology Department, Hospital de Braga, Braga, PORTUGAL

<sup>16</sup> Department of Pediatrics, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, PORTUGAL

- <sup>17</sup> Pulmonology Department, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE, Amadora, PORTUGAL
- <sup>18</sup> Immunology and Allergy Department, Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE, Lisboa, PORTUGAL
- <sup>19</sup> Immunology and Allergy Department, Centro Hospital de Setúbal, EPE, Setúbal, PORTUGAL
- <sup>20</sup> Pulmonology Unit, Hospitais da Universidade de Coimbra, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, PORTUGAL
- <sup>21</sup> Centre of Pulmonology, Faculty of Medicine, University of Coimbra, Coimbra, PORTUGAL
- <sup>22</sup> Immunology and Allergy Department, Hospital Pedro Hispano Unidade Local de Saúde Matosinhos, EPE, Matosinhos, PORTUGAL
- <sup>23</sup> Immunology Department, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, PORTUGAL
- <sup>24</sup> Novartis Farma – Produtos Farmacêuticos, S.A., Porto Salvo, PORTUGAL
- <sup>25</sup> Immunology and Allergy Department, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, PORTUGAL
- <sup>26</sup> Pulmonology Department, Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE, Covilhã, PORTUGAL
- <sup>27</sup> Pulmonology Department, Hospital Garcia de Orta, EPE, Almada, PORTUGAL
- <sup>28</sup> Pulmonology Department, Hospital Beatriz Ângelo, Loures, PORTUGAL
- <sup>29</sup> Immunology and Allergy Department, Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE, Lisboa, PORTUGAL
- <sup>30</sup> Immunology and Allergy Department, Centro Hospitalar do Porto, EPE, Porto, PORTUGAL
- <sup>31</sup> Pulmonology Department, Centro Hospital de Setúbal, EPE, Setúbal, PORTUGAL
- <sup>32</sup> Immunology and Allergy Department, Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, Lisboa, PORTUGAL
- <sup>33</sup> CEDOC, Integrated Pathophysiological Mechanisms Research Group, Lisboa, PORTUGAL
- Immunology and Allergy Department, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, PORTUGAL
- <sup>34</sup> Immunology and Allergy Department, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE, Vila Nova de Gaia, PORTUGAL
- <sup>35</sup> Pulmonology Department, Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE, Guarda, PORTUGAL
- <sup>36</sup> Pulmonology Department, Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE, Penafiel, PORTUGAL
- <sup>37</sup> Pulmonology Department, Centro Hospitalar de S. João, EPE, Porto, PORTUGAL
- <sup>38</sup> Pulmonology Department, Hospital Distrital Figueira da Foz, EPE, Figueira da Foz, PORTUGAL
- <sup>39</sup> Pulmonology Department, Hospital de Braga, Braga, PORTUGAL
- <sup>40</sup> Pulmonology Department, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto, PORTUGAL
- <sup>41</sup> I3S Instituto de Investigação e Inovação em Saúde, Universidade do Porto, Porto, PORTUGAL
- <sup>42</sup> Department of Pediatrics, Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE, Vila Real, PORTUGAL
- <sup>43</sup> Pulmonology Department, Hospital Garcia de Orta, EPE, Almada, PORTUGAL
- <sup>44</sup> Pulmonology Department, Centro Hospitalar do Oeste, Torres Vedras, PORTUGAL
- <sup>45</sup> Pulmonology Department, Hospital da Luz Arrábida, Vila Nova de Gaia, PORTUGAL
- <sup>46</sup> Immunology and Allergy Department, Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, Lisboa, PORTUGAL
- <sup>47</sup> CEDOC, Integrated Pathophysiological Mechanisms Research Group, Lisboa, PORTUGAL
- <sup>48</sup> Pulmonology Department, Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE, Lisboa, PORTUGAL
- <sup>49</sup> ISAMB, Instituto de Saúde Ambiental Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa, PORTUGAL
- <sup>50</sup> Pulmonology Department, Hospital de Vila Franca de Xira, Vila Franca de Xira, PORTUGAL
- <sup>51</sup> Pulmonology Department, Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, Lisboa, PORTUGAL
- <sup>52</sup> Immunology and Allergy Department, Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE, Vila Real, PORTUGAL
- <sup>53</sup> Pulmonology Department, Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Faro, PORTUGAL
- <sup>54</sup> Pulmonology Department, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, PORTUGAL
- <sup>55</sup> Pulmonology Department, Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE, Vila Real, PORTUGAL

**Objectivo:** O Registo de Asma Grave Portugal (RAG) foi desenvolvido pela Rede de Especialistas em Asma Grave (REAG). O RAG recolhe dados de adultos e crianças com asma grave que, apesar da otimização do tratamento e da gestão adequada das comorbilidades, requerem o degraú 4/5 de tratamento de acordo com as recomendações GINA. Neste trabalho, descrevemos o desenvolvimento e a implementação do RAG e as suas funcionalidades e políticas de partilha de dados.

**Metodologia:** O RAG resulta da colaboração entre médicos especialistas, investigadores e programadores. Os critérios de inclusão de doentes, os domínios e elementos a ser recolhidos e a estrutura do RAG foram definidos por um processo de consenso multi-etapas. A seleção dos elementos a ser recolhidos teve em consideração os registos de asma grave existentes. As funcionalidades do RAG incluem a verificação automática de critérios para inclusão, a inserção facilitada de dados, a exportação de dados em linguagem natural que podem ser colados diretamente no registo eletrónico dos doentes e funcionalidades de segurança para permitir a partilha de dados (entre investigadores e com outros bancos de dados) sem comprometer a confidencialidade dos doentes. Uma versão piloto foi testada por 22 membros do REAG e melhorada iterativamente.

**Resultados e conclusões:** O RAG é um registo nacional de doentes com asma grave baseado na internet, disponível em [asmagrave.pt](http://asmagrave.pt) desde 2/5/2018, após autenticação. Para apoio à decisão de inclusão de doente foi desenvolvido um algoritmo de cálculo automático do degraú de tratamento do doente. A lista de dados recolhidos no RAG é abrangente e reflete o estado clínico atual do paciente, evitando sobrecarga desnecessária no fluxo de trabalho clínico. O RAG cumpre o novo regulamento europeu de proteção de dados pessoais. Os dados pertencem primariamente a cada doente e, em seguida, ao médico que os inseriu no registo

e podem ser partilhados para efeitos de investigação clínica desde que devidamente autorizado.

O RAG foi concebido para ligação futura a outras bases de dados, tanto registos internacionais como ao sistema nacional de farmacovigilância. O RAG permite a recolha prospetiva de dados obtidos na rotina clínica, promove a prestação de cuidados padronizados e a investigação clínica colaborativa. A caracterização completa de doentes com asma grave utilizando o RAG irá melhorar a informação sobre a doença e contribuir para a adoção de políticas baseadas na evidência para os cuidados na asma grave.

**CO 15 – Internamentos por asma: o que mudou na última década?**

T. L. Sales Marques<sup>1</sup>, R. Fernandes<sup>2</sup>, A. Todo Bom<sup>2</sup>, E. Faria<sup>2</sup>, C. Ribeiro<sup>2</sup>, B. Tavares<sup>2</sup>, I. Carrapatoso<sup>2</sup>, G. Loureiro<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar e Universitário do Algarve, Faro, PORTUGAL

<sup>2</sup> Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, PORTUGAL

**Objectivo:** A prevenção dos episódios de agudização da Asma constitui um dos principais objetivos na abordagem das doenças respiratórias em todo o mundo.

Analisaram-se as características da doença dos doentes internados por Asma num Serviço de Imunoalergologia no ano de 2017, comparativamente aos doentes internados em 2006.

**Metodologia:** Estudo retrospectivo dos processos clínicos dos doentes internados por Asma nos períodos referidos. Foram analisados os dados demográficos, a caracterização da doença previamente ao internamento (tratamento, seguimento e internamentos prévios) e a caracterização do episódio de exacerbação de asma (gravidade, agente desencadeante e duração do internamento).

**Resultados e conclusões:** A agudização de asma motivou 29 internamentos em 2006 e 41 internamentos em 2017. No Quadro I apresentam-se os dados analisados. Não se registaram óbitos e apenas 1 doente foi reinternado em 2017.

Quadro I – Dados demográficos, caracterização da doença e das exacerbações

	2006	2017	P-value
<b>N</b>	29	41	
<b>Sexo Feminino (%)</b>	58,6	70,7	0.293
<b>Idade à data de internamento, média±DP (anos)</b>	42,9±16,7	49,8±21,5	0.138
<b>Internamento prévio: exacerbação de Asma (%)</b>	10,3	70,7	<0.001
<b>Seguimento prévio (%)</b>	75,9	92,7	
<b>Tratamento prévio (%)</b>	79,3	90,2	
SABA (%)	58,6	41,5	0.157
Corticoide inalado (isolado) (%)	13,8	4,9	
LABA (isolado) (%)	13,8	0	
LABA/Corticoide inalado (%)	20,7	80,5	<0.001
ARLT (%)	6,9	63,4	<0.001
<b>Gravidade crise: Moderada; Grave (%)</b>	63; 37	71,1; 28,9	0.492
<b>Desencadeante da exacerbação (%):</b>			
Infeção respiratória (%)	79,3	43,9	0.003
Exposição alérgica (%)	10,3	2,4	
Exposição agentes de combustão (%)	6,9	2,4	
Má adesão terapêutica (%)		22	
Sem causa esclarecida (%)	3,4	29,3	0.006
<b>Duração internamento, média±DP (dias)</b>	9±3,1	11,1±5,9	0.077

Comparando os dois períodos, verificou-se em 2017 uma redução do n.º de doentes sem seguimento médico prévio, e paralelamente uma redução do n.º de doentes sem plano terapêutico para a asma. Apesar de considerar pequenas amostras populacionais, estes dados apontam para uma evolução favorável da prevenção secundária. No entanto, verificou-se também um aumento do n.º e da duração dos internamentos, salientando-se o elevado n.º de doentes com internamento prévio por exacerbação de asma, bem como o elevado n.º de casos de agudização da Asma desencadeada por incumprimento terapêutico. Estes dados indicarão tratar-se de doentes com asma não controlada, reconhecendo-se assim a necessidade de reforçar a adesão terapêutica.

**CO 16 – Mepolizumab no tratamento de asma grave: protocolo e experiência de um centro**

A. L. Moura<sup>1</sup>, F. Regateiro<sup>1</sup>, A. Todo Bom<sup>1</sup>, E. Faria<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, PORTUGAL

**Objectivo:** O mepolizumab (MPZ) é um anticorpo monoclonal anti-IL5 utilizado no tratamento adjuvante de asma eosinofílica grave e refratária à terapêutica convencional, com introdução no mercado português em 2016. Atualmente não existem protocolos de atuação standardizados.

Com o presente trabalho pretende-se apresentar o protocolo de atuação e resultados da sua aplicação em doentes asmáticos sob tratamento com MPZ no serviço de Imunoalergologia do CHUC e a avaliação da eficácia clínica deste tratamento.

**Metodologia:** Selecionados doentes com diagnóstico de asma persistente grave, não controlada sob tratamento de degrau 4 ou 5 de acordo com as diretivas GINA, medicados com 3 ou mais ciclos de corticoterapia oral (CO) no ano anterior, FEV1 <80% e eosinofilia periférica. Iniciaram terapêutica com MPZ 100 mg, via subcutânea, de 4/4 semanas. Os doentes foram submetidos ao protocolo de atuação apresentado na Tabela I.

**Resultados e conclusões:** Incluídos 6 doentes, todos do sexo feminino com uma média de idades de 52 anos (43 – 64). Um doente apresentava atopia, 4 com polipose nasal (2 das quais com diagnóstico de DREA), 3 com bronquiectasias pulmonares e 1 com episódio de paragem cardiorrespiratória em contexto de mal asmático. Antes do tratamento com MPZ apresentavam uma média de 2 internamentos prévios por exacerbação de asma (0 – 4), 5 ciclos de CO no ano anterior em contexto de agudização de asma (3 – 10), eosinófilos (Eo) periféricos de 850 cel/L (300 – 1800), FEV1 de 57,6% (41,5 – 71) e pontuação de ACT score 13 (9 – 16). Uma doente tinha realizado tratamento com omalizumab durante 6 meses, sem melhoria. Duas doentes encontravam-se sob CO diária e outra sob azitromicina profilática 3 dias/semana.

Nenhuma doente apresentou efeitos secundários durante e entre as administrações de MPZ, tendo uma doente agravado queixas de artralguas. Nos 3 doentes que completaram pelo menos 3 meses de tratamento verificou-se uma redução dos Eo (850 para 150 cel/L), aumento do ACT score (13 para 16), diminuição do núme-

**Tabela 1.** Protocolo de seguimento e monitorização\* de doentes que iniciam tratamento com mepolizumab no Serviço de Imunoalergologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

	6 – 12 meses prévios	D0	3º mês	6º mês	12º mês
Monitorização clínica †	X	X	X	X	X
Hemograma com contagem de eosinófilos	X	X	X	X	X
Bioquímica	X	X			X
Fração exalada de óxido nítrico	X	X	X	X	X
Espirometria com prova de broncodilatação	X		X	X	X
Inquéritos de QoL ACT score	X	X	X	X	X
Urina tipo II	X	X			X
Gasimetria arterial	X	X			X
TC dos seios perinasais	X				
Exame parasitológico das fezes	X	X			X

**Legenda:** D0, dia da primeira administração de mepolizumab; DEMI, débito expiratório máximo instantâneo; CI, corticoide inalado; CO, corticoide oral; QoL, qualidade de vida; ACT score, *asthma activity score*; TC, tomografia computadorizada

† Monitorização clínica: revisão da clínica, medições do DEMI realizadas no domicílio, dose de CI, ciclos de CO efetuados, idas a consultas não programadas e novos internamentos

\* Protocolo efetuado com base no Registo de Ama Grave Portugal (<https://asmagrave.pt>) pela Rede de Especialistas em Asma Grave (REAG)

ro de agudizações de asma (5 para 2) e ausência de novos internamentos. Entre as doentes que realizavam CO diário, uma reduziu a dose e outra suspendeu, tendo necessitado de reiniciar novamente por artralgias. Não houve alterações nas doses e frequência da corticoterapia inalada.

A aplicação rigorosa deste protocolo mostrou-se fundamental na avaliação objetiva da eficácia do tratamento com MPZ na asma grave. Na análise preliminar desta série de doentes, o MPZ demonstrou ter eficácia e um bom perfil de segurança.

### CO 17 – As provas de provocação conjuntival com alérgenos podem influenciar o diagnóstico e a decisão clínica

M. J. Vasconcelos<sup>1</sup>, L. Amaral<sup>1</sup>, L. Carneiro-Leão<sup>1</sup>, A. Rodolfo<sup>1</sup>, J. L. Plácido<sup>1</sup>, D. Silva<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar de São João, EPE, Porto, PORTUGAL

<sup>2</sup> Basic and Clinical Immunology, Department of Pathology, Faculty of Medicine, University of Porto, Porto, PORTUGAL

**Objectivo:** O perfil de sensibilização dos doentes com rinoconjuntivite (RC) nem sempre se relaciona com a clínica. As provas de provocação conjuntival (PPC) podem ser utilizadas para esclarecer a associação entre os sintomas e a exposição a alérgenos.

Avaliar a utilidade clínica e segurança das PPC com ácaros e gramíneas em doentes com RC e correlacionar os resultados com os testes cutâneos por picada (TCP) e IgE's específicas (slgE).

**Metodologia:** Avaliados doentes com RC, com discrepância entre a história clínica e o perfil de sensibilização, polisensibilizados ou com casos duvidosos. As PPC foram realizadas de acordo com a clínica, TCP e slgE. Foram utilizadas concentrações crescentes de alérgeno até desencadear uma reação positiva ou atingir a concentração máxima. A pontuação total de sintomas oculares foi avaliada e um resultado positivo foi considerado se a pontuação total > ou = a 5 pontos.

Cento e quatro doentes, com idade média de 17 anos, 64% mulheres, foram recrutados entre Julho de 2016 e Julho de 2018, dos quais 29 realizaram TCP com *D.pteronyssinus* (Dpt), 21 com pólen de gramíneas e 54 com ambos os extractos.

**Resultados e conclusões:** Dos 83 doentes submetidos a PPC com Dpt, 71 apresentaram prova positiva (pontuação mediana de 6 com intervalo interquartil [5; 6]). As PPC com gramíneas foram positivas em 52 doentes (pontuação 5 [3; 6]). Não ocorreram reações sistémicas e nenhuma reação tardia foi reportada. Foi utilizada medicação sintomática (antihistamínico oftálmico ou oral e/ou corticoesteróide oftálmico) em 77% das provas.

Não se observou correlação entre a concentração necessária para a desencadear uma prova positiva e a slgE para Dpt. O diâmetro da pápula para Dpt bem como a slgE e o diâmetro da pápula para gramíneas correlacionaram-se com a concentração necessária para

desencadear uma prova positiva ( $r = 0,261$ ,  $p = 0,027$ ;  $r = 0,483$ ,  $p < 0,01$ ;  $r = 0,428$ ,  $p < 0,01$ , respectivamente).

Considerando as PPC como referência, a sensibilização avaliada por sIgE ou TCP demonstrou uma sensibilidade para o Dpt de 95% e uma especificidade de 67%; para as gramíneas a sensibilidade foi de 80% e a especificidade de 91%. Até ao momento, as PPC influenciaram a decisão de iniciar imunoterapia em 72% dos doentes reavaliados pelo imunoalergologista assistente.

As PPC são atualmente subutilizadas na prática clínica diária. Na nossa amostra, mostrou um valor diagnóstico adicional, particularmente em situações clínicas duvidosas, e influenciou a decisão do tratamento com imunoterapia com alergénios.

#### CO 18 – Relevância clínica da sensibilização ao dermatophagoides pteronyssinus em doentes com rinite

S. Farinha<sup>1</sup>, B. Kong Cardoso<sup>1</sup>, F. Semedo<sup>1</sup>, M. Martins<sup>1</sup>, A. Paula

Pires<sup>1</sup>, E. Tomaz<sup>1</sup>, F. Inácio<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Imunoalergologia. Centro Hospitalar de Setúbal, EPE, Setúbal, PORTUGAL

**Objectivo:** A valorização da sensibilização a ácaros do pó da casa apenas em termos clínicos pode ser difícil, se considerarmos o carácter não sazonal dos sintomas, as co-sensibilizações e o eventual papel de outros agentes, como infecções e irritantes inespecíficos. A prova de provocação nasal (PPN), apesar da falta de standardização de métodos e critérios de positividade, tem sido defendida por vários autores para estabelecer a relevância da sensibilização alérgica. O objectivo do nosso estudo foi avaliar a relevância da sensibilização ao Dermatophagoides pteronyssinus (Dp) na rinite.

**Metodologia:** Foram incluídos 21 doentes com rinite e suspeita de alergia a ácaros do pó doméstico. Realizaram-se testes cutâneos por picada (TCP), PPN a Dp (extratos Diater<sup>®</sup>) e doseamentos de IgE específicas (IgEs) para Dp, Der p1 e Der p2 (ImmunoCAP<sup>®</sup>, Termo Fisher). Foram considerados positivos: TCP com maior diâmetro de pápula (mdp) > 3mm; IgEs > 0.35 kUA/L; PPN com diminuição do Pico de Fluxo Inspiratório Nasal (PFIN) > 40% ou 2 critérios de > 5 espirros, rinorreia, diminuição do PFIN > 20%. A sensibilização para Lepidoglyphus destructor foi também pesquisada.

**Resultados e conclusões:** A idade média dos doentes foi de 29,8 anos, mediana 22,0 (11 a 63 anos), 11 doentes (52,4%) eram do sexo masculino.

A PPN a Dp foi positiva em 11 doentes e em todos eles os TCP foram positivos para Dp (dmp de 5 a 17mm); 7 apresentaram positividade da IgEs a Der p1 (1,6 a 78,5 kUA/L), 8 da IgEs a Der p2 (2,8 a 126,0 kUA/L) e 10/10 positividade da IgEs a Dp (0,7 a 276,0 kUA/L).

Dos 10 doentes que tiveram PPN negativas verificou-se positividade dos TCP em 8 doentes (dmp de 3 a 13mm), da IgEs para Der p1 em 2 (15,1 a 33,5 kUA/L), da IgEs para Der p2 em 5 (4,7 a 40,5 kUA/L) e da IgEs para Dp em 6 doentes (0,6 a 130 kUA/L). Nos 17 doentes com positividade nos TCP e de pelo menos uma das IgE, 6 (35,3%) tiveram uma PPN negativa. As PPN mostraram uma baixa correlação com as IgEs para Dp e Der p1 – rho 0,49; não se

correlacionaram com os TCP. Dezassete doentes (81%) apresentavam sensibilização para Lepidoglyphus destructor, 14 com PPN positiva.

Os nossos resultados sugerem que os TCP e o doseamento da IgEs são insuficientes para ajuizar a relevância clínica da sensibilização. As PPN deverão ser utilizadas com essa finalidade.

#### CO 19 – Fatores perinatais e risco de atopia em crianças em idade pré-escolar

A. R. Presa<sup>1</sup>, M. Mesquita<sup>1</sup>, C. Santa<sup>1</sup>, C. Valente<sup>1</sup>, J. Gomes<sup>1</sup>, S. Garcia<sup>1</sup>, A. R. Ferreira<sup>1</sup>, M. J. Sousa<sup>1</sup>, I. Lopes<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Imunoalergologia – Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/ Espinho, Vila Nova de Gaia, PORTUGAL

**Objectivo:** Estudar a influência de fatores perinatais no desenvolvimento de atopia em crianças em idade pré-escolar.

**Metodologia:** Estudo retrospectivo com análise de processos clínicos de crianças com idade <6 anos seguidas em consulta de Imunoalergologia do CHVNG/E, entre 2015 e 2017. Foram avaliados os seguintes fatores perinatais: tipo de parto (vaginal e cesariana), prematuridade, necessidade de reanimação à nascença e aleitamento materno. Adicionalmente foram também analisados 2 fatores: história de exposição tabágica no período perinatal e história familiar em 1.º grau de alergia respiratória. Atopia foi definida pela positividade nos testes cutâneos por picada e/ou no estudo analítico (Phadiatop ou doseamento de imunoglobulina específica) para aeroalergénios.

**Resultados e conclusões:** Foram incluídas 337 crianças (190 do sexo masculino e 147 do sexo feminino) com uma média de idades de  $4 \pm 1,5$  anos. A atopia foi confirmada em 109 crianças (32,3%) das quais 78% apresentavam rinite, 45% sibilância recorrente, 27% dermatite atópica e 26% conjuntivite. Nestes doentes, 69% fizeram aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses de idade, 31% nasceram por cesariana, 8% nasceram com <37 semanas de gestação, 5% foram reanimados à nascença. Em 35% houve exposição tabágica nos primeiros anos de vida e 63% com história familiar de alergia respiratória. Não se observaram associações estatisticamente significativas entre atopia e prematuridade ( $p=0.63$ ), parto ( $p=0.27$ ), reanimação à nascença ( $p=0.92$ ), aleitamento materno até aos 6 meses de idade ( $p=0.48$ ), exposição tabágica ( $p=0.57$ ) e história familiar de alergia respiratória ( $p=0.05$ ). Verificou-se maior risco de atopia em crianças nascidas por parto eutócico quando comparadas com as nascidas por cesariana ( $p<0.05$ , OR 0.6).

Evidência na literatura tem vindo a demonstrar que vários fatores no período perinatal que interagem com genes específicos são fundamentais para desenvolvimento de atopia. Neste estudo verificou-se que as crianças nascidas de parto eutócico tinham risco aumentado de atopia quando comparadas com as nascidas por cesariana. Em relação aos outros factores avaliados não foi possível estabelecer associação estatisticamente significativa. A colheita de dados retrospectiva (versus protocolo padronizado prospectivo) com informação clínica incompleta parece ter influenciado os resultados.

**CO 20 – Determinantes ambientais do pH do condensado do ar exalado em crianças**

T. Rama<sup>1</sup>, I. Paciência<sup>2,3,4</sup>, J. Rufo<sup>2,3,4</sup>, D. Silva<sup>1,2</sup>, P. Cunha<sup>5</sup>, M. Severo<sup>4</sup>, P. Padrão<sup>5</sup>, P. Moreira<sup>5</sup>, L. Delgado<sup>1,2</sup>, A. Moreira<sup>1,2,4</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar São João, Porto, PORTUGAL

<sup>2</sup> Imunologia básica e laboratorial, Departamento de Patologia, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, PORTUGAL

<sup>3</sup> Instituto de Engenharia Mecânica e Gestão Industrial (INEGI), Porto, PORTUGAL

<sup>4</sup> Unidade de investigação em epidemiologia, Instituto de Saúde Pública (EPIUnit), Universidade do Porto, Porto, PORTUGAL

<sup>5</sup> Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto, Porto, PORTUGAL

**Objectivo:** A colheita de condensado do ar exalado (CAE) é uma forma simples e não invasiva de obtenção de biomarcadores. O pH do CAE é influenciado pelos níveis de NH<sub>4</sub><sup>+</sup>, CO<sub>2</sub> e HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> presentes na via aérea, bem como pelos mediadores produzidos durante processos inflamatórios. As causas exógenas de variabilidade do pH do CAE não são conhecidas. Assim, este estudo pretende avaliar determinantes de exposição ambiental, que podem influenciar o pH do CAE.

**Metodologia:** Foi realizada a análise transversal do CAE de 565 crianças, com idades compreendidas entre os 7 e os 12 anos, que frequentavam 20 escolas do 1.º ciclo. A avaliação individual incluiu provas de função respiratória, avaliação do grau de inflamação na via aérea através da medição do óxido nítrico (FeNO), presença de atopia (através da realização de testes cutâneos para aeroalergenos) e composição corporal, através da medição da impedância corporal. No que diz respeito a variáveis de exposição ambiental, foram incluídos diversos VOC, CO<sub>2</sub>, temperatura e diversos fungos. O CAE foi colhido utilizando o EcoScreen Turbo, Carefusion® e o respectivo pH foi medido com o pHenomenal 1100H, VWR®. Foram obtidos modelos com efeitos mistos de efeitos aleatórios ajustados para a escola, para avaliar o efeito que a asma/asma com sensibilização a ácaros do pó doméstico teria sobre o pH do CAE. Para quantificar o efeito da escola e para definir o efeito de diferentes variáveis foram utilizados coeficientes de correlação intra-classe e a proporção de variação explicada.

**Resultados e conclusões:** Verificou-se que tanto a asma, como a asma com sensibilização a ácaros do pó doméstico, em maior escala, estão associados a um pH do CAE mais baixo. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para o sexo e idade, VOC ambientais e fungos ambientais. Após ajuste, verificou-se que os VOC explicam 11% e 18%, e que os fungos explicam 28% e 27% do efeito produzido pela escola, respectivamente, na asma e na asma com sensibilização a ácaros do pó doméstico.

O presente estudo demonstra que, para além de factores individuais tais como a presença de asma, existem factores ambientais, nomeadamente VOC e fungos, que podem influenciar o pH do CAE e que devem ser tidos em consideração quando a interpretação de valores do mesmo é feita em crianças em idade escolar.

**SESSÃO DE COMUNICAÇÕES ORAIS III**  
**ALERGIA ALIMENTAR / ALERGIA CUTÂNEA /**  
**/ IMUNOTERAPIA / IMUNODEFICIÊNCIAS**

**Dia:** 30 de Setembro

**Horas:** 08:00 – 10:00

**Sala:** 2

*Moderadores:* Carlos Lozoya, Emília Faria, José Ferraz de Oliveira

**CO 21 – Preditores de positividade do teste de ativação de basófilos em doentes com urticária crónica espontânea**

J. Marcelino<sup>1</sup>, C. Costa<sup>1</sup>, P. Aguiar<sup>2</sup>, M. Neto<sup>1</sup>, S. Silva<sup>1</sup>, F. Duarte<sup>1</sup>, A. Lopes<sup>1</sup>, R. Duarte Ferreira<sup>1</sup>, T. Lourenço<sup>1</sup>, M. Pereira Barbosa<sup>1,4</sup>, M. Conceição Santos<sup>3,4</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Imunoalergologia, Hospital Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa, PORTUGAL

<sup>2</sup> Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade NOVA de Lisboa, Lisboa, PORTUGAL

<sup>3</sup> Unidade de Imunologia Clínica, Faculdade de Medicina/Instituto de Medicina Molecular, Universidade de Lisboa, Lisboa, PORTUGAL

<sup>4</sup> Clínica Universitária de Imunoalergologia, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa, PORTUGAL

**Objectivo:** Introdução: Os doentes com urticária crónica espontânea (UCE) que apresentam urticária crónica autoimune (UCAI) caracterizam-se por uma maior gravidade de sintomas, doença mais prolongada e menor resposta a anti-histamínicos. Para o diagnóstico de UCAI é relevante a realização de testes “in vitro”, como o teste de ativação de basófilos (TAB), nem sempre disponíveis na maioria dos centros.

**Objectivos:** Análise das características clínicas e laboratoriais de doentes com UCAI e identificação de preditores de positividade do TAB.

**Metodologia:** Métodos: Estudo prospetivo de 40 doentes com UCE. Foram analisados dados clínicos e demográficos e resultados de testes de soro autólogo (TSA) e TAB. Análise com SPSS (V.23) incluiu: teste de Student, qui-quadrado, coeficiente de correlação Kappa, Odds Ratio, modelo de regressão logística de multivariáveis e curva ROC.

**Resultados e conclusões:** Resultados: O TAB foi negativo em 21 doentes e positivo em 19. A positividade do TAB estava associada com a positividade do TSA (74% VS 19%; p<0,05; OR 11,9), presença de angioedema (79% VS 43%; p<0,05; OR 5), sintomas noturnos (89% VS 52%; p<0,05; OR 7,7), sintomas >5 dias/semana (95% VS 57%; p<0,05; OR 13,5), presença de anticorpos anti-TPO/TG (53% VS 19%; p<0,05; OR 4,7), UAS7>16 (84% VS 38%, p<0,05; OR 8,7) e necessidade de terapêutica com omalizumab (32% VS 5%; p<0,05; OR 9,2). Estas características apresentaram um bom poder discriminativo na identificação de doentes com TAB positivo (área sob curva ROC 0.897, p<0.001).

Os doentes com TAB positivo apresentavam também piores scores (UAS7 24±9 VS 13±10; DLQI 9,9±7 VS 5,6±6; UCT 7,4±4 VS

9,8±4), necessidade de 4 anti-histamínicos diários (53% VS 38%) e valor mais baixo de IgE total (51±69 VS 443±1003).

UAS7>16 tinha o maior valor preditivo negativo para TAB positivo (81,3%), seguido da positividade no TSA (77,3%). A combinação de um TSA positivo com a presença de angioedema apresentava uma sensibilidade de 52,6% e especificidade de 95,2% para identificar doentes com TAB positivo. A combinação de um TSA positivo com anticorpos anti-TPO/TG apresentava uma especificidade de 100% para identificar doentes com TAB positivo.

Conclusões: Os doentes com UCE podem ser divididos em 2 grupos distintos de acordo com o resultado do TAB. Doentes com TAB positivo apresentam uma urticária mais grave e com menor resposta à terapêutica de 2.ª linha.

A combinação do TSA com dados clínicos e laboratoriais permite prever a positividade do TAB, podendo no futuro ser usada como marcador alternativo.

#### CO 22 – Urticária ao frio – a experiência de uma consulta de urticária

M. Paulino<sup>1</sup>, C. Costa<sup>1</sup>, J. Marcelino<sup>1</sup>, R. Ferreira<sup>1</sup>, F. Duarte<sup>1</sup>, A. Lopes<sup>1</sup>, M. Pereira Barbosa<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Departamento de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa, PORTUGAL

<sup>2</sup> Clínica Universitária de Imunoalergologia, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa, PORTUGAL

**Objectivo:** A urticária ao frio (UF) é uma forma de urticária crónica induzível (UCInd), caracterizada por lesões maculopapulares e/ou angioedema aquando da exposição ao frio. Embora habitualmente afete, apenas, as áreas expostas, em situações mais graves pode cursar com reações sistémicas e anafilaxia. O objetivo deste estudo é caracterizar uma população de doentes com urticária ao frio, seguidos na Consulta de Urticária dum Serviço de Imunoalergologia.

**Metodologia:** Estudo retrospectivo dos processos clínicos de doentes seguidos na Consulta de Urticária, com o diagnóstico de urticária ao frio, até julho de 2018.

**Resultados e conclusões:** Resultados: Foram incluídos 23 doentes, predominantemente do sexo feminino (87%, N=20). A média de idades foi de 34±17 anos (mínimo 2 e máximo 61 anos). A média de idades no início dos sintomas foi de 26±16 anos. Em 39% dos doentes (N=9), os sintomas iniciaram em idade pediátrica. A duração média da UF foi de 7,9 anos (mínimo 5 meses, máximo 34 anos). 14 doentes (60%) tinham atopia (12 rinite alérgica, 4 alergia alimentar, 2 asma, 1 eczema). 1 doente tinha urticária crónica espontânea e 1 dermatografismo concomitantes. Nenhum doente tinha história familiar de UF. A urticária foi do tipo adquirido em 100% dos doentes. Houve predomínio de UF primária ou idiopática (N= 21) e 2 tinham UF atípica. O padrão clínico foi do tipo I (urticária/angioedema localizado) em 13 doentes, tipo II (urticária/angioedema generalizado, sem hipotensão) em 3 doentes ou tipo III (reação sistémica grave) em 7 doentes. O teste do cubo de gelo foi positivo em 19 doentes e negativo em 2, e os restantes 2 doentes não realizaram. Todos realizaram TempTest<sup>®</sup> que foi positivo em 20

doentes e negativo em 3. A positividade verificou-se entre 5 a 15 minutos de estimulação, após 3 a 23 minutos de vigilância. O limiar de temperatura obtido foi entre os 8 e os 27°C. A média de limiar de temperatura nos doentes com tipo III foi de 21°C. Relativamente à terapêutica, todos estão sob anti-histamínico H1 de 2.ª geração, 2 em dose de 4x/dia e 1 sob terapêutica com omalizumab.

Conclusão: A urticária ao frio condiciona uma redução importante da qualidade de vida dos doentes, com restrições importantes na sua vida diária. A gravidade da UF varia de acordo com o tipo de reação e com o limiar de temperatura para ocorrência de sintomas. São necessários estudos que permitam identificar fatores de risco para doença grave e refratária à terapêutica de 1.ª linha.

#### CO 23 – Omalizumab no controlo a longo prazo da urticária crónica: real-life experience.

C. Ferreira<sup>1</sup>, M. Vieira<sup>1</sup>, J. Ferreira<sup>1</sup>, A. Guilherme<sup>1</sup>, I. Rosmaninho<sup>1</sup>, I. Lopes<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Imunoalergologia do Centro Hospitalar Gaia/Espinho, Vila Nova De Gaia, PORTUGAL

**Objectivo:** Introdução: O Omalizumab (OMZ), está indicado como 3.ª linha na terapêutica da urticária crónica espontânea (UCE) refratária a doses quádruplas de anti-histamínicos H1 não sedativos (nSAHI). No entanto estratégias de gestão real-life a longo prazo continuam a ser escassas.

Objetivo: Avaliação da eficácia, segurança e recorrência dos sintomas durante o tratamento com OMZ.

**Metodologia:** Métodos: Estudo retrospectivo de doentes com UCE grave, submetidos a tratamento com OMZ, de novembro de 2012 a junho de 2018, num Serviço de Imunoalergologia. A resposta ao tratamento foi avaliada usando o score de atividade de urticária de 7 dias (UAS7) e um score combinado de sintomas/medicação.

**Resultados e conclusões:** Resultados: Foram incluídos 19 doentes (17 sexo feminino, idade 42±14.8 anos), 11 (58%) com angioedema, 11 (58%) com comorbilidades atópicas e 6 (32%) com anticorpos antitiroideos positivos. Antes de iniciarem tratamento com OMZ, todos os doentes estavam sob tratamento com dose quádrupla de nSAHI e corticoterapia sistémica, 12 sob montelucaste, 1 sob anti-histamínicos H2 e 3 doentes foram tratados com ciclosporina, sem sucesso. No final do estudo apenas 1 doente mantinha necessidade de corticoterapia oral; 15 doentes mantinham tratamento com OMZ e 4 tinham suspenso (3 doentes por controlo da urticária e 1 por suspeita de lesão ocupante de espaço cerebral). Houve resposta completa (RC) (UAS7 = 0) em 10 dos 19 doentes (53%), e os restantes (47%) apresentaram resposta parcial (RP). Não houve não respondedores. A dose mais utilizada de OMZ foi a de 300mg (94%), o intervalo entre administrações foi ajustado de acordo com resposta clínica (1 doente de 5/5 semanas(sem), 4 de 6/6 sem, 5 de 8/8 sem e 5 de 4/4 sem) e o tempo médio de tratamento com OMZ foi de 28± 18.4 meses. Após de suspensão do tratamento, 2 doentes (11%) tiveram reaparecimento dos sintomas aos 3 meses. Todos os doentes que tiveram de reiniciar OMZ após suspensão, ou voltar a encurtar o intervalo entre ad-

ministrações, mantiveram boa resposta ao OMZ. Não houve diferenças significativas nos dados clínicos e laboratoriais entre os diferentes grupos de resposta. Foram registados 2 efeitos adversos em 7 doentes: cefaleias (n=5) e urticária (n=2).

**Conclusão:** O Omalizumab mostrou ser uma terapêutica eficaz e segura no tratamento da UCE. A dose de OMZ e o intervalo entre as administrações devem ser individualizados para uma melhor gestão a longo prazo, de forma a atingir o controlo total dos sintomas e melhoria de qualidade de vida dos doentes.

#### CO 24 – Síndrome de enterocolite induzida por proteínas alimentares – a nossa realidade

A. Palhinha<sup>1</sup>, D. Pina Trincão<sup>1</sup>, A. Neves<sup>1</sup>, A. Romeira<sup>1</sup>, C. Alves<sup>1</sup>, P. Leiria Pinto<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia, CHLC, Lisboa, PORTUGAL

<sup>2</sup> CEDOC, Integrated Pathophysiological Mechanisms Research Group, Nova Medical School, Lisboa, PORTUGAL

**Objectivo:** Introdução: A Síndrome de Enterocolite Induzida por Proteínas Alimentares (FPIES) é uma alergia alimentar não mediada por IgE, cuja prevalência ainda é desconhecida e variável geograficamente.

**Objectivo:** Caracterizar clinicamente a população da nossa consulta com este diagnóstico.

**Metodologia:** Revisão retrospectiva de processos de doentes com o diagnóstico de FPIES, observados no serviço por um período de 3,5 anos (Janeiro/2015-Junho/2018). Os doentes foram selecionados de acordo com os critérios de diagnóstico do Consenso Internacional para Diagnóstico e Tratamento de FPIES, publicados pela American Academy of Allergy, Asthma e Immunology (J Allergy Clin Immunol 2017;139:111-26).

