

XLIII REUNIÃO ANUAL DA SPAIC
XLIII SPAIC ANNUAL MEETING

O Doente Alérgico
no Centro dos Cuidados

PROGRAMA DA REUNIÃO / MEETING PROGRAMME

RESUMOS DAS COMUNICAÇÕES ORAIS, POSTERS E CASOS CLÍNICOS
ORAL COMMUNICATIONS, POSTERS AND CASE REPORTS ABSTRACTS



ÓRGÃO OFICIAL

SPAIC

SOCIEDADE PORTUGUESA DE
ALERGOLOGIA E IMUNOLOGIA CLÍNICA



PROGRAMA



O DOENTE ALÉRGICO NO CENTRO DOS CUIDADOS



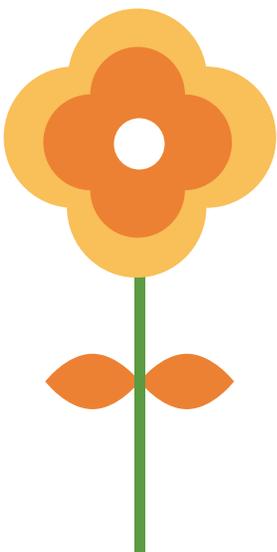
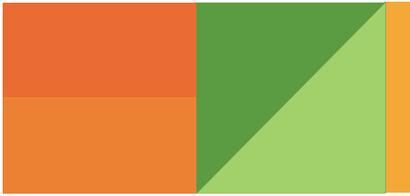
43^a
REUNIÃO
ANUAL DA
SPAIC



6 a 9
OUT
2022

CENTRO DE
CONGRESSOS
HOTEL PORTO
PALÁCIO





ÍNDICE

PÁG

2	CARTA BOAS VINDAS
3	ORGANIZAÇÃO
4	CONVIDADOS
6	PROGRAMA
8	PROGRAMA // DIA 6 // 5ª FEIRA
10	PROGRAMA // DIA 7 // 6ª FEIRA
12	PROGRAMA // DIA 8 // SÁBADO
14	PROGRAMA // DIA 9 // DOMINGO
15	SESSÕES
16	CURSO TEMÁTICO I PEER REVIEWER: O QUE É QUE O REVISOR AVALIA NUM ARTIGO
17	CURSO TEMÁTICO II DESSENSIBILIZAÇÃO A FÁRMACOS EM ONCOLOGIA: UMA NECESSIDADE CRESCENTE
18	CURSO TEMÁTICO III COMO TORNAR-SE UM URTICARIOLOGISTA?
19	CURSO TEMÁTICO IV IMUNOTERAPIA COM ALERGÉNIOS (Jardim Botânico)
20	EVENTOS EDUCACIONAIS
22	PROGRAMA SOCIAL
23	INFORMAÇÕES GERAIS
24	REGULAMENTO PRÉMIOS SPAIC
25	BOLSAS SPAIC
26	PLANTA DO EVENTO
27	PLANTA DA EXPOSIÇÃO TÉCNICA

CARTA DE BOAS VINDAS

● Estimadas(os) Colegas e Amigas(os),

- Permitam-me dar-vos as boas-vindas à 43ª Reunião Anual da Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica, na Cidade Invicta, sob o tema geral "O doente alérgico no centro dos cuidados".
- De facto, é absolutamente crucial colocar-se os doentes no centro de toda a abordagem imunoalergológica: da investigação à prevenção, abordagem terapêutica e reabilitação. Não se trata apenas de "saber ouvir" os doentes, mas integrá-los na definição de estratégias de prevenção e tratamento, nas suas diferentes vertentes, num equilíbrio entre cuidados orientados por dados e cuidados centrados no doente. Trata-se também de procurar ajustar as nossas abordagens de investigação para que os doentes sejam integrados na co-criação, desenho e proposta de estudos de pesquisa científica. De "Patient-reported outcomes" para investigação e tratamento, a trajetos integrados de doentes; de "clubes de doentes" a "Research co-design in health".
- Para abordar estes e outros temas mais clássicos, nomeadamente na sua aplicação prática em diversos domínios da Imunoalergologia, temos a boa fortuna de poder contar com um leque alargado de palestrantes com reconhecimento clínico e científico nacional e internacional.
- Estou fortemente convicto de que a 43ª Reunião Anual da SPAIC, como primeira grande reunião pós-COVID, será um encontro fantástico, permitindo a partilha de experiências clínicas e de investigação, a apresentação de inovação, o aprofundar de aprendizagem em diversas áreas, através de cursos, workshops, mesas-redondas, simpósios, apresentações de comunicações orais e sessões de posters.
- Finalmente, não nos podemos esquecer do papel fundamental que o Porto sempre assumiu na história e cultura portuguesa, das tripas ao vinho do Porto; da arquitetura ao Fantasporto; da Pronúncia do Norte a Aniki Bobó; das origens proto-históricas no morro da Penaventosa às invasões francesas e no liberalismo oitocentista.

● Estimadas(os) Sócias(os) e Colegas,

- Após dois anos de interregno forçado, voltamos em força ao convívio presencial na 43ª Reunião Anual da Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica, que irá decorrer de 6 a 9 de Outubro de 2022, no Porto, no Centro de Congressos do Porto Palácio, como aliás estava previsto ter acontecido em 2020. Um ponto adicional de interesse nestes dias é a eleição dos novos corpos sociais da SPAIC, sempre um momento de participação e de vitalidade democrática da nossa Sociedade.
- O tema desta nossa reunião anual ("O doente alérgico no centro dos cuidados") reflete a cada vez maior importância de os doentes estarem 100% envolvidos nas decisões terapêuticas individuais, que devem ser adaptadas sempre de acordo com os objetivos que cada doente pretende conseguir atingir. Mas também a cada vez maior relevância dos PROMs (patient reported outcome measurements) na avaliação de eficácia terapêutica é uma evidência do papel central do doente alérgico. E não nos podemos ainda esquecer do papel das associações de doentes na promoção dos cuidados de saúde e na pressão política e social em prol dos doentes, também cada vez mais um papel central, como se pôde constatar com o caso da comparticipação a 100% para os dispositivos de adrenalina auto-injetável.
- A Direção da SPAIC quer, uma vez mais, expressar o seu agradecimento aos nossos parceiros da indústria farmacêutica que ao longo destes dois últimos anos se mantiveram a apoiar a nossa Sociedade e que agora poderão retomar os contactos presenciais na área técnica e nos momentos de confraternização.
- Esperamos que todos possam disfrutar da maravilhosa cidade do Porto, que sempre tem sabido receber de forma ímpar os sócios da SPAIC e as nossas reuniões anuais.
- Até lá.

/// Bem-vindos ao Porto. ///

/// Bem-vindos à 43ª Reunião Anual da SPAIC. ///

**Prof. Doutor
Luís Taborda Barata**

Presidente de Honra da Reunião



**Prof. Doutor
Manuel Branco Ferreira**

Presidente da SPAIC



ORGANIZAÇÃO

PRESIDENTE DE HONRA DA REUNIÃO

Luís Taborda Barata

PRESIDENTE DO CONGRESSO

Manuel Branco Ferreira

ORGANIZAÇÃO E COORDENAÇÃO CIENTÍFICA DIREÇÃO DA SPAIC

Ana Morête

Emília Faria

Frederico Regateiro

José Alberto Ferreira

Manuel Branco Ferreira

Pedro Martins

Rodrigo Rodrigues Alves

Grupos de Interesse da SPAIC

PARTICIPAÇÃO

Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica (SEAC)

World Allergy Organization (WAO)

CREDITAÇÃO

Ordem dos Médicos – Conselho Nacional para Atribuição do Patrocínio Científico



SECRETARIADO EXECUTIVO DA 43ª REUNIÃO ANUAL DA SPAIC



AIM Group International - Lisbon Office

Avenida Conde de Valbom, nº6, 5º

1050-068 Lisboa – Portugal

Tel. +351 21 324 50 40

e-mail spaic2022@aimgroup.eu

site www.spaic2022.com

CONVIDADOS

PALESTRANTES E MODERADORES NACIONAIS

- Alexandra Santos
- Alice Coimbra
- Amélia Spínola
- Ana Castro Neves
- Ana Margarida Pereira
- Ana Mendes
- Ana Morête
- Ana Reis Ferreira
- Ana Romeira
- Ana Todo Bom
- Anabela Lopes
- André Moreira
- Ângela Gaspar
- António Cardoso Fernandes
- Araújo Martins
- Arminda Guilherme
- Beatriz Tavares
- Bernardo Sousa-Pinto
- Carlos Lozoya
- Carmen Botelho
- Carmelita Ribeiro
- Carmo Abreu
- Cátia Lopes
- Célia Costa
- Celso Pereira
- Cláudia Penedos
- Cristina Arêde
- Cristina Jácome
- Cristina Lopes
- Daniel Machado
- Daniela Abreu
- Diana Silva
- Elisa Pedro
- Emília Faria
- Eugénia Almeida
- Eunice Dias de Castro
- Eva Gomes
- Filipa Ribeiro
- Frederico Regateiro
- Graça Loureiro
- Helena Falcão
- Helena Pité
- Herménio Lima
- Inês Castro
- Inês Cunha
- Inês Lopes
- Inês Pádua
- Irene Câmara
- Isabel Carrapatoso
- Isabel Rosmaninho
- Joana Caiado
- Joana Cosme
- Joana Gomes
- Joana Pita
- João Almeida Fonseca
- João Gaspar Marques
- João Inácio
- Jóni Carvalho
- José Alberto Ferreira
- José Laerte Boechat
- José Luís Plácido
- José Pedro Moreira da Silva
- José Rosado Pinto
- Josefina Cernadas
- Leonor Cunha
- Leonor Leão
- Liliana Xavier
- Luís Amaral
- Luís Delgado
- Luís Martins
- Luís Taborda Barata
- Luísa Geraldês
- Luísa Rocha
- M^a Graça Castel-Branco
- Maria João Teixeira
- Magna Correia
- Manuel Branco Ferreira
- Mara Fernandes
- Mariana Couto
- Mário Morais de Almeida
- Marisa Paulino
- Marta Neto
- Miguel Vieira
- Natacha Santos
- Nicole Pinto
- Nuno Neuparth
- Nuno Sousa
- Paula Alendouro
- Paula Leiria Pinto
- Pedro Martins
- Pedro Mata
- Pedro Silva
- Pilar Azevedo
- Rita Aguiar
- Rita Brás
- Rita Câmara
- Rodrigo Rodrigues Alves
- Rosa Anita Fernandes
- Rui Silva
- Sara Prates
- Sara Silva
- Sofia Campina
- Sofia Fernandes
- Sónia Fernandes
- Susana Cadinha
- Susana Lopes da Silva
- Teresa Vieira
- Tiago Jacinto
- Tiago Silva

