

Existem vários protocolos para iniciar as vacinas com venenos: convencional, rápido ou ultra-rápido. Actualmente, preferem-se os protocolos rápidos (Rush) com a duração de 4 dias ou ultra-rápidos (Ultra-rush) durante 3,5 horas; realizados sempre em ambiente hospitalar. Atingida a dose de 100µg de veneno, equivalente aproximadamente à picada de dois insectos, esta é repetida cada 4 semanas durante o primeiro ano de tratamento e cada 6 semanas nos anos seguintes, durante 3 a 5 anos.

As vacinas são eficazes em 91 a 100% dos casos de alergia ao veneno de vespa e 77 a 80 % ao veneno de abelha. Nos restantes casos ocorrem apenas reacções de reduzida gravidade.

Como prevenir?

Na maioria dos casos os insectos picam quando se sentem em perigo, tornam-se mais agressivos durante o verão e quando há cheiros intensos ou perfumados.

- Nunca andar descalço especialmente em relvados.
- Evitar o uso de roupa larga com cores brilhantes ou padrões florais.
- Evitar perfumes ou cosméticos com cheiros activos em meio rural ou no campo.
- Evitar locais onde estes insectos costumam estar: jardins com flores, árvores de fruto, troncos caídos (onde as vespas costumam construir os ninhos).
- Evitar beber e comer ao ar livre. Evitar caixotes e contentores de lixo.
- Usar capacete e luvas quando andar de bicicleta ou motociclo. Inspeccionar o carro antes de entrar e manter as janelas fechadas.

- Evitar movimentos bruscos quando abelhas ou vespas se aproximam (não enxotar). Se for atacado, proteger a cara com os braços ou com uma peça de vestuário.
- Ter cuidado ao praticar desportos ao ar livre, porque o suor atrai estes insectos.
- Ter cuidado ao fazer jardinagem: manter os braços, cabeça e corpo o mais cobertos possível.
- Andar SEMPRE com o dispositivo de emergência, nunca o deixar no carro ou em casa.



Responsabilidade e apoio científico:



Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica

Também disponível em formato electrónico em www.spaic.pt

Parceria



Outros títulos disponíveis:

- Alergénios domésticos
- Alergénios – ambiente exterior
- Alergénios e aditivos alimentares
- Agentes etiológicos da asma ocupacional
- Alergia alimentar
- Alergia ao látex
- Alergia a fármacos
- Prevenção da alergia no recém-nascido
- Anafilaxia
- Imunoterapia
- Asma brônquica
- Asma ocupacional
- Asma e gravidez
- Asma na criança
- Sibilância e asma no lactente
- Asma induzida pelo exercício
- Infeções recorrentes
- Rinite
- Tosse
- Urticária
- Eczema atópico
- Dermatite de contacto alérgica



Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica

Manual Educacional do Doente



Alergia a venenos de himenópteros

Coordenador:

Dr. Celso Pereira

Autores:

Dr. Alice Coimbra
Dr. Amélia Spinola Santos
Dr. Anabela Lopes Pregal
Dr. Ângela Gaspar
Dr. Beatriz Tavares
Dr. Celso Pereira
Dr. Cristina Santa Marta
Dr. Elisa Pedro
Dr. Emília Faria
Dr. Fátima Ferreira Jordão
Dr. Francisca Carvalho
Dr. Isabel Carrapatoso
Dr. José Luis Plácido
Dr. Leonor Cunha
Prof. Manuel Branco Ferreira
Dr. Mário Miranda
Dr. Mário Morais de Almeida
Dr. Paula Alendouro
Dr. Paula Leiria Pinto

A alergia a insectos é conhecida desde a antiguidade, na Europa mais de 95% das reacções alérgicas provocadas por insectos são resultantes da picada de abelhas e vespídeos. Os mosquitos, moscas, pulgas e percevejos podem provocar reacções, geralmente locais, resultantes da mordedura e não da picada.

Da ordem dos himenópteros, as espécies mais importantes são: *Vespulas*, *Dolichovespulas*, *Vespas*, *Polistes* e *Apis mellifera* (abelha do mel).

Na Europa a prevalência de alergia ao veneno de himenópteros

é cerca de 20%. Nos adultos a prevalência de reacções locais exuberantes varia de 2 a 19% e de reacções sistémicas graves de 0,6 a 7,5%. Nos apicultores a percentagem de reacções generalizadas é mais elevada, de 15 a 43%. Nas crianças as reacções graves são raras, entre 0,15 a 0,3%.

A incidência da mortalidade varia entre 0,1 a 0,5 por milhão de habitantes, por ano, contudo estes valores podem estar subestimados, extrapolando para o nosso país, poderão ocorrer entre 1 a 5 casos fatais por ano.

Quais são os factores de risco para anafilaxia?

1 A gravidade da reacção inicial:

Gravidade da reacção inicial	Risco em picadas subsequentes
Reacção local exuberante	< 15 % Reacções sistémicas
Reacção sistémica ligeira	15 - 20 % Reacções sistémicas graves
Reacção sistémica grave	> 50 % Reacções sistémicas graves

2 Curto intervalo de tempo entre duas picadas com insecto da mesma espécie.

3 Menos do que 25 picadas por ano nos apicultores.

4 Outros: idade avançada, doença cardiovascular, asma, medicamentos beta-bloqueantes ou inibidores da enzima conversora da angiotensina (iECA), mastocitose, triptase sérica elevada e alergia ao veneno de abelha.

Os mosquitos não produzem veneno, mas a sua saliva contem substâncias irritantes responsáveis pelas reacções locais.