**Resultados e conclusões:** Foram identificados 24 doentes com o diagnóstico de FPIES, 23 crianças e 1 adulto (mediana de idade 4,4 mínimo 1,5 e máximo 32 anos, género feminino 54% (n=13)). O leite de vaca (LV) foi o principal alimento identificado, responsável por 46% (n=11) dos casos, seguido pelo peixe em 29% (n=7), ovo em 17% (n=4) e por fim trigo, soja, grão, batata e cenoura (4%, n=1, cada um). Em 92% (n=22) dos doentes, foi implicado um só alimento; em 1 doente identificaram-se 2 alimentos (grão e pescada); e em 1 doente, 3 alimentos (LV, trigo, soja). Clinicamente, a apresentação inicial foi de FPIES aguda em 22 doentes e de FPIES crónica em 2 doentes (ambos a leite nesta apresentação). Verificou-se apenas 1 caso de FPIES atípica, cujo alimento envolvido foi o trigo. Nos doentes pediátricos a idade média de início dos sintomas foi 6,5 meses, com um desvio padrão (DP) de 4 meses, com um intervalo de tempo até ao diagnóstico de 15 meses, aproximadamente. Na doente adulta, a sintomatologia com ovo, surgiu aos 25 anos, com um intervalo de 72 meses até ao diagnóstico. Em 6 doentes, a evolução clínica é desconhecida e em 13, ainda não foi adquirida tolerância alimentar. Nos restantes 5 casos foi adquirida tolerância, com uma idade média de 5,5 anos (DP=1,09), e os alimentos envolvidos foram LV (n=2), ovo, peixe e batata (n=1, respectivamente). Quanto a antecedentes de atopia,

cerca de 46% (n=11) tinha história pessoal, sendo o eczema atópico a patologia mais frequente (n=8); enquanto 67% (n=16) apresentava história familiar. Em nenhum caso se verificou história familiar de FPIES.

**Conclusão:** O principal alimento implicado foi o LV, seguido pelo peixe, tal como descrito na literatura em países mediterrânicos (Espanha e Itália). O ovo parece ganhar preponderância na nossa população relativamente a alimentos como os cereais.

#### CO 25 – Contributo do diagnóstico molecular no prognóstico de aquisição de tolerância ao ovo

S. Carvalho<sup>1</sup>, F. Cabral Duarte<sup>1</sup>, C. Costa<sup>1</sup>, M. Pereira Barbosa<sup>1,3</sup>, M. C. Pereira Santos<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa, PORTUGAL

<sup>2</sup> Instituto de Imunologia Clínica, Faculdade de Medicina/Instituto de Medicina Molecular, Universidade de Lisboa, Lisboa, PORTUGAL

<sup>3</sup> Clínica Universitária de Imunoalergologia, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa, PORTUGAL

**Objectivo:** Introdução: A alergia ao ovo é considerada a 2.ª alergia alimentar mais frequente na infância, tendo uma prevalência estimada de 0.5-2.5%. A ovalbumina (Gal d 2) é o alérgeno mais abundante na clara de ovo e a ovomucóide (Gal d 1) o alérgeno major com maior alergenidade, correspondente a mais de 10% da proteína do ovo. As reações alérgicas ao ovo são predominantemente mediadas por IgE.

**Objectivo:** Avaliar o contributo da avaliação de componentes moleculares (Gal d 1 e Gal d 2) e clara de ovo como valor prognóstico de aquisição de tolerância ao ovo

**Metodologia:** Métodos: Estudo retrospectivo em que foram selecionados os soros de doentes com doseamentos de IgE específica (slgE) para clara de ovo >0,35kU/L, realizados no Laboratório de Imunologia Clínica, de Janeiro de 2011 a Março de 2018. Foram selecionados 2 grupos: Alérgicos e Tolerantes, conforme a clínica do doente à data da colheita, comprovada por prova de provocação oral ou introdução do ovo no domicílio sem qualquer reação. Foram realizados doseamentos de slgE e IgG4 específica (slgG4) –ThermoFisher Diagnostics®, para clara de ovo, Gal d 1 e Gal d 2 para cada grupo. Análise estatística com apoio de GraphPadPrism7: test t-student e SPSS(v25): curvas ROC.

**Resultados e conclusões:** Resultados: Foram incluídos 36 soros, 25 referentes a doentes alérgicos ao ovo e 11 tolerantes ao ovo à data da colheita. A média de idade dos alérgicos Vs tolerantes (anos): 5,8 Vs 8,1. Foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre grupo de alérgicos Vs tolerantes para slgE da clara de ovo (p=0,0006) e Gal d 2 (p=0,0004), mas sem significância para Gal d 1 (p=0,055). Os restantes valores relativos a slgG4 e ratio slgE/slgG4 apresentaram todos significância estatística: slgG4 da clara de ovo (p=0,0122), Gal d 1 (p=0,0294) e Gal d 2 (p=0,0387) e ratio slgE/slgG4: clara de ovo (p<0,0001), Gal d 1 (p=0,0006) e Gal d 2 (p=0,0002). Foram determinados cut-off de aquisição de tolerância ao ovo recorrendo a curvas ROC (Tabela 1).

Tabela 1 - Cut-off para os parâmetros testados para a aquisição de tolerância ao ovo

	Clara de Ovo			Ovalbumina (Gal d 2)			Ovomucóide (Gal d 1)		
	slgE	slgG4	slgE/slgG4	slgE	slgG4	slgE/slgG4	slgE	slgG4	slgE/slgG4
AUC (%)	84,7	76,3	91,7	85,5	72,4	87,9	70,4	72,7	84,8
Valor de cut-off	1,56	0,49	0,38	1,03	0,29	0,75	0,99	0,23	0,87
Sensitiv./Especific. (%)	88/73	63/91	100/73	73/88	54/91	88/82	82/60	79/81	96/82
VPP/VPN (%)	37/97	56/93	40/100	52/95	52/91	46/97	27/95	44/96	48/99

AUC: Area Under the curve; VPP: Valor Preditivo Positivo; VPN: Valor Preditivo Negativo

Conclusão: Os valores de doseamento de slgE, slgG4 e ratio slgE/slgG4 para clara de ovo e Gal d 2 poderão ser considerados uma mais valia na avaliação diagnóstica e follow-up de doentes com alergia ao ovo. Relativamente à Gal d 1, apenas os valores de slgG4 e ratio slgE/slgG4 revelaram significância. Foram definidos valores de cut-off para todos os parâmetros determinados, sendo o ratio slgE/slgG4 o que apresentou maior fiabilidade (> AUC).

#### CO 26 – Avaliação dos valores de cut-off de IgE específicas considerados discriminatórios para o diagnóstico da alergia ao leite de vaca.

A. Castro Neves<sup>1</sup>, A. Romeira<sup>1</sup>, V. Matos<sup>2</sup>, P. Leiria Pinto<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Dona Estefânia, Lisbon, PORTUGAL

<sup>2</sup> Hospital São José, Lisbon, PORTUGAL

##### Objectivo: Introdução/Objectivo

A alergia às proteínas do leite de vaca (APLV) é uma das alergias mais comuns em idade pediátrica, afetando 1 a 3% das crianças. O diagnóstico é baseado em uma história clínica detalhada, níveis séricos de IgE específicas e / ou testes cutâneos por picada (TCP), seguidos de prova de provocação alimentar oral (PPO), considerada “gold standard” para o diagnóstico.

O objetivo do nosso estudo foi estabelecer os cut-off óptimos dos valores séricos das IgE específicas para leite de vaca (LV), alfa-lactoglobulina, beta-lactoalbumina e caseína preditores de reatividade ao leite de vaca.

**Metodologia:** Análise retrospectiva dos processos dos doentes que realizaram doseamento sérico de IgE específicas para proteínas do leite de vaca (proteína total do leite, alfa-lactoalbumina, beta-lactoglobulina e caseína) entre 2016-2017. Dados demográficos, manifestações clínicas e procedimentos diagnósticos foram avaliados. O diagnóstico de APLV foi considerado quando prova de provocação oral positiva ou história clínica sugestiva (mais de um episódio de sintomatologia alérgica desencadeada após a ingestão de proteína do leite de vaca) com pelo menos um TCP positivo e / ou valores séricos IgE específicas elevados. Doentes com APLV não mediada por IgE foram excluídos.

**Resultados e conclusões:** De um total de 105 pacientes, 83 tiveram diagnóstico de APLV mediada por IgE; 58% eram do sexo masculino; idade mediana de 2 anos (min 2 meses; máx 19 anos). Os cut-off dos valores séricos de IgE específicas para o LV e suas frações capazes de prever a reatividade ao leite de vaca (prova de provocação oral positiva) foram: >4,36kUA/L para o leite de vaca, 1,60kUA/L para-lactoalbumina, 1,67kUA/L para -lactoglobulina e 2,63kUA/L para caseína.

Para os valores de séricos IgE estabelecidos como melhor cut-off para positividade do teste, a Sensibilidade (Se) e Especificidade (Sp) para o LV foi de 71,08% e 90,91%; 55,4% e 86,4% para alfa-lactoalbumina, 57,8% e 90,9% para beta-lactoglobulina e 63,9% 90,9% para caseína.

As curvas ROC construídas a partir da relação obtida entre a Se e Sp dos níveis séricos de IgE específicas mostraram-se discriminatórias, com áreas sob a curva de 0,82 para o LV, 0,70 para alfa-lactoalbumina, 0,78 para beta-lactoglobulina e 0,82 para a caseína. Na nossa amostra os cut-off encontrados para os níveis séricos IgE específicas do leite de vaca e frações mostraram uma boa capacidade preditiva relativamente ao diagnóstico de alergia ao leite de vaca.

#### CO 27 – Imunoterapia subcutânea com aeroalergénios – avaliação da adesão na vida real

T. Lourenço<sup>1</sup>, M. Fernandes<sup>1,2</sup>, C. Coutinho<sup>1</sup>, A. Lopes<sup>1</sup>, A. Spínola Santos<sup>1</sup>, M. Neto<sup>1</sup>, M. Branco Ferreira<sup>1,3</sup>, M. Pereira Barbosa<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte (CHLN) EPE, LISBOA, PORTUGAL

<sup>2</sup> Unidade de Imunoalergologia, Hospital Dr. Nélio Mendonça, SESARAM, EPE, FUNCHAL, PORTUGAL

<sup>3</sup> Clínica Universitária de Imunoalergologia, Faculdade Medicina da Universidade de Lisboa, LISBOA, PORTUGAL

**Objectivo:** Introdução: A eficácia clínica da imunoterapia subcutânea com alergénios (ITASC) requer a administração de extratos alergénicos padronizados em doses adequadas e por período de tempo suficiente (3-5 anos). A baixa adesão é um problema con-

siderável, que compromete a eficácia deste tratamento. **Objetivo:** Avaliar a adesão dos doentes (dtes) e identificar fatores determinantes para a suspensão da ITASC.

**Metodologia:** Métodos: Análise retrospectiva do processo clínico e registos dos dtes submetidos a ITASC entre jan/2013-dez/2016 na consulta de Imunoalergologia do CHLN. Determinação da taxa de adesão à ITASC e caracterização dos dtes e fatores que motivaram a sua suspensão antes do tempo programado.

**Resultados e conclusões:** Resultados: Do total de 631 dtes sob ITASC, excluíram-se 308 por indisponibilidade de dados e incluíram-se 323 dtes (F 167 (52%), idade média 30±13anos (mín7 máx73 Md27), faixa etária [18-30] mais prevalente (45%). A média de tempo de tratamento efetuado foi 19±13 meses. 70% dos dtes encontrava-se nos 2 primeiros anos de ITASC; 17,6% completaram pelo menos 3 anos de tratamento. A taxa de cumprimento n.º administrações/ano foi 93%. 45 dtes (14%) não cumpriram pelo menos 3 administrações, com uma dose cumulativa média de 73,7%. 52 dtes (16%) suspenderam ITASC antes do tempo programado: F 28 (54%), idade média 30±9anos (mín14 máx48 Md28), faixa etária [18-30] mais prevalente (54%) e [0-17] menos prevalente (7,7%).

Quanto à composição, observou-se predomínio da suspensão de ITASC para ácaros (73%; 17,8% da ITASC total para ácaros) seguida de pólenes (27%; 16,3% da ITASC total para pólenes). Sem predomínio de médico prescriptor. A média de tempo de tratamento efetuado foi 12±6 meses. 67% suspenderam no 1.º ano, 27,2% no 2.º e 5,8% durante o 3.º ano de tratamento. O motivo mais frequente de desistência foi questão económica (47,9%), seguido da percepção de não melhoria clínica (23%), mudança para imunoterapia sublingual (11,6%), questões pessoais (7,7%), reações locais (3,9%), doença médica aguda (3,9%) e gravidez (2%). A causa mais frequente de suspensão no 1.º ano foi questão económica (60%), sendo a percepção de não melhoria o motivo mais frequente nos 2 anos seguintes. **Conclusão:** Neste estudo 16% dos dtes suspenderam ITASC antes do tempo programado, sendo a questão económica a principal causa no 1.º ano, enquanto a noção de não melhoria condicionou a prescrição nos anos subsequentes. Assim, a informação adequada na prescrição da ITASC e o acompanhamento rigoroso dos dtes pode melhorar a adesão.

#### CO 28 – Imunoterapia subcutânea com aeroalergénios – avaliação do perfil de segurança

C. Coutinho<sup>1</sup>, M. Fernandes<sup>1,2</sup>, T. Lourenço<sup>1</sup>, M. Neto<sup>1</sup>, A. Spínola Santos<sup>1</sup>, A. Lopes<sup>1</sup>, M. Branco Ferreira<sup>1,3</sup>, M. Pereira Barbosa<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte (CHLN) EPE, Lisboa, PORTUGAL

<sup>2</sup> Unidade de Imunoalergologia, Hospital Dr. Nélio Mendonça, SESARAM, EPE, Funchal, PORTUGAL

<sup>3</sup> Clínica Universitária de Imunoalergologia, Faculdade Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa, Lisboa, PORTUGAL

**Objectivo:** Introdução e Objectivos: As reações sistémicas graves à administração de imunoterapia subcutânea com aeroalergénios (ITASC) são raras. Contudo é relativamente comum ocorrerem reações locais. O objetivo deste trabalho consistiu na quantificação

e caracterização das reações locais (RL) e sistémicas (RS) nos doentes (dtes) submetidos a ITASC.

**Métodos:** Análise retrospectiva dos processos clínicos e registos de ITASC dos dtes submetidos a este tratamento entre Janeiro 2013 e Dezembro 2016 na Consulta Externa de Imunoalergologia do CHLN. Avaliaram-se parâmetros demográficos, tipo e composição de vacina e reações adversas.

**Resultados e Conclusão:** Do total de 631 dtes sob ITASC, excluíram-se 308 por indisponibilidade de dados e incluíram-se 323 dtes (Sexo F 167 (52%), idade média 30±13anos (mín 7 máx 73 Md 27), faixa etária [18-30] mais prevalente (45%). Verificaram-se 13469 injeções de ITASC (média 42 injeções/dte, mín 1 máx 179) na população submetida a ITASC (quadro 1). Houve um total de 57 dtes (18% da população, 70% no sexo F) que em algum ponto da administração de ITASC tiveram uma reação adversa, para um total de 93 reações descritas (em 0,7% do n.º total de administrações ITASC efetuadas). Destas, 48 (0,35% do total de administrações) ocorreram na indução: 36 RL (17 imediatas, todas com pápula 8-10cm; 19 tardias, apenas 5 com pápula>12cm) e 12 RS, todas grau I (9 imediatas e 3 tardias). O quadro clínico destas RS caracterizou-se principalmente por prurido generalizado. Em relação às restantes 45 reações (0,33% das administrações), apenas 2 foram RS imediatas, as restantes foram todas RL (18 imediatas e 25 tardias). A maioria das reações foi com ITASC a ácaros (70%), seguida por pólenes (28%) e mistura ácaros+pólenes (2%). Houve 1 dte com 6 e outro com 5 reações adversas ao longo da ITASC, nenhuma delas foi RS. Por reação anterior, 40 dtes tiveram necessidade de reduzir a dose de ITASC e 2 dtes acabaram por suspender ITASC por reações adversas (ambos por RL frequentes).

A ITASC é relativamente segura e bem tolerada na maioria dos dtes, sendo que neste trabalho verificaram-se reações adversas em 18% da população e em 0,7% das administrações. Não se observaram casos de RS de grau> I. Das reações adversas registadas, 85% foram RL e

Quadro 1 – Composição da ITASC

Composição	N (%)
<i>Dermatophagoides</i>	82 (25,5%)
<i>Dermatophagoides pteronyssinus</i>	90 (27,9%)
<i>Dermatophagoides</i> + outro ácaro	41 (12,7%)
<i>Dermatophagoides</i> + pólenes	13 (4,0%)
<i>Lepidoglyphus destructor</i>	1 (0,3%)
Outros ácaros de armazenamento	6 (1,9%)
Gramíneas	62 (19,2%)
Parietária	10 (3,1%)
Gramíneas + oliveira	5 (1,5%)
Gramíneas + parietária	4 (1,2%)
Oliveira	2 (0,6%)
Gramíneas + artemísia	2 (0,6%)
<i>Phleum pratense</i>	4 (1,2%)
Epitélio de gato	1 (0,3%)

15% RS, maioritariamente causadas por ITASC a ácaros (a composição mais frequentemente utilizada) e afetando principalmente o sexo F. Mais de metade ocorreu durante a indução e destas, a maioria foi imediata. Não se verificou maior número de RS em dtes com mais RL.

#### CO 29 – Qualidade de vida nos defeitos primários de produção de anticorpos

S. Pereira da Silva<sup>\*1</sup>, F. Barbosa<sup>\*2</sup>, A. Varandas<sup>1</sup>, R. Ferreira<sup>1</sup>, M. Laiges<sup>1</sup>, S. Lopes da Silva<sup>1</sup>, M. Pereira Barbosa<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE – Hospital de Santa Maria, Lisboa, PORTUGAL

<sup>2</sup> Serviço de Psiquiatria, Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE – Hospital de Santa Maria, Lisboa, PORTUGAL

**Objectivo:** A avaliação da Qualidade de Vida (QoL) é um tema que tem vindo a ser valorizado de forma crescente no seguimento de doentes com imunodeficiências primárias (IDP). Pretendemos implementar na nossa prática clínica um questionário de QoL dirigido a adultos com Imunodeficiência Comum Variável (IDCV) (CVID-QoL Questionnaire. *J Allergy Clin Immunol Pract.* 2016;4:1169-1179), validado na literatura em língua inglesa, e comparar a sua utilidade com outros questionários de QoL, não específicos para esta patologia.

**Metodologia:** Seguimos as instruções para validação linguística do CVID\_QoL Questionnaire. A versão final em língua portuguesa foi, até ao momento, testada em 31 doentes, com idade igual ou superior a 18 anos. Os doentes estavam seguidos em consulta de IDP do adulto (idade média 46 anos), com diagnóstico de IDCV há pelo menos 6 meses, e sob terapêutica de substituição com imunoglobulina G. Preencheram um formulário com dados epidemiológicos e os seguintes questionários: CVID\_QoL, SF-36 e HADS. Um grupo de 10 doentes com Agamaglobulinemia (idade média 25 anos) foi também submetido aos mesmos questionários.

**Resultados e conclusões:** Encontrámos um compromisso significativo da QoL nos doentes com IDCV, com alteração no desempenho relacional e emocional, paralelamente a níveis elevados de sintomatologia ansiosa (19,4% com sintomas graves). Como esperado, foram encontradas correlações estatisticamente significativas entre as escalas de QoL do inquérito em validação (desempenho emocional, desempenho relacional, sintomas gastrointestinais e cutâneos) e os componentes físicos e mentais do SF-36, bem como correlação muito significativa com sintomas de ansiedade e depressão. Os doentes com IDCV apresentaram scores totais piores do que os doentes com Agamaglobulinemia, que apresentam menor frequência de complicações não infecciosas, as maiores causas de morbilidade e mortalidade na IDCV.

O questionário de QoL dirigido para a IDCV permite uma avaliação mais precisa das experiências e necessidades destes doentes, ao focar sintomas específicos que podem comprometer as suas emoções e relacionamentos. Incorporando diferentes dimensões, o CVID\_QoL Questionnaire é simultaneamente mais abrangente e mais detalhado que o SF-36. A nossa amostra sugere que este questionário poderá ser adequadamente aplicado a doentes com outros defeitos primários da produção de anticorpos.

Agradecimentos: Federica Pulvirenti e Isabella Quinti.

\*Contribuíram igualmente

#### CO 30 – Autoimunidade e linfoproliferação: fenótipos distintos ou convergentes na progressão da imunodeficiência comum variável?

C. Varandas<sup>1</sup>, S. P. Silva<sup>1,2,3</sup>, R. R. Barbosa<sup>1,2</sup>, A. Serra-Caetano<sup>1,2</sup>, M. P. Barbosa<sup>3</sup>, A. E. Sousa<sup>1,2</sup>, S. L. Silva<sup>1,2,3</sup>

<sup>1</sup> Instituto de Medicina Molecular, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa, PORTUGAL

<sup>2</sup> Centro de Imunodeficiências Primárias, Lisboa, PORTUGAL, <sup>3</sup> Clínica Universitária de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa, PORTUGAL

**Objectivo:** A Imunodeficiência Comum Variável (IDCV) é a imunodeficiência primária sintomática mais frequente. Caracteriza-se por hipogamaglobulinemia resultante de defeitos na diferenciação das células B periféricas e alterações de subpopulações de células T de gravidade variável. A esta heterogeneidade imunológica associa-se grande diversidade de manifestações clínicas, dificultando a categorização fenotípica dos doentes e a identificação de factores de prognóstico, bem como a investigação da imunopatologia da IDCV.

Este trabalho teve como objectivos avaliar a estabilidade do fenótipo clínico de IDCV ao longo do tempo e procurar associações entre as manifestações clínicas e as alterações das subpopulações B e T.

**Metodologia:** Foram consultados os processos clínicos de 60 doentes seguidos num único Centro, com idade média 45 ± 13 anos; média de follow-up de 8.5 anos (0 a 24). Num subgrupo de 29 doentes estava disponível avaliação clínica e imunológica detalhada com 7 anos de intervalo. Além das subpopulações de células B, quantificou-se por citometria de fluxo o grau de activação das células T e a diminuição das células CD4 naïve. Compararam-se estes parâmetros entre grupos de doentes IDCV divididos consoante as suas manifestações clínicas, e com controlos saudáveis com idades semelhantes.

**Resultados e conclusões:** As manifestações iniciais da IDCV foram infecções respiratórias recorrentes em 63% dos casos. No entanto, destacam-se as prevalências elevadas de auto-imunidade, linfoproliferação e malignidade que aumentaram no subgrupo de 29 doentes ao longo do intervalo de tempo analisado, apesar do tratamento de substituição com IgG em doses adequadas, por via endovenosa ou subcutânea. Citopénias autoimunes, esplenomegália, adenopatias e proliferação linfóide associaram-se a níveis mais elevados de expressão de marcadores de activação de células T, perda de células T CD4 naïve e expansão de células B CD21lowCD38low. Verificou-se uma elevada frequência de sobreposição de diferentes manifestações clínicas infecciosas e não-infecciosas neste coorte, sendo apenas 3 os doentes que apresentavam exclusivamente manifestações infecciosas ao longo do seu seguimento.

Admite-se que a categorização fenotípica clínica da IDCV é dinâmica, progredindo ao longo do tempo com sobreposição de manifestações não infecciosas. São necessárias terapêuticas adicionais para limitar a progressão destas complicações, que representam o principal determinante de morbilidade e mortalidade na IDCV.

## SESSÃO DE POSTERS I CASOS CLÍNICOS I

**Dia:** 28 de Setembro

**Horas:** 08:00 – 10:00

**Sala:** 2

**Moderadores:** Ana Luísa Reis Ferreira, Cristina Arede, Rodrigo Rodrigues Alves

### PO 01 – Alergia alimentar ao coco

I. Rezende<sup>1</sup>, L. Cunha<sup>1</sup>, H. Falcão<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Centro Hospitalar do Porto, Porto, PORTUGAL

**Objectivo:** O coco (*Cocos nucifera*) é uma fruta que pertence à família Aracaceae. O óleo e o leite derivados do coco são comumente usados na culinária, bem como em sabonetes e na cosmética. Os casos descritos na literatura de alergia alimentar ao coco são raros. No entanto, apesar da baixa prevalência desta alergia as reações tendem a ser sistémicas.

**Metodologia:** Relatamos um caso clínico de um doente com alergia alimentar ao coco, com início de sintomas em idade adulta.

**Resultados e conclusões:** Doente do género masculino com 35 anos de idade, sem antecedentes pessoais relevantes.

Seguido desde abril de 2017 em consulta de Imunoalergologia por rinite moderada persistente alérgica a ácaros, faneras de animais, pólenes de gramíneas e de ervas. Sintomas nasais de prurido, estertutos e rinorreia serosa desde há 20 anos, com agravamento desde 2017. Encontra-se medicado e controlado com corticoide tópico nasal bi-diário e anti-histamínico como recurso. Nega sintomas brônquicos. Não foram relatados sintomas de síndrome pólen-frutos para frutas frescas ou vegetais crus.

Refere sintomas de prurido orofaríngeo com ingestão de coco ralado, sem outros sintomas associados, nomeadamente edema da glote, desde o início de 2016. Até então ingeria coco ralado sem sintomas. Não ingere coco fresco, nem bebida de coco. Sem clínica com a ingestão de outros frutos frescos. Realizou o seguinte estudo: Teste cutâneo Prick-Prick para extrato comercial de coco de 10mm, doseamento de IgE total 539 KU/L < 100, Doseamento de IgE específica a coco 7,47 kUA/l, Pru p 3 e rPru p 4 negativas. Aguarda resultado de estudo molecular. Efetuou prova de provocação oral com coco ralado, que foi positiva para uma dose cumulativa de 4g de coco. A reação foi imediata, com sintomas de rinorreia serosa nasal, prurido ocular e lacrimejo, prurido na orofaringe e tosse seca. Ao exame objetivo observou-se hipertrofia moderada bilateral dos cornetos inferiores, hiperemia do palato mole, congestão ocular e eritema da pele do face e pescoço. Resolução dos sintomas uma hora após toma oral de cetirizina 10mg, metilprednisolona 32mg e inalação de salbutamol 4puffs em camara expansora. Cumpre evicção alimentar de coco. Portador de adrenalina auto-injetora.

O conhecimento da alergia ao coco é limitado, sendo esta uma alergia rara. Dado o uso crescente de produtos de coco comercialmente disponíveis, é importante estar ciente do seu potencial alérgico, daí que seja fundamental a identificação do alérgico molecular.

### PO 02 – Tremoço: relevância clínica na síndrome LTP?

I. Nunes<sup>1</sup>, B. Bartolomé<sup>2</sup>, A. Todo Bom<sup>1</sup>, B. Tavares<sup>1</sup>, I. Carrapatoso<sup>1</sup>, G. Loureiro<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Imunoalergologia do CHUC, Coimbra, PORTUGAL

<sup>2</sup> R&D Department, Bial-Aristegui, Bilbao, SPAIN

**Objectivo:** Descrever caso clínico.

**Metodologia:** Doente do sexo feminino, 35 anos de idade. Em 2007 (aos 24 anos) desencadeia urticária e angioedema com ingestão de pêssego. Evita a ingestão, mas mantém urticária de contacto. Em Julho 2010 refere episódio de anafilaxia com ingestão de maçã. Em 2011 inicia queixas de SOA com ingestão de pão, cumprindo desde então evicção parcial. O estudo imunoalergológico revelou tratar-se de Síndrome LTP: sensibilização cutânea a pele e polpa de pêssego, de maçã e de pêra; ausência de reactividade cutânea a farinhas; doseamento de IgE sérica específica a: maçã 9,06 kU/L; pêssego 13,3 kU/L; rPru p 3 13,1 kU/L e rPru p 4 0,01 kU/L.

Em 2014 apresenta 1.º episódio de urticária com ingestão de tremoço e no 2.º episódio associa asma, iniciando evicção. Refere ainda urticária recorrente que relaciona com arroz e posteriormente, desde 2015, urticária, dores abdominais e opressão torácica recorrente coincidente com introdução regular de bagas goji, linhaça, chia, sésamo, quinoa. O estudo então efetuado revelou: sensibilização cutânea a rosáceas, bagas goji, linhaça, chia, sésamo, sementes de girassol, farinha de trigo e tremoço. Ausência de reactividade a quinoa e farinhas (milho, centeio e aveia). Doseamento de IgE sérica específica a: rPru p 3 3,83 kU/L, rTri a 19 0,00 kU/L, rTri a 14 0,00 kU/L; rAra h2 0,00 kU/L, arroz 0,00 kU/L, aveia 0,05 kU/L, tremoço 0,32 kU/L e fx3 negativo.

O ensaio SDS-PAGE Immunoblotting realizado com extrato de tremoço identificou fixação de IgE a uma proteína de aproximadamente 15kDa em condições não redutoras e a uma proteína de 44kDa em condições redutoras de electroforese. Foram realizados testes de inibição immunoblotting com extracto de tremoço em fase sólida e a proteína LTP (Pru p 3) em fase livre, a qual inibiu totalmente a fixação de IgE à proteína 15kDa do tremoço.

**Resultados e conclusões:** As congulininas estão identificadas como os alérgenos responsáveis pela alergenidade do tremoço, designadamente na reactividade cruzada com o amendoim. No entanto, a global utilização do tremoço na indústria alimentar tem condicionado uma crescente relevância de alergia inalatória ocupacional, mas também uma maior incidência de alergia por ingestão, frequentemente como alérgico oculto e outras proteínas poderão estar implicadas. O resultado destes ensaios admite que a proteína identificada de 15kDa pertencerá ao grupo das LTPs, identificando o tremoço como um alimento a considerar na síndrome LTP.

**PO 03 – Anafilaxia a coentros (*coriandum sativum*): identificação de mais uma LTP**

N. Santos<sup>1</sup>, P. Morais Silva<sup>2,3</sup>, B. Bartolomé<sup>4</sup>, M. Labrador-Horrillo<sup>5</sup>, M. A. São Bráz<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Portimão, PORTUGAL

<sup>2</sup> Alergologia e Imunologia Clínica. Hospital Particular do Algarve, Portimão, PORTUGAL

<sup>3</sup> Department of Biomedical Sciences and Medicine, University of Algarve, Portimão, PORTUGAL

<sup>4</sup> R&D Department. Roxall, Bilbao, SPAIN, <sup>5</sup> Allergy Section, Hospital Universitari Vall d'Hebron, UAB, Barcelona, SPAIN

**Objectivo:** As LTP são proteínas amplamente distribuídas no reino vegetal e causa frequente de anafilaxia nos países do sul da Europa.

**Metodologia:** Doente de 21 anos, sexo feminino, com antecedentes de rinite alérgica persistente moderada-grave e asma intermitente, com testes cutâneos por picada (TCP) previamente positivos para ácaros do pó doméstico e mistura de gramíneas selvagens e sob imunoterapia sublingual com estes alérgenos desde há 3 anos, com melhoria. Orientada para Imunoalergologia por múltiplos episódios de anafilaxia (edema da face e glote, dispneia e vômitos) desde há 1 ano, de início imediato após ingestão de vários alimentos, embora de forma não reprodutível, incluindo amendoins, amêndoas, nozes, sementes e arroz de polvo (com coentros frescos), referindo tolerar o mesmo arroz de polvo sem coentros. Nega reações com outros alimentos, mas desde que se recorda que ingere todos os frutos da família das rosáceas sempre descascados, por desconforto abdominal. Realizou TCP adicionais que foram positivos para a mistura de frutos secos (12mm) e para Pru p 3 (20mm), e ainda testes cutâneos por picada-picada com semente de girassol (20mm), semente de abóbora (20mm), semente de sésamo (4mm), semente de linhaça (12mm), semente de papoila (12mm), salsa (4mm) e coentros (9mm). Foi também realizada determinação de IgE específica (ImmunoCAP) para Pru p 3 (20,6KU/L) e coentros (0,39KU/L), com 66,6% de inibição dos coentros pela Pru p 3. O ImmunoCAP ISAC foi positivo, para além dos aeroalérgenos específicos dos ácaros e de gramíneas, para todas as LTP testadas.

Tendo em conta a ausência de identificação de LTP de coentros nas bases de dados de alérgenos, foi adicionalmente realizado SDS-Page Immunoblotting com coentros, que identificou uma banda proteica com 10kDa que foi completamente inibida pela Pru p 3. A espectrometria de massa dessa banda identificou até 7 peptídeos com identidade de sequência com as LTP de endro, cenoura, maçã, aipo e trigo, confirmando a sensibilização, clinicamente relevante, a LTP de coentros.

A doente evita atualmente amendoins, frutos secos, sementes e coentros, mantendo a ingestão dos alimentos previamente tolerados, sem novas reações alérgicas até à data.

**Resultados e conclusões:** Existem mais de 30 LTP de alimentos na base de alérgenos da IUIS e ainda mais na base Allergome, incluindo várias Apiáceas (aipo, cenoura, funcho e salsa), sendo esta a primeira identificação, do nosso conhecimento, de uma LTP presente em coentros.

**PO 04 – Relevância de alérgenos lipofílicos no diagnóstico de alergia alimentar – identificação de oleosina da amêndoa, a propósito de um caso clínico**

F. Semedo<sup>1</sup>, A. P. Pires<sup>2</sup>, M. Castillo<sup>3</sup>, F. Pineda<sup>3</sup>, F. Inácio<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Imunoalergologia, Hospital de São Bernardo – Centro Hospitalar de Setúbal; FCS, Universidade Beira Interior, Setúbal, PORTUGAL,

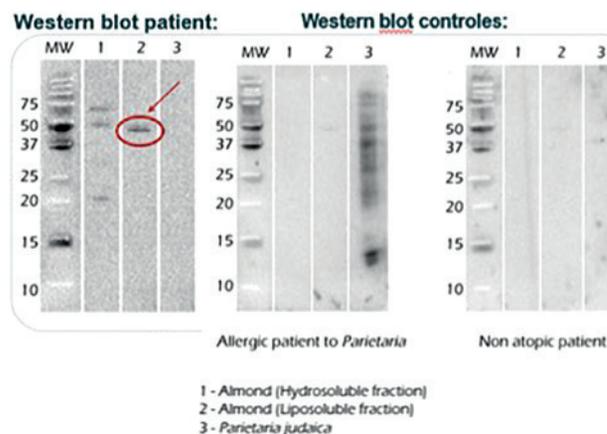
<sup>2</sup> Serviço de Imunoalergologia, Hospital de São Bernardo – Centro Hospitalar de Setúbal, Setúbal, PORTUGAL

<sup>3</sup> Laboratorios DIATER, Madrid, SPAIN

**Objectivo:** Introdução:

Os extratos alérgenos utilizados para diagnóstico *in vitro* e *in vivo* não contêm oleosinas uma vez que estas proteínas são lipofílicas e insolúveis em soluções aquosas. Por esse motivo, alguns doentes não são passíveis de ser diagnosticados por testes cutâneos por picada (TCP) ou IgE específicas (sIgE). Apenas as oleosinas do amendoim, sésamo e avelã foram registadas como alérgenos.

**Metodologia e Resultados:** ARB, sexo feminino, 15 anos, não atópica, inicia quadro de dispneia, tosse, prurido orofaríngeo e lipotímia após minutos da ingestão de gelado com amêndoa. Colocada hipótese diagnóstica de anafilaxia por alergia alimentar, foi medicada em conformidade e encaminhada para Consulta de Imunoalergologia onde realizou TCP e sIgE para frutos secos que foram negativos. Manteve episódios recorrentes de anafilaxia com ingestão de conteúdos vestigiais de frutos secos como amêndoa, noz e avelã, que motivaram internamento em Unidade de Cuidados Intensivos. Em consulta de reavaliação não foram efetuados testes cutâneos com os alimentos em natureza pela gravidade dos episódios descritos, tendo realizado no entanto ISAC (ThermoFisher Scientific, Uppsala, Sweden) e Teste de Ativação dos Basófilos com amêndoa que foram ambos negativos. Por envolvimento cutâneo atípico, encaminhada para Consulta de Dermatologia, com biópsia a favor de dermatose purpúrica. Posteriormente, realizou-se Western blot com extrato de amêndoa, controlado com indivíduo não atópico e com doente alérgico à parietária tendo-se identificado na fração lipossolúvel um alérgeno de 50kDa. Pela gravidade e persistência de sintomas com conteúdos vestigiais,



cumpriu terapêutica com omalizumab durante dois meses, iniciando depois indução de tolerância oral (ITO) com extrato de amêndoa mantendo terapêutica anti-IgE. Atingiu ao final de 6 semanas a dose de manutenção sem intercorrências relevantes a registar. Atualmente mantém esquema de ITO com ingestão diária de 1 amêndoa, sem registo de reações alérgicas a nenhum fruto seco.

**Conclusões:** Apesar de pouco frequente, a hipersensibilidade às oleosinas está descrita como associada a reações graves após ingestão de frutos secos, pelo que a sua identificação é imprescindível. O desenvolvimento de métodos de diagnóstico *in vitro* e *in vivo* que possibilitem o seu reconhecimento de forma mais rápida e eficaz deve ser prioritário.

#### PO 05 – Anafilaxia a tinta capilar? – A propósito de um caso clínico

L. Falcão<sup>1</sup>, I. Rezende<sup>1</sup>, M. Marques<sup>1</sup>, L. Cunha<sup>1</sup>, H. Falcão<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Centro Hospitalar do Porto, Porto, PORTUGAL

**Objectivo:** A dermatite de contato apresenta prevalência crescente nos países industrializados. Estima-se que a nível europeu esta seja de 27%. É uma doença cutânea inflamatória causada por contacto com uma ou mais substâncias exógenas. A abordagem diagnóstica requer, para além da história clínica, a realização de testes epicutâneos, considerados o gold standard de diagnóstico.

**Metodologia:** Doente do género feminino de 22 anos de idade, empregada de balcão na área da restauração. Sem antecedentes pessoais de relevo e sem medicação habitual. Encaminhada à consulta de Imunoalergologia pelo Serviço de Urgência por episódio de exantema urticariforme e edema facial. Referia ocorrência de três episódios de angioedema palpebral e lesões maculopapulares localizadas no couro cabeludo durante o ano de 2017, de aparecimento tardio após aplicação de tinta capilar. Negava outros sintomas, nomeadamente respiratórios ou gastrointestinais. Teve um episódio de anafilaxia em março de 2018, com necessidade de recorrer ao Serviço de Urgência e efetuou terapêutica com anti-histamínico e corticoide endovenoso. Fator precipitante desconhecido, nomeadamente ingestão de alimentos, de fármacos ou picada de himenópteros. Referia apenas ter estado no cabeleireiro a acompanhar a mãe, que efetuou pintura capilar. Na consulta efetuou o seguinte estudo: testes cutâneos a inalantes comuns e a alimentos que foram negativos, e testes epicutâneos bateria standard europeia e bateria a produtos de cabeleireiro, que foram positivos para: Disperso laranja, IPPD (fenilisopropil-p-fenilenediamina), PPDa (p-fenilenediamina), p-aminodifenilamina, o-nitro-p-fenilenediamina, Dicloridrato de fenilenediamina, Sulfato diaminotolueno, p-aminofenol.

Foram entregues medidas de evicção aos produtos identificados como positivos nos testes epicutâneos, e prescrita medicação de recurso com prednisolona 40mg oral e bilastina 20mg oral e adrenalina autoinjectável.