● CONVIDADOS ESTRANGEIROS

- Adriana Izquierdo Dominguez
- Antonio Valero
- Borja Bartolome
- Cesárea Sánchez Hernández
- David Singh
- Guillermo Salamanca
- Javier Dominguez
- Jerónimo Carnés
- Jose Luís Abujeta
- Kenichi Masuda
- Olga Luengo
- Virgil Dalm



PROGRAMA



5ª F 06 OUT				
	SALA 1	SALA 2	SALA 3	SALA 4
8H00				
10H00			CURSO TEMÁTICO I Peer Review: o que é que um revisor avalia num artigo?	CURSO TEMÁTICO II Dessensibilização a fármacos em Oncologia: uma necessidade crescente
13H00	ALMOÇO			
14H30	JARDIM BOTÂNICO CURSO TEMÁTICO IV Imunoterapia com alérgenos Apoio: Leti		CURSO TEMÁTICO III Como tornar-se um Urticariologista? - Curso Prático Avançado Apoio: Novartis	
16H30	COFFEE BREAK			
17H00	JARDIM BOTÂNICO CURSO TEMÁTICO IV continuação		CURSO TEMÁTICO III continuação	
18H00				
18H30				
19H00	COMUNICAÇÕES ORAIS I	COMUNICAÇÕES ORAIS II	POSTERS I	
20H30				

6ª F 07 OUT				
	SALA 1	SALA 2	SALA 3	SALA 4
8H00				
9H00				
10H00	MESA REDONDA I Novos desafios na Imunoterapia com Alérgenos	MESA REDONDA II É possível prevenir a Alergia Alimentar?		
10H30	COFFEE BREAK			
11H30	MESA REDONDA III Novos horizontes na urticária crónica	MESA REDONDA IV Anticolinérgicos na Asma Quando e porquê?		
12H15	COFFEE BREAK			
13H00	CERIMÓNIA DE ABERTURA			
14H30	ALMOÇO		MEET THE PROFESSOR LUNCH Transition management from pediatric to adult care in patients affected with childhood-onset inborn errors of immunity Apoio Kedrion	MEET THE PROFESSOR LUNCH O controlo do AEH na vida real: a experiência de dois centros Apoio Takeda
15H30	SIMPÓSIO SPAIC - DIATER	WORKSHOP I Dermatite atópica - avaliação e terapêutica		
16H00	COFFEE BREAK			
17H00	SIMPÓSIO GSK - BIAL	WORKSHOP II Broncoconstricção induzida pelo exercício		
17H30	COFFEE BREAK			
18H30	SIMPÓSIO SPAIC - VIATRIS	WORKSHOP III Aerobiologia na era da globalização		
19H00				
20H00	SUNSET MEETING APOIO GSK			

SÁB.

08
OUT

	SALA 1	SALA 2	SALA 3	SALA 4	SALA 5
8H00					
8H30					
9H00	COMUNICAÇÕES ORAIS III	COMUNICAÇÕES ORAIS IV	FORMAÇÃO PARA ENFERMEIROS Alergia Alimentar e Anafilaxia nas Escolas - Formação às Equipas de Saúde Escolar	CASOS CLÍNICOS I	
10H00	COFFEE BREAK				
10H30	MESA REDONDA V O doente com anafilaxia no centro dos cuidados	MESA REDONDA JIPS - PROMs - Patient reported outcomes measures em Imunoalergologia	FORMAÇÃO PARA ENFERMEIROS continuação		
11H30	COFFEE BREAK				
12H00	SIMPÓSIO SPAIC - JABA RECORDATI	WORKSHOP IV Sensibilização vs alergia: as duas faces da IgE			
13H00	ALMOÇO		MEET THE PROFESSOR LUNCH Novas cozinhas, novos alérgenos Apoio Roxall	MEET THE PROFESSOR LUNCH Welcome to a New Era of Subcutaneous Immunoglobulin Therapies Apoio Takeda	MEET THE PROFESSOR LUNCH Abordagem Diagnóstica Global na Alergia Respiratória Apoio Thermofisher
14H30	SIMPÓSIO SPAIC -ASTRAZENECA	WORKSHOP V Hipersensibilidade a fármacos: casos clínicos controversos			
15H30	COFFEE BREAK				
16H00	SIMPÓSIO SPAIC -SANOFI	WORKSHOP VI Valorizar a formação especializada em Imunoalergologia			
17H00	COFFEE BREAK				
17H30	MESA REDONDA VII Asma dos 0 aos 12 anos	MESA REDONDA VIII Multifatorialidade em patologia respiratória dos doentes com Imunodeficiências primárias de Anticorpos			
18H30	ASSEMBLEIA GERAL				
20H00					

DOM.

09
OUT

	SALA 1	SALA 2	SALA 3
8H00			
8H30	POSTERS II	POSTERS III	CASOS CLÍNICOS II
10H00	SIMPÓSIO SPAIC - ABBVIE		
11H00	COFFEE BREAK		
11H30	SESSÃO SPAIC-SEAIC Abordagem da patologia naso-conjuntival		
12H30	Bolsa de investigação clínico-laboratorial Palma Carlos		
12H45	Sessão de Encerramento e entrega dos prémios da Reunião Anual		
13H15	ALMOÇO DE ENCERRAMENTO		

PROGRAMA 5ªF 06 OUT

MANHÃ

	SALA 1	SALA 2	SALA 3	SALA 4
8H30				
10H00			<p>CURSO TEMÁTICO I</p> <p>Peer Reviewer: o que é que o revisor avalia num artigo?</p> <hr/> <p>FORMADORES Bernardo Sousa-Pinto, Cristina Jácome, António Cardoso Fernandes</p> <hr/> <p>COORDENADORES Diana Silva, Mariana Couto, Natacha Santos</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 09h45-10h00 Abertura do Curso ● 10h00-10h50 A redação de artigo científico //Cristina Jácome ● 10h50-11h15 Técnicas para rever um artigo e elaborar um documento final com a revisão (as várias componentes de uma revisão): comentários major e minor, como elaborar crítica construtiva, como decidir aceitar ou rejeitar, etc. // Bernardo Sousa-Pinto <p>11h15-11h45 INTERVALO</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 11h45-12h45 Componente prática //António Cardoso Fernandes - análises de artigos reais publicados. Examinar todos os elementos e secções do artigo: - Título e resumo - Introdução e objetivos - Métodos - Resultados (incluindo tabelas e figuras) - Discussão (incluindo pontos fortes e limitações) - Outros elementos (e.g.: conflitos de interesse) ● 12h45-13h00 Programa de mentoria para novos revisores // Mariana Couto Após a frequência do curso, os revisores serão convidados a integrar um programa de mentoria, durante o qual os revisores seniores serão mentores de um ou mais revisores juniores durante um ano, avaliando os seus trabalhos de revisão. 	<p>CURSO TEMÁTICO II</p> <p>Dessensibilização a fármacos em Oncologia: uma necessidade crescente</p> <p>(Equipa multidisciplinar / Curso dirigido a médicos e enfermeiros)</p> <hr/> <p>MODERADORES Luísa Gerales, Susana Cadinha</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 9h45-10h00 Abertura do Curso ● 10h00-10h20 Introdução: Dessensibilização em oncologia //Josefina Cernadas ● 10h20-12h00 Sessão: Dificuldades no procedimento <ul style="list-style-type: none"> ● 10h20-10h35 Farmácia: preparação das diluições e bolsas //Luísa Rocha ● 10h35-10h50 Enfermagem: administração, bomba infusora, reconhecimento de sinais de hipersensibilidade, evitar extravasamento de produto a administrar //Sónia Fernandes ● 10h50-11h05 Médico: Coordenação antes do procedimento //Joana Caiado ● 11h05-11h15 Discussão <p>11h15- 11h45 Intervalo</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 11h45-12h00 Testes de diagnóstico, antes ou durante os ciclos de tratamento. E a que fármacos? //Carmelita Ribeiro ● 12h00-13h00 3 Casos clínicos // Joana Gomes // Mara Fernandes //Nicole Pinto
13H00				

TARDE

SALA 1

SALA 2

SALA 3

SALA 4

13H00

ALMOÇO

14H30

JARDIM BOTÂNICO

CURSO TEMÁTICO IV

Imunoterapia com alergénios

- 14h15 – 14h30
Abertura
// Manuel Branco Ferreira
// Ana Morête
- 14h30 – 15h00
Perfil do paciente polínico em Portugal // Celso Pereira
- 15h00 – 15h30
Perfil molecular das gramíneas
// Guillermo Salamanca
- 15h30 – 16h30
Saída a campo e reconhecimento das principais espécies
// Beatriz Tavares

Apoio: Leti

CURSO TEMÁTICO III

Como tornar-se um Urticariologista?
- Curso prático avançado

- Introdução ao Curso
//Célia Costa
- Warm up - Conceitos da urticária na atualidade:
 - Definição, classificação e epidemiologia //Leonor Leão
 - Fisiopatologia da urticária // Cristina Lopes
 - Biomarcadores //Célia Costa
- Escape Stations: Urticária Hand-On
 - Station 1: História clínica e avaliação inicial do doente com urticária //Cristina Lopes
 - Station 2: Utilização de PROMs na prática clínica //Célia Costa
 - Station 3: Testes de diagnóstico na urticária //Leonor Leão
- Abordagem terapêutica – Sessão interativa // Célia Costa, Cristina Lopes //Leonor Leão

16H30

COFFEE BREAK

17H00

JARDIM BOTÂNICO

CONTINUAÇÃO DO CURSO TEMÁTICO IV

- 17h00 – 17h30
IT vs tratamento com Biológicos
//Javier Dominguez
- 17h30 – 18h00
Prever o Futuro - Marcadores específicos IT // Jerónimo Carnés
- 18h00 – 18h30
Misturar, sim ou não? // Pedro Silva //Ana Morête