Como se desencadeia a reacção alérgica?

Os indivíduos alérgicos desenvolvem anticorpos IgE contra o veneno de abelha ou vespídeo e picadas posteriores podem desencadear reacções alérgicas de gravidade variável.

Qual é a composição dos venenos?

Os venenos são constituídos por alergénios, proteínas com acções tóxicas e enzimáticas.

Quais são os sintomas?

As reacções alérgicas podem ser de vários tipos:

Reacção local:

Dor, comichão, vermelhidão e inchaço no local da picada, com vários centímetros de diâmetro. Esta reacção resolve em 24 horas sem deixar sequelas. O local da picada raramente infecta, ao contrário do que acontece com os mosquitos, em que o acto de coçar pode levar facilmente à infecção da pele.

Reacção local exuberante:

Edema ou inchaço, no local da picada, superior a 10cm de diâmetro que geralmente persiste mais do que 24 horas. Nos casos mais graves esta reacção pode ser acompanhada por fadiga, náuseas ou febre.

Graus de gravidade das reacções sistémicas

Grau I	Comichão generalizada, urticária, vermelhidão, mal-estar geral e ansiedade.
Grau II	Um dos anteriores e dois ou mais dos seguintes: <ul style="list-style-type: none"> • Angioedema, opressão ou aperto torácico. • Náuseas, vómitos, diarreia, dor abdominal, vertigens.
Grau III	Um dos anteriores e dois ou mais dos seguintes: <ul style="list-style-type: none"> • Falta de ar, pieira, estridor. • Dificuldade em engolir ou em falar, rouquidão. • Fraqueza, confusão, sensação de morte iminente.
Grau IV	Um dos anteriores e dois ou mais dos seguintes: <ul style="list-style-type: none"> • Hipotensão arterial, choque, perda de consciência. • Incontinência de esfíncteres, cianose (cor arroxeada da pele).

Reacção tóxica:

A reacção tóxica resulta de picadas múltiplas e simultâneas, geralmente 50 ou mais, e pode colocar em perigo a vida da vítima.

Reacção rara:

Pode surgir vários dias após a picada ou ser progressiva durante longo período de tempo e inclui: doença do soro, vasculite generalizada, neurite, glomerulonefrite, trombocitopenia, anemia hemolítica.

A linfadenopatia que por vezes acompanha esta reacção não é sinal de infecção mas sim de inflamação alérgica. Quando a picada ocorre na cabeça, particularmente na região à volta dos olhos, pode ocorrer inchaço palpebral provocando oclusão ocular. Se o local da picada for na face, particularmente na boca, existe a possibilidade de angioedema da laringe, com obstrução das vias aéreas e risco de vida.

Reacção sistémica:

As reacções sistémicas surgem geralmente alguns minutos após a picada e têm vários graus de gravidade.

sensíveis, e estão indicados quando há história de reacções sistémicas.

A determinação de anticorpos IgE específicos no soro é mais específica, mas pode ser negativa em 15% dos casos. Os anticorpos IgG4 específicos, aumentam transitoriamente algumas semanas após uma picada e baixam 3 a 6 meses depois.

Tratamento das reacções:

Reacção local	<ul style="list-style-type: none"> • Gelo ou compressas frias no local da picada
Reacção local exuberante	<ul style="list-style-type: none"> • Gelo ou compressas frias; corticoide em creme no local da picada • Anti-histaminico H1 oral durante 2 - 3 dias • Nos casos mais graves corticoide oral durante 2 - 3 dias
Urticária / Angioedema	<ul style="list-style-type: none"> • Anti-histaminico H1 oral ou intramuscular • Corticoide oral ou intravenoso (EV). • Nos casos mais graves Adrenalina intramuscular (IM).
Angioedema laríngeo	<ul style="list-style-type: none"> • Adrenalina (IM. 1mg/ml) 0,3 - 0,5cc
Reacção sistémica grave (anafilaxia)	<ul style="list-style-type: none"> • Adrenalina (im). Se necessário repetir 5 - 15 minutos depois • Nos casos refractários Adrenalina (EV). • Oxigénio • Acesso venoso e medidas de tratamento de choque/anafilaxia

Todos os doentes com história de reacções sistémicas graves devem ser portadores de um dispositivo (caneta/seringa) de emergência contendo adrenalina para auto-administração (0,3 mg-adulto; 0,15 mg-criança), de um anti-histaminico e corticosteróide.

Em caso de picada o doente deve tomar imediatamente o anti-histaminico e o corticosteróide. Caso sinta os primeiros sintomas de reacção alérgica sistémica deverá preparar a adrenalina em auto-injecção intra-muscular na face antero-lateral da coxa, através da roupa se necessário.

Estes doentes devem ser referenciados a uma Consulta de Imunoalergologia,

Como se tratam as reacções?

Após uma picada deve-se tentar remover imediatamente o ferrão, com as unhas ou um cartão, evitando comprimir o saco do veneno que pode provocar uma injecção adicional de veneno.

para avaliação e se necessário vacina com veneno.

Quem deve fazer vacina (imunoterapia específica)?

Todos os indivíduos com história de reacções sistémicas graves, testes cutâneos e IgE específicas positivos devem fazer tratamento de dessensibilização (vacina) com o veneno ao qual são alérgicos. A imunoterapia específica é o único tratamento capaz de prevenir futuras reacções.

Os doentes com história de reacção local exclusiva, mesmo que exuberante, não têm indicação para esta terapêutica, mesmo que os testes cutâneos sejam positivos. ▶