**Resultados e conclusões:** Discute-se neste caso, como causa provável de anafilaxia, a alergia a tintas capilares ou outros produtos de cabeleireiro em doente polissensibilizada a vários compostos dos mesmos. Realça-se a importância de encaminhamento destes doentes à Consulta de Imunoalergologia para esclarecimento etiológico e orientação.

#### PO 06 – Quando uma anafilaxia nunca vem só

M. Mesquita<sup>1</sup>, A. Reis Ferreira<sup>1</sup>, J. Barradas Lopes<sup>1</sup>, I. Lopes<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Imunoalergologia – Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/ Espinho, Vila Nova de Gaia, PORTUGAL

**Objectivo:** A Anafilaxia é uma reação grave cujo tratamento emergente e estudo etiológico são fundamentais. Anafilaxias de repetição sem causa identificável são fator de ansiedade para o doente e Imunoalergologista.

**Metodologia:** Reportamos caso de doente com múltiplas anafilaxias sem fator desencadeante aparente.

**Resultados e conclusões:** Mulher, 47 anos, gaspeadeira, hipertensão arterial medicada com Losartan.

Referenciada a Imunoalergologia em 01/2017 após 3 episódios de anafilaxia (queixas cutâneas, respiratórias e lipotímia) entre 10/2016 e 11/2016, 2 em contexto de exercício (um dos quais com toma de anti-inflamatório concomitante) e 1 durante a madrugada. Dos potenciais alérgenos envolvidos, tolerância posterior a todos os fármacos e alimentos possivelmente envolvidos. Realizou testes cutâneos por picada (bateria standard, carnes, farinhas e frutos secos), que foram negativos. Analiticamente, IgE total 53.7 IKU/L, Triptase basal 5.8 ug/L; medicada com Adrenalina, Ebastina e Prednisolona em SOS.

Em 05/2017 e 06/2017, recursos ao SU por 2 novos episódios. Resolução após Hidrocortisona e Clemastina – triptase 18.5 ug/L no 1.º episódio e 13 ug/L no 2.º.

Considerando anafilaxias de repetição sem causa aparente e triptase, após ISAC (sem positividade) e IgE para Alpha-Gal (negativa), assumiu-se o diagnóstico de Síndrome de Activação Mastocitária (SAM) e iniciou Bilastina id. A 08/2017, sem novos episódios de anafilaxia ou urticária, mas hipersónia após iniciar Bilastina.

Em 09/2017, novo episódio de anafilaxia, pelo que iniciou Bilastina bid, que seria posteriormente alterado para Bilastina id e Desloratadina id por sonolência.

Dias depois, recurso ao SU por nova reação, enquanto trabalhava; Triptase 17.9 ug/L. Iniciou Cetotifeno, aumentou desloratadina para bid e manteve Bilastina id.

Em 03/2018, nova anafilaxia, durante a noite – triptase 39.3 ug/L (basal 6.4 ug/L).

Pela persistência de anafilaxias apesar de 3 anti-histamínicos/dia e cetotifeno, fez mielograma (quantidade de mastócitos não valorizável) e pesquisa de mutação c-kit, que foi negativa. Optou-se por manter terapêutica e introduzir montelucaste.

O SAM é um diagnóstico raro e de exclusão, mas deve ser lembrado nas anafilaxias de repetição sem desencadeante aparente. Esta doente cumpre os critérios SAM, nomeadamente sintomas multissistémicos consistentes com ativação mastocitária e aumento transitório da triptase nos episódios, apesar de ter resposta parcial a inibidores dos mastócitos, razão porque fez despiste de mastocitose sistémica.

**PO 07 – Sensibilização a farinhas em fábrica de portas – qual a relação?**J. Gomes<sup>1</sup>, L. Brosseron<sup>1</sup>, J. Ferreira<sup>1</sup>, I. Rosmaninho<sup>1</sup>, I. Lopes<sup>1</sup><sup>1</sup> Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia / Espinho, EPE, Vila Nova de Gaia, PORTUGAL

**Objectivo:** Este caso clínico pretende alertar para a importância da colheita de uma anamnese completa e cuidada, mas também para a necessidade de os médicos Imunoalergologistas terem conhecimento sobre os métodos e os processos de fabrico usados na indústria. O afastamento precoce é o melhor tratamento e é fundamental para evitar a progressão da doença respiratória.

**Metodologia:** Trata-se de um caso clínico sobre uma mulher de 23 anos, trabalhadora numa fábrica de portas de madeira desde há 3 anos, foi referenciada por suspeita de patologia ocupacional. A sua função é de operadora de máquina onde é aplicada cola para fazer a união das placas de madeira. Apresentava tosse seca, congestão nasal, espirros, rinorreia serosa, prurido nasal e ocular com 1 ano de evolução, coincidentes com a exposição ao local de trabalho e com melhoria durante o período de afastamento. Estava medicada com Budesonido/Formoterol 160/4,5 µg bid e Fluticasona nasal, com melhoria parcial dos sintomas. No processo de fabricação das portas tinha contacto com múltiplas substâncias, nomeadamente pó de várias madeiras, cola com endurecedores, vapores de tintas e diluentes, no entanto os sintomas predominavam na tarefa específica de preparação da cola, da qual estava encarregue. Esta tarefa incluía a adição de resinas, endurecedores e farinha de centeio (espessante da cola). Do estudo efectuado apresentava testes cutâneos por picada positivos para pólenes de bétula e para várias farinhas: centeio, trigo, cevada, aveia e arroz. Estudo funcional respiratório (EFR) em período laboral mas sem preparação de colas: FVC: 96%, FEV1: 100%, FEF25-75: 88%, PC20: 0,36mg/ml. EFR com preparação de colas FVC: 97%, FEV1: 93% (BD+12%), FEF25-75: 76%. Foi enviada carta ao médico de trabalho a recomendar o afastamento imediato da área de preparação de colas assim como da exposição a farinhas. Atualmente, a trabalhadora mantém o posto de trabalho estando assintomática.

**Resultados e conclusões:** O diagnóstico de patologia alérgica ocupacional constitui um processo desafiante, pois implica não só um profundo conhecimento das diversas patologias alérgicas, como de processos de fabrico e todo um mundo laboral, que muitas vezes ultrapassa a esfera da competência médica.

**PO 08 – Alergia ocupacional: a propósito de um caso clínico**L. Pires<sup>1</sup>, C. Ribeiro<sup>2</sup>, A. Morete<sup>2</sup>, F. Mautempo<sup>1</sup><sup>1</sup> Serviço de Medicina do Trabalho do Centro Hospitalar Baixo Vouga, Aveiro, PORTUGAL, <sup>2</sup> Serviço de Imunoalergologia do Centro Hospitalar Baixo Vouga, Aveiro, PORTUGAL

**Objectivo:** A Asma é uma doença prevalente, na qual é importante o controlo sintomático, bem como a investigação de possíveis causas de agravamento. A exposição ocupacional é muitas vezes descurada como fator etiológico e de agravamento da doença.

**Metodologia:** Doente do género masculino, 31 anos, pasteleiro desde há 13 anos, ex-fumador há 4 anos (21 UMA). Seguido no Médico de Família por rinite alérgica há 6 anos, com agravamento clínico nos últimos 2, identificando como desencadeantes o pó doméstico, a exposição a farinhas e perfumes. Referia relação dos sintomas com o local de trabalho e melhoria dos mesmos em ausência laboral. Usava mometasona nasal uma vez por dia, com controlo clínico. Início também há 1 ano de crises compatíveis com quadro de asma, desencadeadas por esforço físico e atividade laboral (calor dos fornos e inalação de farinhas aerossolizadas), com necessidade de recorrer ao Serviço de Urgência. O doente foi referenciado à Consulta de Imunoalergologia por mau controlo sintomático, apesar de estar medicado com LABA/corticóide inalado que cumpria com boa técnica inalatória.

Do estudo complementar realizado, destaca-se: hemograma, bioquímica sérica e doseamento de imunoglobulinas normais; IgE sérica total 114 UI/ml; testes cutâneos prick a aeroalergénios positivos para *Dermatophagoides pteronyssinus*=9mm, *Lepidoglyphus destructor*=8mm, pólenes de gramíneas=5mm e pólenes de cereais=7mm, histamina=1mm, látex negativo. Os testes prick-prick às farinhas usadas no local de trabalho (farinhas de arroz, milho, centeio, integral e T55) foram francamente positivos; o estudo funcional ventilatório revelou síndrome obstrutivo ligeiro com broncodilatação negativa. Aguarda o doseamento de IgE específicas a aeroalergénios e farinhas, a realização da prova de metacolina e também do peak flow inspiratório nasal e do peak flow expiratório brônquico (no local de trabalho e em afastamento do mesmo). Dado o provável nexos de causalidade entre a exposição ocupacional às farinhas e a ocorrência de queixas respiratórias, foi efectuada a participação de Doença Profissional e o trabalhador acabou por solicitar a mudança do posto de trabalho.

**Resultados e conclusões:** A alergia inalatória a farinhas é uma patologia ocupacional frequente, embora subdiagnosticada, que pode provocar fenómenos inflamatórios importantes a nível pulmonar e nasal, tendo neste caso a rinite precedido o aparecimento de asma.

**PO 09 – Por detrás do sushi: urticária crónica por infeção ao anisakis**L. Cunha<sup>1</sup>, C. Abreu<sup>2</sup>, H. Falcão<sup>1</sup><sup>1</sup> Serviço de Imunoalergologia/Departamento de Medicina, Centro Hospitalar do Porto, Porto, PORTUGAL<sup>2</sup> Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, PORTUGAL**Objectivo:**

**Metodologia:** A urticária é caracterizada por lesões cutâneas maculopapulares pruriginosas, que duram menos de 24h, com ou sem angioedema associado. Pode ser classificada em aguda ou crónica e apresentar variadas etiologias. Embora raras, as parasitoses podem ser uma causa de urticária em 0,75 a 4% dos casos. Em países com consumo de peixe, moluscos ou crustáceos crus, a contaminação por larvas de anisakis, um parasita nemátode, pode manifestar-se sob a forma de lesões erosivas ou hemorrágicas, ascite, perfurações, anafilaxia, urticária aguda ou crónica.

**Resultados e conclusões:** Homem de 41 anos, sem antecedentes patológicos de relevo, encaminhado à consulta de Imunoalergologia por urticária recidivante. Referia ter apresentado três episódios de lesões maculopapulares pruriginosas, dispersas pelo corpo, com duração de horas e resolução espontânea. Negava outros sintomas do foro respiratório, gastrointestinal ou cardiovascular, mas mantinha prurido cutâneo durante alguns dias após os episódios que resolvia com a toma de hidroxizina 25mg id.

Não estabelecia relação com nenhum fator desencadeante, mas mencionou que os episódios teriam ocorrido após a refeição, todas de sushi. Após estes episódios, mantinha ingestão frequente de peixes, crustáceos e moluscos, sem reacção. Negava ter tomado drogas, ter sido picado ou realizar exercício físico intenso nesses episódios. Realizou testes cutâneos por picada com diferentes peixes, anisakis, moluscos e crustáceos, com positividade para o anisakis e camarão. Do estudo analítico, apresentava ligeira eosinofilia (580  $\mu$ /L), IgE total aumentada (1708 kU/L), e positividade nas IgEs específicas para o camarão (11,7 kU/L), ascaris (1,01 kU/L) e anisakis (0,85 kU/L). Foi pedida ecografia abdominal (normal) e parasitológico de fezes (negativo).

Medicado com albendazol 400mg e bilastina 20mg, foi recomendado evitar alimentos não congelados, crus ou mal cozinhados. Apesar de sensibilizado ao camarão, ingeria-o sem queixas, pelo que não fez evicção. Mantém-se sem novos episódios após 6 meses. Apesar da urticária ser uma causa rara de infecção ou alergia por parasitas nemátodes nos países industrializados, com a difusão do consumo de peixe cru, a sua prevalência terá tendência a aumentar, devendo o Imunoalergologista estar sensível a esta possibilidade. É recomendado que os alimentos sejam ingeridos cozinhados ou em estabelecimentos cujo processo de conservação se faça por congelação.

#### PO 10 – Anafilaxia induzida pelo exercício dependente de alimentos: uma apresentação invulgar

C. Ribeiro<sup>1,2</sup>, M. Alves<sup>1</sup>, I. Alen<sup>1</sup>, A. Morete<sup>2</sup>, A. Todo Bom<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Imunoalergologia, Hospitais da Universidade de Coimbra, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, PORTUGAL

<sup>2</sup> Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Aveiro, Centro Hospitalar do Baixo Vouga, Aveiro, PORTUGAL

#### Objectivo: Introdução

A anafilaxia induzida pelo exercício dependente de alimentos (AIEDA) é uma forma particular de anafilaxia, que se caracteriza por uma reacção alérgica sistémica grave desencadeada pelo exercício físico, apenas quando este é realizado nas primeiras 2-4 horas após a ingestão de alimentos. A AIEDA é dependente da ingestão de alimentos específicos e o trigo é o alimento mais frequentemente implicado.

#### Metodologia: Caso Clínico

Doente género feminino, 34 anos, referenciada à Consulta de Imunoalergologia por episódios recorrentes de urticária desde há 5 anos, sem angioedema. Para além das lesões cutâneas, a doente salientava também a ocorrência de sudorese e sensação de lipotimia concomitantes. Todos os episódios eram matinais e ocorriam

após o pequeno-almoço apenas quando se encontrava a caminhar para o trabalho, negando queixas se estivesse em repouso. Costumava comer pão de mistura, manteiga, café e algumas vezes fruta variada. Sem noção de outros desencadeantes. Recorria frequentemente ao Serviço de Urgência e já tinha tido seguida em Consulta de Dermatologia. Os episódios tinham espaçado desde que morava mais perto do local de trabalho. Sem antecedentes pessoais de atopia ou outros; tem uma irmã com asma. Sem dermatografismo ao exame objectivo. O estudo complementar revelou: hemograma, bioquímica sérica, velocidade de hemossedimentação sem alterações; IgE sérica total 2258 UI/ml; testes cutâneos a aeroalergénios positivos para: Dermatophagoides pteronyssinus e Lepidoglyphus destructor=9mm, cão=5mm, pólenes de artemísia=6mm, gramíneas e oliveira=5mm, histamina=11mm; testes prick-prick a farinhas positivos para as farinhas de trigo, centeio e milho; IgE  $\omega$ 5 gliadina 22.3 kU/L. Foi estabelecido o diagnóstico de AIEDA, pelo que foi recomendada a evicção da ingestão de farinhas e prescrito kit de auto-administração de adrenalina, não tendo a doente apresentado novos episódios posteriormente.

#### Resultados e conclusões: Conclusões

O diagnóstico de AIEDA assenta em critérios clínicos, sendo essencial o reconhecimento da associação entre a ingestão alimentar e o início dos sintomas, quer durante ou após o exercício, bem como a ausência de reacção quando um dos factores não está presente.

Este caso ilustra uma apresentação clínica invulgar, em que a hipervalorização das queixas cutâneas conduziu ao atraso no diagnóstico de AIEDA.

#### PO 11 – Síndrome gato-porco – uma questão de albuminas?

I. Sangalho<sup>1</sup>, S. Palma-Carlos<sup>1</sup>, P. Leiria Pinto<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Imunoalergologia, Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar Lisboa Central, Lisboa, PORTUGAL

**Objectivo:** Introdução: A síndrome gato-porco é rara, ocorre em doentes alérgicos ao epitélio de gato (EG) e resulta da reactividade cruzada entre albuminas séricas (AlbS) de gato (Fel d2) e de porco (Sus s1). Geralmente existe uma alergia respiratória a EG que precede a alergia alimentar (por ingesta, contacto ou inalação), o que sugere sensibilização primária a AlbS do gato. Como a AlbS é termolábil, o quadro é mais grave quando a carne está menos cozinhada.

**Metodologia:** Caso clínico: Mulher, 27anos, moçambicana, residente em Lisboa há 8anos (A). Sempre teve cães e gatos, mas desde que está em Portugal não tem quintal; tem cão há 6A e gato há 3A. Desde a adolescência tem rinoconjuntivite com agravamento vespertino e no interior do domicílio, pior desde há 3A. Além disso, descreve 2 episódios que ocorreram cerca de 30min após a ingestão de carne de porco (CP): o primeiro há 6A com edema labial e urticária, desde o qual ficou em evicção e o segundo com urticária e angioedema após ingestão acidental (croquete). Refere ainda edema local reprodutível no contacto com CP crua. Os testes cutâneos por picada com extractos (aeroalergénios) e em nature-

za (carne de porco crua e cozida), foram iguais ou maiores que a histamina para blomia tropicalis (BL), acarus sirus (AS), oliveira (OL), gramíneas selvagens (GR), epitélio de cão, EG e CP crua; a CP cozinhada foi negativa. Aplicou-se na pele CP crua com prurido após 3 minutos e pápula eritematosa e pruriginosa no local aos 5 minutos, compatível com reacção imediata. Quanto ao doseamento de IgE específica em KUA/L: EG 38,9; CP 3,47; AS 2,45; BL 2,33; OL 4,37; GR 6,72. Está em curso o restante estudo imunológico e tem agendada prova de provocação com CP bem cozinhada.

**Resultados e conclusões:** Discussão: O agravamento recente do quadro respiratório da doente parece ser explicado por um contacto mais prolongado e no interior com faneras, sendo que o quadro clínico-laboratorial aponta para uma síndrome gato-porco. É de salientar que não se encontra descrito na literatura qualquer tipo de teste de contacto com avaliação da resposta imediata, como foi realizado neste caso.

**Conclusão:** Apesar da raridade, estes casos podem estar na origem de reacções anafiláticas e a sua correcta identificação e caracterização é fundamental. De acordo com a revisão da literatura publicada, este é apenas o segundo caso descrito em Portugal. Desconhece-se o efeito da imunoterapia específica com extracto de EG no controlo do quadro alimentar.

#### PO 12 – Cheira a peixe. Será alergia?

J. A. G. Caires<sup>1</sup>, A. Coimbra<sup>1</sup>, J. L. Plácido<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital de São João, EPE, Porto, PORTUGAL

**Objectivo:** Introdução: O peixe é um dos principais alimentos responsáveis por alergia alimentar. Contudo, há patologias que a podem mimetizar.

**Metodologia:** Descrição do caso: Criança do sexo masculino, 6 anos de idade, foi enviada à consulta de Imunoalergologia por episódios recorrentes de erupção cutânea pruriginosa associada à ingestão de alimentos histaminérgicos, tais como, salsichas e cogumelos enlatados e peixe que resolveu com terapêutica oral com anti-histamínico e corticoide. História prévia de hálito, urina, fezes e suor com odor a peixe associados à ingestão do mesmo; sem outras manifestações nem queixas; resolução com a evicção alimentar de peixe. Os testes cutâneos por picada com aeroalergénios comuns e peixes foram negativos. No entanto, já tinha sido referenciado à consulta de doenças metabólicas e confirmou-se ser portador de variante heterozigótica de Trimetilaminúria.

A Trimetilaminúria ou “síndrome do odor a peixe podre” é uma doença metabólica rara, autossómica recessiva (AR), caracterizada pela excreção excessiva na urina, suor, e outros fluidos corporais de uma base azotada, a trimetilamina, tendo este composto um odor desagradável semelhante a peixe, ovos podres, lixo ou urina. O tratamento inclui evicção alimentar de fontes dietéticas de trimetilamina sendo o diagnóstico e aconselhamento genéticos essenciais. Também é importante o apoio nutricional, particularmente numa criança. Esta patologia é frequentemente sub-diagnosticada por se encontrar pouco divulgada e relutância dos doentes em procurar ajuda, e como tal o diagnóstico é frequentemente atrasado.

**Resultados e conclusões:** Conclusão: Este caso demonstra a importância da existência de outras entidades clínicas que podem imitar uma verdadeira alergia ao peixe, e assim atrasar o diagnóstico correto e as consequências daí resultantes.

#### PO 13 – Uma causa improvável de anafilaxia induzida pelo exercício

S. Couto<sup>1</sup>, I. Mota<sup>1</sup>, C. Santa Marta<sup>1</sup>, M. Morais-Almeida<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Cuf Descobertas, Lisboa, PORTUGAL,

**Objectivo:** Introdução:

A anafilaxia induzida pelo exercício (AIE) é uma forma rara de anafilaxia. A AIE dependente de alimentos (AIEDA) identifica um subtipo de AIE que ocorre durante a prática de exercício, apenas quando este é precedido pela ingestão de determinado(s) alimento(s) a que o doente está sensibilizado. Pode ser amplificada pela presença de outros cofactores como o jejum, a toma de anti-inflamatórios não esteróides ou a ingestão de álcool.

**Metodologia:** Caso clínico:

Descreve-se o caso de um doente de 25 anos, do género masculino, com antecedentes de rinite alérgica, com 3 episódios de reacção anafiláctica, de início imediato, durante a prática de actividade física (futebol) com manifestações mucocutâneas (prurido e eritema generalizados, angioedema facial e das extremidades), respiratórias (dificuldade respiratória e edema da glote) e cardiovasculares (taquicardia e lipotímia). Ocorreu um aumento progressivo de gravidade e uma diminuição do período de latência (de 1h a poucos minutos) entre os episódios. Identificou-se toma prévia de naproxeno após refeição não especificada (1.º episódio), hambúrguer com salada, chocolate de avelã e naproxeno (2.º episódio) e carapaus com salada (3.º episódio).

Da investigação alergológica destaca-se sensibilização a alimentos documentada por testes cutâneos por picada (extratos Bial-Aristegui) positivos para LTP (lipid transfer proteins, 7mm), pele de pêssego (3mm), alface (3mm), semente de girassol (3mm) e noz (3mm), bem como para aeroalergénios (*D. pteronyssinus* (6mm), *L. destructor* (4mm), gramíneas (4mm), oliveira (6mm), cipreste (4mm), artemísia (7mm) e parietária (6mm)). Também foram realizados testes in vitro (IgE específicas para alergénios moleculares por técnica de multiplex, ISAC, ThermoFisher que se revelaram positivos para LTP da avelã (Cor a 8), noz (Jug r 3), pêssego (Pru p 3), oliveira (Ole e 7) e parietária (Par j 2)). Este caso ilustra o caso de AIEDA com sensibilização a LTP, sendo o principal alimento implicado a alface, e possivelmente amplificada pelo naproxeno como cofactor. A partir do estudo efectuado, o doente cessou a ingestão de alface e não voltou a ter novo episódio de AIEDA.

**Resultados e conclusões:** Conclusão:

A alface tem sido identificada como alimento responsável por reacções sistémicas graves por sensibilização a LTP. A expressão clínica da sensibilização a LTP é imprevisível e pode depender da presença de cofactores, como o exercício.

**PO 14 – ABPA em doente com asma intermitente**S. Garcia<sup>1</sup>, J. Barradas Lopes<sup>1</sup>, S. Cadinha<sup>1</sup>, L. Cruz<sup>1</sup>, I. Lopes<sup>1</sup><sup>1</sup> Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho EPE, Vila Nova de Gaia, PORTUGAL

**Objectivo:** Introdução: A Aspergilose Broncopulmonar Alérgica (ABPA) ocorre em 0.7-3.5% dos doentes com asma. O diagnóstico baseia-se nos critérios da ISHAM, embora recentemente o diagnóstico molecular tenha demonstrado elevadas sensibilidade e especificidade. O tratamento não é consensual, sendo que, para além da corticoterapia sistémica, alguns autores defendem o tratamento adjuvante com Itraconazol e outros a utilização do Omalizumab.

**Metodologia:** Métodos: ABPA em doente com asma intermitente com resposta insuficiente ao tratamento preconizado no diagnóstico inaugural.

**Resultados e conclusões:** Resultados: Doente de 39 anos, sexo feminino, com história de asma e rinite na infância, submetida a imunoterapia com melhoria clínica, assintomática até 2012, altura em que é observada por agravamento de queixas nasais de predomínio obstrutivo. O estudo efectuado confirmou os diagnósticos de asma intermitente e rinosinusite persistente mod-grave alérgica a pólenes e ácaros, tendo sido medicada com Terbutalina sos, Mometasona nasal id e Levocetirizina sos, mantendo queixas nasais de predomínio obstrutivo, pelo que foi submetida a cirurgia de ORL com melhoria. Em 2016, por queixas de tosse com rolhões mucóides difíceis de expelir e dispneia, sem resposta à optimização terapêutica (Budesonido+Formoterol 160/4.5ug bid) repetiu estudo, com os seguintes resultados: TCP positivos para ácaros, gramíneas e Af; IgE total 1525IKU/l; IgE Af 15,2kU/l; rAspf4 31.0Uk/l; rAspf6 0,04Uk/l; IgG Af 176mg/l; TC torácico com bronquiectasias e esboço de imagens tree in bud; BFC com secreções purulentas espessas; Micológico positivo para Af; Biópsia brônquica com processo inflamatório eosinofílico. Dado tratar-se de diagnóstico inaugural de ABPA, fez tratamento com Prednisolona (0,5mg/kg/dia em desmame lento 3 meses) e Itraconazol (200mg tid 3 dias; 200mg bid 6 semanas), com melhoria clínica e laboratorial. Agravamento clínico e laboratorial em 6 meses.

**Conclusão:** O diagnóstico de ABPA continua difícil e pressupõe a combinação de critérios clínicos, radiológicos, biológicos e micológicos. Neste caso, o diagnóstico molecular foi concordante com o restante diagnóstico laboratorial. Embora seja considerado um diagnóstico diferencial nas formas mais graves de asma, surge aqui numa doente com asma intermitente sem repercussão na função respiratória. Apesar da instituição de tratamento sistémico com corticóide e antifúngico à data do diagnóstico, o agravamento de novo foi precoce, pelo que se discute a proposta de tratamento com Omalizumab.

**PO 15 – provável síndrome hiper IgE em paciente com piomiosite disseminada e sequelas pulmonares.**J. L. Boechat<sup>1</sup>, S. Pestana<sup>1</sup>, D. Moore<sup>1</sup>, R. O. C. Rabelo<sup>1</sup>, T. P. T. Generoso<sup>2</sup>, R. M. L. Vilte<sup>2</sup><sup>1</sup> Serviço de Alergia e Imunologia Clínica, HUAP / UFF, Niteroi, BRASIL<sup>2</sup> Serviço de Doenças Infecto Parasitárias, HUAP / UFF, Niteroi, BRASIL

**Objectivo:** Relatar caso clínico de paciente com piomiosite tropical e provável Síndrome Hiper IgE internada na enfermaria de Doenças Infecto Parasitárias e acompanhada pelo Serviço de Alergia e Imunologia do Hospital Universitário Antonio Pedro (HUAP) / Universidade Federal Fluminense (UFF).

**Metodologia:** Análise do prontuário clínico da paciente e revisão da literatura atual sobre casos de piomiosite e Síndrome de Hiper IgE

**Resultados e conclusões:** Relato de Caso: MSC, feminino, 19 anos, parda, pais não consanguíneos, natural do RJ. Apresentou, em janeiro de 2018, quadro febril com mialgia difusa e lesões nodulares subcutâneas flutuantes, pouco dolorosas e sem eritema, em regiões cervical, axilar, torácica e glútea. Internada no HUAP septicêmica e realizada drenagem das lesões com saída de grande quantidade de pus. Rx de tórax: imagem sugestiva de abscesso pulmonar à esquerda. Tc de tórax: múltiplas formações císticas, as maiores no LSD e LID e com nível ar-líquido no LIE, além de coleções na musculatura da parede torácica. TC de abdome: coleções no psoas, espaço isquio-retal e glúteo esquerdos. História de pneumonias com “caverna” (sic) aos 6 e 17 anos e “caxumba” (sic) aos 14 anos, com necessidade de drenagem cirúrgica. Diagnóstico inicial de piomiosite tropical e doença pulmonar cística, tratada com oxacilina, evoluiu afebril, porém com múltiplos novos abscessos musculares. Hemocultura e cultura de secreções: Staphylococcus aureus MSSA. Investigação evidenciou IgE 10.900 UI/ml, eosinofilia persistente (1512 a 2940 cel/mm<sup>3</sup>), escoliose tóraco-lombar, hiperextensibilidade em membros superiores, eczema crônico nos pés, alargamento da distância inter-alar nasal e história de erupção cutânea neonatal, com necessidade de antibiótico oral. Score clínico para Síndrome Hiper IgE igual a 51.

**Discussão:** A Síndrome de Hiper IgE é uma imunodeficiência primária rara caracterizada pela tríade de abscessos cutâneos estafilocócicos recorrentes, pneumonias necrotizantes com formação de pneumatoceles e elevação extrema da IgE sérica. A suspeita diagnóstica da forma autossômica dominante torna-se altamente provável se o score de pontuação for acima de 40. A paciente apresentou destruição exuberante do parênquima pulmonar e piomiosite disseminada, o que não tem sido descrito na literatura. Comentários finais: Para o caso em questão, a apresentação não usual reforça a importância do diagnóstico definitivo com estudo genético.

## SESSÃO DE POSTERS II

## AEROBIOLOGIA / IMUNOTERAPIA / ANAFILAXIA

Dia: 28 de Setembro

Horas: 08:00 – 10:00

Sala: 3

Moderadores: Ângela Gaspar, João Fonseca, Rui Silva

**PO 16 – Phadiatop® – avaliação de resultados para elaboração de um algoritmo diagnóstico**C. Queiroz<sup>1</sup>, A. Maresch<sup>1</sup>, R. Cunha<sup>1</sup>, F. Rodrigues<sup>1</sup><sup>1</sup> Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, PORTUGAL

**Objectivo:** Avaliar a positividade dos pedidos de IgE específica a mistura de alérgenos inalantes (Phadiatop®, Thermo Scientific) na população com <18 anos do CHUC, o perfil de pedidos de IgE específica aos alérgenos da mistura e os seus níveis de positividade, com o objetivo de delinear um algoritmo no doseamento de IgE específica a alérgenos inalantes nesta população.

**Metodologia:** Estudo retrospectivo com dados laboratoriais de doentes com pedido de Phadiatop® e IgE específica aos alérgenos da mistura, de Jan2016/Dez2017.

**Resultados e conclusões:** 922 resultados de Phadiatop®, 56.2% de doentes do sexo masculino e 43.8% do sexo feminino, com uma média de idades de 7,2 anos. Dos 55.1% Phadiatop® negativos, 92.5% tinham pedido de desdobraimento, 73.4% destes a requerer todos os alérgenos da mistura. Dos 44.9% Phadiatop® positivos, 95.2% tinham pedido de desdobraimento, 44% destes para todas as IgE da mistura. Em relação às IgE específicas dos desdobramentos, >90% tinham pedido para IgE a Dermatophagoides Pteronyssinus e Dermatophagoides farinae, com taxas de positividade superiores ou iguais a 85%. Os restantes doseamentos de IgE específica apresentavam taxas de positividade <50% (tabela1). Segundo a faixa etária verificou-se que 53.3% dos pedidos correspondiam a doentes dos 0-6A, 31.5% dos 7-13A e 15.3% dos 14-17A. A IgE específica a ácaros domésticos apresentou as taxas de posi-

Alergénio	Nº de Pedidos de IgE Específica	% de Pedidos de Desdobraimento	Taxa de Positividade
IgE Dermatophagoides pteronyssinus (d1)	404	97,6%	92,40%
IgE Dermatophagoides farinae (d2)	393	94,9%	85%
IgE Pêlo e Caspa de Gato (e1)	315	76,1%	26%
IgE Caspa de Cão (e5)	359	86,7%	26%
IgE Dactylis Glomerata - Panasco (g3)	349	84,3%	42%
IgE Secale Cereale - Centeio (g12)	331	80,0%	36%
IgE Blatella germanica - Barata (i6)	197	47,6%	15%
IgE Aspergillus fumigatus (m3)	309	74,6%	3%
IgE Platanus acerifolia - Plátano (t11)	210	50,7%	2%
IgE Populus deltoides - Faia (t14)	202	48,8%	7%

Tabela 1. Número de pedidos de IgE específica nos Phadiatop positivos e respetivas taxas de positividade, para um universo de 414 Phadiatop positivos.

tividade mais elevadas. Adicionalmente, notou-se duplicação da taxa de positividade a epitélios animais e gramíneas entre a 1.ª e a 2.ª faixa etária. Os restantes alérgenos revelaram positividade global <20%.

A utilidade dos métodos laboratoriais no estudo da doença alérgica é particularmente relevante em idade pediátrica. Os nossos dados revelam um elevado número de pedidos de desdobraimento para todos os alérgenos da mistura Phadiatop®, principalmente nas amostras negativas, que pode refletir o facto de >50% dos pedidos corresponderem à faixa etária mais baixa, com todas as condicionantes inerentes a este grupo. Verificou-se uma elevada sensibilidade a ácaros em todas as faixas etárias e elevada taxa de negatividade para baratas, fungos e árvores. De acordo com os nossos resultados, perante uma suspeita de atopia com Phadiatop® positivo e com pedido de realização de todas as IgE específicas da mistura, é potencialmente custo-efetivo para o laboratório aplicar um algoritmo para realização sequencial das IgE específicas de acordo com a sua taxa de positividade nesta população.

**PO 17 – Utilização da espectroscopia FT-NIR na monitorização do pólen atmosférico: estudo preliminar**E. Caeiro<sup>1,2</sup>, H. Cardoso<sup>2</sup>, A. Peixe<sup>3</sup>, J. Vestia<sup>2</sup>, C. Inês<sup>4</sup>, A. Cordeiro<sup>4</sup>, C. Nunes<sup>1,5</sup>, M. Morais de Almeida<sup>1,6</sup>, A. E. Rato<sup>3</sup><sup>1</sup> Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica – SPAIC – Grupo de Interesse de Aerobiologia, Lisboa, PORTUGAL<sup>2</sup> Instituto de Ciências Agrárias e Ambientais Mediterrânicas – ICAAM, IIFA, Universidade de Évora, Évora, PORTUGAL<sup>3</sup> Departamento de Fitotecnia, Escola de Ciências e Tecnologia, ICAAM, Universidade de Évora, Évora, PORTUGAL<sup>4</sup> Instituto Nacional de Investigação Agrária e Veterinária, I.P., UEIS Biotecnologia e Recursos Genéticos, Elvas, PORTUGAL<sup>5</sup> Centro de Imunoalergologia do Algarve, Portimão, PORTUGAL<sup>6</sup> Centro de Alergia, Hospitais CUF-Descobertas e CUF Infante Santo, Lisboa, PORTUGAL

**Objectivo:** Objetivo: Aplicação da Espectroscopia de Infravermelho Próximo com Transformada de Fourier (FT-NIR) na monitorização de biopartículas aeroalérgicas (grãos de pólen) de forma a desenvolver uma metodologia mais simples e rápida que a técnica tradicional (metodologia Hirst).

**Metodologia:** Para a aplicação da Espectroscopia FT-NIR à monitorização de grãos de pólen, procedeu-se à recolha de amostras de pólen de oliveira (*Olea europaea*), sobreiro (*Quercus suber*), gramíneas (*Dactylis sp.*), parietária (*Parietaria sp.*), tanchagem (*Plantago sp.*) e quenopódio (*Chenopodium sp.*). De cada amostra de pólen foram recolhidos vários espectros através de um espectrómetro FT-NIR (MPA, Opus Bruker, Germany), equipado com um detetor InGaAs. A análise exploratória dos dados foi executada através da Análise de Componentes Principais (PCA) utilizando o software Unscrambler (V10.5.1). Esta análise permite avaliar a existência de semelhanças ou diferenças entre as diferentes amostras.

**Resultados:** Pela análise de componentes principais (PCA) verifica-se que as componentes principais 1 e 2 (PC1 e PC2)

descrevem 98% da variabilidade entre amostras e fornecem informações discriminatórias entre essas. A PCI contribui com 96% da variação da amostra e a PC2 com 2%. Analisando a PCI é possível observar a discriminação de dois grandes grupos, um grupo englobando as amostras de sobreiro e quenopódio e o outro as amostras de oliveira, gramíneas, parietária e tanchagem. No primeiro grupo, a evidente separação das amostras de sobreiro das restantes em estudo pode dever-se à diferente composição bioquímica que caracteriza este tipo polínico, considerado como o menos alergizante comparativamente aos restantes. A separação pela PC2, para além de também poder estar relacionada com as diferenças ao nível da composição bioquímica, pode ainda dever-se a diferenças na estrutura da parede do grão e número de aberturas. Esta hipótese coloca-se ao constatar que o pólen de gramíneas que contem apenas uma abertura apresenta um valor mais elevado relativamente aos restantes, caracterizados pela presença de várias aberturas (3 ou mais).

**Conclusões:** A análise exploratória dos dados mostrou que a aplicação da espectroscopia FT-NIR permite obter uma separação das amostras de acordo com a sua origem taxonómica. Parece assim haver evidências de que esta técnica é sensível às características morfológicas e à composição bioquímica dos grãos de pólen.

Este estudo preliminar mostra o potencial que a aplicação da espectroscopia FT-NIR poderá no futuro apresentar na monitorização das biopartículas aeroalergénicas.

#### **PO 18 – Aerobiologia do pólen de plátano (*Platanus Hispânica Miller ex Münchh*) em Portugal**

E. Caeiro<sup>1,2</sup>, C. Nunes<sup>1,3</sup>, I. Câmara Camacho<sup>1,4</sup>, M. Morais de Almeida<sup>1,5</sup>

<sup>1</sup> Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica – SPAIC – Grupo de Interesse de Aerobiologia, Lisboa, PORTUGAL

<sup>2</sup> Instituto de Ciências Agrárias e Ambientais Mediterrânicas – ICAAM, Universidade de Évora, Évora, PORTUGAL

<sup>3</sup> Centro de Imunoalergologia do Algarve, Portimão, PORTUGAL

<sup>4</sup> Faculdade das Ciências da Vida, Universidade da Madeira, Funchal, PORTUGAL

<sup>5</sup> Centro de Alergia, Hospitais CUF-Descobertas e CUF Infante Santo, Lisboa, PORTUGAL

**Objectivo:** A árvore plátano é muito utilizada como ornamental nos ambientes urbanos e o seu pólen é considerado uma importante causa de polinose na Europa.

**Objectivo:** Analisar a prevalência e o comportamento aerobiológico do pólen de *Platanus hispânica Miller ex Münchh* em Portugal.

**Metodologia:** Metodologia: Neste estudo, utilizaram-se os dados diários das monitorizações do pólen de *Platanus* e os dados meteorológicos, de 2002 a 2017, dos 9 centros da Rede Portuguesa de Aerobiologia – RPA: Vila Real, Porto, Coimbra, Castelo Branco, Lisboa, Évora, Portimão, Funchal e Ponta Delgada. Nas monitorizações usou-se um captador Burkard Seven Day Volumetric Spore-trap® e a metodologia a ele associada da RPA referenciada

e publicada em estudos anteriores. Através da análise da correlação de Spearman's analisou-se a influência dos fatores meteorológicos sobre os níveis atmosféricos de pólen de *Platanus*.

**Resultados e conclusões:** Resultados: Entre as localidades registaram-se diferenças qualitativas, quantitativas e de comportamento aerobiológico. O pólen de *Platanus* apresentou, em média, a seguinte representação no espectro polínico das localidades: 6% Porto, 9% Coimbra, 6% Lisboa, 8 % Évora, 2% Vila Real, Castelo Branco, Funchal e Ponta Delgada e <1% em Portimão. Em todas as localidades, a estação de polinização foi muito curta e ocorreu durante os meses Março e Abril. As concentrações deste pólen no ar fora desse período foram mínimas. Os índices e níveis diários de pólen mais elevados registaram-se em Coimbra e particularmente em Évora. O pólen durante a polinização está presente na atmosfera ao longo de todo o dia, sobretudo durante as horas de sol, tendo a distribuição horária do pólen variado ao longo do dia entre as localidades

Obtiveram-se correlações significativas entre os seus níveis e os parâmetros meteorológicos.