CONTINUAÇÃO DO CURSO TEMÁTICO III

Apoio: Novartis

18H00

18H30

19H00

COMUNICAÇÕES ORAIS I

COMUNICAÇÕES ORAIS II

POSTERS I

20H30

PROGRAMA 6ªF 07 OUT

MANHÃ

	SALA 1	SALA 2	SALA 3	SALA 4
8H30				
9H00	<p>MESA REDONDA I Novos desafios na Imunoterapia com Alergénios</p> <hr/> <p>MODERADORES Amélia Spínola, Celso Pereira</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Adjuvante na Imunoterapia: passado, presente e futuro // Graça Loureiro ● Extratos terapêuticos: onde nos situamos? // Natacha Santos ● Biomarcadores de eficácia na Imunoterapia // Joana Cosme 	<p>MESA REDONDA II É possível prevenir a Alergia Alimentar?</p> <hr/> <p>MODERADORES Alice Coimbra, Isabel Carrapatoso</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Factores maternos e ambientais // Alexandra Santos ● Diversificação alimentar // Sara Prates ● Outras estratégias // Ana Reis Ferreira 		
10H00	COFFEE BREAK			
10H30	<p>MESA REDONDA III Novos horizontes na urticária crónica</p> <hr/> <p>MODERADORES Cristina Lopes, Mário Morais de Almeida</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Urticária crónica na criança vs idoso - que abordagem? // Helena Pité ● Terapêutica biológica na urticária crónica para além do Omalizumab - novos horizontes // Marisa Paulino ● Experiência nacional dos Centros UCare // Célia Costa // Isabel Rosmaninho 	<p>MESA REDONDA IV Anticolinérgicos na Asma - Quando e porquê?</p> <hr/> <p>MODERADORES Maria Graça Castel-Branco, Luís Delgado</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Tosse, asma e anticolinérgicos // Nuno Neuparth ● Aposta tripla (ICS+SABA+SAMA) na terapêutica das crises // Rita Aguiar ● Aposta tripla (ICS+LABA+LAMA) na terapêutica de manutenção // Pedro Silva 		
11H30	COFFEE BREAK			
12H15	CERIMÓNIA DE ABERTURA			
13H00	ALMOÇO		<p>MEET THE PROFESSOR LUNCH Transition management from pediatric to adult care in patients affected with childhood-onset inborn errors of immunity</p> <hr/> <p>PALESTRANTE Virgil Dalm Apoio: Kedrion</p>	<p>MEET THE PROFESSOR LUNCH O controlo do AEH na vida real: a experiência de dois centros</p> <hr/> <p>PALESTRANTES Eunice Dias de Castro, Manuel Branco Ferreira Apoio: Takeda</p>
14H30				

TARDE

	SALA 1	SALA 2	SALA 3	SALA 4
14H30	<p>SIMPÓSIO SPAIC- DIATER</p> <p>Avanços em TI: muitas alternativas para os pacientes. Um problema ou uma solução?</p> <hr/> <p>PALESTRANTES Joana Cosme, Luís Taborda Barata, Pedro Mata, Pedro Silva</p>	<p>WORKSHOP I</p> <p>Dermatite Atópica - Avaliação e Terapêutica Personalizada</p> <hr/> <p>MODERADORES Anabela Lopes, Marta Neto</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Avaliação funcional da pele: Novos métodos de diagnóstico e monitorização na dermatite atópica //Daniela Abreu ● Anti IL4/IL13 e inibidores da JAK na dermatite atópica - Prós e Contras? //Rosa Anita Fernandes //Sofia Campina 		
15H30	COFFEE BREAK			
16H00	<p>SIMPÓSIO GSK - BIAL</p> <p>Redefining asthma goals: the evolving era of proactive control</p> <hr/> <p>MODERADOR Manuel Branco Ferreira</p> <ul style="list-style-type: none"> ● The Power of Modelling & Real World Results: Debating Clinical Applications of Proactive Regular Dosing //David Singh ● Clinical Challenges for Asthma Management // Rodrigo Rodrigues Alves 	<p>WORKSHOP II</p> <p>Broncoconstrição induzida pelo exercício</p> <hr/> <p>MODERADORES Mariana Couto, Paula Leiria Pinto</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Visão clínica: sintomas e diagnóstico diferencial //João Gaspar Marques ● Espirometria e provas de provocação brônquica: da teoria à prática no diagnóstico de queixas respiratórias com exercício // Tiago Jacinto ● Abordagem terapêutica: medidas farmacológicas e não farmacológicas //Diana Silva 		
17H00	COFFEE BREAK			
17h30	<p>SIMPÓSIO SPAIC-VIATRIS</p> <p>Rinite alérgica: Paradigma da integração da evidência do mundo real na prática clínica</p> <hr/> <p>MODERADORES Bernardo Sousa Pinto, Mário Morais de Almeida</p>	<p>WORKSHOP III</p> <p>Aerobiologia na era da globalização</p> <hr/> <p>MODERADORES Beatriz Tavares, Rita Câmara</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Redes de Aerobiologia no Mundo //Irene Câmara ● Pólenes relevantes nos principais países de e/imigração //Cláudia Penedos ● Transporte global de poeiras do deserto do Sahara e impacto nas doenças respiratórias //Tiago Silva 		
18H30	INTERVALO			
19H00	<p>SUNSET MEETING</p> <p>MODERADORES Manuel Branco Ferreira, José Luís Plácido</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Mepolizumab na Vida Real – Actualização do estudo REALTI-A a 2 anos //Mário Morais de Almeida ● Realidade de um centro multidisciplinar de Asma Grave em Portugal //Ana Mendes <p style="text-align: right;">Apoio: GSK</p>			
20H00				

PROGRAMA SÁB 08 OUT

MANHÃ

	SALA 1	SALA 2	SALA 3	SALA 4
8H30	COMUNICAÇÕES ORAIS III	COMUNICAÇÕES ORAIS IV		CASOS CLÍNICOS I
9H00			FORMAÇÃO PARA ENFERMEIROS Alergia Alimentar e Anafilaxia nas Escolas - Formação às Equipas de Saúde Escolar <ul style="list-style-type: none"> ● A visão do Imunoalergologista // Ana Reis Ferreira ● Necessidades dos pais do alérgico // Inês Castro ● Dificuldades e estratégias de inclusão da Escola // Maria João Teixeira 	
10H00	COFFEE BREAK			
10H30	MESA REDONDA V O doente com anafilaxia no centro dos cuidados <hr/> MODERADORES Natacha Santos, José Luís Plácido <hr/> <ul style="list-style-type: none"> ● Panorama nacional de anafilaxia // Angela Gaspar ● Estratégias de prevenção na comunidade // Inês Pádua ● Impacto na qualidade de vida // Cátia Lopes ● O papel das associações de doentes // Sofia Fernandes 	MESA REDONDA VI JIPS PROMs Patient reported outcomes em Imunoalergologia <hr/> MODERADORES Magna Correia, José Alberto Ferreira <hr/> <ul style="list-style-type: none"> ● Processo de tradução, adaptação e validação de questionários de QoL // Cristina Jacome ● Na urticária - Cu-Q2oL // Célia Costa ● Na asma e rinite - CARAT // João Almeida Fonseca 	FORMAÇÃO PARA ENFERMEIROS continuação <hr/> <ul style="list-style-type: none"> ● O papel das Equipas de Saúde Escolar // Liliana Xavier ● Questões e Propostas 	
11H30	COFFEE BREAK			
12H00	SIMPÓSIO SPAIC - JABA RECORDATI Mudar de ares muda vidas: Efeito sinérgico da terapêutica tripla na asma <hr/> <ul style="list-style-type: none"> ● 12h00 – Boas – vindas e enquadramento // Manuel Branco Ferreira ● 12h05 – Qual o efeito sinérgico da terapêutica tripla na asma? // Pedro Martins ● 12h20 – Patients for thoughts - Participação ativa da assistência // Diana Silva ● 12h55 – Resumo final : Statements // Manuel Branco Ferreira 	WORKSHOP IV Sensibilização vs. alergia: as duas faces da IgE <hr/> MODERADORES Celso Pereira, Luís Martins <hr/> <ul style="list-style-type: none"> ● Imunoterapia em Medicina Veterinária - o que sabemos // Luís Martins ● Imunoterapia - mecanismos // Celso Pereira ● Patho- and non-patho IgE being FcεRI- and CD23-specific ligands, respectively // Kenichi Masuda 		
13H00				

TARDE

	SALA 1	SALA 2	SALA 3	SALA 4
13H00	ALMOÇO		MEET THE PROFESSOR LUNCH Novas cozinhas, novos alérgenos <hr/> PALESTRANTES Borja Bartolome, José Luís Abujeta <hr/> Apoio: Roxall	MEET THE PROFESSOR LUNCH Welcome to a New Era of Subcutaneous Immunoglobulin Therapies <hr/> PALESTRANTES Emília Faria, Virgil Dalm <hr/> Apoio: Takeda
14H30	SIMPÓSIO SPAIC -ASTRAZENECA O Paradigma atual no tratamento do doente com Asma <hr/> MODERADOR Manuel Branco Ferreira <hr/> <ul style="list-style-type: none"> Desafios e oportunidades na gestão do doente com Asma // João Marques Implementação das guidelines para um melhor controlo do doente com asma // Cristina Lopes Abreu Gestão da Asma Grave com base na evidência de vida real - resultados de estudos de RWE com Benralizumab // Luís Amaral 	WORKSHOP V Hipersensibilidade a fármacos: Casos clínicos controversos <hr/> MODERADORES Eva Gomes, Paula Alendouro <hr/> PALESTRANTES Filipa Ribeiro, Inês Cunha, Rita Brás, Jóni Carvalho	SALA 5 13h00 - 14h30 <hr/> MEET THE PROFESSOR LUNCH Abordagem Diagnóstica Global na Alergia Respiratória <hr/> PALESTRANTE Olga Luengo <hr/> Apoio: Thermofisher	
15H30	COFFEE BREAK			
16H00	SIMPÓSIO SPAIC - SANOFI Connecting the dots in Type 2 Inflammation: Emerging of an innovative treatment for patients with Type 2 diseases <hr/> <ul style="list-style-type: none"> 16h00 - Opening // Frederico Regateiro 16h05 - Connecting the dots in Type 2 Inflammation - How is this knowledge changing the way we manage type 2 diseases? // José Laerte Boechat 16h20 - Roundtable: Dupilumab national experience in AD, Asthma and CRSwNP // Rosa Anita Fernandes/ Ana Mendes // Natacha Santos 16h50 - Discussion 17h00 - Closing // Frederico Regateiro 	WORKSHOP VI Valorizar a formação especializada em Imunoalergologia <hr/> MODERADORES Helena Falcão, José Pedro Moreira da Silva <hr/> <ul style="list-style-type: none"> Novo Curriculum e legislação da Ordem dos Médicos // Anabela Lopes Plataformas/Registo de tarefas online // Ana Castro Neves 		
17H00	COFFEE BREAK			
17h30	MESA REDONDA VII Asma em idade pediátrica: dos 0 aos 12 anos <hr/> MODERADORES Ana Todo Bom, José Rosado Pinto <hr/> <ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico de asma na criança: das recomendações à vida real // Leonor Cunha Tratamento de manutenção: quando e como? O que nos diz a evidência e o que fazemos na prática // Joana Pita É possível prevenir a asma? // André Moreira 	MESA REDONDA VIII Multidisciplinariedade em patologia respiratória dos doentes com IDP de Acs <hr/> MODERADORES Sara Silva, Luís Taborda Barata <hr/> <ul style="list-style-type: none"> Imunoalergologia // Frederico Regateiro Otorrinolaringologia // Araújo Martins Imagiologia // João Inácio Pneumologia // Pilar Azevedo 		
18H30	ASSEMBLEIA GERAL DA SPAIC			
20H00				