**Conclusões:** Dada a significativa e importante prevalência do pólen de *Platanus* no meio ambiente em várias áreas do País e o seu potencial alergénico, torna-se útil e relevante a sua divulgação aos técnicos de saúde e população em geral, a fim de se poder correlacionar com eventuais sensibilizações e sintomatologia de polinose. A salientar que este tipo de pólen se encontra no ar essencialmente nos meses de Março e Abril.

Tendo em conta esta informação levanta-se a questão da importância do debate acerca da sua presença ou não nos espaços verdes das zonas urbanas.

#### **PO 19 – Quantificação e valor clínico de IgE específica para PHL PI/5 e Ole el em doentes com testes cutâneos positivos para gramíneas e oliveira**

P. Morais Silva<sup>1,2</sup>, S. Nunes<sup>2</sup>, N. Santos<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Alergologia e Imunologia Clínica. Hospital Particular do Algarve, Portimão, PORTUGAL

<sup>2</sup> Department of Biomedical Sciences and Medicine, University of Algarve, Faro, PORTUGAL

<sup>3</sup> Serviço de Imunoalergologia. Centro Hospitalar e Universitário do Algarve, Unidade de Portimão, Portimão, PORTUGAL

**Objectivo:** A rinite alérgica devido a pólenes é uma patologia com impacto significativo na qualidade de vida. Em Portugal, pólenes de gramíneas (entre elas, o de *Phleum pratense*) e oliveira parecem ser dos mais relevantes clinicamente. Apesar de resultados de testes cutâneos por picada (TCP) serem frequentemente suficientes para identificar um perfil de sensibilização, situações de polissensibilização aumentam a complexidade do diagnóstico e dificultam a escolha de extratos para imunoterapia. A identificação de sIgE para as proteínas alergénicas principais de cada espécie pode auxiliar na escolha dos extratos e as provas de provocação nasal (PPN) com alergénios são consideradas o gold standard para a identificação das sensibilizações com significado clínico.

**Metodologia:** Este estudo observacional prospetivo incluiu doentes com mais de 12 anos com rinite alérgica e TCP duplamente positivos para extratos de gramíneas selvagens (Phleum, Dactylis, Lolium), e oliveira. Posteriormente, os doentes foram divididos de acordo com a presença de sIgE para os alérgenos principais de Phleum pratense (Phl p1/p5) e oliveira (Ole e1) e comparados entre si. Finalmente, aos doentes que autorizaram, foi realizada uma prova de provocação nasal (PPN) com cada um dos extratos.

**Resultados e conclusões:** Foram observados 50 doentes (60% homens, idade mediana 29 anos, 40% com asma, 12% com eczema atópico). Posteriormente, 31 doentes realizaram PPN.

Apenas 25 (50%) doentes apresentavam valores positivos para Phl p1/p5 e Ole e1. Dos restantes, 14 (28%) só exibiam sIgE para Phl p1/p5 e 6 (12%) só para Ole e1. Cinco doentes tinham sIgE negativas para ambos.

Idade, sexo, local de residência, diâmetro médio da pápula para um dos extratos e valores de IgE total dos doentes em cada grupo não apresentaram diferenças estatisticamente significativas. O grupo sem sensibilização a Phl p1/p5 e a Ole e1 apresentava significativamente menos doentes com asma e eczema.

A sensibilidade da sIgE para Phl p1/p5 para prever uma PPN positiva para extrato de gramíneas foi de 100% (IC95% 86-100%) e a especificidade de 85,7% (IC95% 42-99%). Sensibilização a Ole e1 previu uma PPN positiva para oliveira com 100% (IC95% 80-100%) e 85,7% (IC95% 57-98%), respectivamente.

A escolha adequada do extrato de imunoterapia é crucial. Nesta amostra, os resultados de TCP não permitiriam identificar os alérgenos clinicamente mais relevantes. A quantificação de sIgE para alérgenos principais parece ter boa sensibilidade e especificidade para prever uma PPN positiva.

**PO 20 – Contribuição do diagnóstico molecular em doentes alérgicos ao veneno de abelha com reações sistémicas durante o ultra-rush**

T. Lourenço <sup>1</sup>, A. Lopes <sup>1</sup>, E. Pedro <sup>1</sup>, M. Pereira Barbosa <sup>1,2</sup>, M. C. Pereira Santos <sup>2,3</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Imunoalergologia, Hospital Santa Maria – Centro Hospitalar Lisboa Norte, LISBOA, PORTUGAL

<sup>2</sup> Clínica Universitária de Imunoalergologia – Faculdade de Medicina, Universidade Lisboa, LISBOA, PORTUGAL

<sup>3</sup> Laboratório de Imunologia Clínica, Faculdade de Medicina / Instituto de Medicina Molecular, Universidade de Lisboa, LISBOA, PORTUGAL

**Objectivo:** Introdução: A alergia ao veneno de abelha é uma das causas mais comuns de anafilaxia grave em adultos. A imunoterapia com veneno de abelha (VIT) é considerada o tratamento mais eficaz. No entanto, podem ocorrer reações sistémicas (RS), especialmente durante o ultra-rush. O diagnóstico por componentes moleculares torna-o mais preciso, não havendo ainda descrito na literatura associação entre este e RS durante a VIT.

Objetivo: Caracterizar o perfil de sensibilização por componentes moleculares dos doentes (dtes) com reações anafiláticas ao veneno de abelha sob VIT e investigar se as RS durante o ultra-rush estão relacionadas com diferentes padrões de sensibilização.

**Metodologia:** Métodos: Estudo prospetivo incluindo 30 dtes submetidos a VIT durante pelo menos 1 ano. Considerou-se 2 grupos: grupo de dtes que reagiram durante o ultra-rush (Grupo A) que foi comparado com o grupo sem reação (Grupo B). Foram avaliadas a IgE específica (sIgE) de veneno abelha (i1) e componentes moleculares recombinantes: rApi m1, rApi m2, rApi m3, rApi m5 e rApi m10 antes e 1 ano após o início de VIT por ImmunoCAP (Termofisher Scientific, Uppsala, Suécia). Um valor > 0,35kUA/l foi considerado positivo. Todos os testes estatísticos foram realizados com Graph-Pad Prism v5.01.

	Grupo A				Grupo B			
	Mediana <sup>+</sup>	IQR25/75 <sup>+</sup>	Mediana <sup>*</sup>	IQR25/75 <sup>*</sup>	Mediana <sup>+</sup>	IQR25/75 <sup>+</sup>	Mediana <sup>*</sup>	IQR25/75 <sup>*</sup>
i1	8,58	2,52/26,68	7,37	1,62/65,88	10,05	2,53/24,93	5,14	1,92/17,10
rApi m1	3,65	0,85/15,94	2,55	0,95/28,91	1,87	0,45/11,11	2,01	0,42/6,66
rApi m2	0,74	0,02/3,46	0,63	0,05/9,25	0,03	0/1,61	0,11	0/0,70
rApi m3	0,17	0,02/1,14	0,08	0,02/2,45	0,03	0/0,23	0,02	0/0,08
rApi m5	0,29	0,02/2,85	0,85	0,03/3,39	0,16	0/2,25	0,13	0,01/1,43
rApi m10	1,98	0,20/2,80	1,116	0,21/5,30	0,43	0,11/5,28	0,45	0,07/1,98

Tabela 1. Caracterização do perfil de sensibilização do grupo A e B antes e 1 anos após o início da VIT (+ antes VIT; \*1 ano depois do início VIT)

**Resultados e conclusões:** Resultados: 80% – sexo masculino, média de idade 45 anos (14-70). Grupo A -10 dtes; Grupo B-20 dtes. 4 dtes (2-grupo A e 2-grupo B) abandonaram VIT durante o primeiro ano. Previamente à VIT, sIgE para rApi m1 foi detetada em 86,7%, rApi m2- 46,7%, rApi m3-16,7%, rApi m5-43,3% e rApi m10-70%. Resultados positivos para pelo menos um alérgico de veneno de abelha foram detetados em 100%. 80% dos dtes eram sensibilizados para > 1 alérgico e 13,3% para todos os alérgicos. O perfil de caracterização dos 2 grupos-mediana e intervalo interquartil (IQR25/75) antes e um ano após o início da VIT está representado na tabela 1. Não houve diferenças estatisticamente significativas no perfil dos dois grupos antes da VIT, porém verificou-se uma diminuição significativa:  $p=0,045$ ,  $p=0,017$ ,  $p=0,021$  a i1, rApi m3, rApi m10, respetivamente, no grupo B 1 ano após o início da VIT.

**Conclusão:** Estes dados revelam que 1 ano após o início da VIT houve uma diminuição significativa de rApi m3 e rApi m10 no grupo de dtes sem reação. Não foi encontrada uma associação entre os dtes com RS durante VIT e o perfil de sensibilização. No entanto, é importante estudar um maior número de dtes.

**PO 21 – Impacto da imunoterapia específica em rush por via subcutânea nas subpopulações de células B circulantes em doentes com alergia respiratória**

C. Varandas<sup>1</sup>, A. Serra-Caetano<sup>1</sup>, A. Antão<sup>1</sup>, H. Machado<sup>1</sup>, M. C. Santos<sup>1</sup>, A. E. Sousa<sup>1</sup>, S. L. Silva<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Instituto de Medicina Molecular, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa, PORTUGAL

<sup>2</sup> Clínica Universitária de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa, PORTUGAL

**Objectivo:** A Imunoterapia Específica (IE) é um tratamento com eficácia documentada na alergia respiratória, embora os seus mecanismos de actuação sejam ainda insuficientemente conhecidos e a resposta clínica seja muito heterogénea. A IE é um tratamento dispendioso e prolongado, com risco associado, impondo-se a selecção criteriosa de doentes.

O objectivo deste trabalho foi avaliar a resposta imunológica das células B circulantes à IE para ácaros domésticos, causa mais frequente de alergia respiratória.

**Metodologia:** Selecionou-se um coorte de 18 doentes com alergia respiratória e sensibilização predominante a ácaros Dermatophagoides e de armazenamento, identificada por testes cutâneos em picada. Um subgrupo de 6 doentes foi submetido a IE por via subcutânea, iniciada em esquema rush, com extractos polimerizados despigmentados (50% Dermatophagoides pteronyssinus + 50% Dermatophagoides farinae ou 50% Dermatophagoides pteronyssinus + 50% Lepidoglyphus destructor). Foi feita imunofenotipagem das células B circulantes antes da terapêutica (D0), após 7 dias (D7) e imediatamente antes da administração da 2.ª dose de IE (D30). Foi avaliada a frequência e número absoluto dos diferentes isotipos de células B de memória e plasmablastos, nomeadamente

(IgA1, IgA2, IgE, IgG1, IgG2, IgG3, IgG4 e IgM). Para este efeito, foi seguido um protocolo de 10 cores em sangue total, com marcação de  $10 \times 10^6$  células e aquisição de  $\pm 5 \times 10^6$  células.

**Resultados e conclusões:** A presença de alergia não se associou a alterações estatisticamente significativas dos números absolutos de células B de memória e plasmablastos, bem como do padrão de distribuição dos diferentes isotipos, quando se comparou o grupo de 18 doentes com um grupo controlo de 10 indivíduos de idade e género equivalentes, sem manifestações respiratórias e sem sensibilização a aeroalérgicos comuns. Após o início de IE documentaram-se vários padrões de alterações das subpopulações B, quer após uma semana quer ao fim de 30 dias, em relação ao observado antes do rush. Estes dados, apesar de limitados pela dimensão reduzida da amostra, contrastam com a cinética descrita na literatura de resposta de subpopulações de células B circulantes no primeiro mês após algumas vacinas para agentes infecciosos, levando a colocar a hipótese de que o padrão de variação se correlacione com a resposta clínica. A reavaliação clínica e imunológica dos doentes poderá, a médio prazo, ajudar a identificar retrospectivamente marcadores precoces de maior benefício com IE.

**PO 22 – Avaliação da tolerabilidade de uma vacina polimerizada depot contendo uma mistura de olea europaea e phleum pratense sem o efeito de diluição**

B. Madariaga<sup>1</sup>, M. A. Lara<sup>2</sup>, G. V. Sánchez<sup>3</sup>, F. J. Monteseirín<sup>4</sup>, L. Fernández<sup>5</sup>, J. Quiralte<sup>6</sup>

<sup>1</sup> Departamento de Investigación e Desenvolvimento, ROXALL Medicina España S.A., Zamudio, SPAIN

<sup>2</sup> Serviço de Alergia, Hospital Universitario San Cecilio, Granada, SPAIN

<sup>3</sup> Serviço de Alergia, Hospital Universitario de Henares, Madrid, SPAIN

<sup>4</sup> Serviço de Alergia, Hospital Virgen Macarena, Sevilla, SPAIN

<sup>5</sup> Serviço de Alergia, Hospital de Zafra, Badajoz, SPAIN

<sup>6</sup> Serviço de Alergia, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, SPAIN

**Objectivo:** Na Europa, a polisensibilização é mais prevalente que a monossensibilização; alcançando números de 54% em crianças menores de 11 anos, 61,7% em adolescentes e 64,8% em adultos. Este estudo tem como objectivo avaliar a tolerabilidade de uma vacina subcutânea em apresentação polimerizada depot contendo uma mistura dos aeroalérgenos, sem o efeito da diluição.

**Metodologia:** Pacientes polisensibilizados a Olea europea e Phleum pratense receberam uma vacina em pauta abreviada (3 doses com intervalos semanais – duração 2 semanas) ou em pauta agrupada (duas administrações no mesmo dia separadas por 30 minutos). Ambas as pautas de início, foram seguidas de 3 doses de manutenção administradas com intervalos mensais. A variável principal era a segurança e a tolerabilidade das pautas e foi avaliada com o número, percentagem e severidade das reações adversas; enquanto que como variável secundária se incluíram a



Figura 1: Classificação de reações sistémicas

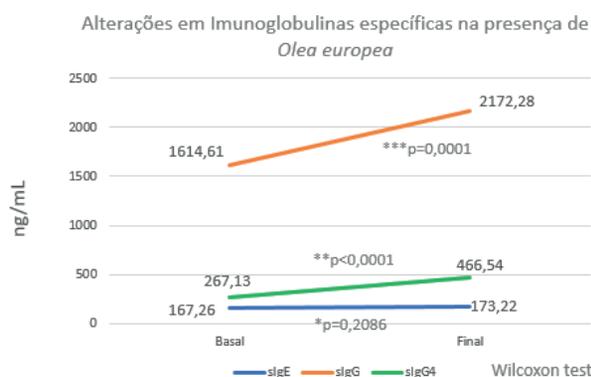
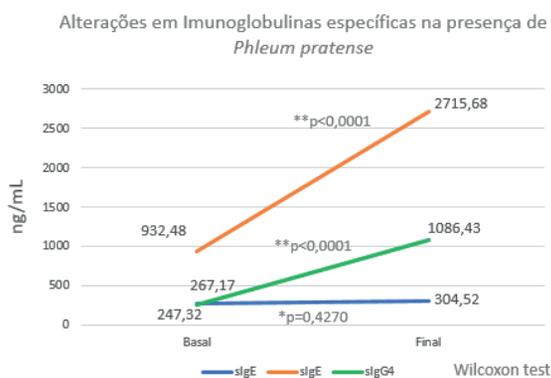


Figura 2: Alterações em Imunoglobulinas específicas na presença de *Olea europaea* e *Phleum pratense*

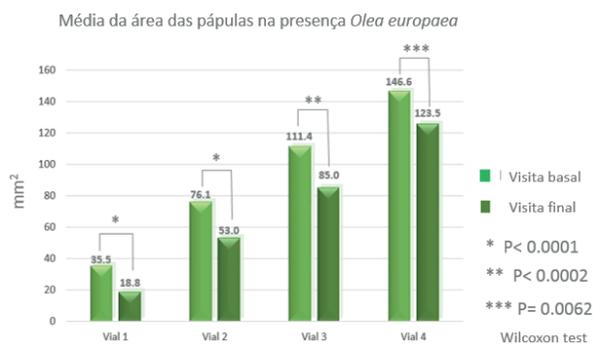
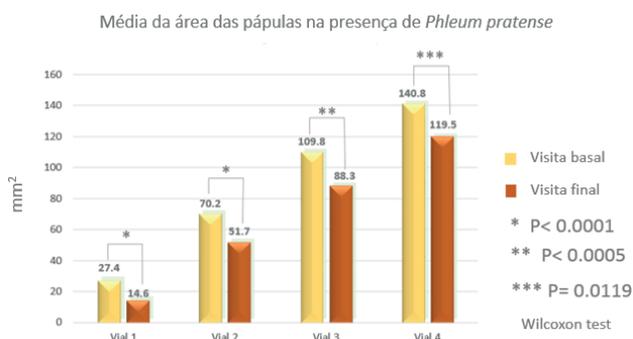


Figura 3: Alterações na reatividade cutânea na presença de *Olea europaea* e *Phleum pratense*

avaliação de parâmetros subseleccionados de eficácia: alterações imunológicas (IgE, IgG e IgG4 específicas) e reatividade cutânea mediante prick a ponto final.

**Resultados e conclusões:** Incluíram-se 47 pacientes (24 na pauta abreviada e 23 na agrupada), em que 89,4% apresentavam rinite persistente moderada/severa, 61,7% associavam asma leve/moderada. A idade média dos pacientes foi de  $31,1 \pm 9,2$ , sendo 59,6% mulheres. Unicamente se registaram 2 reações sistêmicas, classificadas como leves, representando 0,8% das doses (4,3% pacientes), um grau 0 descrita como um mal-estar e enjoo inespecífico e outro grau I recolhida como rinoconjuntivite, (Figura 1). Ambas ocorreram na pauta agrupada. Não foi necessário tratamento em nenhuma delas. Não ocorreram reações locais em nenhum paciente. Os títulos de IgG e IgG4 específicos incrementaram-se significativamente de maneira precoce depois do tratamento (12-14 semanas) em ambas as pautas e frente a ambas as fontes, (Figura 2). No ocorreram alterações na IgE. A reatividade cutânea decresceu significativamente em todas as concentrações avaliadas (Figura 3).

A vacina polimerizada contendo uma mistura de *Olea europaea* / *Phleum pratense* sem o efeito de diluição, (Allergovac® Poliplus, ROXALL Medicina Espanha S.A.) apresentou um excelente perfil de tolerabilidade e segurança, mostrando alterações imunológicas imediatas com produção de anticorpos bloqueantes e diminuição da reatividade cutânea.

#### PO 23 – Avaliação da tolerabilidade e segurança de allergovac poliplus em pacientes polisensibilizados com rinite/rinoconjuntivite alérgica com ou sem asma.

**Estudo observacional prospectivo em marcha (Apolo)**  
B. Madariaga<sup>1</sup>, P. Alba<sup>2</sup>, V. Moreno<sup>3</sup>, J. Arias<sup>4</sup>, M. Antón<sup>5</sup>, L. Begoña<sup>1</sup>, A. Martínez<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Departamento de Investigación e Desenvolvemento, ROXALL Medicina España S.A., Zamudio, SPAIN

<sup>2</sup> Serviço de Alergologia, Hospital de Manises, Manises, SPAIN

<sup>3</sup> Clínica Privada Dr.ª Moreno., Huelva, SPAIN

<sup>4</sup> Clínica Privada Dr. Arias Irigoyen., Huelva, SPAIN

<sup>5</sup> Serviço de Alergologia, Hospital Universitario del Vinalopó, Elche, SPAIN

**Objectivo:** Avaliação da segurança e tolerabilidade do tratamento SCIT Allergovac Poliplus, contendo combinações de 2 alérgenos (pólenes ou ácaros) em pacientes polisensibilizados, bem como a avaliação da melhoria clínica e a satisfação do paciente a este tratamento.

**Metodologia:** É um estudo observacional e prospetivo. O tratamento com Allergovac Poliplus foi administrado com a pauta I dia ou com a pauta convencional abreviada. Foram incluídos pacientes polisensibilizados, com rinite / rinoconjuntivite alérgica, com ou sem asma associada, entre 5 e 60 anos. Foram utilizadas escalas de tipo Analógico Visual (EVA) para avaliar a melhoria do estado clínico, tolerabilidade e satisfação a este tratamento (10 meses). Foram registadas todas as reações adversas reportadas.

**Resultados e conclusões:** Foram incluídos um total de 146 pacientes, com uma idade média de 31.0 anos (16.5% deles menores

de 18 anos), 53.4% são mulheres. 67.8% apresentam rinoconjuntivite. A maioria dos pacientes apresentam rinoconjuntivite persistente e de intensidade moderada/grave (86.3%) (ARIA). 44.5% apresenta asma associada, 36.9% deles moderada (GINA). 61,7% dos pacientes receberam tratamento com uma mistura de 2 pólenes cuja combinação mais frequente foi gramíneas + *Olea europaea* (34,9%), enquanto as restantes foram misturas com 2 ácaros: DPT/DF + *Blomia tropicalis* (13.0%) ou DPT + *Lepidoglyphus destructor* (25.3%). A pauta I dia foi a mais utilizada (76.0%) quando comparada com a pauta convencional abreviada.

Atualmente 105 pacientes já completaram o ensaio. Estes pacientes melhoraram 2.47 pontos (54.9%) de média nos valores do seu estado clínico (EVA) ( $p < 0.01$ ). O valor médio obtido na EVA de tolerabilidade do paciente foi de 8.45 pontos (SD = 2.2), e 7.68 pontos (SD = 2.2) para a satisfação. Até ao momento, foram reportadas algumas reações adversas em 20 dos pacientes (13.7%). Do total de 81 reações adversas, apenas 10 foram moderadas, sendo uma delas sistémica (grau I). 25 % das reações locais foram imediatas, e as restantes tardias. Apenas 7 das reações locais (1,25%) foram clinicamente relevantes.

O perfil de segurança observado até agora para o tratamento com Allergovac Poliplus em pacientes polisensibilizados, parece ser muito bem aceite por estes. Os valores de melhoria clínica, tolerabilidade e satisfação observados parecem ser também muito favoráveis para os pacientes que receberam este tratamento.

#### PO 24 – Padrão de sensibilização in vitro a farinhas: alergia respiratória versus alergia alimentar

I. Nunes<sup>1</sup>, G. Loureiro<sup>1</sup>, I. Carrapatoso<sup>1</sup>, B. Tavares<sup>1</sup>, R. Cunha<sup>2</sup>, F. Rodrigues<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Imunoalergologia do CHUC, Coimbra, PORTUGAL

<sup>2</sup> Serviço de Patologia Clínica do CHUC, Coimbra, PORTUGAL

**Objectivo:** Descrever o padrão de sensibilização in vitro a farinhas em doentes com asma ocupacional (AO) comparativamente a doentes com alergia alimentar (AA).

**Metodologia:** Foram analisados os resultados dos doseamentos de IgE específicas a: trigo, centeio, cevada, arroz, milho, aveia, malte, gliadina, glúten, rTri a 14 e rTri a 19, solicitados no período de 2010 a 2017, referentes a doentes com diagnóstico de alergia a farinhas. Foram divididos em dois grupos: grupo AO (asma ocupacional) e grupo AA (alergia alimentar). Foram analisados os dados demográficos dos doentes e a prevalência de sensibilização a cada uma das farinhas/alérgenos moleculares pesquisados, em cada um dos grupos.

**Resultados e conclusões:** Foram incluídos 65 doentes (30.8% sexo feminino, média de idades  $33,25 \pm 18,97$  anos). O grupo AO incluiu 19 doentes (36,84% sexo feminino, média de idades  $33,89 \pm 11,63$  anos) e o grupo AA incluiu 46 doentes (28,26% sexo feminino, média de idades  $32,98 \pm 21,38$  anos). O quadro apresenta a prevalência de sensibilização in vitro observada.

Nenhum doente tem doseamento de todas as IgE. O doseamento de IgE específica a trigo foi o mais pesquisado. O trigo apresentou a maior prevalência de sensibilização no grupo AA enquanto no

IgE específica	Total (65)			AO (19)			AA (46)			p
	n	Prevalência (%)	kU/L	n	Prevalência (%)	kU/L	n	Prevalência (%)	kU/L	
Trigo	60	93,3	5,24±12,11	18	94,4	12,72±20,31	42	92,8	2,04±2,23	<0.05
Centeio	46	91,3	8,37±16,55	19	100	18,07±22,66	27	85,1	1,54±1,19	<0.05
Cevada	42	92,8	5,23±8,96	19	94,7	8,81±11,82	23	91,3	2,29±3,88	<0.05
Arroz	20	40	1,93±2,36	7	28,5	1,61±2,06	13	46,1	2,10±2,57	NS
Milho	28	25	7,14±13,5	11	9	6,42±14,39	17	35,2	7,61±13,32	NS
Aveia	17	70,5	2,56±4,64	5	40	1,50±1,87	12	83,3	3,00±5,42	NS
Malte	19	84,2	7,79±12,67	13	92,3	9,67±14,29	6	66,6	3,71±7,66	NS
Gliadina	6	33,3	0,89±1,76	0			6	33,3	0,89±1,76	NE
Glúten	32	68,7	1,54±2,10	14	71,4	1,45±1,81	18	66,6	1,61±2,35	NS
rTri a 14	12	41,6	3,60±6,90	1	0	0	11	45,4	3,93±7,14	NS
rTri a 19	23	26	3,69±7,25	0			23	26	3,69±7,25	NE

NS não significativo; NE não efectuado

grupo AO foi o centeio. Os valores de IgE específica a centeio foram os mais elevados no grupo AO, enquanto que o doseamento de IgE específica a milho apresentou os valores mais elevados no grupo AA. A prevalência de sensibilização às farinhas de trigo, centeio e cevada foram as mais elevadas, em ambos os grupos. Os resultados dos doseamentos de IgE específica a estas farinhas foram significativamente maiores no grupo AO, comparado com o grupo AA. Salientam-se as elevadas prevalências de sensibilização a malte e ao glúten no grupo AO.

#### PO 25 – Sensibilização ao veneno de abelha em apicultores não alérgicos

A. M. Mesquita<sup>1</sup>, R. Coutinho<sup>1</sup>, L. Amaral<sup>1</sup>, J. L. Plácido<sup>1</sup>, A. Coimbra<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar de São João, E.P.E., Porto, PORTUGAL

**Objectivo:** A alergia ao veneno dos himenópteros é uma das principais causas de anafilaxia e os apicultores são um grupo de particular risco.

O objectivo deste estudo foi avaliar a sensibilização a veneno de abelha em apicultores sem história de reações sistémicas a picadas de abelha.

**Metodologia:** Estudo transversal com aplicação de um questionário de autopreenchimento e a realização de testes intradérmicos (TID) com veneno de abelha (0,1 e 1µg/mL) e testes por picada (TCP) com aeroalergénios comuns a apicultores durante uma reunião de formação em apicultura. Foram colhidos dados demográficos e referentes a patologia atópica. Foi também obtido consentimento informado escrito.

**Resultados e conclusões:** Participaram 64 apicultores sem reacções sistémicas a picadas de abelhas; 52 (81%) do sexo masculino, com mediana (IIQ) de 46 (15) anos; 4 (6%) reportaram asma e 9 (14%) rinite. Quanto ao tempo de apicultura, 5 (8%) <1 ano, 10 (16%) 1-2 anos, 18 (28%) 2-5 anos, 13 (20%) 5-10 anos e 18 (28%) > 10 anos.

Do total 38 tiveram TID positivos, 1 (2%) TID positivo para 0,1 µg/L, 16 (25%) TID positivos para 1 µg/L e 21 (33%) TID positivos para ambas as concentrações.

Nos apicultores há menos de 1 ano, 3 tinham TID positivos e naqueles há mais de 10 anos, 9 (50%) TID positivos.

Nesta amostra não se observaram associações significativas entre o tempo de apicultura ou a média anual de picadas e a presença de sensibilização ao veneno de abelha.

Verificou-se que o grupo de apicultores que usava fato completo apresentava menor sensibilização ao veneno de abelha (CC=-0,382, p=0,011).

Os apicultores com mais anos de apicultura apresentaram maior número de TID positivos com 0,1 µcg/L ( $p < 0,05$ ). Adicionalmente, a sensibilização a pólenes de gramíneas associou-se a um maior número de TID positivos com 0,1 µcg/L e 1 µcg/L ( $CC=0,402$ ,  $p=0,001$ ;  $CC=0,249$ ,  $p=0,048$ ;  $CC=0,332$ ,  $p=0,007$  e  $CC=0,275$ ,  $p=0,028$ ).

Neste grupo, mais de metade dos apicultores (38), estavam sensibilizados ao veneno da abelha e isso possivelmente deve-se à maior exposição das picadas (não usar fato completo, maior número de picadas, mais tempo de apicultura). A exposição regular ao veneno de abelha nestes indivíduos poderá conferir-lhes maior tolerância e por isso diminuir o risco de eventuais reações alérgicas sistémicas com a picada. Estudos com maiores amostras poderão ajudar a esclarecer estas questões.

#### PO 26 – Utilidade do teste de activação de basófilos na avaliação da imunoterapia específica a veneno de himenópteros

M. I. P. Martins Batista<sup>1</sup>, B. Kong Cardoso<sup>1</sup>, S. Farinha<sup>1</sup>, S. Correia<sup>1</sup>, R. Reis<sup>1</sup>, E. Tomaz<sup>1</sup>, F. Inácio<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital São Bernardo, Setúbal, PORTUGAL

**Objectivo:** A alergia a venenos de himenópteros (VH) é uma causa importante de anafilaxia, sendo a imunoterapia específica (ITE) o único tratamento eficaz na sua prevenção. A avaliação da sua eficácia seria idealmente realizada através de prova de provocação por picada pelo himenóptero, indisponível em Portugal. Uma vez que a variação nos valores de IgE's e IgG's específicas não se correlaciona com a eficácia da ITE, importa encontrar biomarcadores para a avaliação desta terapêutica. Estudos apontam o Teste de Ativação de Basófilos (TAB) como ferramenta possivelmente útil na avaliação da eficácia da ITE a VH. Este trabalho pretende avaliar a evolução da resposta ao TAB a VH em doentes sob ITE.

**Metodologia:** Selecionaram-se 7 doentes a realizar ITE a VH. Os doentes realizaram TAB no início do estudo (T1) e 6 meses depois (T2). TAB considerado positivo se ativação maior ou igual a 10%. Foram também analisados: o sexo, a idade, a profissão, o veneno, a duração de ITE e avaliada a existência de reações a picadas acidentais próximas de T1 e T2.

**resultados e conclusões:** Os doentes (6 M, 1 F) tinham média de idades de 46.6 anos (mínima 8; máxima 71). Seis doentes faziam ITE ao veneno de abelha (85.7%), um ao de polistes (14.3%). Quatro doentes são apicultores (57.1%), 2 são trabalhadores rurais (28.6%) e 1 estudante, residente em área rural (14.3%). Em T1, 5 doentes encontravam-se no 1.º ano de ITE (71.4%), 1 doente no 3.º ano e 1 doente no 5.º ano. Em T1 todos os doentes apresentaram TAB positivo, com concentrações mínimas de ativação que variaram entre 10 a 1000 ng/ml. Em T2, 6 doentes mantiveram TAB positivo e 1 negativo. As concentrações mínimas de ativação em T2 variaram entre 2.5 a 5000 ng/ml. Na avaliação por doente, observou-se em 2 doentes o aumento da concentração mínima de ativação, 2 mantiveram a concentração de T1 e outros 2 diminuíram. Não se observou relação entre o ano de ITE e a variação na resposta ao TAB. Apenas ocorreram picadas acidentais num doente (no 5.º ano

de ITE e sem reação sistémica), verificando-se, no entanto, no TAB diminuição da concentração mínima de ativação em T2.

Este estudo inclui um número limitado de doentes e 6 meses de ITE parece ser insuficiente para se observarem variações significativas no TAB. Será importante aumentar o tempo de ITE e incluir mais doentes para perceber a utilidade do TAB na monitorização da ITE a VH.

#### PO 27 – Triptase e mastocitose em doentes com reação generalizada à picada de himenópteros

R. Samelo<sup>1</sup>, A. Maresch<sup>1</sup>, B. Tavares<sup>2</sup>, R. Cunha<sup>1</sup>, F. Rodrigues<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Patologia Clínica, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, PORTUGAL

<sup>2</sup> Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, PORTUGAL

**Objectivo:** A quantificação dos níveis de triptase total basal proporciona a avaliação dos riscos de reações graves em doentes alérgicos aos venenos. O seu doseamento também é utilizado como um critério de diagnóstico para a mastocitose.

Pretendeu-se efectuar um estudo retrospectivo nos últimos 4,5 anos em doentes com reacção generalizada a veneno de Himenópteros com base nos valores de triptase e respectiva incidência de mastocitose.

**Metodologia:** Pesquisaram-se os valores de triptase, IgE Específica a veneno de *Apis mellifera*, *Vespula* spp. e *Polistes dominulus* nos doentes observados de novo. Foi realizado estudo demográfico e análise estatística do total da amostra e comparando dois grupos de doentes separados pelo valor de referência da triptase: Triptase > 11,4 e Triptase ≤ 11,4 µg/l. Identificaram-se os casos de mastocitose no primeiro grupo.

**Resultados e conclusões:** Foram incluídos no estudo 148 doentes, cuja descrição e análise estatística está exposta no quadro abaixo. Os escalões etários de 21 aos 70 anos englobaram 86,6% da amostra. No total dos doentes, verificou-se correlação positiva moderada entre os valores de IgE a *Vespula* spp. e *Polistes dominulus* ( $r=0,619$ ,  $p < 0,0001$ ).

	Total	Triptase = 11,4	Triptase > 11,4	p
N(%)	148(100)	142(95,94)	6(4,05)	
Idade, média±DP(anos)	46,29±16,70	45,78±16,73	58,33±11,00	0,043
Sexo M/F n(%)	96(64,86)/52(35,13)	91(64,08)/51(35,91)	5(83,33)/1(16,67)	NS
Diagnóstico de mastocitose n(%)	2(1,35)	0	2(1,35)	
Triptase µg/l, média±DP KU/l	5,26±4,14	4,57±1,69	21,68±9,32	<0,0001
IgE <i>Apis mellifera</i> , média±DP KU/l	12,58±25,35	12,80±25,64	7,42±17,67	NS
<i>Vespula</i> spp., média±DP KU/l	5,04±12,87	5,17±13,11	2,01±3,40	NS
<i>Polistes dominulus</i> , média±DP KU/l	5,50±13,06	5,66±13,30	1,80±3,10	NS

Dos 6 doentes com triptase >11,4 µg/l, 4 foram avaliados para mastocitose e em apenas 2 se confirmou o diagnóstico. Para estes doentes, os valores de triptase foram de 21,5 e 32,6 µg/l; IgE A mellifera 0,09 e 0,03 KU/l; IgE Vespula spp. 0,41 e 0,02 KU/l; IgE Polistes 0,31 e 0,24 KU/l, respectivamente. 2 doentes não fizeram estudo de mastocitose (um abandonou a consulta e outro tinha triptase 11,7).

**Conclusões:** A maioria dos doentes são do sexo masculino o que poderá ser explicado pelo facto de as profissões com maior exposição ambiental serem ocupadas maioritariamente por homens. O grupo com triptase >11,4 tinha idade significativamente superior. A percentagem de doentes com triptase >11,4 é diminuta não sendo sinónimo de mastocitose. No entanto, deve-se manter este doseamento no estudo inicial destes doentes.

#### PO 28 – Intensidade da dor associada à imunoterapia por administração subcutânea em idade pediátrica

C. Ferreira<sup>1</sup>, I. Rezende<sup>2</sup>, A. Guilherme<sup>1</sup>, L. Cunha<sup>2</sup>, H. Falcão<sup>2</sup>, I. Lopes<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Imunoalergologia do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho, Vila Nova Gaia, PORTUGAL

<sup>2</sup> Serviço de Imunoalergologia do Centro Hospitalar do Porto, Porto, PORTUGAL

**Objectivo:** Introdução: A imunoterapia com alérgenos é o único tratamento seguro e efetivo capaz de alterar a história natural das doenças alérgicas. Apesar de se considerar que a dor provocada por esta é mínima, existem, na literatura poucos estudos de avaliação da perceção da dor associada à administração de imunoterapia subcutânea com alérgenos (ITASC), nomeadamente em doentes em idade pediátrica.

**Objetivos:** Avaliar a intensidade da dor provocada pela administração de ITASC numa população pediátrica seguida em consulta de Imunoalergologia em 2 Hospitais Centrais e detetar eventuais reações adversas associadas. Foram também analisadas possíveis correlações entre a intensidade da dor com fatores demográficos e clínicos e/ou reações adversas manifestadas. A análise estatística dos resultados foi realizada com recurso ao software SPSS 23.0 for Windows®.

**Metodologia:** Métodos: Durante 4 semanas consecutivas, avaliou-se a intensidade de dor associada a administração de ITASC em crianças, através de um questionário anónimo. Este questionário utilizou duas escalas de avaliação da dor, de acordo com faixa etária da criança: escala de autoavaliação de faces (score 0 a 10; 5 a 8 anos) e escala autoavaliação numérica (score 0 a 10; > 8 anos).

**Resultados e conclusões:** Resultados: Foram incluídas 101 crianças dos 6 aos 17 anos (média de idades: 12±2,9 anos; 67% sexo masculino), a maioria com rinite/rinoconjuntivite (60%), recebendo imunoterapia subcutânea com ácaros (70%). As doses administradas variaram entre 0,25 e 0,8 ml. Foram registadas 15 reações adversas locais, todas elas ligeiras (rubor). Trinta e sete (36,6%) doentes não mencionaram qualquer dor associada à administração de ITASC (dor 0). Dos 64 pacientes que mencionaram alguma dor, 58 indicaram dor ligeira (valores entre 1 e 3) e apenas 5 avaliaram a dor como moderada (valores entre 4 e 6) e 1 como intensa (>7). Obteve-se para ambas as escalas um score mediano de intensidade da dor de 1 e uma média de 1,3. A

dor máxima relatada foi de 7, não existindo nenhum com dor autorreferida com valor igual ou superior a 8. Os doentes com reações adversas apresentaram uma média de dor ligeiramente superior aos sem reações. Não se registaram outras diferenças significativas. Não foram observadas outras diferenças significativas intergrupos.

**Conclusões:** Neste estudo, demonstrou-se um baixo score de dor provocada pela ITASC com baixa ocorrência reações adversas sendo, portanto, uma opção segura para a maioria dos nossos doentes pediátricos alérgicos.

#### PO 29 – Impacto da imunoterapia específica (ite) no consumo de medicação anti-alérgica

M. I. P. Martins Batista<sup>1</sup>, B. Kong Cardoso<sup>1</sup>, S. Farinha<sup>1</sup>, R. Reis<sup>1</sup>, E. Tomaz<sup>1</sup>, F. Inácio<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital São Bernardo, Setúbal, PORTUGAL

**Objectivo:** A Imunoterapia Específica (ITE) permite modificar a história natural da doença alérgica respiratória, com redução significativa da sintomatologia, e, consequentemente, da utilização de terapêutica de controlo, diminuindo assim não só o efeito iatrogénico, como o custo total do tratamento desta patologia. Existem poucos estudos que quantifiquem o impacto da ITE no consumo de medicação anti-alérgica.