PROGRAMA DOM 09 OUT



MANHÃ

	SALA 1	SALA 2	SALA 3
8H30	POSTERS II	POSTERS III	CASOS CLÍNICOS II
10H00	<p>SIMPÓSIO SPAIC-ABBVIE</p> <p>RINVOQ: Interrompendo o círculo vicioso prurido intenso e lesões cutâneas</p> <hr/> <p>PALESTRANTES Cristina Lopes Abreu, Hermenio Lima</p>		
11H00	COFFEE BREAK		
11H30	<p>SESSÃO SPAIC-SEaic</p> <p>Abordagem da patologia naso-conjuntival / <i>Exploración y manejo de la patología naso-conjuntiva</i></p> <hr/> <p>MODERADORES Antonio Valero, Manuel Branco Ferreira</p> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> ● Avaliação objetiva da patologia nasal // Ana Margarida Pereira ● Olfato en patología nasosinusal y COVID // Adriana Izquierdo Dominguez ● Conjuntivitis alérgica: manejo y control // Cesárea Sánchez Hernández 		
12H30	<p>BOLSA DE INVESTIGAÇÃO CLINICO-LABORATORIAL PALMA CARLOS</p> <p>Resultados preliminares // Diana Silva</p>		
12H45	ENTREGA DE PRÉMIOS E SESSÃO DE ENCERRAMENTO		
13H15	ALMOCO DE ENCERRAMENTO		

SESSÕES

COMUNICAÇÕES ORAIS I

ALERGIA A FÁRMACOS

MODERADORES

Carmo Abreu, Emília Faria, Inês Lopes

COMUNICAÇÕES ORAIS II

ALERGIA CUTÂNEA / OUTROS

MODERADORES

Arminda Guilherme, Frederico Regateiro, Sofia Campina

COMUNICAÇÕES ORAIS III

ALERGIA ALIMENTAR E ANAFILAXIA

MODERADORES

Carlos Lozoya, Cristina Arêde, José Alberto Ferreira

COMUNICAÇÕES ORAIS IV

ASMA E IMUNODEFICIÊNCIAS PRIMÁRIAS

MODERADORES

Ana Morête, Ana Sofia Moreira, Rita Câmara

POSTERS I

ALERGIA ALIMENTAR

MODERADORES

Susana Piedade, Miguel Vieira, Pedro Martins

POSTERS II

ALERGIA A FÁRMACOS / IMUNODEFICIÊNCIAS PRIMÁRIAS / OUTROS

MODERADORES

Ana Romeira, Eugénia Almeida, Frederico Regateiro

POSTERS III

ALERGIA RESPIRATÓRIA

MODERADORES

Carmen Botelho, José Alberto Ferreira, Rui Silva

CASOS CLÍNICOS I

MODERADORES

Emília Faria, Nuno Sousa, Teresa Vieira

CASOS CLÍNICOS II

MODERADORES

Daniel Machado, Marta Neto, Rodrigo Rodrigues Alves



CURSO TEMÁTICO | 5ª F 6 OUT

SALA 3

10H00 - 13H00

PEER REVIEWER: O QUE É QUE O REVISOR AVALIA NUM ARTIGO?

■ Inscrições limitadas a 40 participantes

FORMADORES Bernardo Sousa-Pinto, Cristina Jácome, António Cardoso Fernandes

COORDENADORES Diana Silva, Mariana Couto, Natacha Santos

1ª PARTE

- 09h45-10h00
Abertura do Curso
- 10h00-10h50
A redação de artigo científico
// Cristina Jácome
- 10h50-11h15
Técnicas para rever um artigo e elaborar um documento final com a revisão (as várias componentes de uma revisão): comentários major e minor, como elaborar crítica construtiva, como decidir aceitar ou rejeitar, etc.
// Bernardo Sousa-Pinto

INTERVALO 11H15 - 11H45

2ª PARTE

- 11h45-12h45
Componente prática // António Cardoso Fernandes – análises de artigos reais publicados | Examinar todos os elementos e secções do artigo:
 - Título e resumo
 - Introdução e objetivos
 - Métodos
 - Resultados (incluindo tabelas e figuras)
 - Discussão (incluindo pontos fortes e limitações)
 - Outros elementos (e.g.: conflitos de interesse)
- 12h45-13h00
Programa de mentoria para novos revisores. Após a frequência do curso, os revisores serão convidados a integrar um programa de mentoria, durante o qual os revisores seniores serão mentores de um ou mais revisores juniores durante um ano, avaliando os seus trabalhos de revisão.
// Mariana Couto

CURSO TEMÁTICO II 5ªF 6 OUT

SALA 4

10H00 - 13H00

DESSENSIBILIZAÇÃO A FÁRMACOS EM ONCOLOGIA: UMA NECESSIDADE CRESCENTE (EQUIPA MULTIDISCIPLINAR / CURSO DIRIGIDO A MÉDICOS E ENFERMEIROS)

■ Inscrições limitadas a 40 participantes

MODERADORES Luísa Geraldes, Susana Cadinha

1ª PARTE

- 9h45-10h00
Abertura do Curso
- 10h00-10h20
Introdução: Dessensibilização em oncologia
//Josefina Cernadas
- 10h20-12h00
Sessão: Dificuldades no procedimento
 - 10h20-10h35
Farmácia: preparação das diluições e bolsas //Luísa Rocha
 - 10h35-10h50
Enfermagem: administração, bomba infusora, reconhecimento de sinais de hipersensibilidade, evitar extravasamento de produto a administrar //Sónia Fernandes
 - 10h50-11h05
Médico: Coordenação antes do procedimento //Joana Caiado
 - 11h05-11h15
Discussão

2ª PARTE

- 11h45-12h00
Testes de diagnóstico, antes ou durante os ciclos de tratamento. E a que fármacos?
//Carmelita Ribeiro
- 12h00-13h00
3 Casos clínicos
//Joana Gomes
//Mara Fernandes
//Nicole Pinto

INTERVALO 11H15 - 11H45

CURSO TEMÁTICO III 5ª F 6 OUT

SALA 3

14H30 - 18H00

COMO TORNAR-SE UM URTICARIOLOGISTA? - CURSO PRÁTICO AVANÇADO

■ Inscrições limitadas a 24 participantes



APOIO

● Introdução ao Curso // Célia Costa

● Warm up: Conceitos da urticária na atualidade:

- Definição, classificação e epidemiologia
//Leonor Leão
- Fisiopatologia da urticária
//Cristina Lopes Abreu
- Biomarcadores
//Célia Costa

● Escape Stations: Urticaria Hand-On

- Station 1: História clínica e avaliação inicial do doente com urticária
// Cristina Lopes Abreu
- Station 2: Utilização de PROMs na prática clínica
- Station 3: Testes de diagnóstico na urticária
//Leonor Leão

● Abordagem terapêutica – Sessão interativa

//Célia Costa
//Cristina Lopes Abreu
//Leonor Leão

CURSO TEMÁTICO IV 5ª F 6 OUT

JARDIM BOTÂNICO DO PORTO

14H15 - 18H30



IMUNOTERAPIA COM ALERGÉNIOS | JARDIM BOTÂNICO DO PORTO

■ Inscrições limitadas a 40 participantes



LETIPharma
desde 1919

APOIO

1ª PARTE

- 14h15 – 14h30
Abertura
//Manuel Branco Ferreira
//Ana Morête
- 14h30 – 15h00
Perfil do paciente polínico em Portugal
//Celso Pereira
- 15h00 – 15h30
Perfil molecular das gramíneas
//Guillermo Salamanca
- 15h30 – 16h30
Saída a campo e reconhecimento das principais espécies
//Beatriz Tavares

2ª PARTE

- 17h00 – 17h30
IT vs tratamento com Biológicos
//Javier Dominguez
- 17h30 – 18h00
Prever o Futuro - Marcadores específicos IT
//Jerónimo Carnés
- 18h00 – 18h30
Misturar, sim ou não?
//Pedro Silva
//Ana Morête

INTERVALO 16H30 -17H00

EVENTOS EDUCACIONAIS

WORKSHOPS DE FORMAÇÃO TEÓRICO-PRÁTICA

■ Inscrições limitadas a 30 participantes

7 OUT // 6^aF

SALA 2 14H30 - 15H30

WORKSHOP I

**Dermatite Atópica
- Avaliação e Terapêutica
Personalizada**

MODERADORES

Anabela Lopes, Marta Neto

- Avaliação funcional da pele: Novos métodos de diagnóstico e monitorização na dermatite atópica //Daniela Abreu
- Anti IL4//IL13 e inibidores da JAK na dermatite atópica - Prós e Contras? //Rosa Anita Fernandes //Sofia Campina

7 OUT // 6^aF

SALA 2 16H00 - 17H00

WORKSHOP II

**Broncoconstrição
induzida pelo exercício**

MODERADORES

Mariana Couto, Paula Leiria Pinto

- Visão clínica: sintomas e diagnóstico diferencial //João Gaspar Marques
- Espirometria e provas de provocação brônquica: da teoria à prática no diagnóstico de queixas respiratórias com exercício // Tiago Jacinto
- Abordagem terapêutica: medidas farmacológicas e não farmacológicas //Diana Silva

7 OUT // 6^aF

SALA 2 17H30 - 18H30

WORKSHOP III

**Aerobiologia na era
da globalização**

MODERADORES

Beatriz Tavares, Rita Câmara

- Redes de Aerobiologia no Mundo //Irene Câmara
- Pólenes relevantes nos principais países de e/imigração //Cláudia Penedos
- Transporte global de poeiras do deserto do Sahara e impacto nas doenças respiratórias //Tiago Silva

8 OUT // SÁB

SALA 2 12H00 - 13H00

WORKSHOP IV

**Sensibilização vs. alergia:
as duas faces da IgE**

MODERADORES

Celso Pereira, Luís Martins

- Imunoterapia em Medicina Veterinária - o que sabemos //Luís Martins
- Imunoterapia - mecanismos //Celso Pereira
- Patho- and non-patho IgE being FcεRI- and CD23-specific ligands, respectively //Kenichi Masuda

8 OUT // SÁB

SALA 2 14H30 - 15H30

WORKSHOP V

**Hipersensibilidade a
fármacos: Casos clínicos
controversos**

MODERADORES

Eva Gomes, Paula Alendouro

PALESTRANTES

Filipa Ribeiro, Inês Cunha,
Rita Brás, Jóni Carvalho

8 OUT // SÁB

SALA 2 16H00 - 17H00

WORKSHOP VI

**Valorizar a formação
especializada em
Imunoalergologia**

MODERADORES

Helena Falcão,
José Pedro Moreira da Silva

- Novo Currículo e legislação da Ordem dos Médicos //Anabela Lopes
- Plataformas/Registo de tarefas online //Ana Castro Neves

OUTROS EVENTOS

■ Inscrições limitadas a 30 participantes

7 OUT // 6ªF

SALA 3 13H00 - 14H30

MEET THE PROFESSOR LUNCH

Transition management from pediatric to adult care in patients affected with childhood-onset inborn errors of immunity