O objectivo do nosso estudo foi avaliar o impacto da ITE a aeroalérgenos no consumo de medicação anti-alérgica durante os dois primeiros anos de ITE.

**Metodologia:** Foram analisados nos processos clínicos de 48 doentes submetidos há pelo menos dois anos a ITE subcutânea a aeroalérgenos: o sexo, a idade, o diagnóstico, a duração e a composição da ITE e a medicação anti-alérgica prescrita no ano anterior ao início da ITE (T0), no primeiro (T1) e no segundo ano de ITE (T2).

**Resultados e conclusões:** Os 48 doentes (21 mulheres) apresentaram uma média de idades de 20,75 anos (mínima 8; máxima 50; DP 11,6). A maioria dos doentes apresentava rinite alérgica (60%), 27% asma alérgica e 12,5% rinite e asma alérgicas. A ITE realizada foi em 50% dos casos a ácaros, 12,5% a ácaros e pólenes, 35,4% a pólenes e em 2,1% a fungos. Em T0 foram prescritos a estes doentes um total de 68 embalagens de inaladores brônquicos (corticóides e/ou broncodilatadores), 154 de anti-histamínicos (A-H) orais, 96 de antagonistas dos leucotrienos (LTRA), 92 de corticóide nasal e 17 embalagens de corticóide oral. Em T1 e T2 verificou-se uma diminuição do número total de embalagens das diferentes classes de fármacos relativamente a T0, com uma diminuição média de 19,5% e de 40,4% respectivamente. Por classes de fármacos, observou-se entre T0 e T2 uma diminuição de 35,3% nos inaladores (p=0,104), 48,7% nos A-H (p<0,01), 60,9% nos corticóides nasais (p<0,01) e de 64,7% nos corticóides orais (p<0,05). No caso dos LTRA, observou-se uma diminuição estatisticamente significativa apenas nos doentes sob ITE a pólenes (p<0,05). Neste estudo verificou-se um decréscimo significativo na prescrição de fármacos A-H, corticóides nasais e orais logo nos primeiros anos de ITE, constituindo indicador importante da sua eficácia clínica. Devem ser feitos estudos a longo prazo no sentido de confirmar esta evidência e perceber eventual vantagem económica desta opção terapêutica.

**PO 30 – A importância dos componentes moleculares do látex**

M. Mesquita<sup>1</sup>, M. J. Sousa<sup>1</sup>, A. R. Ferreira<sup>1</sup>, A. R. Presa<sup>1</sup>, A. P. Cruz<sup>2</sup>, A. Novais<sup>2</sup>, I. Lopes<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Imunoalergologia – Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/ Espinho, Vila Nova de Gaia, PORTUGAL

<sup>2</sup> Serviço de Patologia Clínica – Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/ Espinho, Vila Nova de Gaia, PORTUGAL

**Objectivo:** O objetivo do estudo foi discriminar sensibilização e alergia relevante ao látex com base numa abordagem diagnóstica por componentes moleculares.

**Metodologia:** Análise retrospectiva de doentes com positividade a componentes moleculares do látex (IgE específica (slgE) ao Hev b 6 e 8 e ISAC), seguidos na nossa consulta. Foram avaliados os dados demográficos, profissão, clínica, slgE, ISAC, queixas com ingestão de alimentos.

**Resultados e conclusões:** Foram incluídos 21 doentes, idade média de 32 anos  $\pm$  15, 71% do sexo feminino.

Quinze doentes apresentavam slgE positiva para slgE Hev b 8, 3 doentes para Hev b 6, 1 doente para Hev b 3 e 1 doente para Hev b 5 e 1 doente para Hev b 5 e 6.

Sete doentes tinham sintomas com a exposição ao látex (3 sintomas cutâneos, 2 anafilaxia, 2 sintomas cutâneos e respiratórios). Destes, 3 tinham slgE positiva para Hev b 6, 2 doentes para Hev b 8, 1 para slgE Hev b 5 e 6, e 1 para slgE Hev b 5. Todos manifestavam sintomas com frutos frescos. Dois doentes tinham como profissão Esteticista/ Cabeleireiro e 2 Profissionais de saúde.

Quinze doentes estavam sensibilizados apenas à slgE Hev b 8, sendo que 10 apresentavam sintomas apenas com frutos frescos (9 SAO (Síndrome de Alergia Oral) e 1 SAO e sintomas cutâneos). Dois apresentavam sintomas com látex e frutos frescos: 1 sintomas cutâneos com o látex e sintomas respiratórios e SAO com frutos frescos; 1 sintomas cutâneos e respiratórios com látex e anafilaxia com frutos frescos. Três doentes não apresentavam sintomas látex ou frutos frescos.

Os nossos dados sugerem que o diagnóstico de alergia ao látex pode ser corretamente estabelecido por determinação de com-

ponentes moleculares do látex. Estes ajudam a discriminar alergia genuína ao látex da sensibilização assintomática. A maioria dos doentes apresentou Síndrome Pólenes-Frutos associado a sensibilização à profilina do látex (Hev b 8). Na maioria dos doentes, a alergia ao látex resultou da sensibilização ao Hev b 6. Quando sensibilizados aos alérgenos major do látex (ex.: Hev b 5 e 6), as medidas de evicção do látex são fundamentais, bem como a imunoterapia específica se sensibilizados ao Hev b 6. De salientar que o painel de alérgenos recombinantes disponíveis não cobre todo o espectro da resposta da IgE ao látex e componentes adicionais como alérgenos minor (ex.: Hev b 2 e 13) podem ser necessários para estabelecer diagnóstico em casos particulares.

**PO 31 – Análise da aquisição de adrenalina autoinjectável em Portugal Continental 2003-2017**

M. Fernandes<sup>1,2</sup>, A. Spínola Santos<sup>1</sup>, M. Pereira Barbosa<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE, Lisboa, PORTUGAL

<sup>2</sup> Unidade de Imunoalergologia, Hospital Dr. Nélio Mendonça, SESARAM, EPE, Funchal, PORTUGAL

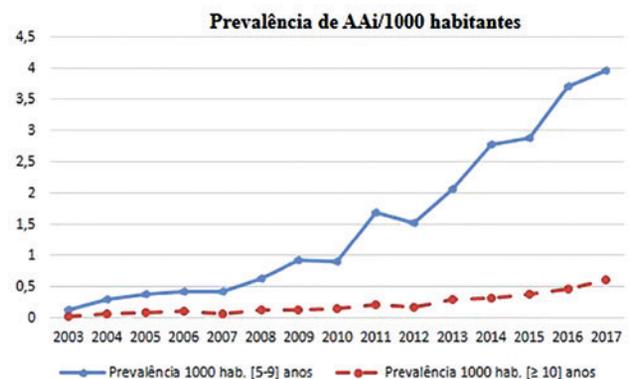
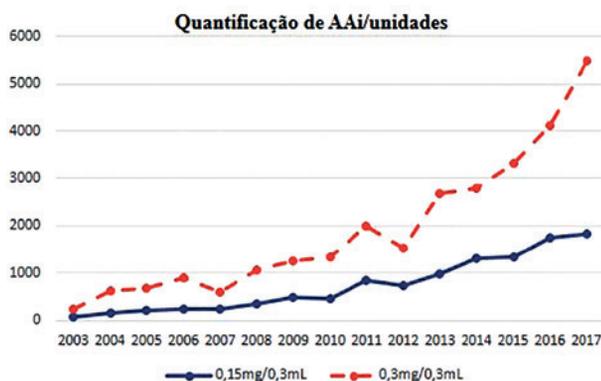
<sup>3</sup> Clínica Universitária de Imunoalergologia, Faculdade Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa, PORTUGAL

**Objectivo:** Introdução: O uso do dispositivo de adrenalina autoinjectável (AAi) está universalmente recomendado como tratamento de 1.ª linha nas reações anafiláticas que ocorrem fora do ambiente médico. A quantificação da aquisição de AAi pode ajudar a estudar a prevalência de doentes em risco de anafilaxia.

**Objetivo:** Avaliar a prevalência global e por regiões da aquisição de AAi em Portugal Continental entre 2003-2017. Calcular ainda o custo inerente a esta aquisição.

**Metodologia:** Métodos: Análise da distribuição da aquisição de AAi (0,15mg/0,3mL, 0,3mg/0,3mL) através de dados do SNS/Infarmed entre 2003-2017. O cálculo de prevalência/habitante foi realizado com dados do Instituto Nacional de Estatística. Na adaptação da dosagem ao peso dividiu-se a população em dois grupos etários: A [5-9] anos para 0,15mg e B [ $\geq$ 10] anos para 0,3mg.

Figura 1: Aquisição de adrenalina autoinjectável (AAi) 2003-2017



**Resultados e conclusões:** Resultados: Foram adquiridos ao longo destes 15 anos um total de 10 993 unidades de AAi de 0,15mg/0,3mL e de 28 619 de 0,3mg/0,3mL, correspondendo a uma média anual de 733 (min70 máx1826) e 1908 (min251 máx5481) unidades respetivamente. A quantificação e a prevalência de aquisição de AAi resumem-se na Figura 1. Em termos de valor acumulativo, Lisboa foi a região com mais AAi adquirida A;B (40%;43%), seguindo-se o Norte (32%;25%), Centro (21%;23%), Algarve (4%;5%) e Alentejo (3%;4%).

Em 2017 a prevalência por região/1000 habitantes A/B foi: Lisboa 1,57/4,30; Algarve 1,09/3,29; Centro 1,02/2,96; Norte 0,97/2,03 e Alentejo 0,42/1,53. Também neste ano, tendo em conta as duas marcas comercializadas com o custo médio A:55,81€ e B:54,29€, e sendo a comparticipação pelo SNS de 37%, o custo por unidade por utente (A/B) é 35,16€/34,20€ e para o SNS 20,65€/20,09€, o que corresponde a um custo anual de 64 202,71€/187 447,70€ para os utentes e 37 706,35€/110 113,30€ para o SNS.

**Conclusão:** Nos últimos 15 anos verificou-se um aumento da aquisição de AAi de 26x para a idade pediátrica e 22x nos adolescentes/adultos. Nestes grupos registou-se um aumento progressivo da prevalência de aquisição de AAi em doentes com risco de anafilaxia tendo atingido em 2017 3,9 e 0,6 por 1000 hab respetivamente. Entre as 5 regiões, Lisboa contribuiu com a maior % de aquisição. Apesar da atual comparticipação, a necessidade de substituição anual da AAi condiciona um custo elevado para o utente. Os autores justificam o acréscimo significativo da aquisição da AAi pela maior divulgação/conhecimento profissional, melhoria do registo informático e ainda pela comparticipação do SNS dos últimos anos.

## SESSÃO DE POSTERS III ASMA / RINITE

**Dia:** 28 de Setembro

**Horas:** 08:00 – 10:00

**Sala:** 4

*Moderadores:* Ana Mendes, Ana Morête, Mário Miranda

### PO 32 – O papel dos polimorfismos dos genes GSTT1 e GSTM1 na asma bronquica

M. C. Castro<sup>1</sup>, J. Ferreira<sup>2</sup>, D. Sarmiento<sup>2</sup>, C. Carvalho<sup>2</sup>, A. Matos<sup>2</sup>, M. Bicho<sup>2</sup>

<sup>1</sup> CHLN\_HSM, ImmunoAllergy, Lisbon, Portugal, LISBOA, PORTUGAL

<sup>2</sup> Lisbon Medical School, Lisbon, Portugal, LISBOA, PORTUGAL

**Objectivo:** Os polimorfismos GSTM1 e GSTT1 nulos podem estar associados à incapacidade das variantes da glutationato S-transferases (GSTs) para detoxificar as espécies reativas de oxigénio (ROS)

**Metodologia:** Para GSTT1 e GSTM1 analisámos asmáticos (n = 96) comparados com grupo controlo (n = 160); os polimorfismos foram analisados por Multiplex-PCR. Controlo da asma avaliada pelo ACQ7 e PAQLQ. A análise estatística foi realizada com o PASW-24 estabelecendo um nível de significância de p < 0,05.

**Resultados e conclusões:** Nos asmáticos existem 61 mulheres e 35 homens; nos controlos: 93 mulheres e 67 homens (p = 0,468). A média de idades ± DP dos asmáticos foi de 38,69 ± 20,013 anos. A média de idades ± DP no grupo controlo foi de 44,15 ± 12,63 anos (p = 0,019). Em asmáticos, as frequências genotípicas de GSTT1 \* 0 foram: 50 (52,1%) e GSTT1 + foram: 46 (47,9%); as frequências genotípicas do grupo controlo do GSTT1 \* 0 foram: 49 (30,6%) e GSTT1 + foram: 111 (69,4%). O GSTT1 \* 0 é mais frequente entre os asmáticos (p = 0,001). Em asmáticos, as frequências genotípicas de GSTM1 \* 0 foram: 51 (53,1%) e GSTM1 +: 45 (46,9%); as frequências genotípicas do grupo controlo de GSTM1 \* 0 foram: 72 (45,0%) e GSTM1 + foram: 88 (55,0%). Não há diferenças estatísticas (p = 0,258). O genótipo GSTT1 \* 0 confere risco de ser asmático de 2.747 vezes quando comparado ao genótipo GSTT1 + e ajustado para idade: ORb: 2.747 [1.602-4.713]; p < 0,001. O genótipo GSTT1 \* 0 confere risco de ser asmático alérgico de 4.863 vezes quando comparado ao genótipo GSTT1 + e ajustado para sexo: ORb: 4.863 [1.137-20.788]; p = 0,033. **Conclusões:** os polimorfismos dos genes GSTT1 e GSTM1 podem levar a diferentes respostas específicas do genótipo à terapêutica e diferentes endótipos / fenótipos entre doentes asmáticos.

**PO 33 – Avidéz das IgE específicas para *lepidoglyphus destructor* e limiar da resposta alérgica**

B. Kong Cardoso<sup>1</sup>, S. Farinha<sup>1</sup>, F. Semedo<sup>1</sup>, M. Martins<sup>1</sup>, A. P. Pires<sup>1</sup>, E. Tomaz<sup>1</sup>, F. Inácio<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Centro Hospitalar de Setúbal – S. Imunoalergologia, Setúbal, PORTUGAL

**Objectivo:** Resultados apresentados pelo nosso grupo evidenciaram uma baixa correlação (Rho 0,67) entre os níveis de IgE específica (IgEs) para *Lepidoglyphus destructor* (Ld) e a concentração mínima (CM) do extrato alergénico que desencadeou sintomas na prova de provocação nasal (PPN), que se enquadra na já conhecida falta de relação entre os níveis IgEs e a gravidade da doença alérgica respiratória. O papel das IgEs de baixa afinidade na resposta alérgica tem sido abordado em vários estudos. Alguns autores propuseram a hipótese de que estas possam proteger da reação alérgica por ligação aos receptores dos mastócitos, levando à “diluição” dos anticorpos de alta afinidade e diminuindo assim a probabilidade de desgranulação mastocitária. A variabilidade das especificidades das IgEs poderá ser uma das razões para a referida baixa correlação. O objetivo do nosso trabalho foi verificar se existem diferenças na avidéz das IgEs dos doentes alérgicos ao Ld e a eventual relação com a sua resposta na PPN.

**Metodologia:** Selecionaram-se 10 doentes com respostas positivas à PPN ao Ld para diferentes concentrações do extrato (Diater<sup>®</sup>) e foram realizados testes de inibição das respectivas IgEs séricas com extrato de Ld (ImmunoCAP<sup>®</sup> Thermo Fisher). Foi analisada a relação entre as percentagens de inibição obtidas e os resultados das PPN. A incerteza dos valores percentuais de inibição foi calculada a partir de um ensaio do método utilizando 7 diluições seriadas de um soro com IgEs para Ld.

**Resultados e conclusões:** A incerteza calculada para os resultados das percentagens de inibição foi de 2,89 para um nível de confiança de 95%, sendo o coeficiente de correlação entre as IgEs doseadas após a inibição e as concentrações utilizadas no ensaio do método de 0,99. A média de valores de IgEs específicas para Ld dos 10 doentes estudados foi de 31,3 kUA/L  $\pm$  21,4 (4,3 a 63,9). Oito doentes apresentaram percentagens de inibição entre 59,5% e 68,9%, sendo a CM indutora de resposta positiva na PPN de 0,005 HEP/mL em 2 doentes, 0,5 HEP/mL em 3 e 5 HEP/mL em 3. Em 1 doente a inibição foi de 49,8%, sendo a PPN positiva para 5 HEP/mL e também em 1 doente a inibição foi de 77,9% com uma PPN positiva para 0,005 HEP/mL.

Concluimos que os doentes estudados exibiram diferentes graus de avidéz das IgEs para Ld e que esta avidéz poderá ser um dos factores determinantes do limiar de resposta ao alergénio.

**PO 34 – Asma persistente em 29 serviços hospitalares portugueses: caracterização dos participantes dos estudos observacionais prospetivos multicêntricos do projeto inspirers**

C. Jácome<sup>1</sup>, R. Guedes<sup>1</sup>, R. Almeida<sup>1</sup>, F. Lopes<sup>2</sup>, P. Freitas<sup>3</sup>, A. M. Pereira<sup>4</sup>, C. Chaves Loureiro<sup>5</sup>, C. Lopes<sup>6,7</sup>, A. Mendes<sup>8</sup>, J. C. Cidrais Rodrigues<sup>9</sup>, G. Oliveira<sup>9</sup>, A. Arrobas<sup>10</sup>, A. Todo Bom<sup>11</sup>, J. Azevedo<sup>11</sup>, C. Ribeiro<sup>11</sup>, P. Leiria Pinto<sup>12</sup>, N. Neuparth<sup>12,13</sup>, F. Todo Bom<sup>14</sup>, A. Costa<sup>15</sup>, C. Lozoya<sup>16</sup>, N. Santos<sup>17</sup>, D. Silva<sup>18</sup>, L. Tabora Barata<sup>19</sup>, M. Fernanda Teixeira<sup>20</sup>, R. Rodrigues Alves<sup>21</sup>, A. S. Moreira<sup>21</sup>, C. S. Pinto<sup>22</sup>, P. Morais Silva<sup>23</sup>, C. Alves<sup>24</sup>, R. Câmara<sup>24</sup>, D. Bordalo<sup>25</sup>, R. Fernandes<sup>26,27</sup>, R. Ferreira<sup>26</sup>, J. Ferraz de Oliveira<sup>28</sup>, F. Menezes<sup>29</sup>, R. Gomes<sup>29</sup>, M. J. Calix<sup>30</sup>, J. Cardoso<sup>31</sup>, C. Nunes<sup>32</sup>, R. Câmara<sup>33</sup>, J. A. Ferreira<sup>34</sup>, A. Carvalho<sup>35</sup>, J. Almeida Fonseca<sup>1,2,4,36</sup>, pelo grupo INSPIRERS

<sup>1</sup> CINTESIS, Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, PORTUGAL

<sup>2</sup> MEDIDA Medicina, Educação, Investigação, Desenvolvimento e Avaliação, Porto, PORTUGAL

<sup>3</sup> Bloco operatório, Unidade II, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, Vila Nova de Gaia, PORTUGAL

<sup>4</sup> Imunoalergologia, CUF Porto Instituto & Hospital, Porto, PORTUGAL

<sup>5</sup> Serviço de Pneumologia A, Hospital Universitário de Coimbra, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, PORTUGAL

<sup>6</sup> Unidade de Imunoalergologia, Hospital Pedro Hispano, Unidade Local de Saúde de Matosinhos, Matosinhos, PORTUGAL

<sup>7</sup> Imunologia Básica e Clínica, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto, PORTUGAL, <sup>8</sup> Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa, PORTUGAL

<sup>9</sup> Serviço de Pediatria, Hospital Pedro Hispano, Unidade Local de Saúde de Matosinhos, Matosinhos, PORTUGAL,

<sup>10</sup> Serviço de Pneumologia B, Hospital Geral, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, PORTUGAL

<sup>11</sup> Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

<sup>12</sup> Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central, Lisboa, Portugal

<sup>13</sup> Pathophysiology, CEDOC, Integrated Pathophysiological Mechanisms Research Group, Nova Medical School, Lisboa, Portugal

<sup>14</sup> Serviço de Pneumologia, Hospital Beatriz Ângelo, Loures, Portugal

<sup>15</sup> Serviço de Pediatria, Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães, Portugal

<sup>16</sup> Serviço de Imunoalergologia, Hospital Amato Lusitano, Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, Castelo Branco, Portugal

<sup>17</sup> Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Portimão, Portugal

<sup>18</sup> Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar de São João, Porto, Portugal

<sup>19</sup> Serviço de Imunoalergologia, Hospital Pêro da Covilhã, Centro Hospitalar Cova da Beira, Covilhã, Portugal

- <sup>20</sup> Serviço de Pediatria, Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar do Porto, Porto, Portugal
- <sup>21</sup> Unidade de Imunoalergologia, Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada, Portugal
- <sup>22</sup> Serviço de Pneumologia, Hospital São Pedro de Vila Real, Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, Portugal
- <sup>23</sup> Imunoalergologia, Hospital Particular do Algarve, Portimão, Portugal
- <sup>24</sup> Serviço de Pneumologia, Hospital Nossa Senhora do Rosário, Centro Hospitalar Barreiro Montijo, Barreiro, Portugal
- <sup>25</sup> Serviço de Pediatria, Unidade Hospitalar de Famalicão, Centro Hospitalar do Médio Ave, Vila Nova de Famalicão, Portugal
- <sup>26</sup> Serviço de Pediatria, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar de Lisboa Norte, Lisboa, Portugal
- <sup>27</sup> Laboratório de Farmacologia Clínica e Terapêutica, Instituto de Medicina Molecular, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Portugal
- <sup>28</sup> Imunoalergologia, Hospital Privado de Alfena, Trofa Saúde, Alfena, Portugal
- <sup>29</sup> Serviço de Pneumologia, Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal
- <sup>30</sup> Serviço de Pediatria, Hospital de São Teotónio, Centro Hospitalar Tondela-Viseu, Viseu, Portugal
- <sup>31</sup> Serviço de Pneumologia, Hospital Santa Marta, Centro Hospitalar de Lisboa Central, Lisboa, Portugal
- <sup>32</sup> Imunoalergologia, Centro de Imunoalergologia do Algarve, Portimão, Portugal
- <sup>33</sup> Serviço de Imunoalergologia, Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, Funchal, Portugal
- <sup>34</sup> Serviço de Imunoalergologia, Unidade I, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, Vila Nova de Gaia, Portugal
- <sup>35</sup> Serviço de Pneumologia, Unidade I, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, Vila Nova de Gaia, Portugal
- <sup>36</sup> MEDCIDS – Departamento de Medicina da Comunidade Informação e Decisão em Saúde, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto, Portugal

**Objectivo:** Este estudo pretendeu caracterizar os doentes com asma persistente seguidos em serviços hospitalares portugueses, participantes do projeto INSPIRERS, relativamente ao controlo da asma, cuidados de saúde e adesão ao tratamento.

**Metodologia:** Os doentes foram recrutados de novembro de 2017 a junho de 2018 no âmbito de dois estudos observacionais prospetivos ([URL:goo.gl/KdEJ2L](https://www.google.com/search?q=URL:goo.gl/KdEJ2L)) a decorrer em 29 serviços de imunoalergologia, pneumologia e pediatria. Os doentes foram incluídos se tivessem 13 ou mais anos, diagnóstico médico de asma persistente com prescrição ativa de medicação inalada de controlo e aceitassem participar. Durante a consulta, os médicos completaram um questionário sobre o controlo e tratamento da asma e dados da função respiratória do seu doente. Os participantes responderam a um questionário que incluía dados sociodemográficos, hábitos tabágicos e tratamento da asma. Uma semana depois desta consulta, os doentes responderam a uma entrevista telefónica que incluía a escala de adesão à medicação de Morisky de 4 itens (pontuação de 0-4).

**Resultados e conclusões:** Dos 393 participantes, 69% (n=270) eram maiores de 18 anos e 61% (n=238) eram do sexo feminino. A idade média dos participantes era 33±18 (13-82) anos. Apenas 28 (7%) participantes eram fumadores e 62 (16%) ex-fumadores. Segundo os critérios da Global Initiative for Asthma, 208 (53%) tinham a asma controlada, 115 (29%) parcialmente controlada e 66 (17%) mal controlada. Quase metade dos participantes (48%) tinha tido pelo menos uma agudização nos últimos 12 meses, 29% necessitaram de pelo menos uma consulta não agendada devido à asma no mesmo período e 65% dos participantes tinham registo de realização de espirometria há menos de 2 anos. Relativamente ao tratamento da asma, 95% dos participantes não usavam nenhum método para monitorizar a asma entre consultas (p.e., debitómetro, registo de sintomas), 69% tinham revisto a técnica inalatória com o seu médico nos últimos 12 meses e 66% tinham um plano de tratamento escrito. Os resultados da escala de adesão indicaram que 13% dos participantes reportavam uma adesão elevada à medicação inalada (pontuação 0), 59% uma adesão média (pontuação 1-2) e 28% uma adesão baixa (pontuação 3-4). Metade dos doentes tinham a doença controlada e 1/3 necessitou de cuidados não programados por agudização de asma no último ano. Os resultados confirmam a necessidade de estratégias que melhorem a monitorização da doença e a adesão à medicação inalada.

#### PO 35 – Frequência de asma grave em doentes seguidos numa consulta de imunoalergologia

M. de Campos Bento Lobato<sup>1</sup>, M. Araújo<sup>1</sup>, N. Pinto<sup>1</sup>, T. Gonçalves<sup>1</sup>, J. Gaspar-Marques<sup>1</sup>, P. Carreiro Martins<sup>1,2</sup>, P. Leiria Pinto<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E., LISBOA, PORTUGAL

<sup>2</sup> CEDOC, Integrated Pathophysiological Mechanisms Research Group, Nova Medical School, LISBOA, PORTUGAL

**Objectivo:** A prevalência de asma grave em doentes asmáticos não se encontra ainda devidamente estabelecida. O objectivo do trabalho foi avaliar a frequência de asma grave em doentes com o diagnóstico médico de asma seguidos em consulta de Imunoalergologia.

**Metodologia:** Estudo retrospectivo numa amostra de doentes com o diagnóstico médico de asma seguidos no Serviço de Imunoalergologia do Hospital de Dona Estefânia, e que efetuaram pletismo-grafia pulmonar entre Janeiro de 2016 e Julho de 2018. Nos doentes incluídos foi avaliada a presença de critérios de asma grave de acordo com a definição da ERS/ATS 2014. Assumindo uma prevalência de 10% de asma grave, um erro de  $\pm 3\%$ , e um intervalo de confiança de 95%, seria necessário incluir 350 doentes com asma.

**Resultados e conclusões:** Foram incluídos 358 doentes com asma. A idade mediana foi de 18 anos (P25-P75: 13-26 anos), sendo 58% do sexo masculino. Identificaram-se 34 doentes com asma grave (9,4%; IC 95%: 6,9% – 12,7%). A asma grave foi mais frequente nos doentes asmáticos com idade  $\geq$  ou = a 18 anos (14,3%; IC 95%: 9,6%-20,1%) comparativamente à idade pediátrica (6,1%; IC 95%: 3,5%-10,4%), valor  $p = 0,010$ . Os doentes com asma grave apresentaram valores inferiores de FEV1 (mediana de 77%; P25-P75: 64%-96% versus mediana de 99%; P25-P75: 89%-111%, valor

$p < 0,001$ ) e da relação FEV1/FVC (mediana de 0,68; P25-P75: 0,64-0,73 versus mediana de 0,77; P25-P75: 0,71-0,84, valor  $p < 0,001$ ). Não se observaram diferenças significativas em termos de género, atopia e índice de massa corporal.

Uma proporção relevante de doentes seguidos em consulta de Imunoalergologia tem o diagnóstico de asma grave. Esta será mais frequente na idade adulta e associa-se com a presença de obstrução brônquica.

#### PO 36 – Mepolizumab – experiência de um centro de referência

C. Coutinho<sup>1</sup>, A. Mendes<sup>1</sup>, M. Neto<sup>1</sup>, C. Costa<sup>1</sup>, E. Alonso<sup>1</sup>, M. Pereira Barbosa<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte EPE, Lisboa, PORTUGAL

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

**Objectivo:** No tratamento da asma grave, além da terapêutica inalada otimizada, é frequente a necessidade de corticoterapia sistémica diária. O uso regular de corticóides pode resultar em efeitos adversos graves e por vezes irreversíveis. O Mepolizumab é um anticorpo monoclonal humanizado que inactiva a IL-5 (mediador da inflamação eosinofílica), tendo mostrado reduzir o n.º de exacerbações em doentes com asma grave de perfil eosinofílico quando usado como tratamento adicional.

**Metodologia:** Analisámos os processos clínicos dos 10 doentes sob Mepolizumab no nosso Serviço. Destes, incluímos apenas aqueles com duração de tratamento superior a 6 meses, pelo que se excluíram 4 doentes. Todos fizeram 100mg Mepolizumab de 4/4 semanas. Foram analisados os dados demográficos, quadro clínico, eosinófilos no sangue periférico, função respiratória, terapêutica de base e de alívio e controlo da asma através do ACT, antes e durante o tratamento.

**Resultados e conclusões:** Foram incluídos 6 doentes, com idade média  $54 \pm 9$  anos, sendo 5 do sexo feminino. Todos tinham rinite alérgica e todos estavam medicados com anti-histamínico e ICS+LABA. Apenas um doente não fazia montelucaste. Dois doentes já teriam cumprido terapêutica com Omalizumab, sem melhoria sintomática. Com base no ACT, antes do início de tratamento, todos tinham asma não controlada ( $ACT < 20$ ). Ao fim de 6 meses, 3 já apresentavam asma parcialmente controlada ( $ACT 20-24$ ). Verificou-se uma diminuição significativa (média – 91,7%) no n.º de eosinófilos no sangue periférico. O FEV1 manteve-se sobreponível nos 2 doentes que fizeram PFR aos 6 meses. Ao fim de 6 meses, os 2 doentes que estavam sob corticoide sistémico diário reduziram a sua toma a dias alternados. Nos restantes que faziam ciclos frequentes, verificou-se diminuição da necessidade de corticoide bem como do n.º de exacerbações. Em relação aos efeitos adversos, houve apenas referência 2 casos de mialgias que reverteram com a administração de magnésio.

O Mepolizumab foi bem tolerado na maioria dos doentes, com um bom perfil de segurança. Verificou-se uma diminuição da dependência de corticóides sistémicos bem como do n.º de exacerbações em todos os doentes.

#### PO 37 – Asma brônquica, rinite alérgica e eczema atópico em crianças de 6 e 7 anos da província de Luanda, Angola: prevalência, características clínicas e factores de risco

L. Taborda-Barata<sup>4,5</sup>, M. Arrais<sup>1</sup>, O. Lulua<sup>1</sup>, F. Quifica<sup>1</sup>, J. Rosado-Pinto<sup>2</sup>, J. M. R. Gama<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Pneumologia, Hospital Militar, Luanda, ANGOLA

<sup>2</sup> Serviço de Imunoalergologia, Hospital da Luz, Lisboa, PORTUGAL

<sup>3</sup> Departamento de Matemática, Faculdade de Ciências, Universidade da Beira Interior, Covilhã, PORTUGAL

<sup>4</sup> Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar Cova da Beira, Covilhã, PORTUGAL

<sup>5</sup> CICS – Centro de Investigação em Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior, Covilhã, PORTUGAL

**Objectivo:** Avaliar a prevalência de asma brônquica, rinite alérgica e eczema atópico em crianças angolanas, assim como os factores de risco para a asma, nestas crianças.

**Metodologia:** Estudo observacional, transversal, usando a metodologia do Estudo Internacional sobre Asma e Doenças Alérgicas em Crianças (ISAAC), na província de Luanda, Angola nos meses de Agosto a Outubro de 2014 e Março a Maio de 2015 em crianças de 6 e 7 anos. Foram seleccionadas aleatoriamente, por município, 46 (8,3%) escolas, de um total de 552 escolas públicas primárias. Asma, rinite e eczema foram definidas de acordo com o protocolo do ISAAC, com base em sintomas nos 12 meses prévios. A comparação de proporções foi efectuada através do teste do Qui-Quadrado ou Teste Exacto de Fischer. Para a caracterização de factores de risco ambientais para a asma brônquica, foi usado o Odds Ratio e foi construído um modelo de regressão logística. Os dados foram analisados no programa SPSS Statistics, versão 24.0 e a significância estatística foi definida para um valor de  $p < 0,05$ .

**Resultados e conclusões:** Resultados: A amostra foi constituída por 3080 crianças com questionários válidos, sendo 52,2% do sexo feminino. A prevalência de asma brônquica foi de 15,7%, sem diferença significativa entre rapazes e raparigas. A avaliação da função respiratória medida por debitometria nas crianças com questionário positivo para asma brônquica mostrou que 49,4% tinham obstrução ligeira, 47,3% moderada e 3,3% grave. A prevalência de rinite foi de 19,0% e a de eczema foi de 18,4%, também sem diferenças significativas entre sexos. A presença de rinite estava associada a um número mais elevado de episódios de pieira e de tosse nocturna. Em relação aos factores de risco estudados, a presença de rinite, eczema, a utilização de ar condicionado do tipo Split como sistema de refrigeração no domicílio, a frequência excessiva da toma de paracetamol, a toma de antibióticos no primeiro ano de vida, a passagem frequente de camiões na rua do domicílio, a presença de animais como gato no domicílio, assim como o tabagismo passivo sobretudo da mãe, estavam associados a um risco mais elevado de asma brônquica.

**Conclusões:** A asma brônquica, a rinite alérgica e o eczema atópico são um problema de saúde pública em Luanda, uma vez que a prevalência destas doenças em crianças é relevante. Medidas preventivas e de controlo, assim como a acessibilidade a assistência médica e medicamentosa destas crianças devem ser uma prioridade.

**PO 38 – Sensibilização alérgica e sua relação com asma e outras doenças alérgicas, em crianças da província do Bengo, Angola**M. Arrais<sup>1,2</sup>, F. Quílica<sup>1</sup>, J. Rosado-Pinto<sup>3</sup>, J. M. R. Gama<sup>4</sup>, L. Taborda-Barata<sup>5,6</sup>, M. Brito<sup>2,7</sup><sup>1</sup> Serviço de Pneumologia, Hospital Militar, Luanda, ANGOLA<sup>2</sup> CISA – Centro de Investigação em Saúde de Angola, Bengo, ANGOLA<sup>3</sup> Serviço de Imunoalergologia, Hospital da Luz, Lisboa, PORTUGAL<sup>4</sup> Departamento de Matemática, Faculdade de Ciências, Universidade da Beira Interior, Covilhã, PORTUGAL<sup>5</sup> Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar Cova da Beira, Covilhã, PORTUGAL<sup>6</sup> CICS – Centro de Investigação em Ciências da Saúde, Covilhã, PORTUGAL<sup>7</sup> Centro de Investigação em Saúde e Tecnologia, Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, Instituto Politécnico de Lisboa, PORTUGAL**Objectivo:** Avaliar o perfil de sensibilização alérgica em crianças com asma e/ou outras doenças alérgicas, residentes na província do Bengo, Angola.**Metodologia:** Estudo observacional, transversal, usando a metodologia do Estudo Internacional sobre Asma e Doenças Alérgicas em Crianças (ISAAC), na província do Bengo, Angola nos meses de Setembro a Novembro de 2017 em crianças dos 5 aos 14 anos. De um total de 33 escolas públicas foram selecionadas aleatoriamente 5 escolas (15%), 3 em área urbana e 2 em área rural. Pieira, rinite alérgica e eczema atópico foram definidos de acordo com o protocolo do ISAAC, com base nos 12 meses prévios. Sensibilização alérgica foi definida por testes cutâneos por picada ("prick"), na presença de pápula igual ou superior a 3mm para qualquer um dos aeroalergénios testados, com reacção negativa no controlo negativo e pápula no local da histamina de pelo menos 3mm. Os dados foram analisados no programa SPSS Statistics v24.0. As variáveis categóricas foram descritas com frequências e percentagens e as variáveis quantitativas com média, mediana, desvio padrão, máximo e mínimo. A comparação de proporções foi efectuada através do teste do Qui-Quadrado ou Teste Exacto de Fischer. A significância estatística foi definida para um valor de  $p < 0,05$ .**Resultados e conclusões:** Resultados: A amostra foi constituída por 1023 crianças, sendo 48,4% do sexo feminino, 60,5% residentes em área urbana e 39,5% em área rural. Destas crianças, 82 (8,0%) tiveram testes por picada positivos, sendo as sensibilizações alérgicas mais frequentes por ácaros (*Blomia tropicalis*, *Dermatophagoides farinae*, *Dermatophagoides pteronyssinus*) e mistura de barata, sem diferenças estatisticamente significativas entre sexos, faixa etária e residentes em área urbana ou rural. A pieira associou-se a sensibilização à *B. tropicalis*, ao *Cladosporium herbarum*, ao *Der farinae*, ao *Der pteronyssinus*, à barata e ao *Mucor mucedo*, enquanto que os sintomas de rinite estiveram associados a sensibilização ao *C. herbarum*, ao *Der farinae*, ao *Der pteronyssinus* e à barata. O eczema esteve associado a *Alternaria alternata*, mistura de ervas e *M. mucedo*.**Conclusões:** As sensibilizações alérgicas a ácaros e a barata são as mais frequentes em crianças angolanas dos 5-14 anos. Enquanto que estas sensibilizações são mais frequentemente observadas em crianças com asma e/ou rinite, em crianças com eczema, o perfil de sensibilização envolve mais frequentemente fungos e pólenes de ervas.**PO 39 – Técnica inalatória em idosos com asma ou DPOC – uma ferramenta predictiva de performance**L. Taborda-Barata<sup>1,2</sup>, T. Maricoto<sup>1,3</sup>, D. Santos<sup>3</sup>, C. Carvalho<sup>4</sup>, I. Telles<sup>4</sup>, J. Correia-de-Sousa<sup>5</sup><sup>1</sup> CICS – Centro de Investigação em Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior, Covilhã, PORTUGAL<sup>2</sup> Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar Cova da Beira, Covilhã, PORTUGAL<sup>3</sup> USF Aveiro-Aradas, Aveiro, PORTUGAL<sup>4</sup> USF Flor de Sal, Aveiro, PORTUGAL<sup>5</sup> Instituto de Investigação em Ciências da Vida e da Saúde (ICVS)/3Bs, Universidade do Minho, Braga, PORTUGAL**Objectivo:** O objectivo deste estudo foi desenvolver uma ferramenta predictiva dos principais factores influenciadores da técnica inalatória em doentes idosos com asma ou DPOC.**Metodologia:** Estudo transversal multicêntrico com doentes a usar dispositivos inalatórios de forma regular. Diversas características demográficas, socioeconómicas e clínicas foram recolhidas como potenciais preditores, e o resultado foi a performance da técnica inalatória. Modelos de regressão logística e linear foram desenvolvidos para identificar variáveis significativas. Análises de subgrupo foram realizadas de acordo com idade, performance cognitiva e tipos de dispositivos.**Resultados e conclusões:** Resultados: Incluíram-se 130 participantes, com idade média de 74.4 ( $\pm 6.4$ ) anos. A prevalência de erros foi 71.6% e de erros críticos 31%. Os pMDI foram os tipos de inalador com mais erros críticos.

Na análise multivariada, a performance cognitiva e a taxa de adesão foram as variáveis mais preditivas de performance e de erros críticos. Outras variáveis significativamente associadas a performance foram: sexo, ensino prévio por placebo e fornecido por médico, alergias ou comorbilidades concomitantes, tabagismo e depressão. Um declínio progressivo na performance dos pMDI foi detetado em idosos acima de 75 anos e com défice cognitiva.

**Conclusões:** A performance da técnica inalatória deve ser abordada com especial atenção em doentes de baixa adesão ou com défice cognitivo. O ensino por dispositivos placebo e feito por médicos pode ser mais adequado a estes utentes.

**PO 40 – Ensino da técnica inalatória em idosos com asma ou DPOC: impacto no controlo da doença e exacerbações: uma revisão sistemática e meta-análise.**

L. Tabor da-Barata<sup>1,2</sup>, T. Maricoto<sup>1,3</sup>, L. Monteiro<sup>1,4</sup>, J. M. R. Gama<sup>5</sup>, J. Correia-de-Sousa<sup>6</sup>

<sup>1</sup> CICS – Centro de Investigação em Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior, Covilhã, PORTUGAL

<sup>2</sup> Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar Cova da Beira, Covilhã, PORTUGAL

<sup>3</sup> USF Aveiro-Aradas, Aveiro, PORTUGAL

<sup>4</sup> USF Esgueira+, Aveiro, PORTUGAL

<sup>5</sup> Departamento de Matemática, Faculdade de Ciências, Universidade da Beira Interior, Covilhã, PORTUGAL

<sup>6</sup> Instituto de Investigação em Ciências da Vida e da Saúde (ICVS)/3Bs, Universidade do Minho, Braga, PORTUGAL

**Objectivo:** Realizar uma revisão sistemática e meta-análise sobre o impacto do ensino da técnica inalatória em outcomes clínicos de doentes idosos com asma ou DPOC.

**Metodologia:** Realizaram-se pesquisas nas bases Medline, Embase e Central e aplicados como critérios de elegibilidade: revisões sistemáticas, meta-análise, ensaios clínicos aleatorizados e não aleatorizados e estudos quasi-experimentais, com participantes acima de 65 anos, submetidos a ensino de técnica inalatória e com outcomes clínicos, como o controlo de sintomas e funcional e taxas de exacerbações. Aplicou-se a escala GRADE para avaliação qualitativa e usou-se um modelo de efeitos aleatórios com ajustes de mantel-haenszel na meta-análise. Registou-se o protocolo de estudo na plataforma PROSPERO

**Resultados e conclusões:** Resultados: Foram incluídos oito estudos, quatro aleatorizados e quatro quasi-experimentais, num total de 1812 participantes. O tipo de intervenção mais frequente foi a demonstração com dispositivos placebo. A qualidade de vida e a taxa de exacerbações foram os outcomes mais reportados. Um estudo não aleatorizado e quatro aleatorizados mostraram reduções significativas na taxa de exacerbações, com um risco relativo resultante de 0.71 (IC95% 0.59 a 0.86;  $p < 0.001$ ). No entanto, o impacto no controlo clínico e na qualidade de vida mostrou uma elevada discrepância e todos os estudos aleatorizados foram incertos quanto ao risco de viés.

**Conclusões:** Todos os tipos de intervenções aparentam melhorar a performance da técnica inalatória e os outcomes clínicos, mas o treino por dispositivos placebo pode ser o mais efectivo. Além disso, existe evidência de que reduzem o risco de exacerbações em idosos, apesar de uma classificação de evidência moderada.

**PO 41 – Opiniões dos doentes com asma persistente sobre a utilização de aplicações móveis para a monitorização da doença**

C. Carvalhal<sup>1</sup>, L. Tabor da Barata<sup>1,2,3</sup>, S. Valente<sup>4</sup>, C. Jácome<sup>5</sup>, J. Almeida Fonseca<sup>5,6,7,8</sup>

<sup>1</sup> Faculdade Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior, Covilhã, PORTUGAL

<sup>2</sup> Serviço de Imunoalergologia, Hospital Pêro da Covilhã, Centro Hospitalar Cova da Beira, Covilhã, PORTUGAL

<sup>3</sup> CACB, Centro Académico Clínico das Beiras, Covilhã, PORTUGAL

<sup>4</sup> Serviço de Pneumologia, Hospital Pêro da Covilhã, Centro Hospitalar Cova da Beira, Covilhã, PORTUGAL

<sup>5</sup> CINTESIS, Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto, PORTUGAL

<sup>6</sup> Imunoalergologia, CUF Porto Instituto & Hospital, Porto, PORTUGAL

<sup>7</sup> MEDIDA, Medicina, Educação, Investigação, Desenvolvimento e Avaliação, Porto, PORTUGAL

<sup>8</sup> Departamento de Medicina da Comunidade Informação e Decisão em Saúde, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto, PORTUGAL

**Objectivo:** A asma afeta milhões de pessoas em todo o mundo e um dos principais problemas é a adesão terapêutica por parte dos doentes. Para melhorar esta realidade é fundamental permitir o envolvimento ativo do doente na monitorização e controlo da sua doença e os dispositivos móveis, pela sua ubiquidade e baixo custo, podem ter um papel essencial.

Este estudo pretendeu descrever a utilização de dispositivos móveis, redes sociais e aplicações móveis em adultos com asma persistente, assim como avaliar o seu interesse em utilizar aplicações móveis para a gestão e adesão à terapêutica na asma.

**Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal que decorreu entre Setembro 2017 a Junho de 2018 no Hospital Pêro da Covilhã. Os doentes foram incluídos durante consultas de imunoalergologia e pneumologia, se tivessem 18 ou mais anos, asma persistente, prescrição ativa de terapêutica inalada e acesso a um dispositivo móvel (smartphone ou tablet). Os doentes recrutados responderam a um inquérito que incluía dados sociodemográficos, hábitos tabágicos e utilização de dispositivos móveis, redes sociais e aplicações móveis (escala de Utilização e Atitudes face às redes sociais e às TIC).

**Resultados e conclusões:** Os 40 participantes (78% sexo feminino) incluídos tinham uma idade média de  $49,9 \pm 15,8$  (20-77) anos e um IMC médio de  $26,3 \pm 4,1$  kg/m<sup>2</sup>. Apenas 13% (n=5) dos participantes eram fumadores e 33% (n=13) ex-fumadores. Pelo menos uma vez por dia, 55% dos participantes navegavam na internet com o seu smartphone/tablet, 45% consultavam notícias e iam e-mails, 43% procuravam informação, 40% ouviam música, 35% usavam aplicações e apenas 8% tiravam fotografias. Mais de 60% nunca obteve direções/usou o GPS nem gravou vídeos com dispositivos móveis. Quanto às redes sociais, 93% (n=37) dos participantes tinham facebook e 68% acediam pelo menos uma vez por dia. Nove participantes (23%) já tinham feito download de aplicações móveis

de saúde/fitness e apenas um de aplicações para a asma; 65% (n=26) gostariam de utilizar uma aplicação móvel para melhorar a adesão à medicação inalada para a asma.

Mais de metade dos doentes com dispositivos móveis acedem às redes sociais e à internet. Apesar de atualmente apenas 1/3 utilizarem outras aplicações móveis, 2/3 gostariam de utilizar uma aplicação móvel para a asma.

**PO 42 – Rinite e poluição**

S. Farinha<sup>1</sup>, B. Kong Cardoso<sup>1</sup>, M. Martins<sup>1</sup>, L. Campos<sup>1</sup>, E. Tomaz<sup>1</sup>, F. Inácio<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar de Setúbal, EPE, Setúbal, PORTUGAL

**Objectivo:** Mais de 2 milhões de pessoas sofrem de rinite alérgica em Portugal. A prevalência de rinite tem aumentado nas últimas décadas, principalmente em países industrializados. Os determinantes ambientais da rinite ainda não são bem conhecidos, no entanto estudos recentes mostraram uma associação entre altos níveis de poluição do ar e um aumento do risco de sensibilização alérgica e de prevalência de rinite. Os óxidos de nitrogénio (NOx), dióxido de enxofre (SO2), ozono (O3), partículas com diâmetro aerodinâmico de 10 µm (PM10) e partículas com diâmetro aerodinâmico de 2,5 µm (PM2.5) são considerados os poluentes responsáveis pelo aumento do risco de rinite alérgica.

**Este trabalho tem como objetivo estudar a relação entre a intensidade dos sintomas de rinite diários e os níveis de poluentes atmosféricos na área de Setúbal.**

**Metodologia:** Foram selecionados aleatoriamente doentes com rinite alérgica, residentes na região de Setúbal e que frequentavam o nosso departamento de Imunoalergologia. Estes foram instruídos para anotar diariamente a intensidade dos seus sintomas nasais, expressa numa escala de 0 a 5 (0- “sem sintomas”, 5- “sintomas insuportáveis”), nos meses de Março e Abril de 2018.

O site da Agência Portuguesa do Ambiente (APA) foi consultado para os níveis diários de poluentes medidos pelas duas estações de monitorização de Setúbal (uma “de fundo”- Arcos e outra “de tráfego”- Quebedo) durante o mesmo período de tempo.

Os dados foram analisados utilizando um modelo causal temporal para relacionar os níveis de PM10, O3, NO2 e CO de ambas as

estações com a intensidade dos sintomas de rinite dos doentes.

**Resultados e conclusões:** Dos 135 calendários entregues, apenas 24 pacientes com rinite alérgica procedeu ao correto preenchimento e entrega dos mesmos. A sua mediana de idades era de 41,0 anos, sendo 13 do sexo feminino. O melhor modelo estatístico obtido identificou o CO como a “causa Granger” mais relevante para os sintomas de rinite. As PM10 e o NO2 surgiram também como factores de menor impacto.

A qualidade do modelo traduziu-se por um R<sup>2</sup> de 0,84.

Concluimos que os poluentes atmosféricos se comportaram como factores de variação da intensidade dos sintomas de rinite no local e período estudado. Neste período, na área urbana de Setúbal, o nível de CO foi o melhor marcador das variações da sintomatologia. Os níveis de PM10 e NO2 foram identificados como marcadores secundários.

**PO 43 – Check-up alergias 2017/2018 – resultados dos perfis de sensibilização**

N. Pinto<sup>1</sup>, A. Palhinha<sup>1</sup>, D. Pina Trincão<sup>1</sup>, I. Sangalho<sup>1</sup>, M. Lobato<sup>1</sup>, T. Gonçalves<sup>1</sup>, P. Carreiro Martins<sup>1,2</sup>, P. Leiria Pinto<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E., Lisboa, PORTUGAL

<sup>2</sup> CEDOC, Integrated Pathophysiological Mechanisms Research Group, Nova Medical School, Lisboa, PORTUGAL

**Objectivo:** Comparação dos perfis de sensibilização encontrados em dois rastreios realizados em Lisboa, no âmbito da iniciativa “Check-up Alergias”, realizados em duas épocas distintas: 5 e 6 de novembro de 2017 (amostra A) e outro a 6 de junho de 2018 (amostra B).

**Metodologia:** No âmbito dos rastreios “Check-up Alergias”, realizaram-se testes cutâneos por picada a participantes voluntários. Foram testados: Dermatophagoides pteronyssinus, alternária, pólen de gramíneas, pólen de parietária, pólen de oliveira e epitélio de Gato. O critério de positividade considerado foi a existência de pápulas com diâmetro médio igual ou maior que 3mm. Adicionalmente aplicou-se um questionário que avaliou a presença de sintomas sugestivos de doença alérgica respiratória (rinite -R, rinoconjuntivite – RC e asma).

**Resultados e conclusões:** Efetuaram-se 231 testes cutâneos por picada (133 em novembro e 98 em junho). Verificou-se em ambas

	Amostra A n=51 (38%)	Amostra B n=32 (33%)	Total n=83 (100%)	Valor p
Monossensibilizados	11 (22)	9 (28)	20 (24)	0,497
Polissensibilizados	40 (78)	23 (72)	63 (76)	0,497
<i>D. pteronyssinus</i>	37	21	58 (70)	0,503
Oliveira	18	20	38 (46)	0,016
Gramíneas	22	13	35 (42)	0,824
Epitélio de gato	13	9	22 (42)	0,791
Parietária	8	6	14 (17)	0,716
Alternária	5	5	10 (12)	0,428

as amostras um predomínio do género feminino (nA=96; nB=65), encontrando-se a maioria dos indivíduos acima dos 40 anos de idade (nA=86; nB=68). Obtiveram-se 83 testes cutâneos positivos (nA=51; nB=32). Na tabela é apresentado o perfil de sensibilizações das duas amostras.

Do total de participantes rastreados, 195 apresentavam sintomas de doença alérgica respiratória, 76% tinham sintomas sugestivos de R, 57% de RC e 30% de asma.

Globalmente a sensibilização a ácaros foi a mais frequente, seguido dos pólenes de oliveira e de gramíneas. A sensibilização a pólen de oliveira foi mais frequente na amostra B.

Os rastreios permitem sensibilizar a população para a saúde e recolher dados epidemiológicos. A época do ano em que decorre um rastreio poderá determinar o perfil sensibilizações encontrado.

Agradecimento: A todos os médicos voluntários que participaram nas iniciativas.

#### PO 44 – Check-up alergias – resultados de rastreios

A. Palhinha<sup>1</sup>, N. Pinto<sup>1</sup>, D. Pina Trincão<sup>1</sup>, I. Sangalho<sup>1</sup>, M. Lobato<sup>1</sup>, T. Gonçalves<sup>1</sup>, P. Carreiro Martins<sup>1,2</sup>, P. Leiria Pinto<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia, CHLC, Lisboa, PORTUGAL

<sup>2</sup> CEDOC, Integrated Pathophysiological Mechanisms Research Group, Nova Medical School, Lisboa, PORTUGAL

**Objectivo:** Avaliação de sintomatologia sugestiva de doença alérgica e do padrão de sensibilização, nas amostras obtidas através da iniciativa Check-up Alergias decorrida de 5 a 6 de Novembro de 2017 e a 6 de Junho de 2018.

**Metodologia:** Foram aplicados 250 inquéritos (140 em Nov/17; 108 em Jun/18) em participantes voluntários, excluindo-se 19 (7 em Nov/17; 12 em Jun/18) por contraindicação para realização de testes cutâneos, de acordo com as guidelines da EAACI. Testaram-se os aeroalergénios: D. pteronyssinus, Alternária, Pólen de Gramíneas, Parietária, Oliveira e Epitélio de Gato. Consideraram-se positivas as pápulas com diâmetro > ou =3mm. Definiram-se como sintomas sugestivos de rinite (R), rinoconjuntivite (RC) e asma: crises de espirros, corrimento nasal ou nariz entupido na ausência de constipação; olhos lacrimejantes e com comichão; pieira ou sibilos no peito, respetivamente. O diagnóstico de rinite alérgica (RA) baseou-se na presença de sintomas de R e positividade dos TC para pelo menos 1 aeroalergénio.

**Resultados e conclusões:** Foram obtidas 2 amostras – Nov/17 Amostra A e Jun/2018 Amostra B, constituídas por 133 e 98 doentes. Verificou-se predomínio do género feminino (nA=96; nB=65) e a maioria dos indivíduos tinha >40 anos de idade (nA=86; nB=68).

Nas amostras A e B, 80,5 e 69,4% (nA=107; nB=68) dos doentes referiam sintomas de R, dos quais 25,6 e 27,6% (nA=34, nB=27) tinham diagnóstico prévio de RA. 72 e 81% (nA=77; nB=55) dos doentes com R tinha também sintomatologia de RC. A maioria apresentava queixas de R em mais de uma estação do ano [nA=70 (65%); nB=42 (62%)], sendo a Primavera a estação mais implicada [nA=78 (73%); nB=58 (85%)]. O diagnóstico de RA foi assumido em 32 e 27% dos doentes, respectivamente.

Quanto à asma, 27,8 e 33,7% (nA=37; nB=33) dos doentes referiam sintomas compatíveis com esta doença; dos quais 15,8 e 8,2% (nA=21; nB=8) tinham diagnóstico prévio. Os sintomas de asma foram notados em mais de uma estação do ano na maioria dos doentes [nA=16 (54%); nB=20 (61%)], com distribuição semelhante pelo Outono, Inverno e Primavera em ambas as amostras.

Dos indivíduos com sintomas de RA, 31 e 43% (nA=33; nB=29) tinha também sintomas de asma, os quais apresentavam maior impacto nas actividades de vida diária.

**Conclusões:** Apesar do possível viés de selecção das amostras, verificou-se um subdiagnóstico das patologias em estudo, o que corrobora a importância dos rastreios como veículo de sensibilização da população para a saúde e para recolha de dados epidemiológicos.

#### PO 45 – Ácaros do pó doméstico e de armazenamento – perfil de sensibilização cutânea na alergia respiratória no norte de Portugal.

M. L. Marques<sup>1</sup>, I. Rezende<sup>1</sup>, L. Cunha<sup>1</sup>, H. Falcão<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Centro Hospitalar e Universitário do Porto, Porto, PORTUGAL

**Objectivo:** Objectivos: Estudar a prevalência de sensibilização cutânea a ácaros em adultos com sintomas de alergia respiratória.

**Metodologia:** Estudo prospetivo de Janeiro a Junho de 2018 com realização de testes cutâneos prick (TC) a ácaros: Dermatophagoides pteronyssinus (Der p); Dermatophagoides farinae (Der f); Lepidoglyphus destructor (Lep d); Acarus siro (Aca s); Blomia Tropicalis (Blo t); Euroglyphus maynei (Eur m); Tyrophagus putrescentiae (Tyr p) e Glycyphagus domesticus (Gly d); em doentes com sintomas de alergia respiratória, observados em consulta de Imunoalergologia. Análise de dados demográficos, clínicos e estudo estatístico com recurso ao SPSS Statistics v.22.0®.

**Resultados:** Inclusão de 80 doentes: 56 (70%) apresentavam TC positivos para pelo menos um ácaro, sendo a maioria polissensibilizados (n=50;89,3%). A média de idades era de 37,2±13 anos e 20 eram do género masculino (35,7%). A maioria habitava em meio urbano (n=33;58,9%) e trabalhava em locais sem áreas de armazenamento (AA) (n=50;89,3%). 52 apresentavam clínica de rinite (92,9%); 22 de asma (39,3%) e 17 (30%) ambas. A frequência de positividade dos alergénios foi: 82,1% (n=46) Der p e Der f; 58,9% (n=33) Lep d; 57,1% (n=32) Eur m; 57,1% (n=32) Tyr p; 55,4% (n=31) Blo t; 44,6% (n=25) Gly d e 23,2% (n=13) Aca s. Na análise por grupos (urbano/rural) verificou-se que os ácaros com maior expressão nos doentes de meio urbano eram: Der f (n=28;84,8%); Der p (n=27;81,8%); Blo t (n=20;60,6%). No meio rural: Der p (n=19;82,3%), Der f (n=18;78,3%); Lep d e Eur m (n=14;60,9%). Na análise por grupos (locais de trabalho com AA/sem AA), os ácaros com maior expressão nos doentes que trabalham em locais sem AA eram: Der f (n=42;84%); Der p (n=40;80%); Lep d (n=30;60%); Eur m (n=29;58%). Nos de locais com AA: Der p (n=6;100%); Der f e Tyr p (n=4;66,7%); Lep d e Eur m (n=3;50%).

**Discussão/Conclusão:** Houve um predomínio da sensibilização a Der p, Der f e Lep d. Os resultados são expectáveis para Der p e Lep d, dado que no Mapa Acarológico Português (MAP) são os ácaros mais prevalentes na zona do estudo (94,8% e 47,6%, respec-

tivamente). Relativamente a Der f (11,5% no MAP), a elevada prevalência de sensibilização pode relacionar-se com a existência de reatividade cruzada com Der p. Eur m, Blo t e Tyr p apresentam prevalências de sensibilização elevadas, apesar da sua baixa prevalência estimada no MAP (15,3%;1,4% e 5,2%, respetivamente). Alerta-se para a possível emergência de outros ácaros, além dos habitualmente pesquisados e para a importância do perfil de sensibilização.

#### PO 46 – Eosinofilia periférica como biomarcador na doença pulmonar obstrutiva crónica

I. Coutinho<sup>1</sup>, J. Pita<sup>1</sup>, J. Carvalho<sup>1</sup>, M. Alves<sup>1</sup>, J. Francisco<sup>3</sup>, M. Ferreira<sup>2</sup>, D. Ferreira<sup>2</sup>, M. Veríssimo<sup>2</sup>, C. Loureiro<sup>1</sup>, A. Todo Bom<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra – Serviço de Imunoalergologia, Coimbra, PORTUGAL

<sup>2</sup> Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra – Serviço de Medicina Interna, Coimbra, PORTUGAL

<sup>3</sup> Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra – Serviço de Medicina Intensiva, Coimbra, PORTUGAL

**Objectivo:** A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) é uma doença comum e letal. Os eosinófilos são células importantes na asma, contribuindo para a inflamação e hiperreatividade brônquica, contudo o seu papel na DPOC permanece incerto. É de interesse atual o estudo de fenótipos que podem influenciar a resposta ao tratamento nas doenças pulmonares obstrutivas crónicas – asma ou DPOC – incluindo a presença de eosinofilia na expectoração ou periférica (EOP). A EOP tem sido sugerida como biomarcador de risco de exacerbação nos doentes com DPOC, especialmente nos tratados com broncodilatador de longa ação (LABA) na ausência de corticoterapia inalada (ICS).

**Objetivo:** Caracterização dos doentes internados no serviço de Medicina Interna de um hospital terciário com diagnóstico principal de DPOC agudizada, entre Janeiro/2014 e Dezembro/2016.

**Metodologia:** Estudo retrospectivo, descritivo e inferencial, de 163 doentes, avaliando: idade, sexo, tabagismo ativo (TA), ex-fumadores (EF), unidades maço-ano (UMA), EOP (contagem absoluta de eosinófilos superior ou igual a  $0.5 \times 10^9/L$ ), gasimetria arterial à entrada, medicação habitual, ventilação não invasiva (VNI), dias de internamento, mortalidade, re-internamentos e recorrência ao Serviço de Urgência (SU).

**Resultados e conclusões:** Amostra final com 55,8% de indivíduos do sexo masculino e idade média de  $81,4 \pm 8,5$  anos. Em 30,7% dos doentes foi possível definir a história tabágica (4,9% apresentavam TA e 40% eram EF, com um valor médio de  $41,8 \pm 31,5$  UMA). Relativamente à terapêutica: 44,8% medicados com LABA, 24,5% anti-colinérgicos de longa ação, 40,5% ICS, 38,7% aminofilina e 10,4% com necessidade de VNI no episódio estudado. A mortalidade no internamento foi de 10,5%. Em 9,2% evidenciou-se EOP à entrada, sendo que 60% eram do sexo feminino. Não foram estabelecidas relações estatisticamente significativas entre a presença de EOP e o sexo, história tabágica, UMA, medicação habitual, VNI, mortalidade, número de re-internamentos e recorrência ao SU ( $p > 0,05$ ). Em conclusão, a EOP é um fator de risco independente já estabelecido nas exacerbações na Asma e estudos recentes têm levan-

tado a hipótese da EOP ter também impacto na evolução, tratamento e prognóstico na DPOC. O nosso estudo, apesar das limitações considerando a tipologia retrospectiva e o número de doentes, revelou a presença de um subgrupo de doentes com DPOC e EOP, ainda que, não tenha sido possível identificar diferenças estatisticamente significativas na evolução/prognóstico entre os dois subgrupos de doentes.

#### PO 47 – Doenças ocupacionais – experiência de um serviço de imunoalergologia

M. L. Marques<sup>1</sup>, I. Falcão<sup>1</sup>, H. Falcão<sup>1</sup>, L. Cunha<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Centro Hospitalar e Universitário do Porto, Porto, PORTUGAL

**Objectivo:** Caracterizar os doentes com suspeita de doença ocupacional (DO) enviados à consulta de DO num Serviço de Imunoalergologia.

**Metodologia:** Estudo observacional retrospectivo em doentes com suspeita de DO, durante o período de Janeiro de 2017 até Junho 2018. Recolha e análise de dados clínicos: género, idade, profissão, motivo de consulta, meios complementares de diagnóstico (estudo funcional respiratório com broncodilatação e/ou metacolina; registo de débito expiratório máximo instantâneo em trabalho e afastamento; testes cutâneos a inalantes comuns e a alimentos; testes epicutâneos e IgEs específicas), diagnóstico definitivo, utilização de equipamento de proteção individual (EPIs) e orientação. Análise estatística com recurso ao SPSS Statistics v. 22.0®.

**Resultados e conclusões:** Inclusão de 41 doentes, com idade média de  $41,7 \pm 12$  anos, 22 (53%) do sexo masculino. Os setores profissionais dos doentes por ordem decrescente de frequência eram: Restauração/Panificação (n=14; 34%); Estética/Cabeleireiro, Agrícola, Indústria Têxtil, Carpintaria/Serralharia e Reparação de automóveis (todos os grupos com n=4; 9,8%); outros setores (n=7; 17%). No que respeita aos motivos de consulta, a maioria dos doentes foi encaminhada por queixas de Rinite (n=23; 56%), seguindo-se o Eczema de contacto (EC) (n=17, 41%), Asma (n=16, 39%) e a conjuntivite (n=4; 9,8%). 21 (51,1%) doentes apresentavam queixas compatíveis com 2 ou mais patologias. 18 (43,9%) doentes apresentavam antecedentes de atopia. Os diagnósticos finais foram por ordem decrescente de frequência: Rinite agravada pelo trabalho (n=16, 39%); Asma agravada pelo trabalho (n=12; 29,2%); EC alérgico (n=11, 26,8%); EC irritativo (n=4, 9,8%); Rinite ocupacional e Asma ocupacional (ambos n=3; 7,3%). Em 12 (29,1%) doentes foi estabelecido o diagnóstico de DO, tendo todos os doentes sido notificados ao Departamento de Proteção de Riscos Profissionais. Apenas 22 doentes (53,6%) referiam utilizar EPIs.

Na nossa população verificou-se um predomínio do sexo masculino. O setor profissional mais acometido foi o da Restauração/Panificação. A Rinite e Asma agravadas pelo trabalho e o EC alérgico foram os diagnósticos mais frequentes. No que diz respeito à DO propriamente dita, verifica-se uma maior prevalência do EC alérgico, seguido da Rinite e Asma ocupacionais. Ainda há uma fraca adesão dos trabalhadores à utilização dos EPIs. O diagnóstico precoce da DO, assim como o afastamento dos trabalhadores, torna-se fundamental a fim de evitar a progressão da doença.

## SESSÃO DE POSTERS IV CASOS CLÍNICOS II

**Dia:** 30 de Setembro

**Horas:** 08:00 – 10:00

**Sala:** 3

*Moderadores:* Ana Morête, Eva Gomes, Nuno Sousa

### PO 48 – Nefrite intersticial aguda e um fenómeno de reatividade cruzada?

L. Esteves Caldeira<sup>1</sup>, M. Neto<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Imunoalergologia, Hospital Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE, Lisboa, PORTUGAL

**Objectivo:** Introdução: A nefrite intersticial aguda (NIA) é uma causa frequente de lesão renal associada a um declínio da função renal e caracterizada por um infiltrado inflamatório intersticial, com envolvimento tubular. Os fármacos são os agentes etiológicos mais frequentes (70-75%), nomeadamente os antibióticos (30-49%). Apesar de bem documentadas as reações de NIA induzidas por beta-lactâmicos, raros são os casos descritos desencadeados por diferentes sub-classes.

**Metodologia:** Caso Clínico: Homem, 28 anos, caucasiano, sem medicação habitual. Internado no Serviço de Cirurgia por apendicite aguda, submetido a apendicectomia laparoscópica, medicado com Amoxicilina-ácido clavulânico (AXC) 2,2g 8/8h EV. Após 5 dias de AXC iniciou febre sem foco de infeção evidente, com alteração da função renal – aumento da creatinina de 1,1mg/dL para 2,03mg/dL, e análise de urina de 24h com leucocitúria, proteinúria 555,2 mg e eritrocitúria. A ecografia renal revelou hiperecogenicidade bilateral dos rins. Atribuiu-se o quadro a nefrite intersticial aguda, a AXC foi interrompida e substituída por Cefazolina. Medicou-se com prednisolona, com apirexia e normalização da função renal ao fim de 3 semanas. Teve alta a cumprir corticoterapia durante 2 meses e referenciado à consulta de Imunoalergologia. Para conferir alternativa, foi realizada prova de provocação oral com Cefuroxima 500mg de 12/12h, que manteve durante 4 dias, altura em que suspendeu por lombalgia bilateral e astenia, sem febre. Analiticamente com leucocitose, neutrofilia, sem eosinofilia e discreta proteinúria (25mg/dL) na análise sumária da urina. Função renal e ecografia renal sem alterações. Teve resolução sintomática 24h após suspensão do fármaco. Desde então o doente mantém evicção completa de todo o grupo de beta-lactâmicos.

**Resultados e conclusões:** Conclusão: A NIA pode ser provocada por qualquer fármaco, não é dose-dependente, e surge na reexposição. É considerada uma reação de hipersensibilidade tipo IV mediada por células T em que o fármaco desencadeia uma resposta imunológica por reações tipo-hapteno/pró-hapteno ou imitação de proteínas renais. São considerados especulativos fenómenos de reatividade cruzada, pelo que outros beta-lactâmicos, que não o suspeito, são normalmente alternativas terapêuticas viáveis. Neste caso, contudo, ao se realizar prova de provocação oral com Cefuro-

xima, foi desencadeado idêntico quadro clínico. É lícito assumir que semelhanças estruturais entre fármacos do mesmo grupo possam explicar a reatividade cruzada.

### PO 49 – Síndrome de Kounis secundário à administração endovenosa de amoxicilina-ácido clavulânico: um caso clínico

A. Moreira<sup>1</sup>, R. R. Alves<sup>1</sup>, S. Gouveia<sup>2</sup>, V. Barcelos<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Unidade de Imunoalergologia do Hospital do Divino Espírito Santo, EPE, Ponta Delgada, PORTUGAL

<sup>2</sup> Serviço de Medicina Interna do Hospital do Divino Espírito Santo, EPE, Ponta Delgada, PORTUGAL

**Objectivo:** Apresentação de um caso clínico de Síndrome de Kounis (SK) com etiologia medicamentosa.

**Metodologia:** Uma doente de 73 anos de idade, caucasiana, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes mellitus e AVC prévio, recorreu ao Serviço de Urgência por queixas de tosse, febre e dispneia. Foi realizado o diagnóstico de pneumonia e iniciou-se medicação com amoxicilina-ácido clavulânico endovenoso. Imediatamente após o início da perfusão a doente desenvolveu um choque anafilático (exantema torácico, hipotensão, taquicardia e dessaturação) seguido de paragem respiratória. Realizou-se tratamento com corticóides, anti-histamínicos e noradrenalina endovenosas e iniciou-se ventilação mecânica invasiva. O eletrocardiograma apresentava supradesnivelamento do segmento ST e os marcadores de necrose miocárdica encontravam-se elevados (troponina I 2.046 ug/L, CK 647 U/L, CKMB 55U/L). A coronariografia de emergência revelou sinais de doença aterosclerótica prévia sem estenose coronária significativa e a repetição do eletrocardiograma evidenciou resolução do supradesnivelamento de ST. Foi iniciado tratamento com anti-coagulantes e anti-agregantes plaquetários. A triptase sérica em fase aguda foi de 32 mcg/L (Normal < 11) e a basal 10 mcg/L. Verificou-se melhoria clínica significativa com suspensão da ventilação mecânica em 29 horas. Após estabilização clínica realizou-se ecocardiograma que se mostrou normal. Para tratamento da pneumonia foi iniciado ceftriaxona e azitromicina, que a doente tolerou. Após 3 dias, por recorrência de febre e agravamento das queixas respiratórias, a antibioterapia foi alterada para meropenem e linezolida, igualmente com boa tolerância. No estudo imunológico, realizado em Consulta de Imunoalergologia, foi detetada positividade da IgE para Amoxicilina (1.53 kU/L).

**Resultados e conclusões:** Os autores descrevem um caso raro de um SK do tipo II, com choque anafilático grave, associado a administração endovenosa de amoxicilina-ácido clavulânico em uma doente com boa tolerância posterior a ceftriaxona e meropenem. De acordo com o descrito na literatura, os antibióticos beta-lactâmicos estão entre os fármacos mais frequentemente associados ao SK.

**PO 50 – Paragem cardio-respiratória durante a realização de testes cutâneos prick**

M. Alves<sup>1</sup>, R. A. Fernandes<sup>1</sup>, F. Regateiro<sup>1</sup>, J. Pita<sup>1</sup>, C. Ribeiro<sup>1</sup>, I. Carrapatoso<sup>1</sup>, E. Faria<sup>1</sup>, A. Todo Bom<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Imunoalergologia, Hospitais da Universidade de Coimbra, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, PORTUGAL

**Objectivo:** Introdução

As reacções sistémicas durante a realização de testes cutâneos por picada (TCP) têm uma frequência extremamente baixa e a anafilaxia, em particular, é rara.

**Metodologia:** Caso Clínico

Mulher, 62 anos, referenciada a consulta de Imunoalergologia por história de reacção sistémica grave após a administração endovenosa de cefuroxima-axetil e metilprednisolona, no período peri-operatório de cirurgia de catarata. Com antecedentes de alcoolismo crónico, HTA, dislipidémia, DPOC e osteoporose; e medicação habitual: enalapril/lercanidipina, AAS, budesonida inalado, indacaterol, brometo de tiotrópio, rosuvastatina, mir tazapina, oxazepam. Sem história pessoal ou familiar de atopia. O estudo diagnóstico inicial incluiu o doseamento de IgE específica para penicilloyl G, penicilloyl V, amoxicilina, ampicilina e cefaclor (negativos), IgE total 152 UI/ml e triptase sérica (TS) 9.3 µg/L (<11,4 µg/L). Realizou testes cutâneos a corticosteróides que foram negativos e, 5 meses depois, a cefuroxima, cefazolina e ceftazidima. Cerca de 2 minutos após a realização do prick a doente iniciou dispneia e aperto orofaríngeo com progressão rápida para broncospasmo, cianose e perda de consciência. Foi administrada adrenalina IM, mas em segundos iniciou paragem cardio-respiratória (PCR). Foram iniciadas manobras de suporte avançado de vida e administrada adrenalina EV, foi entubada e ventilada, com recuperação da circulação espontânea 2 minutos após o início das manobras. Foram excluídas outras causas de PCR. Foi admitida no Serviço de Medicina Intensiva tendo tido alta uma semana após a reacção, sem qualquer dano neurológico. Os TCP revelaram uma reacção fortemente positiva a cefuroxima (15mm) e negativa às restantes cefalosporinas. O valor da TS 1 e 2 horas após o início dos sintomas estava elevado (43.0 e 44.4 µg/L, respectivamente).

**Resultados e conclusões:**

Este é o único caso na literatura de anafilaxia com PCR induzida por TCP a cefalosporinas. No presente caso, a elevação dos níveis de TS confirma o diagnóstico de anafilaxia e exclui outras causas de PCR, e o seu valor basal normal exclui mastocitose sistémica subjacente. O caso descrito mostra que uma técnica minimamente invasiva como os TCP pode induzir reacções anafiláticas graves, pelo que devem ser realizados por profissionais treinados e em ambiente hospitalar.

**PO 51 – Eritema pigmentado fixo por tenoxicam**

J. Costa Carvalho<sup>1</sup>, R. A. Fernandes<sup>1</sup>, C. Loureiro<sup>1</sup>, A. Todo Bom<sup>1</sup>  
<sup>1</sup> Serviço de Imunoalergologia/Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, PORTUGAL

**Objectivo:** Introdução: O eritema pigmentado fixo (EPF) é uma dermatose induzida por fármacos com a característica de recorrência das lesões no mesmo local na pele ou mucosas, minutos a horas após a toma do fármaco. Ocorre frequentemente após a toma de anti-inflamatórios não esteroides, mas dentro da sua classe é raro a oxicams, nomeadamente ao tenoxicam.

Os autores descrevem um caso de EPF recorrente, cujo diagnóstico por testes epicutâneos identificou o tenoxicam como agente etiológico.

**Metodologia:** Descrição do Caso: Doente do sexo masculino com 49 anos, observado no Serviço de Urgência por máculas violáceas dolorosas localizadas nas mãos (figura 1), pés e genitais. As lesões surgiram 12 horas após a primeira toma de cefuroxima e tenoxicam por via oral, prescritos pelo seu médico assistente por queixas de odinofagia.

Quando questionado, referiu quadro semelhante 7 anos antes, que motivou seguimento em consulta de Infecçiology por suspeita de sífilis, tendo realizado estudo complementar com VDRL que foi negativo.

Colocada a hipótese diagnóstica de EPF pelo que todos os fármacos foram suspensos e medicado com dermocorticóide nas lesões e anti-histaminico.

Posteriormente realizou testes epicutâneos na pele sã, com resultado positivo para piroxicam, tenoxicam e lornoxicam, que confirmaram a suspeita de EPF.

**Resultados e conclusões:** Conclusão: O tenoxicam é um anti-inflamatório amplamente utilizado. A maioria das reacções adversas são gastro-intestinais. O EPF, embora raro, também já foi descrito. O diagnóstico do EPF é clínico, mas perante uma história incerta os testes epicutâneos são fundamentais para um correto diagnóstico e orientação terapêutica.



**PO 52 – Clorohexidina: alergénio oculto potencialmente fatal**

M. Fernandes<sup>1,2</sup>, A. Lopes<sup>1</sup>, A. Spínola Santos<sup>1</sup>, M. C. Pereira Santos<sup>3,4</sup>, M. Pereira Barbosa<sup>1,4</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE, Lisboa, PORTUGAL

<sup>2</sup> Unidade de Imunoalergologia, Hospital Dr. Nélio Mendonça, SESARAM, EPE, Funchal, PORTUGAL

<sup>3</sup> Laboratório de Imunologia Clínica, Faculdade de Medicina, Instituto de Medicina Molecular Universidade de Lisboa, Lisboa, PORTUGAL

<sup>4</sup> Clínica Universitária de Imunoalergologia, Faculdade Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa, PORTUGAL

**Objectivo:** Introdução: A clorohexidina (CHX) é um antisséptico e desinfetante comumente utilizado em meio hospitalar. Reações anafiláticas à CHX são raras mas potencialmente fatais.

**Metodologia:** H, 75 anos com AP de HTA sob bisoprolol, e neoplasia da bexiga submetido a ressecção transuretral em 2014. No follow-up foram realizadas cistoscopias a cada 6 meses sob anestesia local. Durante o 2.º procedimento desenvolveu prurido cutâneo generalizado sem outros sintomas associados com resolução espontânea em 1h. Esta reação foi associada à cefoxitina.

Em Nov/2016, 20 min após a 4.ª cistoscopia, iniciou queixas de aperto orofaríngeo, dispneia, seguidos de hipotensão e perda de consciência com paragem cardiorrespiratória. Simultaneamente desenvolveu urticária generalizada. Foram iniciadas manobras de reanimação com recuperação do ritmo sinusal e recuperação da consciência após intubação e ventilação invasiva. Foi extubado no próprio dia e transferido para a Unidade de Cuidados Intensivos até estabilização clínica.