PALESTRANTE Virgil Dalm
Apoio: Kedrion

7 OUT // 6ªF

SALA 4 13H00 - 14H30

MEET THE PROFESSOR LUNCH

O controlo do AEH na vida real: a experiência de dois centros

PALESTRANTES
Eunice Dias de Castro,
Manuel Branco Ferreira

Apoio: Takeda

8 OUT // SÁB

SALA 3 13H00 - 14H30

MEET THE PROFESSOR LUNCH

Novas cozinhas, novos alérgenos

PALESTRANTES
Borja Bartolome,
José Luís Abujeta

Apoio: Roxall

8 OUT // SÁB

SALA 4 13H00 - 14H30

MEET THE PROFESSOR LUNCH

Welcome to a New Era of Subcutaneous Immunoglobulin Therapies

PALESTRANTES
Emília Faria, Virgil Dalm

Apoio: Takeda

8 OUT // SÁB

SALA 5 13H00 - 14H30

MEET THE PROFESSOR LUNCH

Abordagem Diagnóstica Global na Alergia Respiratória

PALESTRANTE
Olga Luengo

Apoio: Thermofisher

Inscrições limitadas a 15 participantes



PROGRAMA SOCIAL



JANTAR DE CONFERENCISTAS	RESTAURANTE FUNDAÇÃO CUPERTINO DE MIRANDA
POR CONVITE	
8 OUT // SÁB	Av. da Boavista 4245, 4100-140 Porto
20H30	

INFORMAÇÕES GERAIS

HORÁRIO SECRETARIADO HORÁRIO DATA DESK

6 de Outubro - 09H00-19H00
7 de Outubro - 08H00-19H00
8 de Outubro - 08H00-18H00
9 de Outubro - 08H00-14H00

WEBSITE DA REUNIÃO

www.spaic2022.pt

PROTEÇÃO DE DADOS

De acordo com o artigo 13o do Regulamento da EU n.o 679/2016 do Regulamento sobre Proteção de Dados, informa-se os participantes da 43a Reunião Anual da SPAIC que no decorrer da Reunião Anual poderão ser realizadas fotografias e vídeos para divulgação promocional pela SPAIC e/ou Secretariado Executivo através dos seus canais habituais (mailings, redes sociais, publicações online e o-ine). Informa-se ainda que o evento será gravado. Caso não permita a divulgação de imagens para estes fins deverá indicar ao Secretariado através do endereço de email spaic2022@aimgroup.eu.

MAIS INFORMAÇÕES E ESCLARECIMENTOS

Secretariado Executivo:
spaic2022@aimgroup.eu

Website da reunião
www.spaic2022.pt

REGULAMENTO PRÉMIOS SPAIC



COMUNICAÇÕES CIENTÍFICAS

COMUNICAÇÕES ORAIS

O tempo disponível para a apresentação é de 7 minutos mais 3 minutos para discussão.

E-POSTERS

O tempo disponível para a apresentação do poster é de 5 minutos mais 3 minutos para discussão.

CSL Behring
Biotherapies for Life™

CAÇOS CLÍNICOS

O tempo disponível para apresentação do Caso Clínico é de 3 minutos para apresentação mais 3 minutos para discussão.

CSL Behring
Biotherapies for Life™

MELHORES COMUNICAÇÕES CIENTÍFICAS NA REUNIÃO ANUAL

A SPAIC, a fim de fomentar a investigação científica na especialidade de Imunoalergologia, promovendo a sua discussão pública e posterior publicação, institui anualmente no âmbito da sua Reunião Anual prémios às melhores Comunicações apresentadas, quer sob a forma de Comunicação Oral, quer sob a forma de E-Poster ou Caso Clínico.

- 1** Consideram-se como elegíveis os trabalhos submetidos para apresentação durante a Reunião Anual da Sociedade, segundo prazo limite anualmente divulgado, aqui considerado prazo de candidatura, sendo que pelo menos um dos autores deverá ser Sócio da SPAIC.
- 2** Serão atribuídos prémios em todas as sessões de comunicações.
- 3** O valor pecuniário será distribuído por duas categorias: Melhor Comunicação Oral (1º Prémio no valor de €700,00 e o 2º Prémio no valor de €500,00) e Melhor E-Poster ou Caso Clínico (1º Prémio no valor de €400,00 e o 2º Prémio no valor de €300,00).
- 4** Serão nomeados pela Direção da SPAIC júris compostos por três elementos de reconhecido mérito, que avaliarão todos os trabalhos apresentados em cada uma das sessões, que ponderarão a Investigação Científica bem como a apresentação e discussão efetuadas.
- 5** Imediatamente antes da sessão de encerramento da Reunião Anual serão divulgados os trabalhos vencedores.
- 6** Os autores dos trabalhos premiados serão convidados a publicarem a versão em extenso num dos Órgãos Oficiais da SPAIC no prazo máximo de 12 meses, devendo conter referência ao prémio recebido.
- 7** O valor numerário do prémio será entregue em duas frações, a primeira metade após a entrega do prémio e a segunda metade após confirmação da aceitação do trabalho para publicação num dos órgãos oficiais da SPAIC (Revista Portuguesa de Imunoalergologia ou European Annals of Allergy and Clinical Immunology).

BOLSAS SPAIC



Os internos de formação específica de Imunoalergologia e os especialistas de Imunoalergologia poderão concorrer às Bolsas SPAIC-LETI para Participação na 43ª Reunião Anual da SPAIC, beneficiando de Inscrição.

CRITÉRIOS DE ACEITAÇÃO:

- 1** Resumo aceite para apresentação na 43ª Reunião Anual da SPAIC, de preferência como primeiro autor;
- 2** Interno de Imunoalergologia. Havendo vagas suplentes, a Bolsa poderá estender-se a JIPs ou a outros Especialistas de Imunoalergologia;
- 3** Não ter outro apoio para a participação na supracitada Reunião Anual;
- 4** Comprometerem-se a submeter o seu trabalho para publicação num dos órgãos oficiais da SPAIC (Revista Portuguesa de Imunoalergologia ou European Annals of Allergy and Clinical Immunology), no prazo máximo de 10 meses, após a atribuição da bolsa. Em caso de incumprimento deste ponto os respetivos sócios ficarão impedidos de se candidatarem a qualquer bolsa da SPAIC para participação em encontros científicos, incluindo a Reunião Anual, nos dois anos subsequentes.

BOLSA DE INVESTIGAÇÃO CLÍNICO- LABORATORIAL PALMA CARLOS

A SPAIC a fim de fomentar no País o desenvolvimento de linhas de investigação específicas de Imunoalergologia, confere no triénio 2020-2022 uma bolsa para um projeto de investigação original clínico-laboratorial na área da Imunoalergologia, com o apoio de múltiplos parceiros da indústria farmacêutica. Consulte o regulamento em www.spaic.pt

PLANTA DO EVENTO

PISO 0



PISO 1



PISO 2



PLANTA EXPOSIÇÃO



	A. MENARINI	8+9
	ABBVIE	A
	ASTRAZENECA	12+13
	BIAL	7
	BIOPORTUGAL	4
	DIATER	23+24
	GSK	25+26
	INMUNOTEK	27+28
	JABA RECORDATI	5
	LABORATÓRIOS VITÓRIA ..	6
	LETI	18+19
	LILLY	20
	MEDINFAR	21+22
	NOVARTIS	16+17
	ROXALL	14+15
	SANOFI	29+30
	TAKEDA	1
	TECNIFAR	B
	THERMOFISHER	10+11
	VIATRIS	2+3

PATROCINADORES

MAJOR SPONSORS



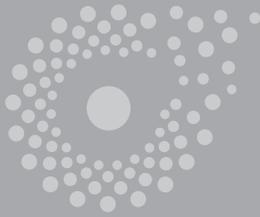
A. MENARINI PORTUGAL



SPONSORS



Secretariado Executivo:
AIM Group International - Lisbon Office
t. +351 21 324 50 54
spaic2022@aimgroup.eu
www.spaic2022.com



CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO / ADMINISTRATION BOARD

Presidente / President

Manuel Branco Ferreira
Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte

Secretário-Geral / General Secretary

Emília Faria
Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Vice-Presidentes / Vice Presidents

Pedro Martins
Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar Lisboa Central
Ana Morête
Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar Baixo Vouga, Aveiro
José Alberto Ferreira
Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia e Espinho

Secretário-Adjunto / Assistant Secretary

Frederico Regateiro
Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Tesoureiro / Treasurer

Rodrigo Rodrigues Alves
Unidade de Imunoalergologia, Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada

CONSELHO EDITORIAL / EDITORIAL BOARD

Editor / Editor-in-Chief

Mariana Couto
Centro de Alergia, Hospital CUF Descobertas, Lisboa

Secretário-Geral / General Secretary

Diana Silva
Serviço Imunoalergologia, Centro Hospitalar Universitário de São João

Secretários-Adjuntos / Assistant Secretaries

Susana Lopes Silva
Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte
Natacha Santos
Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar Universitário do Algarve

Redatores / Associate Editors

Alexandra Santos
King's College London
Ana Luísa Geraldês
Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar do Alto Ave – Guimarães/Fafe
Alice Coimbra
Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar de São João, Porto
Ana Margarida Pereira
Unidade de Imunoalergologia, Instituto e Hospital CUF Porto
Anabela Lopes
Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte
Ana Célia Costa
Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte
Ana Margarida Romeira
Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar Lisboa Central
Carlos Lozoya
Unidade de Imunoalergologia, Hospital Amato Lusitano, Unidade Local de Saúde de Castelo Branco

Elza Tomaz
Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar de Setúbal
Eva Gomes
Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar do Porto
Frederico Regateiro
Hospitais da Universidade de Coimbra
Graça Loureiro
Hospitais da Universidade de Coimbra
Helena Falcão
Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar do Porto
Joana Caiado
Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte
João Marques
Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar Lisboa Oriental
José Geraldo Dias
Centro de Alergia, Hospitais e Clínicas CUF
José Ferreira
Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho
Marta Neto
Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte
Paula Alendouro
Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar do Alto Ave – Guimarães/Fafe
Pedro Silva
Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar Barlavento Algarvio
Rodrigo Rodrigues Alves
Unidade de Imunoalergologia, Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada
Sara Prates
Serviço de Imunoalergologia, Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar Lisboa Central, Lisboa
Sara Silva
Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa

CONSELHO CIENTÍFICO / SCIENTIFIC BOARD

Amélia Spínola Santos

Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

Ana todo-Bom

Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Ângela Gaspar

Centro de Imunoalergologia, Hospital CUF Descobertas, Lisboa

Bárbara Gonçalves da Silva

Serviço de alergia e imunologia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

Barbara Bohle

Medical University, Viena, Austria

Carlos Loureiro

Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Carlos Nunes

Centro de Imunoalergologia do Algarve, Portimão

Celso Pereira

Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Cristina Santa Marta

Centro de Imunoalergologia, Hospital CUF Descobertas, Lisboa

Dirceu Solé

Universidade Federal de São Paulo-Escola Paulista de Medicina (UNIFESP-EPM). Brasil

Elisa Pedro

Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte

Enrico Heffler

Medical University of Catania, Itália

Filipe Inácio

Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar de Setúbal

João Fonseca

Faculdade de Medicina do Porto.