Nas cistoscopias pós-operatórias foram utilizados a iodopovidona como desinfetante local e gel lubrificante de lidocaína+CHX como anestesia local. A antibioterapia profilática não foi realizada em todos procedimentos.

Da investigação alergológica salienta-se sIgE negativas para látex e betalactâmicos, testes cutâneos em picada (TCP) para látex e iodopovidona negativos e TCP e intradérmicos para lidocaína, PPL, MDM, amoxicilina, penicilina, cefoxitina, cefazolina e cefuroxima negativos. A prova de provocação (PP) subcutânea à lidocaína e PP endovenosa à cefoxitina foram negativas. O TCP à CHX foi positivo. Foi realizado TAB com digluconato de CHX a 20% nas concentrações de 0,05, 0,005, 0,0005 e 0,00005%. A população de basófilos foi identificada HLA-DR-CD123+ CD203c+ e avaliação da ativação pela expressão de CD63. O teste foi positivo nas concentrações de 0,005, 0,0005 e 0,00005% com ativação de 5,02, 8,58 e 11,9% e índice de estimulação de 3,2, 5,5 e 7,62 respetivamente. Aguarda doseamento de sIgE para CHX.

Estabeleceu-se o diagnóstico de alergia à CHX tendo sido dada indicação para evicção desta substância. As cistoscopias subsequentes com utilização de gel lubrificante de lidocaína decorreram sem intercorrências.

**Resultados e conclusões:** Este é um exemplo de um caso de reação anafilática grave em que a CHX é o alergénio oculto impli-

cado. Este facto aumenta o risco de um desfecho potencialmente fatal em reexposições futuras nos procedimentos médicos/cirúrgicos invasivos, se não for corretamente diagnosticado.

**PO 53 – Mastocitose sistémica – um caso fatal**

J. Gomes<sup>1</sup>, J. Ferreira<sup>1</sup>, M. Nunes<sup>2</sup>, H. Coelho<sup>2</sup>, I. Lopes<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia / Espinho, EPE, Vila Nova de Gaia, PORTUGAL

<sup>2</sup> Serviço de Hematologia, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/ Espinho, EPE, Vila Nova de Gaia, PORTUGAL

**Objectivo:** A mastocitose sistémica (MS) é uma patologia rara e incurável. As manifestações clínicas, causadas pela proliferação e acumulação de mastócitos neoplásicos nos tecidos e libertação de mediadores, são muito heterogéneas, dificultando o diagnóstico. O tratamento consiste na prevenção dos efeitos causados pelos mediadores mastocitários e na redução do número de mastócitos. A maioria das MS apresenta um curso indolente e sobrevivência de décadas. A MS agressiva atinge 5% dos doentes tendo mau prognóstico.

Os autores descrevem um caso de MS agressiva cujo atraso no diagnóstico foi superior a um ano. Sendo uma entidade rara estar atento ao diagnóstico é crucial.

**Metodologia:** Trata-se de um caso clínico. Homem de 59 anos, com episódios recorrentes de eritema cutâneo, febre (40.°C), sudorese profusa e lipotimia há mais de um ano de agravamento progressivo. O doente recorreu mais de 10 vezes ao SU onde era medicado com corticoides e anti-histamínicos por via parentérica, com melhora. Nos 5 meses anteriores à consulta, os sintomas eram quase diários com astenia, emagrecimento (10kg), artralgias, dor abdominal e diarreia, obstrução nasal, eritema ocular, rouquidão e dificuldade respiratória. Efetuou vários estudos analíticos, TC abdominal, tórax, crânio, estudos de função respiratória sem alterações significativas, exceto VS elevada (38 mm/h) e presença de glândula suprarrenal globosa na TC abdominal.

Na consulta de Imunoalergologia efetuou doseamento de triptase basal: 160 µg/L (1-15) e em crise: 163 µg/L. Catecolaminas e metanefrinas em urina de 24h: sem alterações. Referenciado à consulta de Hematologia por suspeita de MS. A biópsia óssea mostrou infiltração difusa por mastócitos patológicos (60-70%), triptase+, CD25+, CD117+, CD2+; Mutação c-KIT negativa. Foi estabelecido diagnóstico de MS agressiva.

Ao doente medicado com RUPATADINA 3-4id, Ranitidina 300 mg id, Montelukast 10 mg id, Paracetamol, Diclofenac, foi proposto tratamento com Cladribina (0.13mg/kg, 5 dias). Após 4 ciclos o doente apresentava critérios de progressão da neoplasia mieloproliferativa: anemia grave (Hgb: 6,2 g/dl) e triptase >200 g/L. Recusou suporte transfusional por motivos religiosos e viria a falecer 6 meses após o diagnóstico de MS (2 anos após início dos sintomas).

**Resultados e conclusões:** A MS agressiva é uma situação rara, pelo que o seu diagnóstico pode demorar vários meses até ser efetuado, com impacto muito importante na qualidade de vida e no prognóstico do doente.

**PO 54 – Reação de hipersensibilidade tardia ao ácido clavulânico – caso clínico**R. Limão<sup>1</sup>, T. Lourenço<sup>1</sup>, A. Lopes<sup>2</sup>, M. Pereira Barbosa<sup>1,2</sup><sup>1</sup> Serviço de Imunoalergologia, Hospital Santa Maria – Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE, Lisboa, PORTUGAL<sup>2</sup> Clínica Universitária de Imunoalergologia, Faculdade de Medicina, Lisboa, PORTUGAL

**Objectivo:** Introdução: O Ácido clavulânico (AC) é um inibidor de beta-lactamase, enzima que promove a hidrólise do anel beta-lactâmico, levando à perda da ação bactericida das penicilinas. Tem sido descrito um número crescente de doentes com reações de hipersensibilidade (HS) ao AC, provavelmente devido ao aumento da sua prescrição em associação com a amoxicilina. A maioria das reações são imediatas.

**Metodologia:** Caso clínico: Homem de 27 anos, referenciado a consulta de imunoalergologia em 2011 por suspeita de alergia aos beta-lactâmicos, após ter efetuado testes à penicilina no centro de saúde com suposta positividade. A investigação inicial foi negativa com provas de provocação (PP) com penicilina e amoxicilina. Posteriormente, efetuou 8 tratamentos com amoxicilina, sem reação. Em fevereiro de 2016, por amigdalite, foi medicado com amoxicilina+AC e teve urticária 2 dias após terminar o tratamento. Em maio de 2016 voltou a usar amoxicilina+AC por faringite, com aparecimento de urticária no último dia de tratamento. Foi então efetuada nova investigação: doseamento de IgE específicas para os beta-lactâmicos negativo, testes cutâneos em picada (TCP) e intradérmicos (ID) com determinantes major (PPL) e minor (MDM), penicilina, amoxicilina, amoxicilina+AC, ampicilina e cefalosporinas negativos imediatos e tardios e testes epicutâneos negativos. Efetuou PP com amoxicilina+AC, com aparecimento de urticária generalizada ao 5.º dia. Efetuou então TCP e ID com AC isoladamente com positividade imediata no ID efetuado com a concentração de 20 mg/mL. Efetuou posteriormente PP com amoxicilina sem reação. Foi então estabelecido o diagnóstico de reação de HS tardia ao AC.

**Resultados e conclusões:** Conclusão: As reações de HS seletiva ao AC envolvem mais frequentemente reações imediatas, reações tardias são raras. Os autores descrevem um caso de reação tardia ao AC em que a utilização do AC isolado no teste cutâneo confirmou o diagnóstico.

**PO 55 – Dessensibilização ao nab-paclitaxel em doente com reação de hipersensibilidade grave ao docetaxel**J. Barradas Lopes<sup>1</sup>, L. Rocha<sup>2</sup>, M. Vieira<sup>1</sup>, J. Silva<sup>1</sup>, A. Joaquim<sup>3</sup>, J. Moreira da Silva<sup>1</sup>, S. Cadinha<sup>1</sup><sup>1</sup> Serviço de Imunoalergologia do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE, Vila Nova de Gaia, PORTUGAL<sup>2</sup> Serviços Farmacêuticos do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/ Espinho, EPE, Vila Nova de Gaia, PORTUGAL<sup>3</sup> Serviço de Oncologia do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/ Espinho, EPE, Vila Nova de Gaia, PORTUGAL

**Objectivo:** Introdução: As reações de hipersensibilidade (RH) aos taxanos são cada vez mais frequentes. O valor dos testes

cutâneos no diagnóstico e estratificação do risco bem como a existência de reatividade cruzada entre diferentes fármacos deste grupo ainda não se encontram bem estabelecidos.

**Metodologia:** Métodos: Descrição de um caso clínico de RH ao Docetaxel, com reação sistémica grave após realização de ID, submetida a tratamento com nab-Paclitaxel.

**Resultados e conclusões:** Resultados: Doente de 51 anos, sexo feminino, com carcinoma da mama em tratamento com FEC (5-FU, Epirrubicina e Ciclofosfamida) para a qual foi proposta associação com Docetaxel. Minutos após primeira administração descrita reação de rubor facial, dispneia, sensação de desmaio, dessaturação e hipotensão. Dado necessidade de manter tratamento com este grupo de fármacos foi orientada para a consulta de alergia a fármacos onde realizou: testes cutâneos por picada (TCP) com Docetaxel (10mg/mL) negativos; testes intradérmicos (ID) na diluição de 1/100, com queixas concomitantes de visão turva, sensação de desmaio, calor/prurido nas palmas/couro cabeludo e hipotensão segundos após a realização do mesmo, com melhoria após tratamento com Adrenalina, Fluidoterapia, Oxigenoterapia, Clemastina e Metilprednisolona. Face à gravidade da reação aquando da realização do ID, proposta alteração de taxano para nab-Paclitaxel. Pelo risco de reatividade cruzada (RC) foram realizados TCP (1mg/mL) que apesar de não cumprirem critérios de positividade (+/- 3mm) foram idênticos à histamina, razão pela qual não foram efetuados ID. A doente foi submetida a dessensibilização com nab-Paclitaxel com 4 soluções sob pré-medicação com Montelukaste, Clemastina e Ranitidina, tendo sido atingida a dose cumulativa pretendida sem intercorrências. Manteve tratamento semanal, com redução gradual do número de soluções e passos (8 ciclos), até perfusão lenta, em regime de provocação (4 ciclos), com o último tratamento idêntico ao regular, completando os 12 ciclos preconizados sem intercorrências.

**Conclusão:** Apesar do resultado duvidoso do TCP com nab-Paclitaxel, optou-se por iniciar tratamento em protocolo de dessensibilização, dada a gravidade da reação sistémica durante ID com Docetaxel e eventual RC entre os 2 fármacos. O protocolo de dessensibilização elaborado foi bem tolerado ainda que, em virtude da administração já em regime de provocação nos últimos ciclos, se questione a ausência de RC entre Docetaxel e nab-Paclitaxel ou a eventual aquisição de tolerância.

**PO 56 – Eritema fixo a cetirizina – caso clínico**J. Marcelino<sup>1</sup>, M. Sanches<sup>2</sup>, C. Costa<sup>1</sup>, M. Barbosa<sup>1</sup><sup>1</sup> Serviço de Imunoalergologia, Hospital Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte E.P.E., Lisboa, PORTUGAL<sup>2</sup> Departamento de Dermatologia, Hospital Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte E.P.E., Lisboa, PORTUGAL

**Objectivo:** Introdução: As reações adversas a fármacos são comuns e as manifestações cutâneas são frequentes nas reações de hipersensibilidade. Uma manifestação incomum de hipersensibilidade é o eritema fixo. Este caracteriza-se pela recorrência de lesões cutâneas eritematosas, bem delimitadas, sempre com a mesma localização.

Qualquer fármaco pode ser a causa de uma reação de hipersensibilidade, embora raramente estas sejam descritas para fármacos antialérgicos.

**Metodologia:** Caso Clínico: Reportamos o caso de uma mulher de 48 anos, seguida em consulta de Imunoalergologia por rinite alérgica ligeira com sensibilização a ácaros (controlada com cetirizina em SOS) e dermatite de contato a mistura de perfumes I. Em março de 2016, doze horas após a toma de 1 comprimido de cetirizina, desenvolveu 2 máculas eritematosas, de bordos bem definidos, com sensação de prurido intenso/queimadura, no cotovelo direito e anca esquerda. As lesões desapareceram espontaneamente ao fim de 1 semana, deixando hiperpigmentação residual na anca esquerda. Meses após o primeiro episódio, após nova toma de cetirizina, a doente teve um segundo episódio com as mesmas características.

Em consulta de seguimento em Imunoalergologia, uma vez que a doente se recusou realizar testes epicutâneos, foi realizada prova de provocação oral com cetirizina. Doze horas após a prova, reapareceram as mesmas duas lesões já descritas. Além destas, apareceram também duas lesões “de novo” no dorso e no membro inferior esquerdo. A doente foi medicada com bilastina e prednisolona, com resolução completa de sintomas em 48 horas.

Foi realizada uma biópsia cutânea na lesão da anca que mostrou: degeneração hidrópica na camada basal da epiderme, espongirose, infiltrado inflamatório de neutrófilos e eosinófilos na derme.

**Resultados e conclusões:** Conclusão: Os eritemas fixos são uma apresentação rara de alergia a fármacos. Os médicos devem estar cientes da sua ocorrência e de que fármacos antialérgicos como anti-histamínicos e corticoides podem ser a causa.

A reexposição ao fármaco causal pode levar ao aparecimento de novas lesões, razão pela qual um correto diagnóstico é importante, para evitar reexposição e aumento da gravidade das reações.

#### PO 57 – Hipersensibilidade ao ácido fólico

C. Abreu<sup>1</sup>, I. Rodrigues<sup>2</sup>, R. Gomes<sup>1</sup>, R. Silva<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE, Vila Real, PORTUGAL

<sup>2</sup> Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE, Vila Real, PORTUGAL

**Objectivo:** O ácido fólico é uma vitamina do complexo B necessária à formação de proteínas estruturais e hemoglobina. A sua suplementação é utilizada no tratamento da maioria das anemias megaloblásticas e na prevenção de anomalias congénitas no 1.º trimestre da gestação. É recomendado na prevenção da ocorrência de defeitos do encerramento do tubo neural.

Ao contrário da sua forma natural, o ácido fólico sintético contém apenas o conjugado monoglutamato, contornando a necessidade de remoção do conjugado poliglutamato ao nível da mucosa intestinal.

**Metodologia:** Apresentamos o caso duma jovem de 30 anos, sem antecedentes alergológicos, orientada do Serviço de Urgência (SU) após um episódio de urticária aguda.

Trinta minutos após o pequeno-almoço, durante o percurso para o trabalho, iniciou prurido intenso dos membros superiores, que

rapidamente se generalizou, lesões maculopapulares, sensação de constrição orofaríngea, dispneia e mal-estar geral, sem alterações gastrointestinais ou perda da consciência. Recorreu ao SU, onde foi objetivada urticária generalizada e edema da orofaringe, sem alterações à auscultação pulmonar. Medicada com hidrocortisona, hidroxizina e salbutamol inalado com resolução do quadro em 1h. No dia da reação referia ter ingerido os alimentos habituais (leite, pão com manteiga e sumo de laranja) e iniciado suplementação com ácido fólico, Folicil<sup>®</sup> na dose de 5mg, recomendado em consulta de planeamento familiar pré-concepcional. Após a reação suspendeu o ácido fólico, tendo já voltado a ingerir leite, sumo de laranja e o mesmo tipo de pão com manteiga.

As reações de hipersensibilidade ao ácido fólico, são muito raras, encontram-se descritos na literatura apenas 13 casos, tendo sido comprovados mecanismos IgE-mediados *in vitro*.

Com base nisto, os autores realizaram testes cutâneos por picada com o fármaco suspeito, Folicil<sup>®</sup> e com folinato de cálcio, Lederfoline<sup>®</sup>, referido por alguns autores como alternativo.

Ambos os testes foram negativos, pelo que foi proposto à doente a realização do teste de provocação com o fármaco implicado, que foi positivo na dose de 1,25mg com reprodutibilidade da reação prévia.

**Resultados e conclusões:** Sendo o ácido fólico um suplemento utilizado em larga escala, aos autores consideraram importante alertar para um caso raramente descrito e potencialmente grave.

Quando a suplementação com ácido fólico for necessária, o uso de folinato de cálcio, após confirmação da sua tolerância e/ou uma alimentação rica em folatos naturais, são alternativas possíveis.

#### PO 58 – Reacção de hipersensibilidade a colírios midriáticos

A. Palhinha<sup>1</sup>, A. M. Romeira<sup>1</sup>, P. Leiria Pinto<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, Lisboa, PORTUGAL

<sup>2</sup> CEDOC, Integrated Pathophysiological Mechanisms Research Group, Nova Medical School, Lisboa, PORTUGAL

**Objectivo:** Introdução: O uso crescente de medicação ocular levou ao aparecimento de um maior número de reacções de hipersensibilidade (RH) associadas à mesma. Estas são, na sua maioria, RH tipo IV e, mais raramente, imediatas. Os agentes envolvidos são diversos, desde substâncias activas, como os colírios midriáticos (CM), a substâncias inactivas (conservantes).

**Metodologia:** Caso clínico: Doente de 82 anos, sexo masculino, sem história pessoal de atopia, enviado da consulta de Oftalmologia por suspeita de RH a medicação ocular tópica. Em Abril de 2017, imediatamente após aplicação de CM iniciou quadro de eritema e edema conjuntival e palpebral, bilateral, muito pruriginoso, que terá durado cerca de 3 meses. Foi observado múltiplas vezes nesse período, tendo realizado vários ciclos de antibioterapia (ATB) e corticóide tópico. Em Setembro de 2017, foi submetido a cirurgia a cataratas ao olho direito, sem reacção. Em Fevereiro de 2018, após consulta em que foram administrados CM, desenvolve quadro clínico reprodutível ao anteriormente descrito, com

necessidade de 3 ciclos de ATB e corticóide tópico, com resolução em cerca de 2 meses. Em Maio de 2018, cerca de 24 horas após cirurgia a cataratas ao olho direito (OD), aparecimento de eritema e edema da pálpebra e OD, pruriginoso. Na sequência deste episódio, foi observado em consulta de Imunologia, sob terapêutica tópica com dexametasona, clorifenamida e flurbiprofeno, ainda com edema da pálpebra superior direita e hiperémia ocular objectiváveis.

Foi possível identificar os fármacos utilizados nas consultas e cirurgias descritas, e todos eles correspondiam a CM – Tropicamida 10mg/ml, Fenilefrina 100mg/ml e Ciclopentolato 10mg/ml. Uma vez que as reacções descritas eram imediatas e não imediatas, realizámos Testes Cutâneos por Picada (TCP) e Testes Epicutâneos (TE) com os fármacos referidos. Os TCP foram positivos para Ciclopentolato, no imediato, e para Fenilefrina, às 48 e 96 horas. Os TE foram positivos às 48 e 96 horas para Fenilefrina. Posteriormente, realizámos Prova de Provocação Ocular (PPO) com Tropicamida que foi negativa.

**Resultados e conclusões:** Discussão: De acordo com os resultados acima referidos, assumimos RH a Fenilefrina e Ciclopentolato. Não testámos as substâncias inactivas uma vez que as presentes na Tropicamida, eram constituintes dos outros CM. Segundo a literatura, existe um número elevado de falsos negativos nos TE, pelo que foi imprescindível a realização da PPO, para exclusão de RH a Tropicamida, a qual pode ser utilizada futuramente.

#### PO 59 – Dermatite conubial: a propósito de um caso clínico.

C. Ferreira<sup>1</sup>, I. Rezende<sup>2</sup>, A. Guilherme<sup>1</sup>, I. Rosmaninho<sup>1</sup>, I. Lopes<sup>1</sup>  
<sup>1</sup> Serviço de Imunoalergologia do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho, Gaia, PORTUGAL

<sup>2</sup> Serviço de Imunoalergologia do Centro Hospitalar do Porto, Porto, PORTUGAL

**Objectivo:** Introdução: A dermatite de contacto alérgica conubial ocorre quando o agente causador da dermatite não foi utilizado pelo doente, mas pelo seu parceiro ou outros contactos próximos nomeadamente coabitantes. A maioria dos casos é devido a fragrâncias, cosméticos ou anti-inflamatórios tópicos não-esteróides.

**Metodologia:** Caso clínico: Doente do sexo masculino, 49 anos de idade, serralheiro, sem antecedentes pessoais de relevo. História com 2 anos de evolução, de lesões eczematosas recorrentes pruriginosas com atingimento do braço esquerdo, e agravamento temporal das lesões com envolvimento da região posterior do hemitórax esquerdo, com melhoria sintomática temporária após tratamento com corticosteróides tópicos, orais e ciclosporina. Foi encaminhado à nossa consulta por suspeita de possível dermatite de contacto. Apresentava lesões cutâneas micropapulares eritematosas pruriginosas em placas envolvendo o dorso, tórax esquerdo e superfícies flexoras dos antebraços. Foram efetuados testes epicutâneos com baterias standard e série cabeleireiros que foram positivos para parafenilendiamina (PPD), metilisotiazolinona, p-aminodifenilamina 0,25%, O-nitro-p-fenilendiamina 1%, dicloridrato de fenilendiamina 0.5%, sulfato diaminotolueno 1%. O

doente negou pintar o cabelo, exposição profissional com têxteis, tintas ou tatuagem na infância. No entanto, referiu que a esposa pintava regularmente o cabelo e usava vários produtos capilares. Referia contacto direto com o cabelo da esposa, durante a noite, uma vez que dormia do seu lado esquerdo. Foi aconselhado a esposa usar tintura de cabelo sem PPD, e produtos sem os componentes acima identificados. Dois meses depois, em consulta de reavaliação, houve resolução das lesões após a evicção dos produtos e o corte de cabelo da esposa.

**Resultados e conclusões:** Conclusão: Um padrão unilateral pode ser um indicio importante na dermatite de contacto conubial. A investigação sobre hábitos dos contactos próximos é imperativa quando a fonte relevante de alérgenos é inicialmente incerta. Neste caso, a erupção do doente era do lado esquerdo, presumivelmente, porque o cabelo cumprido e pintado da esposa estendia-se até o hemitórax levando a exposição aos alérgenos em causa.

#### PO 60 – Urticária e vasculite urticariforme: 2 entidades, o mesmo desencadeante

C. L. Valente<sup>1</sup>, C. Santa<sup>1</sup>, M. Shekhovtsova<sup>2</sup>, C. Coelho<sup>3</sup>, I. Rosmaninho<sup>1</sup>, I. Lopes<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup> Serviço de Anatomia Patológica, CHVNG/E, Vila Nova de Gaia, PORTUGAL

<sup>3</sup> Serviço de Medicina Interna, CHVNG/E, Vila Nova de Gaia, PORTUGAL

**Objectivo:** Introdução: A Urticária é uma doença comum caracterizada pela presença de lesões maculopapulares e/ou angioedema, que pode ser desencadeada por fatores físicos entre elas o frio. A Vasculite Urticariforme é uma entidade clinicopatológica que se caracteriza por manifestações clínicas de urticária acompanhadas por evidência histopatológica de Vasculite Leucocitoclástica.

**Metodologia:** Caso Clínico: Mulher, caucasiana, de 28 anos de idade, com história de Lupus Eritematoso Sistémico (LES) diagnosticado em 2010, medicada habitualmente com Prednisolona 5mg/dia e Hidroxicloroquina 200mg/dia, foi referenciada à consulta de Imunoalergologia por história de reacção cutânea ao frio. As reacções consistiam em lesões maculopapulares pruriginosas nas áreas expostas ao ar, líquidos e superfícies frias, e angioedema dos lábios aquando da ingestão de gelados. Também referia lesões punctiformes purpúricas que confluíam em manchas de maiores dimensões com relevo e sensação de ardência localizadas nas pernas em contacto com ar frio.

Do estudo realizado salienta-se: serologias e marcadores víricos negativos; normocomplementémia (C3 99.9 mg/dL, C4 11.1 mg/dL, Clq 14.8 mg/dL), IgE 587 IKU/L, crioglobulinas e crioaglutininas negativas, e capilaroscopia normal. Foram efetuadas provas de provocação ao frio, nomeadamente teste do cubo de gelo tendo apresentado maculopápula de 35x35mm ao fim de 2 minutos de estimulação, e Temp Test<sup>®</sup> com reacção a temperaturas menores que 18.°C. A biópsia da lesão purpúrica dos membros inferiores revelou Vasculite Leucocitoclástica.

A doente iniciou medidas de evicção de exposição cutânea ao frio e terapêutica preventiva com anti-histamínico H1 de 2.ª geração, não se verificando melhoria clínica, mantendo provas de provocação ao frio com resultados similares.

**Resultados e conclusões:** Discussão: Ao contrário da maioria dos doentes com Urticária ao frio, a doente não apresenta uma boa resposta à terapêutica preventiva provavelmente devido ao facto da Urticária ao frio adquirida e da Vasculite Urticariforme serem secundárias ao LES.

**Conclusão:** Com este caso pretende-se demonstrar que um mesmo estímulo físico, o frio, pode despoletar diferentes patologias no mesmo doente – a Urticária ao frio e a Vasculite Urticariforme numa mulher com LES.

#### **PO 61 – Angioedema hereditário inaugural na idade pediátrica**

M. Paulino<sup>1</sup>, C. Costa<sup>1</sup>, A. Curado<sup>2</sup>, J. Marcelino<sup>1</sup>, M. Pereira Barbosa<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Departamento de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa, PORTUGAL

<sup>2</sup> Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria -Centro Hospitalar de Lisboa Norte, Lisboa, PORTUGAL

<sup>3</sup> Clínica Universitária de Imunoalergologia, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa, PORTUGAL

**Objectivo:** O angioedema hereditário por défice de C1-inibidor é uma doença rara autossómica dominante com uma prevalência estimada em 1:50000. A média de idades de início dos sintomas é de 11,2 anos embora o início na primeira década de vida não seja incomum. Apesar de tipicamente a história familiar apontar para este diagnóstico, por vezes, a apresentação atípica dos sintomas ou a história familiar negativa podem atrasar o diagnóstico em meses a anos.

**Metodologia:** Os autores apresentam o caso de uma criança de 6 anos sem antecedentes pessoais ou familiares relevantes que recorreu ao Serviço de Urgência Pediátrico (SUPed) por edema e eritema da mão e tornozelo direitos, dolorosos, com cerca de 12h de evolução. Sem associação com trauma, febre ou picadas de insetos. Fez ibuprofeno sem melhoria. Ao exame objetivo com edema da mão, Joelho e tornozelo direitos associado a rubor, calor e dor. Na avaliação analítica, sem elevação dos parâmetros infecciosos ou inflamatórios. Medicada com corticoide oral e anti-histamínico H1 sem resposta clínica. Iniciou corticoterapia sistémica, 1,5mg/Kg/dia, com melhoria do quadro em cerca de 12h, tendo sido observada no SUPed pela Imunoalergologia e encaminhada para a Consulta. Na anamnese foram apurados, vários episódios recorrentes de edema cutâneo e peri-articular, em dois dos quais acompanhados de dor abdominal ligeira e diarreia, nos últimos 4 meses, com noção de melhoria após toma de ibuprofeno, ao fim de 3 dias. Nos 2 episódios, com sintomas abdominais, há a salientar extração dentária 12 horas antes. Analiticamente: anticorpos anti-nucleares e anticorpos anti DNAs negativos, CH50 <13.7 U/mL, C3 89mg/dL, C4 3,1 mg/dL, C1 inibidor 62mg/dL, C1 inibidor funcional 29% (confirmado em 2.ª colheita, com dosea-

mento noutra laboratório). Após o diagnóstico, teve recorrência de 2 episódios de angioedema cutâneo, tendo sido medicada com ácido tranexâmico em SOS, com boa resposta terapêutica. Foi feita avaliação familiar: pais e 2 irmãos, com níveis de C1 inibidor funcional normais. Aguarda estudo genético.

**Resultados e conclusões:** O angioedema hereditário por deficit funcional de C1-inibidor representa 15 a 20% dos casos. A história familiar é o principal sinal de alerta para o diagnóstico desta patologia, mas em 20-25% dos casos ocorre mutação espontânea. Nestes casos, um elevado grau de suspeição é necessário pois um atraso no diagnóstico pode levar a consequências graves. As opções terapêuticas em crianças menores de 12 anos são ainda limitadas.

#### **PO 62 – Angioedema hereditário com expressão gástrica – apresentação atípica**

R. Brás<sup>1</sup>, C. Coutinho<sup>1</sup>, J. Caiado<sup>1</sup>, M. Neto<sup>1</sup>, B. Rodrigues<sup>2</sup>, M. Pereira Barbosa<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa, PORTUGAL

<sup>2</sup> Serviço de Gastrenterologia, Hospital Pulido Valente, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa, PORTUGAL

**Objectivo:** Introdução: O Angioedema Hereditário (AEH) caracteriza-se por episódios paroxísticos de edema subcutâneo e submucoso, localizados e autolimitados, sendo uma patologia de transmissão autossómica dominante provocada por uma mutação no gene do C1-inibidor. Apesar do atingimento cutâneo ser mais comum, manifesta-se frequentemente a nível gastrointestinal (GI), sobretudo por dor abdominal intensa e recorrente, por vezes com náuseas e vômitos associados, o que se torna um desafio diagnóstico podendo conduzir a intervenções cirúrgicas inconclusivas e desnecessárias. Na revisão dos casos publicados sobre AEH com expressão no trato GI, o envolvimento do duodeno e do jejuno parece ser mais frequente comparativamente ao estômago e cólon, raramente reportados.

**Metodologia:** Caso Clínico: Mulher de 51 anos, caucasiana, com diagnóstico de AEH tipo I desde os 44 anos. Apresentava episódios de angioedema desde os 20 anos com atingimento essencialmente cutâneo, sobretudo desencadeadas por traumatismos, sem necessidade de terapêutica a longo prazo, realizando ácido aminocapróico durante as crises, com reversão rápida do quadro. Coincidentemente, apresentava desde há vários anos crises de náuseas e vômitos alimentares incoercíveis recorrentes, 1-2 episódios por mês, com cerca de 5-6 horas de duração e melhoria espontânea após término dos vômitos. Não identificava qualquer fator desencadeante e não relacionava com o ciclo menstrual. Este quadro foi sempre interpretado pela Gastrenterologista Assistente como resultante de vesícula biliar hipotónica, tendo sido medicada com domperidona, embora sem clara melhoria das queixas. Em Abril de 2017, foi sugerido realizar ressonância magnética durante uma crise de vômitos, tendo sido nesta altura documentados aspetos compatíveis com angioedema gástrico, mais exuberante a nível do antro e canal pilórico, bem como angioedema menos expressivo do duodeno e porção inicial do jejuno. Iniciou nessa altura tera-

pêutica preventiva com Danazol 200mg/dia, encontrando-se desde então completamente assintomática, sem novos episódios de vômitos.

**Resultados e conclusões:** Conclusão: O caso relatado ilustra uma apresentação rara de AEH com expressão no trato gastrointestinal alto, que pode muitas vezes mimetizar uma gastrite ou quadros biliares. Realça-se a importância da suspeita clínica, mesmo perante um quadro menos comum, por forma a proceder ao diagnóstico e tratamento dirigido tão precocemente quanto possível.

**SESSÃO DE POSTERS V**  
**ALERGIA ALIMENTAR / ALERGIA CUTÂNEA /**  
**/ HIPERSENSIBILIDADE A FÁRMACOS /**  
**/ ANAFILAXIA**

**Dia:** 30 de Setembro

**Horas:** 08:00 – 10:00

**Sala:** 4

*Moderadores:* Francisca Carvalho, Pedro Martins, Teresa Vau

**PO 63 – Alergia alimentar na infância – avaliação dos resultados de rastreio por mistura de alérgenos**

Â. Maresch<sup>1</sup>, C. Queiroz<sup>1</sup>, R. Samelo<sup>1</sup>, R. Cunha<sup>1</sup>, J. Pego<sup>1</sup>, F. Rodrigues<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Patologia Clínica, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, PORTUGAL

**Objectivo:** Avaliar a positividade dos pedidos de IgE específica a mistura de alérgenos alimentares (fx 5<sup>®</sup>, Thermo Scientific) na população com <18 anos do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra bem como o perfil de pedidos de IgE específica aos alérgenos da mistura.

**Metodologia:** Estudo retrospectivo com dados laboratoriais de doentes com doseamento de IgE total, IgE específicas para mistura de alérgenos alimentares e seus constituintes, entre Jan2014-Dez2017.

**Resultados e conclusões:** 533 doentes, 60.6% do sexo masculino e 39.4% do sexo feminino. Dos 75.6% fx 5<sup>®</sup> negativos, 80.0% tinham pedido de desdobraimento em IgE específicas, 80.3% a requerer desdobraimento em todas as IgE disponibilizadas. Dos 24.4% fx 5<sup>®</sup> positivos, 87.5% tinham pedido de desdobraimento para realização de IgE específica, 82.9% com desdobraimento em todas as IgE específicas. Em relação aos doseamentos das IgE específicas decorrentes dos desdobramentos, >90% pediam IgE a clara de ovo e leite de vaca, 57% destes pedidos resultando em doseamentos <0.35 kU/L. As percentagens mais elevadas de doseamentos <0.35 kU/L foram das IgE específicas a bacalhau, amendoim e grão de soja (92.8%, 87.6% e 80.9%, respectivamente).

Os quartis de distribuição para a idade encontravam-se aos 2, 4 e 8 anos. Quanto aos padrões de sensibilização, a IgE específica para

clara de ovo e amendoim revelaram diferenças de distribuição entre extremos etários. Na IgE a clara de ovo, notou-se uma maior taxa de sensibilização nos doentes <3A (p<0.01). Por outro lado, verificou-se um aumento significativo dos resultados >0.35 kU/L após o 1.º ano de vida para IgE a amendoim (p<0.05), bem como agravamento das classes de sensibilização após os 8A.

A moda nos doentes a quem foram pedidos desdobramentos em todos os alérgenos foi de 2 doseamentos >0.35 kU/L.

A utilidade dos métodos laboratoriais no estudo da doença alérgica é particularmente relevante na idade pediátrica. Os nossos dados revelam uma elevada percentagem de pedidos de fx 5<sup>®</sup> com pedido de desdobraimento em todas as IgE específicas da mistura. Os doseamentos de IgE específicas mais frequentemente >0.35 kU/L foram os da clara de ovo e leite de vaca, verificando-se com a idade diferenças de prevalência da sensibilização particularmente para clara de ovo e amendoim.

Tendo em conta os resultados, conclui-se que existe potencial custo-efectividade na determinação e aplicação de um algoritmo para realização sequencial das IgE específicas, p.e., ponderando idade e padrões de sensibilização apurados na nossa população.

**PO 64 – Anafilaxia alimentar – perfil de um serviço de imunoalergologia**

M. Correia<sup>1</sup>, F. Sousa<sup>1</sup>, S. Oliveira<sup>1</sup>, L. Pestana<sup>1</sup>, S. Figueiroa<sup>1</sup>, L. Dantas<sup>1</sup>, R. Câmara<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Unidade de Imunoalergologia, Hospital Dr. Nélio Mendonça, SESARAM, EPE, FUNCHAL, PORTUGAL

**Objectivo:** A anafilaxia, cada vez mais frequente nos países desenvolvidos, possui atualmente uma etiologia muito variável, que se pensa em parte estar relacionada com a exposição ambiental e mudança de estilos de vida das populações. Em Portugal, em ambulatório, foi encontrada uma prevalência para a anafilaxia de 1,34%. A anafilaxia alimentar é a primeira causa de anafilaxia em doentes com <18 anos (43% dos casos) sendo que, na população adulta portuguesa esta prevalência ronda os 4%. As características desta região, decorrentes da sua localização geográfica e condicionantes genéticos, poderão justificar a etiologia e prevalência encontradas nesta análise de anafilaxia alimentar. Objectivo: caracterização do perfil de anafilaxia alimentar do ambulatório desta Unidade.

**Metodologia:** análise retrospectiva de anafilaxia alimentar dos últimos 5,5 anos (janeiro 2013 a junho 2018). Resultados: população estudada n= 158 indivíduos, com distribuição quanto ao género de (F:M) de (1;0.6) e uma idade média para a 1.ª reacção de 24,4 anos. O 1.º episódio de reacção anafilática ocorreu em idade pediátrica em 45% dos casos. A distribuição dos indutores de anafilaxia foi: 43,7% marisco, 15,2% frutos secos, 10,7% peixe, 9,5% frutos frescos, 8,2% leite de vaca (PLV), 7,0% vegetais, 3,2% ervas aromáticas, 1,9% cereais e 0,6% ao ovo. Os indutores variam consoante o grupo etário sendo os vegetais e frutos secos mais frequentes nos adultos e as proteínas de leite de vaca, quase exclusivas da infância. No entanto, em idade pediátrica, o marisco foi o indutor mais frequente, correspondendo a 43,7% dos casos. Para o estudo

de anafilaxia ao pescado, foram excluídas reações a toxinas ou parasitas, decorrentes da ingestão deste alimento. A anafilaxia a frutos frescos/tropicais acontece em 100% dos casos por sensibilização primária. A formação, realizada nos Cuidados de Saúde Primários, contribuiu para o aumento de suspeição clínica de anafilaxia e consequente aumento da prevalência de anafilaxia, no ambulatório de Imunoalergologia.

**Conclusões:** A prevalência da anafilaxia alimentar encontrada foi elevada, no entanto, o que caracteriza verdadeiramente esta população, é o padrão de indutores de anafilaxia encontrado. A elevada sensibilização aos ácaros associada ao padrão alimentar específico desta população, poderão ser uma explicação para este perfil.

#### PO 65 – Um mar de peixes – série de crianças com alergia alimentar a peixes

A. M. Mesquita<sup>1</sup>, J. L. Plácido<sup>1</sup>, A. Coimbra<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar de São João, E.P.E., Porto, PORTUGAL

**Objectivo:** O peixe é um dos principais alimentos responsáveis por alergia alimentar. Os peixes cartilagosos e espinhosos constituem duas grandes classes de peixes e a parvalbumina é o principal alérgeno responsável pela alergia alimentar ao peixe.

O objectivo deste trabalho foi caracterizar uma série de crianças com alergia alimentar IgE mediada ao peixe.

**Metodologia:** Realizado estudo retrospectivo de crianças com alergia alimentar IgE mediada ao peixe, estudadas num Serviço de Imunoalergologia, entre 2015 e 2017. Foram revistas as histórias clínicas, testes cutâneos, IgE específicas e provas de provocação oral (PPO).

**Resultados e conclusões:** Foram incluídas 9 crianças, dos 5 aos 15 anos (mediana 10), sendo 6 do sexo masculino; 7 tinham rinite, 2 dermatite atópica e 1 asma. Em relação à história clínica, quatro apresentaram sintomas cutâneos, duas sintomas respiratórios, uma sintomas gastrointestinais e duas apresentaram reacções anafiláticas. Todas as reacções foram imediatas e uma das crianças apresentou sintomas com a inalação de vapores. Os testes cutâneos por picada-picada (TCPP) foram positivos com bacalhau em cinco crianças, positivos a peixes cartilagosos em duas e sete tiveram testes positivos com mais de 3 espécies de peixes. Os valores da parvalbumina variaram entre 0,54 e 38,4 kU/L. Apenas uma criança teve TCPP e PPO positiva para atum em lata, sendo que esta criança apresentava um baixo valor positivo de parvalbumina (0,55 kU/L). Uma das crianças apresentou TCPP e PPO positiva para peixes cartilagosos mas tolerava outros peixes espinhosos.

O peixe é um elemento essencial na nossa alimentação e foi possível encontrar pelo menos um peixe alternativo em oito das nove crianças. Só uma é que não tolerou atum em lata apesar de ter um valor baixo de parvalbumina. Uma das crianças apenas tolerou peixes espinhosos. Apesar das parvalbuminas serem semelhantes entre espécies, resultando em reactividade cruzada, pode haver diferenças e também existem outros alérgenos responsáveis pela alergia alimentar ao peixe. Este estudo reforça a importância das

provas de provocação oral na alergia alimentar, mas é fundamental um estudo direccionado que tente encontrar alternativas a estas crianças.

#### PO 66 – SCARs no conelho de Loures

I. Silva<sup>1</sup>, M. Mascarenhas<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Beatriz Ângelo, Loures, PORTUGAL

**Objectivo:** As reacções adversas cutâneas graves (SCARs) são raras mas potencialmente fatais e estão frequentemente associadas a fármacos. O quadro clínico surge habitualmente numa fase tardia do tratamento e tem envolvimento cutâneo e sistémico. As SCARs incluem quadros de pustulose exantemática generalizada aguda (AGEP), síndrome de Stevens-Johnson (SJS), necrose epidérmica tóxica (TEN), erupção a fármacos com eosinofilia e sintomas sistémicos (DRESS) e erupção generalizada bolhosa a fármacos (GBFDE). Procurou-se caracterizar os doentes admitidos no Hospital Beatriz Ângelo com o diagnóstico de SCAR de 2012 a 2017.

**Metodologia:** Análise retrospectiva de doentes com o diagnóstico de SCAR durante o período de 6 anos. Foram incluídos apenas os doentes que cumpriam os critérios do RegiSCAR.

**Resultados e conclusões:** Dos 17 doentes admitidos com possível diagnóstico de SCAR, apenas 8 cumpriam critérios: (6M/2H, idade 15 a 81, média 49,1 anos). Foram todos admitidos em enfermaria de Medicina. Cinco doentes cumpriam critérios de DRESS, 2 de SJS e 1 de TEN. Dos fármacos relacionados com as reacções, os anti-epilépticos foram os mais frequentes (4 doentes); o alopurinol (1), a betahistina (1), a ciprofloxacina + nimesulida (1) foram os restantes fármacos implicados. O intervalo de tempo médio entre início de fármaco e início de sintomas foi de 30,7 dias (desconhecido em 2 casos). Num doente, com diagnóstico de malária, não se indentificou a causa e foi posteriormente transferido para outro hospital. Não se verificaram óbitos.

Embora raras, as SCARs estão associadas a uma elevada taxa de morbimortalidade. O rápido diagnóstico e suspensão do fármaco e respetivo tratamento são essenciais. No nosso grupo de doentes os fármacos anti-epilépticos foram os mais frequentemente envolvidos, estando de acordo com a literatura. Tal como nos estudos publicados, os sintomas surgem aproximadamente 1 mês após início do fármaco implicado. A avaliação clínica e epidemiológica das SCARs é extremamente importante para melhor reconhecimento e manejo desta patologia.

#### PO 67 – Caracterização das admissões por urticária no serviço de urgência de pediatria de um hospital central

C. Santa<sup>1</sup>, M. Mesquita<sup>1</sup>, C. Valente<sup>1</sup>, J. Lopes<sup>1</sup>, I. Cardoso<sup>2</sup>, P. Barreira<sup>1</sup>, A. R. Ferreira<sup>1</sup>, I. Rosmaninho<sup>1</sup>, I. Lopes<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, Vila Nova de Gaia, PORTUGAL

<sup>2</sup> Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, Vila Nova de Gaia, PORTUGAL

**Objectivo:** Urticária é uma causa de admissão comum no Serviço de Urgência de Pediatria (SU), contudo existem poucos dados

disponíveis acerca da sua caracterização em Portugal. O objetivo do estudo foi analisar a prevalência, etiologia suspeita, tratamento e seguimento da urticária em crianças admitidas no SU do nosso hospital.

**Metodologia:** Estudo retrospectivo de doentes admitidos no SU do CHVNG/E, com idade inferior a 18 anos e diagnóstico de alta de urticária ou subtipos (códigos ICD-9), entre janeiro a dezembro de 2017.

**Resultados e conclusões:** Um total de 250 episódios de admissão foram incluídos (prevalência 0,6%), correspondentes a 228 crianças, idade média de 7,4 anos (38,8% com idade pré-escolar), 50,8% do sexo masculino. A atopia foi confirmada em 27 doentes (61,4%) dos 44 testados, rinite em 27, asma em 26, dermatite atópica em 17, urticária crónica em 5, alergia alimentar em 5 e alergia a fármacos em 1 caso. Em 104 casos (43,3%) a distribuição das lesões era generalizada. Em 100 admissões (40%) outros sintomas estavam associados: sintomas respiratórios em 42 (16,8%), angioedema em 26 (10,4%), febre em 16 (6,4%). Os fatores etiológicos suspeitos incluíram infeções (22,0%), alimentos (12,0%), picadas de insetos (9,2%) e fármacos (8,0%). Dentro destes, as infeções do trato respiratório superior, o marisco e os antibióticos  $\beta$ -lactâmicos foram os mais frequentes. Em 109 casos (43,6%), a etiologia da urticária não foi determinada. Anti-histamínicos associados a corticóides foram a terapêutica mais utilizada no SU (39,2%); em 35,2% das admissões não foi efetuado nenhum tratamento. Após a alta, 37 crianças (14,8%) foram referenciadas para realização de estudo alergológico, tendo sido confirmada a alergia suspeita em 4 doentes, excluída em 19, e os restantes 14 não concluíram a investigação.

Em conclusão, crianças com urticária são frequentemente admitidas no SU, contudo na maioria dos casos a sua etiologia não é determinada. Como descrito na literatura, os fatores etiológicos suspeitos mais frequentes são as infeções, os alimentos, as picadas de insetos e os fármacos. Menos de 15% dos doentes foram referenciados para realização de estudo alergológico, tendo sido confirmada a alergia suspeita numa minoria dos casos. Estes dados sugerem que a alergia não é o principal desencadeante de urticária na criança, contudo quando suspeitada, a referenciação para um serviço de alergologia foi insuficiente.

#### PO 68 – Dermatite de contacto – revisão casuística de 10 anos

I. Rosmaninho<sup>1</sup>, J. Lopes<sup>1</sup>, C. Ferreira<sup>1</sup>, C. Valente<sup>1</sup>, M. Vieira<sup>1</sup>, J. Ferreira<sup>1</sup>, A. Guilherme<sup>1</sup>, I. Lopes<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Imunoalergologia do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia /Espinho, EPE, Vila Nova Gaia, PORTUGAL

**Objectivo:** Introdução: A dermatite de contacto (DC) engloba formas eczematosas como dermatite de contacto alérgica (DCA) e dermatite de contacto irritativa (DCI) e não eczematosas como a urticária de contacto.

**Objectivo:** Caracterizar os doentes referenciados à consulta de Imunoalergologia do CHVNG/E por suspeita de DC ou outra reação de hipersensibilidade retardada (HR).

**Metodologia:** Metodologia: Estudo retrospectivo (2008-2017) dos doentes referenciados.

**Resultados e conclusões:** Resultados: Dos 874 doentes referenciados, 82% sexo feminino, idade média de 41 anos (DPI5.6), diagnosticada DC em 77% (n=682) e suspeita de HR a implantes metálicos em 8% (n=67). A DC incluiu a forma eczematosa em 99% (n=675), não eczematosa (urticária de contacto) em 1% (n=7). A HR a implantes metálicos incluiu próteses ortopédicas em 73% (n=49) e próteses dentárias em 27% (n=18). Nos doentes com DC eczematosa foi diagnosticada DCA em 69% (n=464), DCI em 48% (n=321) e DCA+DCI em 16% (n=110). Os testes epicutâneos (TE) foram positivos em 69%. Tempo de evolução da doença entre 1-5 anos em 55%. Alergénios implicados: níquel (39%), cobalto (8%); PPDA (7%), mistura de caínas (5%), mistura de tiurans (4%), disulfureto dialilo (4%), crómio (4%), metilisotiazolinona/Kathon CG (4%), fragâncias (3%). A atopia foi encontrada em 40%, (DCA em 28%, DCI em 21%); rinite em 27%; asma em 12%; dermatite atópica em 5%. Não houve diferença estatisticamente significativa na prevalência de atopia na DCA e DCI (p=0.78). Áreas corporais afetadas: mãos (56%), cabeça (38%), membros (26%), região periumbilical (12%), pescoço (9%), tronco (5%), região anogenital (2%). Foram diversas as profissões encontradas: escritório/estudantes (17%), doméstico/limpezas (15%), diversas indústrias (13%), indústria alimentar/cozinheiro (9%), profissionais de saúde (8%), cabeleireiro/esteticista (7%). Origem da sensibilização: profissão/ocupação em 38% (n=259), adornos em 22% (n=147), cosméticos em 17% (n=118), vestuário em 2% (n=16), medicamentos em 2% (n=15). As mãos foram a área afetada em 43% das DCA e 68% das DCI, os alergénios implicados incluíram o níquel (17%), cobalto (4%) mistura de tiuram (3%), PPD (2%), dissulfureto de dialilo (2%). Conclusão: A DCA foi a DC mais frequente e o sexo feminino o mais afetado, à semelhança de outros estudos. Não houve diferença significativa na proporção de atópicos nos diferentes tipos de DC. Houve uma relação com a profissão/ocupação em 38% dos doentes. As mãos foram a área mais afetada e o alergénio mais implicado foi o níquel.

#### PO 69 – Perfil de pacientes com dermatite atópica acompanhados no Serviço de Alergia e Imunologia do Hospital Universitário Antônio Pedro.

J. L. Boechat<sup>1</sup>, S. Pestana<sup>1</sup>, D. Moore<sup>1</sup>, R. O. C. Rabelo<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Alergia e Imunologia Clínica, HUAP / UFF, Niteroi, BRAZIL

**Objectivo:** Avaliar as características clínicas e laboratoriais de pacientes com diagnóstico de Dermatite Atópica (DA) no Serviço de Alergia e Imunologia Clínica do Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP) / Universidade Federal Fluminense (UFF).

**Metodologia:** Estudo transversal com coleta de dados através de questionários aplicados a 30 pacientes com DA, atendidos entre 2016 e 2018.

**Resultados e conclusões:** Resultados: Entre os 30 pacientes avaliados, a média de idade foi de 10 anos (2 a 19 anos) e 15 foram do sexo feminino. Os pacientes foram divididos em 2 grupos pelo SCO-

RAD: 13 com DA leve e 16 com DA moderada a grave. Um dos pacientes acompanhados foi excluído desta análise por não haver no prontuário relato do seu SCORAD. A IgE média foi de 1110 UI/ml no primeiro grupo e 3232 UI/ml no segundo (p-valor 0,35). A mediana da contagem de eosinófilos foi 300 e 600 cel/mm<sup>3</sup> respectivamente (p-valor 0,13). Os níveis médios de vitamina D foram respectivamente 25,6 e 28,3 ng/ml (p-valor 0,51). Do total de pacientes, apenas 2 não apresentaram outra doença atópica, 15 deles tinham diagnóstico de asma, 26 de rinite alérgica e 12 de conjuntivite. Alergia alimentar foi relatada por 16 pacientes, 8 deles tiveram IgE específica positiva (6 no prick test e 2 na dosagem sérica). O leite de vaca foi positivo em 5 pacientes e o amendoim em 3 pacientes, coincidindo com a queixa clínica em todos eles. A imunossupressão foi necessária em 6 pacientes, 4 utilizaram ciclosporina e 2 azatioprina. Fototerapia foi usada em 3 pacientes e bandagens em 11 pacientes. Conclusões: Nos achados, observamos níveis de IgE e contagens de eosinófilos mais elevados na DA moderada a grave, porém sem significância estatística. Notamos que a correspondência entre queixa clínica e IgE específica para alimentos ocorreu em metade dos casos suspeitos. O leite de vaca foi o principal alimento implicado, seguido do amendoim. Imunossupressão, fototerapia e bandagens foram utilizados em casos selecionados.

#### PO 70 – Avaliação retrospectiva dos testes de contato realizados no serviço de alergia e imunologia HUAP / UFF

J. L. Boechar<sup>1</sup>, C. F. Braga<sup>1</sup>, D. Moore<sup>1</sup>, S. Pestana<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Alergia e Imunologia Clínica, HUAP / UFF, Niterói, BRAZIL

**Objectivo:** Avaliar o perfil dos pacientes e o resultado dos testes de contato realizados no Serviço de Alergia do Hospital Universitário Antonio Pedro (HUAP) da Universidade Federal Fluminense (UFF).

**Metodologia:** Análise retrospectiva dos testes de contato realizados no período de fevereiro/2014 a junho/2018 em pacientes encaminhados pelos ambulatórios de especialidades do HUAP ou referenciados da Rede Pública de Niterói e adjacências. Utilizou-se a Bateria Padrão Brasileira de 30 substâncias, a Bateria complementar de Cosméticos com 10 substâncias (Laboratório FDA Allergenic, Brasil) e contensores Finn Chambers® (EpitestLtdOy, Finlândia). Os pacientes foram submetidos a anamnese dirigida e exame físico, e a leitura feita com 48h e com 96h. Os dados foram analisados utilizando-se a ferramenta Excel.

**Resultados e conclusões:** Resultados: Foram realizados no período 249 testes de contato. A maioria dos pacientes avaliados era do sexo feminino (81,5%), e observou-se positividade em 61,4% dos testes. A idade dos pacientes variou de 7 a 81 anos (média: 47,1 anos). Entre os testes positivos (153 pacientes), as substâncias mais prevalentes foram: sulfato de níquel (66 pacientes), kathon CG (30 pacientes), thimerosal (26 pacientes), perfume mix (23 pacientes), neomicina (15 pacientes), cloreto de cobalto (15 pacientes) e parafenilenodiamina (14 pacientes). Na bateria de cosméticos, a resina tonsilamida/formaldeído foi a substância com maior índice de positividade (12 pacientes). Considerando apenas os pacientes masculinos, as substâncias mais prevalentes nos tes-

tes positivos foram thimerosal, perfume mix, sulfato de níquel e bicromato de potássio. Em 5,2% dos pacientes observamos positividade para mais de 4 substâncias.

Conclusões: Na população analisada, as mulheres são maioria quando se trata de história clínica sugestiva de eczema de contato. O sulfato de níquel foi o antígeno mais prevalente, mas chama a atenção a positividade para o kathon CG, superando o thimerosal. Tal fato deve-se provavelmente ao uso cada vez mais precoce de cosméticos na população feminina e 'as restrições impostas ao uso de thimerosal em nosso meio. O bicromato de potássio foi relevante apenas entre os pacientes do sexo masculino.

#### PO 71 – Emoções à flor da pele

J. Gouveia<sup>1</sup>, I. Machado Cunha<sup>1</sup>, E. Gomes<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar do Porto, Porto, PORTUGAL

**Objectivo:** Avaliar o consumo de psicofármacos em doentes com Urticária Crónica (UC) ou Suspeita de Hipersensibilidade a Fármacos (HS).

**Metodologia:** Estudo retrospectivo de uma amostra de doentes em seguimento por UC ou HS na consulta de Imunoalergologia. Comparação com grupo Controlo (doentes em seguimento por Rinite e/ou Asma). Foram avaliados dados da história clínica e o consumo de psicofármacos através da PEM. Para comparar as variáveis utilizou-se o teste Qui-quadrado com IC de 95%.

**Resultados e conclusões:** Foram incluídos 240 doentes.

UC: 60 doentes; 42 (70%) mulheres; idade média 43 anos (18-75 anos). Destes doentes 21 (35%) utilizaram algum tipo de psicofármaco de forma regular e 16 (27%) mais de um grupo de fármacos. Em relação ao consumo por grupos 17 (28%) utilizaram antidepressivos, 20 (33%) ansiolíticos e 4 (7%) hipnóticos.

HS: 60 doentes; 44 (73%) mulheres; idade média 47 anos (19-78 anos). Destes doentes 22 (37%) utilizaram algum tipo de psicofármaco de forma regular e 6 (10%) mais de um grupo de fármacos. Em relação ao consumo por grupos 11 (18%) utilizaram antidepressivos, 14 (23%) ansiolíticos e 13 (22%) hipnóticos.

Controlo: 120 doentes; 81 (68%) mulheres; idade média 40 anos (19-84 anos). Destes doentes 27 (23%) utilizaram algum tipo de psicofármaco de forma regular e 6 (5%) mais de um grupo de fármacos. Em relação ao consumo por grupos 20 (17%) utilizaram antidepressivos, 21 (18%) ansiolíticos e 5 (4%) hipnóticos.

Ao comparar o grupo da UC com o Controlo existiu diferença significativa (p=0.018) naqueles que utilizaram mais de um grupo de fármacos; já no grupo da HS em relação ao Controlo existiu diferença significativa (p=0.044) em relação ao consumo de algum tipo de psicofármaco de forma regular.

Por grupos de fármacos e em relação ao Controlo, existiu diferença significativa no consumo de antidepressivos (p=0.019) e ansiolíticos (p=0.016) no grupo da UC; e diferença significativa no consumo de hipnóticos (p=0.0002) no grupo da HS.

Em conclusão, o consumo de psicofármacos na nossa população controlo reflecte os achados descritos na população geral a nível nacional (22.9% dos portugueses sofrem de perturbações psiquiá-

tricas). No entanto verificamos que este consumo é significativamente mais elevado entre os doentes com UC e HS pelo que poderá ser importante a avaliação psicológica na abordagem diagnóstica e terapêutica destes doentes.

#### PO 72 – TTL – Decisivo na investigação alergológica das SCADR?

L. Carneiro Leão<sup>1</sup>, M. J. Vasconcelos<sup>1</sup>, R. Viseu<sup>2</sup>, J. Rodrigues Cernadas<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar de São João, Porto, PORTUGAL

<sup>2</sup> Laboratório de Imunologia e Biologia Molecular, Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar de Setúbal, Setúbal, PORTUGAL

**Objectivo:** As reações cutâneas graves de hipersensibilidade tardia a fármacos (SCADR) são raras mas potencialmente fatais. Frequentemente, no mesmo caso há vários fármacos suspeitos e a história clínica não é suficiente para determinar o fármaco culpado. Dado que os testes cutâneos têm limitações importantes e as prova de provocação oral (PPO) estão contraindicadas pelo risco de induzirem novas reações, o estudo alergológico fica muito limitado. O teste de transformação linfocitária (TTL) é atualmente o método *in vitro* mais utilizado para avaliar a sensibilização celular específica. No entanto, o seu valor diagnóstico nas SCADR ainda não está totalmente estabelecido.

Este trabalho avalia-se retrospectivamente a relevância do TTL no diagnóstico de doentes com reações de hipersensibilidade (HS) tardia a fármacos.

**Metodologia:** Foram revistos os registos clínicos de todos os doentes a quem foi realizado TTL no CHSJ. Foram recolhidos dados demográficos, tipo de reação, fármaco(s) suspeito(s), resultados do TTL e estudo alergológico.

**Resultados e conclusões:** Foram incluídos 26 doentes (16 homens [62%], idade mediana de 29,5 anos [IQ: 50]; 10 crianças), num total de 59 TTL realizados a 24 fármacos diferentes. Quatro doentes tinham tido SSJ/NET, 8 DRESS, 5 exantemas maculopapulares (EMP), 3 urticaria tardia, 6 reações tardias miscelâneas (RTM).

Foram realizados TTL com os seguintes fármacos: 52 antibióticos (31 B-lactâmicos, 8 macrólidos, 7 quinolonas, 3 glicopeptídeos, 1 derivados imidazólicos, 1 sulfonamida, 1 tuberculoestáticos), 3 alopurinol, 2 agentes quimioterápicos, 1 diclofenac, 1 furosemda. Vinte doentes apresentaram positividade para pelo menos 1 dos fármacos estudados (4/4 SSJ/NET, 8/8 DRESS, 3/5 EMP, 2/3 urticaria tardia, 3/5 RTM). O TTL foi positivo em >1 fármaco em 21 doentes; destes, 16 (71%) tiveram pelo menos 1 TTL positivo e 1 negativo. Seis doentes tiveram TTL positivo para >=2 fármacos (1 SSJ/NET, 2 DRESS, 2 EMP and 1 RTM). Dos TTL realizados com fármacos alternativos, 7/10 foram negativos. A mediana do tempo entre a reação e a realização do TTL foi 16 meses (IQ 23).

O TTL apoiou o diagnóstico de reação HS tardia em 77% dos casos e em 100% dos casos de DRESS ou SSJ/NET. Em doentes com múltiplos fármacos suspeitos, o TTL foi negativo para pelo menos 1 em 71% dos casos. Considerando estes resultados, o TTL

demonstrou ser uma ferramenta útil para estabelecer o diagnóstico de hipersensibilidade a fármacos, particularmente em doentes com reações tardias graves, em que a PPO está contraindicada.

#### PO 73 – Reações adversas aos meios de contraste: da alergia à idiosincrasia

S. Carvalho<sup>1</sup>, M. I. Silva<sup>1</sup>, J. Marcelino<sup>1</sup>, F. Cabral Duarte<sup>1</sup>, C. Costa<sup>1</sup>, M. Pereira Barbosa<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa, PORTUGAL

<sup>2</sup> Instituto de Imunologia Clínica, Faculdade de Medicina/Instituto de Medicina Molecular, Universidade de Lisboa, Lisboa, PORTUGAL

**Objectivo:** Introdução: Os Meios de Contraste (MC) são usados por todo o mundo em cerca de 75.000 procedimentos/ano. Reações adversas aos MC ocorrem entre 5 a 8% dos doentes. Estas reações podem ser alérgicas, mas cerca de 90% pensa-se serem idiosincráticas ou não alérgicas.

Objetivo: Avaliar o perfil de sensibilização aos meios de contraste iodados e não iodados em doentes com reações prévias.

**Metodologia:** Métodos: Estudo observacional retrospectivo em que foram selecionados doentes referenciados à Consulta de Alergia Medicamentosa – Meios de Contraste, por reação a MC entre Junho/2006 a Junho/2018. Os doentes foram divididos em 2 grupos: doentes com reação a MC iodados e não iodados. Cada grupo foi caracterizado quanto a dados demográficos, tempo entre a administração do MC e a reação, tipo de reação ao MC e perfil de sensibilização aos vários MC por testes cutâneos por picada (TCP), intradérmicos (TID) e epicutâneos (TEpi).

**Resultados e conclusões:** Resultados: Foram selecionados 236 doentes (dts): 213(90%) com história de reação a MC iodados (MCI): 64% sexo feminino e média de idades na 1.ª consulta 59±15anos; 20 dts (10%) a MC não iodados (MCNI):70% sexo feminino, média de idade na 1.ª consulta 61±18anos). Nos dts do grupo com reações a MCI, 51% desenvolveram até 1h após a administração de contraste (reações imediatas). No grupo dos MCNI, 70% das reações foram imediatas e 30% tardias. Em ambos grupos (MCI/MCNI), a maioria das reações imediatas foram de tipo I (52%/71%) e na quase totalidade das reações tardias houve atingimento cutâneo (93%/100%). Dos dts com reação a MCI, 33% dos dts com reações imediatas apresentaram testes cutâneos positivos para MCI (1% TCP, 18% TID) e 43% nos dts com reações tardias (15% TID e 18% TEpi). Relativamente aos dts com reação aos MCNI, 21% dos dts com reações imediatas apresentaram testes cutâneos positivos para MCNI (5% TCP, 14% TID) e nenhum dos dts com reações tardias teve testes positivos para MCNI.

Conclusão: Como esperado nem todos os doentes com história de reação após administração de MC apresentaram sensibilização aos respetivos MC, tratando-se em alguns casos de reações não alérgicas. É de grande importância referenciar estes dts a uma consulta especializada, onde se avalia sensibilização a MC, permitindo encontrar um MC alternativo ao da reação, retirando assim a limitação do doente na realização de exames com MC no futuro.

**PO 74 – “Reações alérgicas” a fármacos: 15 anos de notificações clínicas num hospital terciário**

J. Costa Carvalho<sup>1</sup>, I. Alen<sup>1</sup>, J. Pita<sup>1</sup>, F. Machado<sup>2</sup>, E. Faria<sup>1</sup>, C. Loureiro<sup>1</sup>, A. Todo Bom<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Imunoalergologia/Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, PORTUGAL, <sup>2</sup> Serviços Farmacêuticos/Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, PORTUGAL

**Objectivo:** A notificação clínica de “reações alérgicas” (RA) a fármacos é essencial para a evicção de recorrências e ajuste terapêutico. Pretende-se descrever a incidência de RA num hospital terciário.

**Metodologia:** Estudo retrospectivo das notificações de RA a fármacos na plataforma de prescrição informática de um hospital terciário entre janeiro de 2003 e junho de 2018.

As notificações obtidas foram divididas em 3 grupos: RA notificadas após seguimento em consulta de Imunoalergologia (grupo A); RA notificadas pelos restantes serviços hospitalares (grupo B); RA que ocorreram em meio intra-hospitalar (grupo C). Neste último grupo foram analisadas as variáveis: fármaco, via de administração, manifestações clínicas e intervalo de tempo entre administração do fármaco e a reação.

**Resultados e conclusões:** Resultados: Foram registadas 4674 notificações de RA relativas a 3445 doentes e 312 fármacos. A média de idade foi 55 ±17 anos e 70% dos doentes eram do sexo feminino.

Das notificações registadas, 75% corresponderam apenas a um fármaco. Os grupos farmacológicos mais notificados foram os antibióticos (53%), anti-inflamatórios/analgésicos (30%) e os de ação no aparelho digestivo (3%). Segundo a classe farmacológica, os mais notificados foram os betalactâmicos (39%) e os anti-inflamatórios não esteróides (24%), sendo a “penicilina” e o metamizol os mais implicados dentro da sua classe, com 68% e 26%, respetivamente. No grupo A, os fármacos mais notificados foram amoxicilina/ácido clavulânico (16%), ibuprofeno (9%) e metamizol (7%). No grupo B, os mais frequentes foram a “penicilina” (30%), metamizol (6%) e ácido acetilsalicílico (4%).

As notificações do grupo C totalizaram 6% da amostra, com 50% correspondendo a RA imediatas, 19% anafilaxias, 60% das quais com choque anafilático. O fármaco mais notificado neste grupo e mais frequente nas reações anafiláticas foi o metamizol (14% das RA; 18% das anafilaxias).

**Conclusões:** A “penicilina” parece ser erroneamente sobrenotificada pelos serviços hospitalares, podendo ter um impacto significativo na saúde pública.

O metamizol foi um dos fármacos mais implicados nos 3 grupos em estudo e a principal causa de anafilaxia em meio intra-hospitalar.

Este registo informático é limitante por designar todas as reações como “alérgicas”, sendo fundamental o posterior encaminhamento para a consulta de Imunoalergologia para confirmação diagnóstica.

**PO 75 – Suspeita de hipersensibilidade a fármacos em idade pediátrica e doença alérgica**

L. Cunha<sup>1</sup>, M. Luís Marques<sup>1</sup>, E. Gomes<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Imunoalergologia/Departamento de Medicina, CHP, Porto, PORTUGAL

**Objectivo:** Introdução: Em Portugal 6% das crianças apresentam suspeita de hipersensibilidade a fármacos (HF). Entre os fatores de risco referidos na literatura encontram-se os antecedentes de doença alérgica (DA) pessoal ou familiar mas esta associação é ainda controversa podendo a influência depender do tipo de fármaco e de reacção.

**Objetivo:** Avaliar a associação entre a suspeita de hipersensibilidade a fármacos (HF) e a existência de antecedentes pessoais e/ou familiares de doença alérgica (DA).

**Metodologia:** Estudo retrospectivo com inclusão de doentes avaliados em primeiras consultas de Alergia a Fármacos Pediátrica num centro de referência. Recolha e análise de dados demográficos e dados clínicos (idade da reacção; antecedentes pessoais e familiares de DA; fármaco implicado e tipo e manifestação da reacção). Aplicação do teste x2 para estudar a associação entre as variáveis categóricas “classe fármacos/DA”, “tipo de reacção/DA” e “manifestação da reacção/DA”.

**Resultados:** Dos 200 indivíduos analisados todos auto-reportavam HF. 70 (35%) indivíduos tinham DA e 91 (45,5%) referiam antecedentes familiares de DA. 21 (10%) indivíduos tinham um familiar que relatava suspeita de HF.

Antibióticos (ATB): implicados em 175 (87,5%) casos. Nesta população 60 (34,28%) indivíduos tinham DA e 75 (43%) relatavam antecedentes familiares de DA.

Anti-inflamatórios não esteróides (AINES): implicados em 17 (8,5%) casos. Destes, 8 (47%) tinham DA e 8 (47%) relatavam antecedentes familiares de DA.

Não se verificou diferença estatisticamente significativa entre a classe farmacológica e antecedentes pessoais ou familiares de DA. Reações imediatas: 31 (15,5%) indivíduos, 14 (47%) tinham DA e 8 (26%) reportavam DA familiar.

Reações não imediatas: 144 (72%) indivíduos, 37 (26%) tinham DA e 50 (35%) reportavam DA familiar.

A associação entre reações imediatas e presença de DA pessoal é estatisticamente significativa.

Exantema maculopapular: 75 (37,5%) indivíduos, 30 (40%) tinham DA e 53% referiam DA familiar.

Urticária: 65 (32,5%) indivíduos, 18 (28%) tinham DA e 14 (21,5%) referiam DA familiar.

Anafilaxia: 9 (4,5%) indivíduos, 4 (44%) tinham DA e nenhum reportou DA familiar.

Não se verificou associação entre a manifestação da reacção e presença de DA

**Conclusão:** Na população estudada existe uma maior prevalência de história pessoal/familiar de DA. Não foi encontrada nenhuma classe farmacológica ou apresentação clínica que se associe com a presença de antecedentes familiares ou pessoais de DA. Parece existir relação entre as reações imediatas e a concomitância de DA.

**PO 76 – Registo de 8 anos de anafilaxia num centro de imunoalergologia**

F. Benito Garcia<sup>1</sup>, Á. Gaspar<sup>1</sup>, S. Piedade<sup>1</sup>, M. Chambel<sup>1</sup>, L. Borrego<sup>1</sup>, I. Mota<sup>1</sup>, M. Correia<sup>1</sup>, G. Pires<sup>1</sup>, G. Sampaio<sup>1</sup>, C. Ârede<sup>1</sup>, C. Santa Marta<sup>1</sup>, M. Morais Almeida<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Centro de Imunoalergologia, Hospital CUF Descobertas, Lisboa, PORTUGAL

**Objectivo:** Caracterização de casos notificados de anafilaxia no ambulatório de um centro de Imunoalergologia num período de 8 anos e 6 meses.

**Metodologia:** Análise retrospectiva de quadros de anafilaxia voluntariamente notificados pelo corpo clínico entre Janeiro2010 e Junho2018. Avaliou-se apresentação clínica, etiologia, história pessoal de alergia e abordagem da doença.

**Resultados e conclusões:** Notificaram-se 483 doentes (dts) com história de anafilaxia, com idade média 29,2±19,5anos, 57% género feminino. Eram 26% crianças [ $\leq$ 10anos], 12% adolescentes [11 e $\leq$ 19anos] e 62% adultos [ $>$ 19anos]. A maioria (84%) tinha história pessoal de doença alérgica, 36% asma. A idade mediana da 1.ª reação anafilática foi 22anos (1mês a 82anos). Em 28 crianças o 1.º episódio ocorreu no 1.º ano de vida. A maioria teve anafilaxia induzida por alimentos (52%): frutos secos (n=54), leite de vaca (LV) (50), marisco (50), frutos frescos (39), amendoim (27), ovo (20), sementes (15), peixe (10), trigo (4). Relativamente ao grupo crianças/adolescentes, os principais alimentos foram: LV (47), frutos secos (34), ovo (20), frutos frescos (17), amendoim (16). No grupo adultos foram: marisco (40), frutos frescos (22), frutos secos (20), sementes (13). A anafilaxia induzida por fármacos ocorreu em 34%: anti-inflamatórios não esteróides (n=69), antibióticos beta-lactâmicos (61), inibidoresbomba de protões (8). Das restantes causas de anafilaxia, em 18 dts foi induzido pelo exercício (dependente alimentos), 17 frio, 14 picada de himenópteros, 4 exposição ao látex e 4 outras etiologias (imunoterapia específica 2, cavalo 1, anisakis 1). Apenas 9dts anafilaxia idiopática. Os sintomas mais frequentes foram mucocutâneos (97%) e respiratórios (79%), seguidos de cardiovasculares (34%), gastrintestinais (32%), edema da glote (28%) e perda de conhecimento (15%); 77% tiveram início  $\leq$ 30min após exposição ao fator causal; 81% recorreram a serviço de urgência, sendo que apenas 32% receberam tratamento com adrenalina. Houve recorrência de anafilaxia em 12% ( $\geq$ 3 episódios em 17dts).

Na nossa população, a etiologia alimentar foi a principal causa de anafilaxia, seguida por fármacos, agentes físicos e picada de himenópteros. A adrenalina foi subutilizada, tal como referido por outros autores. Enfatizamos a importância do sistema de notificação de anafilaxia e do desenvolvimento de programas educacionais de forma a melhorar estratégias de prevenção e tratamento desta entidade potencialmente fatal.

**PO 77 – Anafilaxia nos açores – análise retrospectiva de 1 ano**

R. R. Alves<sup>1</sup>, A. S. Moreira<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Unidade de Imunoalergologia do Hospital do Divino Espírito Santo, EPE, Ponta Delgada, PORTUGAL

**Objectivo:** Descrever os casos de anafilaxia observados numa Consulta de Imunoalergologia, durante o período de 1 ano.

**Metodologia:** Análise retrospectiva dos processos clínicos dos doentes seguidos em Consulta de Imunoalergologia nos Açores, entre junho de 2017 e 2018, com o diagnóstico de anafilaxia.

**Resultados e conclusões:** Foram analisados 103 doentes, 65% (n=67) do sexo feminino. A idade mediana da primeira reação anafilática foi 22 anos (1 mês a 72 anos) e as principais causas de anafilaxia foram: alimentos 51%(n=53), medicamentos 32%(n=33), himenópteros 5%(n=5), frio 4%(n=4), idiopática 4%(n=4), látex 3%(n=3) e exercício 1%(n=1). A etiologia medicamentosa foi mais frequente em idade adulta (73% com idade  $>$  18 anos, n=24, p=0,019) e a alimentar em idade pediátrica (53%, n=28). Os principais grupos alimentares envolvidos nas reações foram: mariscos e moluscos 30% (n=16), leite 15% (n=8), peixes 13% (n=7), frutos frescos 11% (n=6), pancake syndrome 11% (n=6), frutos secos 8% (n=4), cereais/sementes 9% (n=3) e carne 2 (n=1). Os fármacos mais frequentemente envolvidos nas reações foram os anti-inflamatórios não esteróides 58% (n=19) e beta-lactâmicos 30% (n=10). A anafilaxia a veneno de himenópteros associou-se ao sexo masculino (80%, n=4, p=0,04). Os sintomas mais frequentes foram os mucocutâneos 94% (n=97), seguidos dos respiratórios 69% (n=71), gastrointestinais 25% (n=26) e cardiovasculares 17% (=17). As anafilaxias a veneno de himenópteros e ao frio associaram-se à ocorrência de sintomas cardiovasculares (p= 0,02 e p<0,001, respetivamente). A maioria dos doentes (92%, n=95) recorreu ao Serviço de Urgência e em 8%(n=8) houve necessidade de internamento. Em 27% (n=28) dos casos foi utilizada adrenalina no tratamento da anafilaxia. Cerca de 57% (n=59) dos doentes apresentavam outras patologias alérgicas e 32% (n=33) tinham asma. A presença de asma associou-se à ocorrência de sintomas respiratórios (p=0,02) e edema da glote (p=0,014) durante as reações anafiláticas.

**Conclusões:** Em concordância com o descrito em estudos prévios realizados a nível nacional, nos Açores também se verificou que as principais causas de anafilaxia foram os alimentos e os fármacos, as manifestações mucocutâneas foram as mais frequentes e os AINEs e beta-lactâmicos foram os principais fármacos envolvidos nas anafilaxias por medicamentos. A presença de asma, anafilaxia ao frio e por himenópteros associaram-se a anafilaxias de maior gravidade.

**PO 78 – Anafilaxia num serviço de urgência pediátrico – experiência de 5 anos**T. Gonçalves<sup>1</sup>, S. Rosa<sup>1</sup>, P. Leiria Pinto<sup>1,2</sup><sup>1</sup> Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, Lisboa, PORTUGAL<sup>2</sup> CEDOC, Integrated Pathophysiological Mechanisms Research Group, Nova Medical School, Lisboa, PORTUGAL

**Objectivo:** Caracterizar as manifestações clínicas, etiologia, abordagem e orientação terapêutica dos doentes admitidos no Serviço de Urgência com o diagnóstico de anafilaxia e determinar a concordância entre o diagnóstico suscitado no serviço de urgência e o diagnóstico final após investigação em consulta de Imunoalergologia.

**Metodologia:** Estudo retrospectivo efectuado através da análise dos processos clínicos dos doentes com o diagnóstico de anafilaxia, com base nos vários códigos ICD9, que recorreram ao Serviço de Urgência entre 2012 e 2017.

**Resultados e conclusões:** Registaram-se 32 episódios de anafilaxia, correspondendo a 24 crianças, com idade média de  $8,8 \pm 5,4$  anos, sendo 71% do sexo masculino. Em 20,8% dos doentes verificou-se mais de 1 recurso ao SU por anafilaxia. Relativamente

te aos antecedentes pessoais constatámos que 79,2% das crianças tinham doença alérgica, sendo a asma e a rinite alérgica as mais frequentes. Nas manifestações clínicas verificou-se envolvimento cutâneo em 91,7% dos casos, respiratório em 75%, gastrointestinal em 29,2% e cardiovascular em 16,7%.

Em relação à etiologia, suspeitou-se de alergia alimentar em 11 casos, de alergia a fármacos em 8 doentes, 1 criança teve anafilaxia induzida pelo frio e em 4 doentes não se encontrou causa óbvia. Não foi administrada adrenalina em 4 doentes. A maioria das crianças (91,7%) teve alta medicada com anti-histamínico, 58,3% com caneta autoinjectora de adrenalina e 33,3% com corticoide oral. Houve referenciação à consulta de Imunoalergologia de 16 crianças, tendo sido possível excluir o diagnóstico de anafilaxia em 3 casos. Foram identificados os alimentos responsáveis em 7 doentes, o frio como causa dos sintomas num doente e em 4 doentes encontraram-se alternativas terapêuticas.

A causa mais frequente de anafilaxia foi a alergia alimentar. A referenciação a uma consulta de Imunoalergologia é fundamental porque não só permitiu a exclusão do diagnóstico de anafilaxia, que poderia levar a evicções e tratamentos desnecessários, como permitiu a identificação correta da causa, encontrar fármacos alternativos e a optimização do esquema de actuação em crise.