José Luís Plácido

Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar de São João, Porto

José Pedro Moreira da Silva

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

José Rosado Pinto

Serviço de Imunoalergologia, Hospital da Luz, Lisboa

Lorenzo Cecchi

University of Florence, Itália

Luís Delgado

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

Luís Taborda Barata

Faculdade de Medicina Beira Interior

Manuel Branco Ferreira

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

Maria da Graça Castelo-Branco

Unidade de Imunoalergologia. Hospital CUF Porto

Mário Morais de Almeida

Centro de Imunoalergologia, Hospitais e Clínicas CUF.

Marcelo Vivolo Aun

Serviço de Imunologia Clínica e Alergia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Brasil

Marek Jutel

Medical Research Institute, Varsóvia, Polónia

Marcin Kurowski

Faculty of Medicine, Lodz, Polónia

Nelson Rosário Filho

Universidade Federal do Paraná, Curitiba. Brasil

Nikos Papadopoulos

University of Athens, Grecia.

Norma Rubini

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO. Brasil

Paolo Matricardi

Universidade de Medicina Charité, Berlin, Alemanha

Pedro Martins

Serviço de Imunoalergologia, Hospital Dona Estefânia.

Centro Hospitalar Lisboa Central, Lisboa

Rita Câmara

Serviço de Imunoalergologia. Hospital Dr. Nélcio Mendonça, Funchal

Stefano Del Giacco

Universidade de Cagliari, Itália

Tomas Chivato

Hospital Gegerio Maranhon, Madrid, Espanha

Ulrike Raap

Universidade de Medicina de Hannover, Alemanha

Victoria Cardona

Hospital Universitário Vall d'Hebron, Barcelona, Espanha

SESSÃO DE COMUNICAÇÕES ORAIS I
ALERGIA A FÁRMACOS

Dia: 6 de Outubro
Horário: 19h00-20h30
Sala: I

Moderadores: Carmo Abreu, Emília Faria, Inês Lopes

**CO01 – ALERGIA A CEFAZOLINA: REATIVIDADE
CRUZADA COM OUTROS BETA-LACTÂMICOS?**

Mota D¹, Carneiro Leão L¹, Cernadas J^{1,2}

¹ Centro Hospitalar Universitário São João, Porto, Portugal

² Hospital Lusíadas Porto, Porto, Portugal

Objetivo: A cefazolina é frequentemente utilizada como profilaxia pré-operatória. Sendo uma cefalosporina de 1.^a geração, não aminocefalosporina, pretende-se avaliar a tolerância a outros beta-lactâmicos (BL). **Método:** Estudo retrospectivo de reações de hipersensibilidade (RHS) no peri-operatório no período 2011-2021. Diagnóstico de alergia à cefazolina definido por história clínica compatível e testes cutâneos positivos ou testes negativos mas contra-indicação para realização de prova de provocação diagnóstica e ausência de outra causa. **Resultados:** Diagnóstico de alergia à cefazolina realizado em 21 doentes (66,6% mulheres; média idades 44 anos), com RHS imediata. Em 19 doentes (90%), a apresentação clínica foi anafilaxia, 14 com hipotensão associada; em 2 a apresentação foi mucocutânea. Nenhum doente tinha história de alergia a BL ou exposição prévia à cefazolina. O estudo alergológico foi realizado, em média, 9 meses após a reação. Os testes por picada à cefazolina foram sempre negativos e os intradérmicos positivos em 18. Nos 3 doentes com teste negativo, não foi identificada outra causa para a reação, pelo que se assumiu o diagnóstico pela reação index. Relativamente à tolerância a outros BL, as IgE específicas foram positivas em 1/18 doentes testados; os testes cutâneos com penicilinas foram negativos em 88% dos 17 doentes testados, tendo todos tolerado provocação com Amoxicilina-clavulanato. Os 2 doentes com teste positivo a Penicilina G (12%) foram submetidos a provocação com cefixima, sem reação. Em 12 doentes foram também estudadas cefalosporinas de 3.^a geração, com resultados negativos. **Discussão/Conclusão:** O diagnóstico de alergia à cefazolina foi feito em contexto de reações graves, o que limitou o estudo alergológico. Apesar da amostra limitada, 12% dos doentes estudados tiveram positividade a penicilina, pelo que consideramos que estas devem sempre ser testadas. As cefalosporinas de 3.^a geração parecem ser seguras, permanecendo a dúvida quanto à tolerância a outras de 1.^a e às de 2.^a geração.

**CO02 – DESSENSIBILIZAÇÃO EM ONCOLOGIA
NO HOSPITAL CENTRAL DO FUNCHAL**

Cosme Ferreira S¹, Fernandes M¹, Fernandes C³, Marques M², Gomez P², Pereira V², Espírito Santo T², Vieira P², Câmara R¹

¹ Unidade de Imunoalergologia, Hospital Dr. Nélio Mendonça, SESARAM, Funchal, Portugal

² Serviço de Hemato-Oncologia, Hospital Dr. Nélio Mendonça, SESARAM, Funchal, Portugal

³ Núcleo Farmacêutico, Hospital Dr. Nélio Mendonça, SESARAM, Funchal, Portugal

Objetivo: Caracterização do perfil clínico da população a realizar dessensibilização a citostáticos no Hospital Central do Funchal. **Metodologia:** Estudo retrospectivo dos doentes que realizaram dessensibilização a citostáticos (2020-2022). Foram avaliados dados demográficos, diagnóstico oncológico, terapêutica realizada, caracterização das reações de hipersensibilidade, pré-medicação instituída, resposta à dessensibilização e outcome da doença. **Resultados:** Foram incluídos 19 doentes, média de idade 58±12,4 anos [min 37; máx 80], 94,7% (n=18) do sexo feminino. O diagnóstico neoplásico mais frequente foi o adenocarcinoma do ovário (47,4%, n=9), seguido do cancro da mama (26,3%, n=5), adenocarcinoma do cólon e reto (15,8%, n=3), carcinoma do endométrio (5,3%, n=1) e carcinomatose peritoneal com tumor primário desconhecido (5,3%, n=1). Os doentes realizaram uma média de 8,2 tratamentos [min 2; máx 24] até apresentarem reação de hipersensibilidade. O citostático envolvido foi a carboplatina em 63,2% (n=12) dos casos, oxaliplatina em 15,8% (n=3) e paclitaxel em 21% (n=4). As manifestações apresentadas foram maioritariamente mucocutâneas e respiratórias. A anafilaxia ocorreu em 6 doentes (tabela 1). Os testes cutâneos (TC) realizados foram positivos em todos os doentes (n=15). Os 4 doentes que realizavam tratamento com paclitaxel não realizaram TC. Todos os doentes toleraram o protocolo de dessensibilização. Quatro doentes tiveram reação (urticária), nenhum apresentou anafilaxia. A pré-medicação utilizada foi anti-histamínico (n=15), antagonistas dos recetores dos leucotrienos (n=5), corticoide sistémico (n=5) e ácido acetilsalicílico (n=9). Foram realizados uma média de 7,3 [min 2; máx 21] tratamentos sob protocolo de dessensibilização. Seis doentes faleceram no decurso da evolução da doença. **Conclusões:** Os protocolos de dessensibilização com citostáticos permitiram o tratamento dos doentes com história prévia de reações de hipersensibilidade. Estes protocolos possibilitaram que fosse cumprida terapêutica de 1.^a linha para a sua doença, que de outra forma não teria sido possível.

N	19
Gênero (M:F)	1:18
Ȫ idade [mín; máx]*	57,9 [37;80]
Ȫ idade ao diagnóstico neoplásico primário [mín; máx]*	53,4 [30;80]
Ȫ tratamentos até reação hipersensibilidade [mín; máx]**	8,2 [2;24]
Diagnóstico	
Adenocarcinoma do Ovário (% n)	47,4% (9)
Neoplasia da Mama (% n)	26,3% (5)
Adenocarcinoma do Cólon e Reto (% n)	15,8% (3)
Carcinoma do Endométrio (% n)	5,3% (1)
Carcinomatose Peritoneal com primário desconhecido (% n)	5,3% (1)
Reação de Hipersensibilidade	
Urticária (% n)	52,6% (10)
Angioedema (% n)	5,3% (1)
Prurido (% n)	36,8% (7)
Tosse (% n)	31,6% (6)
Dispneia (% n)	26,3% (5)
Dessaturação periférica (% n)	10,5% (2)
Angioedema laríngeo (% n)	15,8% (3)
Hipotensão (% n)	5,3% (1)
Lipotímia (% n)	10,5% (2)
Dor abdominal (% n)	31,6% (6)
Núuseas e/ou vômitos (% n)	10,5% (2)
Diarreia (% n)	5,3% (1)
Dor Lombar (% n)	26,3% (5)
Flushing (% n)	52,6% (10)
Sudorese (% n)	15,8% (3)
Palpitações (% n)	10,5% (2)
Anafilaxia (% n)	31,6% (6)
Citostático	
Carboplatina (% n)	63,2% (12)
Oxaliplatina (% n)	15,8% (3)
Paclitaxel (% n)	21% (4)
Testes Cutâneos em Picada – positivos	
	2/15
Testes Intradérmicos – positivos	
	15/15
Pré-medicação	
Anti-Histamínicos H1 (% n)	78,9% (15)
Corticóides sistémicos (% n)	26,3% (5)
Antagonistas dos Leucotrienos (% n)	78,9% (15)
Aspirina (% n)	47,4% (9)
Ȫ tratamentos realizados com dessensibilização [mín; máx]**	7,3 [2;21]

Ȫ: média; máx: máximo; mín: mínimo; *anos; **número de ides

Tabela 1 – Caracterização da população a realizar protocolo de dessensibilização citostáticos no Hospital Central do Funchal.

CO03 – DESSENSIBILIZAÇÕES NÃO ONCOLÓGICAS NUM HOSPITAL TERCIÁRIO: UMA REVISÃO DE CASOS

B. Abreu D¹, Bragança M¹, Vasconcelos M^{1,2}, Dias de Castro E^{1,2}, Cernadas J^{1,2}

¹ Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar Universitário São João, Porto, Portugal, ²Unidade de Imunoalergologia, Hospital Lusíadas Porto, Porto, Portugal

Introdução: A dessensibilização (DZT) a fármacos induz tolerância imunológica temporária, permitindo a administração segura do fármaco em casos de hipersensibilidade. Os procedimentos de DZT com quimioterápicos são os mais estudados, contudo surgem cada vez mais relatos noutros grupos farmacológicos. O objetivo deste estudo é reportar a experiência de um serviço de Imunoalergologia terciário na realização de procedimentos de DZT não oncológicas. **Métodos:** Estudo retrospectivo dos procedimentos registados de DZT não oncológicas realizados num serviço de Imunoalergologia [2010-2021]. A decisão por DZT ocorreu na impossibilidade de realizar estudo alérgico prévio à administração do fármaco, ausência de uma alternativa igualmente eficaz e após obtenção do consentimento informado. **Resultados:** Foram analisados 70 adultos (54% sexo masculino), com idade média de 54 anos, correspondendo a 78 DZT. As patologias mais frequentemente implicadas foram a doença coronária, tuberculose pulmonar disseminada, neurosfilis e sida. A reação índice foi imediata em 58% dos casos, não-imediata em 37% e não esclarecida em 5%. A maioria dos casos reportava sintomas cutâneos (78%), contudo houve 2 casos de anafilaxia. As DZT foram mais frequentes aos anti-inflamatórios não esteroides (45%), cotrimoxazole (15%), antibióticos beta-lactâmicos (9%), tuberculostáticos (8%), alopurinol (6%), imunossuppressores (hidroxicloroquina) e anticorpos monoclonais (5%). Os protocolos foram elaborados de acordo com o fármaco e seu mecanismo imunológico, via de administração, características da reação, patologia de base e gravidade da reação. Em apenas 4 doentes foram necessárias adaptações ao protocolo inicial/ajuste da pré-medicação por reações. Não ocorreram reações graves. **Conclusão:** A realização de DZT está a aumentar, mostrando-se uma solução segura e eficaz em situações lifesaving, podendo ser preconizada em doentes agudos e com várias comorbilidades, contribuindo para a melhoria significativa do seu prognóstico. A especialidade de Imunoalergologia revela-se fundamental na gestão destes doentes, pelo que a orientação atempada permitirá reduzir a DZT ao estritamente necessário.

CO04 – HIPERSENSIBILIDADE A PRODUTOS DERIVADOS DO FERRO: 10 ANOS DE EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO TERCIÁRIO

Varandas C¹, Vieira J¹, Jacinto Correia C², Paulino M¹, Spínola Santos A¹, Lopes A¹, Lopes da Silva S¹, Pedro E¹, Caiado J¹

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

²Serviço de Imunohemoterapia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Lisboa, Portugal

Objetivos: As reações de hipersensibilidade (RH) a produtos derivados do ferro (PF) são raras e na maioria não IgE-mediadas, podendo, no entanto, manifestar-se por reações graves. Pretendeu-se avaliar a segurança da readministração controlada de PF em doentes com história de RH. **Metodologia:** Estudo transversal que avaliou os doentes referenciados ao Serviço de Imunoalergologia de um hospital central (2011-2021), por suspeita de RH a PF. Registo da história clínica e resultados dos testes cutâneos a carboximaltose férrica (CMF, Ferinject® 50mg/mL), e/ou ferro sacarosado (FS, Venofer® 20mg/mL). As manifestações clínicas foram classificadas de acordo com o Modified WAO Grading System. O resultado da readministração/dessensibilização dos PF e uso de pré-medicação foi registado. **Resultados:** Foram incluídos 18 doentes (15 mulheres; 45,6±14,26 anos). O PF envolvido na reação foi a CMF em 11 doentes (61%), FS em 3 (17%) e formulação oral não especificada em 4 doentes (22%). Seis doentes (33%) apresentavam reação prévia a fármacos não-PF. Verificou-se um predomínio de reações de gravidade grau I (n=10, 56%), seguido de grau 5 (n=3, 17%). Realizaram-se testes cutâneos em 12 doentes (9 FS+CMF, 2 FS, 1 CMF), com positividade imediata em 1 doente (teste intradérmico a FS, diluição 1/100). A readministração do PF foi tolerada em 15 doentes (10 FS, 5 CMF; 10 com pré-medicação), em 3 doentes com o PF da reação. A dessensibilização foi tolerada em 2 de 3 doentes, sendo positiva no único doente que realizou o procedimento com agente alternativo. **Conclusões:** Trata-se do primeiro estudo nacional sobre RH a PF. As reações reportadas são geralmente ligeiras, embora ocorram reações graves. A redução da velocidade de perfusão é provavelmente decisiva na tolerância da readministração de PF. Os resultados deste trabalho suportam que a readministração dos PF é bem tolerada em doentes com reações de baixa gravidade, confirmando a segurança desta abordagem.

CO05 – HIPERSENSIBILIDADE À CLOROHEXIDINA EM CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS INVASIVOS: CASUÍSTICA DE UM HOSPITAL CENTRAL DURANTE 6 ANOS

Farinha I¹, Freitas T¹, Carvalho J¹, Todo Bom A^{1,2}, Faria E¹

¹Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

²Imunoalergologia, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra, Coimbra, Portugal

Objetivo: A clorohexidina é um antisséptico amplamente utilizado no meio hospitalar. A verdadeira prevalência da hipersensibilidade à clorohexidina é desconhecida e provavelmente subestimada. Embora reações de hipersensibilidade peri-operatória induzidas por clorohexidina representem 7,7% a 9,6% dos casos no norte da Europa e sejam raras na França, o relato de casos tem aumentado. **Metodologia:** Análise retrospectiva de doentes com clínica sugestiva de reação alérgica numa cirurgia ou procedimentos invasivos, observados em Consulta de Imunoalergologia entre junho 2016 e junho de 2022. A sensibilização à clorohexidina foi estabelecida por testes cutâneos (TC) positivos. Excluímos aqueles que não realizaram TC à clorohexidina. **Resultados:** Identificámos 17 casos (24,3%) com TC positivos à clorohexidina num total de 70 doentes testados nesse período. A idade mediana foi 39 anos, sendo 15 do sexo feminino. As principais manifestações clínicas foram mucocutâneas e respiratórias. Relativamente à gravidade da reação (classificação de Ring e Messner): 9 tipo I, 1 tipo II, 7 tipo III e nenhuma tipo IV. Treze doentes reportaram antecedentes de atopia. A maioria (53%) dos casos ocorreu durante cirurgias/procedimentos gastrointestinais. Nove doentes (53%) apresentaram reatividade a outros alérgenos potencialmente relevantes usados no peri-operatório, maioritariamente bloqueadores neuromusculares (4) e sedativo-hipnóticos (5). O doseamento de IgE clorohexidina foi negativo nos 11 casos em que foi efetuado. **Conclusões:** Os dados de reações de hipersensibilidade induzidas por clorohexidina, a nível nacional, são escassos e esta é a primeira série de casos conhecida no nosso país. Verificámos uma prevalência de 24,3% na nossa amostra, com predomínio do sexo feminino. Destacamos que apesar de ser fundamental ter a clorohexidina em mente como um potencial alérgeno, a polisensibilização em mais de metade dos casos é um achado relevante. Isto deve manter-nos alerta para a necessidade de testar todos os fármacos envolvidos, mesmo quando a hipersensibilidade à clorohexidina é confirmada.

**CO06 – TESTES CUTÂNEOS IDENTIFICAM PADRÕES DE REAÇÃO ALÉRGICA ÀS VACINAS DE MRNA PARA A COVID-19 E IDENTIFICAM ALTERNATIVAS SEGU-
RAS**

Marcelino J¹, Vieira J¹, Ferreira F¹, Didenko I¹, Reis R¹, Silva R¹, Viseu R^{1,2}, Tomaz E¹

¹ Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar De Setúbal, Setúbal, Portugal

² Laboratório de Imunologia e Biologia Molecular, Centro Hospitalar de Setúbal, Setúbal, Portugal

Objetivos: A pandemia SARS-CoV-2 permanece uma ameaça devido a mutações “de novo” e à necessidade de reforços vacinais. No entanto, a avaliação dos doentes com risco de hipersensibilidade à vacina encontra-se pouco estudada e as contraindicações para vacinação em vigor são excessivas. Neste estudo procuramos identificar padrões de sensibilização e fatores de risco para reações alérgicas às vacinas de mRNA para a COVID-19 (vacinas mRNA-COVID19). **Metodologia:** Análise retrospectiva dos doentes com suspeita de alergia às vacinas mRNA-COVID19 avaliados no Serviço de Imunoalergologia com testes cutâneos a PEG2000, Comirnaty[®] e Spikevax[®]. **Resultados:** Foram incluídos 125 doentes (112 mulheres). Foi identificada sensibilização nos testes cutâneos em 9 (8,8%) de 102 com história de anafilaxia a fármacos e 8 (34,8%) de 23 com história de reação sistémica a vacinas mRNA-COVID19. Os testes cutâneos identificaram 5 grupos: 1A) doentes não alérgicos à vacina com testes cutâneos negativos; 1B) doentes não alérgicos à vacina com testes positivos a PEG2000; 2A) doentes alérgicos à vacina que toleram PEG; 2B) doentes alérgicos à vacina e a PEG; 2C) doentes com hipersensibilidade tardia à vacina. Os testes cutâneos com vacinas mRNA-COVID19 mostraram uma sensibilidade superior ao PEG2000 e um valor preditivo negativo de 99% na identificação de hipersensibilidade às vacinas mRNA-COVID19. Com base nos testes cutâneos, 115 doentes (93,5%) foram considerados elegíveis para vacinação com vacinas mRNA-COVID19: 88% dos doentes com história de anafilaxia a fármacos e 71% dos doentes com história de reação sistémica a vacinas mRNA-COVID19 (5 dos quais com reação anafilática prévia a vacinas mRNA-COVID19). **Conclusões:** Alergia às vacinas mRNA-COVID19 é mais comum em mulheres e em doentes com história de reação sistémica a vacinas mRNA-COVID19. Testes cutâneos com PEG2000 são insuficientes, sendo a testagem com vacinas mRNA-COVID19 um melhor preditor de tolerância à vacinação (independentemente da gravidade da reação de hipersensibilidade prévia) e identifica padrões de reação alérgica.

CO07 – CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL IMUNOLÓGICO sIgE/sIgG4 E CITOCÍNICO NA DESSENSIBILIZAÇÃO A PLATINOS

Brás R¹, Gonçalves J², Araújo C², Godinho Santos A², Costa L³, Pedro E¹, Caiado J^{1,4}

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

² Instituto de Investigação do Medicamento – Faculdade de Farmácia, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal

³ Serviço de Oncologia, Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Lisboa, Portugal

⁴ Clínica Universitária de Imunoalergologia – Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal

Objetivos: As reações de hipersensibilidade (RHS) a platinos são frequentes, habitualmente IgE-mediadas. A dessensibilização permite a sua manutenção ao induzir um estado clínico de tolerância, desconhecendo-se se será acompanhado de switch imunológico. Pretendeu-se caracterizar pela primeira vez o perfil de evolução IgE/IgG4 específicas para platinos (sIgE/sIgG4) e citocínico ao longo da dessensibilização a platinos. **Métodos:** Estudo prospetivo com duração de 18 meses (janeiro 2021-junho 2022), inclusão dos doentes com RHS Carboplatina/Oxaliplatina e indicação para dessensibilização (12 passos), bem como doentes-controlo sob Carboplatina/Oxaliplatina sem RHS. Realizou-se colheita de sangue (5ml) antes da infusão, na primeira dessensibilização e a cada dois tratamentos nos doentes sob dessensibilização, e no 8/9º ciclo (intervalo provável RHS) e 11º/12º ciclo nos doentes-controlo; análise no IMed (Faculdade de Farmácia de Lisboa): doseamento de sIgE/sIgG4 e citocinas (LEGENDplex™). **Resultados/Conclusões:** Total de 7 doentes para estudo, 3 excluídos por mudança de linha terapêutica, e 3 doentes-controlo. Dos 4 doentes com RHS, 3 eram mulheres, mediana idade 68,5[45-78]anos, com diagnóstico de neoplasia colorretal (n=3), sob Oxaliplatina, e do ovário (n=1), sob Carboplatina. Testes cutâneos intradérmicos positivos em 2 doentes (0,5mg/ml e 0,05mg/ml), ambos RHS grau II, os restantes não realizaram testes por dessensibilização urgente (um RHS grau I, outro grau II). Sem RHS durante as dessensibilizações. Relativamente ao perfil sIgE/sIgG4, observou-se para todos os doentes uma diminuição progressiva da sIgE (mediana 2,86[1,31-3,29]kU/L -> 0,12[0,11-0,18]kU/L) bem como aumento da sIgG4 (mediana 0,38[0,18-0,81]logAU/mL -> 2,43[1,85-3,14]logAU/mL). Do perfil citocínico destaca-se uma tendência de aumento do IFN-γ ao longo da dessensibilização (mediana <0,78[<0,78-0,97]pg/mL -> 2,66[2,03-17,95]pg/mL). Os dados apresentados são a favor de um switch imunológico ao longo das dessensibilizações, lembrando os mecanismos de tolerância induzidos pela imunoterapia com alérgenos, apesar da pequena amostra não permitir extrapolar resultados. Iremos manter o estudo com mais doentes, com o intuito de averiguar se este perfil poderá favorecer a simplificação dos protocolos de dessensibilização ao longo dos tratamentos em doentes sem intercorrências.

CO08 – PROVAS DE PROVOCAÇÃO A ANTINEOPLÁSICOS E ANTICORPOS MONOCLONAIS – RELEVÂNCIA NO DIAGNÓSTICO

Queirós Gomes J¹, Dias L¹, Barreira P¹, Barradas Lopes J¹, Sousa M¹, Cadinha S¹, Malheiro D¹

¹ Centro Hospitalar Vila Nova De Gaia/ Espinho, EPE, Vila Nova de Gaia, Portugal

Objetivo: O papel das provas de provocação (PP) a fármacos antineoplásicos e anticorpos monoclonais (mAb) é ainda controverso. Este trabalho tem por objetivo analisar o papel das PP nos doentes com história de hipersensibilidade (HS) a estes fármacos. **Metodologia:** Estudo retrospectivo dos doentes com suspeita de HS a antineoplásicos e/ou mAb submetidos a PP para esclarecimento diagnóstico. Doentes com PP positivas prosseguiram tratamento com dessensibilização (DSZ); doentes com PP negativa fizeram pelo menos 1 administração regular vigiada (AR) posterior. Dados demográficos, história clínica, testes cutâneos e resultado das PP foram analisados. A gravidade das reações foi classificada segundo as escalas de Brown (I-III) e do Hospital Universitario Ramon y Cajal (I-IV) [HUJC]. **Resultados:** 54 doentes, 35 (64,8%) mulheres, idade mediana 65 anos (19-83, AIQ=17). Os fármacos mais frequentes foram as platinas (56,3%, oxaliplatina em 43,8%), taxanos (17,2%) e atc (12,5%). As reações iniciais foram habitualmente grau II e as manifestações mais comuns cutâneas (25,9%) e respiratórias (11,1%). Os testes cutâneos por picada (TCP) e intradérmicos (ID) com platinas (35), taxanos (10) e atc (4) foram negativos, à exceção de 1 ID com paclitaxel (10-1) que foi positivo, contudo PP/AR foram negativas (falso positivo). Realizadas 64 PP, 7(10,9%) positivas (6 platinas e 1 doxorubicina), e 57 AR, 2 positivas (platinas). Diagnóstico confirmado por PP/AR em 9 doentes, todos apresentaram reação mais ligeira que a inicial e 8 completaram a dose pretendida apesar da reação; ciclos posteriores completados sob dsz. **Conclusões:** O valor dos TCP/ID com taxanos parece limitado, como descrito noutros trabalhos. A PP seguida de AR permitiu excluir HS a 55 fármacos (total de 45 doentes), evitando processos de dsz morosos e com custos diretos/indiretos acrescidos. Sem a AR falharíamos o diagnóstico em 2/54 doentes, que poderiam ter tido uma reação potencialmente mais grave sem o apoio de Imunoalergologia.

**SESSÃO DE COMUNICAÇÕES ORAIS II
ALERGIA CUTÂNEA / OUTROS**

Dia: 6 de Outubro

Horário: 19h00-20h30

Sala: 2

Moderadores: Arminda Guilherme, Frederico Regateiro, Sofia Campina

CO09 – URTICÁRIA CRÓNICA EM IDADE PEDIÁTRICA: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E PREDITORES DE NÃO RESPOSTA AO TRATAMENTO COM ANTI-HISTAMÍNICO

Bernardino A¹, Brás R¹, Caldeira L¹, Paulino M¹, Pedro E¹, Costa C¹
¹ Hospital Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte., Lisboa, Portugal

Objetivos: A Urticária Crónica (UC) afeta cerca de 1,5% das crianças, sendo a história natural pouco esclarecida. Pretendeu-se caracterizar uma coorte de doentes pediátricos com UC e avaliar fatores relacionados com ausência de resposta a anti-histamínicos HI (anti-HI). **Metodologia:** Estudo retrospectivo de doentes pediátricos com UC acompanhados num centro UCARE, de jan2017 a jul2022, por consulta dos processos clínicos (dados demográficos, clínicos e laboratoriais). O controlo da UC foi avaliado pelo teste de controlo da urticária (UCT) ≥ 12 . **Resultados e Conclusões:** No total de 998 doentes com UC, 40 (4%) eram pediátricos, 65% género feminino, média de idades do início dos sintomas 10,5 \pm 5,3 anos, atraso diagnóstico 1,89 \pm 2,55anos e duração da UC 3,89 \pm 3,49anos. 60% tinham UC espontânea(UCe) e 57,5% UC indutível (UCInd): frio n=11; dermatografismo n=5; pressão n=3; calor n=2; solar n=1 e colinérgica n=4. UCInd associou-se à UCe em 17,5% dos casos. Observou-se angioedema em 35%, atopia em 67,5% (rinite alérgica:67,5%, asma:22,5%) e exacerbação por anti-inflamatórios não esteroides em 2,5% dos doentes. Detetaram-se marcadores autoimunes em 5%. Verificou-se UC controlada em 100% e em remissão 42,5% (0,5-8; 2,9 \pm 1,9anos). O controlo com anti-HI foi conseguido em 70% dos doentes: 65% até dose dupla e 5%, 3-4x/dia. Nos doentes anti-HI-refratários (GI), o omalizumab foi iniciado em 6 doentes. O grupo GI, apresentou um número significativamente superior de doentes do sexo feminino, com UCe e angioedema (91,7%vs53,6%, p0,03; 91,7%vs46,4%, p0,012; 66,7%vs21,4%, p0,01), associado a valores séricos de basófilos inferiores (15vs30, p0,028) e d-dímeros superiores (0,85vs0, p0,002). Idade de início da UC, atopia e restantes parâmetros inflamatórios e autoimunidade não diferiram significativamente entre os 2 grupos. O controlo da UC nesta coorte pediátrica, foi maioritariamente alcançado com recurso a terapêutica anti-HI. O sexo feminino, UCe, angioedema, menores valores de basófilos e maiores valores de d-dímeros correlacionaram-se com a ausência de resposta a anti-HI.

CO10 – AVALIAÇÃO DA RESPOSTA AO TRATAMENTO COM DUPILUMAB EM DOENTES COM DERMATITE ATÓPICA - EXPLORAÇÃO DE CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E LABORATORIAIS

Limão R¹, Brás R¹, Pedro E¹, Lopes A¹

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

Objetivo: A heterogeneidade de endofenótipos de dermatite atópica (DA) reflete-se na resposta à terapêutica. O objetivo deste estudo foi caracterizar e avaliar a resposta ao tratamento com dupilumab num grupo de doentes com DA. **Metodologia:** Estudo retrospectivo que incluiu doentes com DA seguidos em consulta de Imunoalergologia de um Hospital Central, que completaram 12 meses de dupilumab. Foram analisados dados demográficos, clínicos (início e duração da DA, comorbilidades atópicas, scores de gravidade SCORAD e EASI, escalas numéricas do prurido e sono, escala de qualidade de vida DLQI) e analíticos (IgE total, eosinofilia periférica, VS, PCR, LDH, sIgE para ácaros, pólenes e epitélios de acordo com sensibilização identificada). Foram considerados respondedores os doentes que atingiram aos 6 meses de tratamento

EASI-75 ou EASI≤7, SCORAD-75 ou SCORAD≤24, NRS-sono≤4 ou DLQI≤5. Os doentes que atingiram todos estes objetivos às 16 semanas foram considerados superrespondedores. Foi avaliada a evolução dos scores clínicos e biomarcadores séricos ao longo de 1 ano de tratamento e analisada a associação de características basais com a resposta clínica ao dupilumab. **Resultados/Conclusões:** Incluídos 30 doentes, cujas características demográficas e clínicas estão descritas na Tabela 1. Verificou-se redução significativa no valor mediano do SCORAD, EASI, DLQI, NRS-prurido e NRS-sono ao longo dos 12 meses de tratamento (p<0,001). Também os valores medianos de LDH, IgE total e sIgE para ácaros, pólenes e epitélio de gato tiveram redução significativa (p<0,05) (Tabela 2). Avaliando a resposta ao tratamento, 73,3% dos doentes foram respondedores (n=22) e 26,7% (n=8) superrespondedores. Não se verificaram diferenças entre estes grupos relativamente às variáveis clínicas e laboratoriais analisadas. Demonstramos que o dupilumab reduz significativamente as concentrações séricas de biomarcadores da via Th2 e a LDH sérica, confirmando a eficácia deste fármaco na DA. Nenhuma das características laboratoriais se associou a melhor resposta ao tratamento, destacando-se a importância de novos estudos neste sentido.

Tabela 2. Evolução dos scores de avaliação da gravidade da dermatite atópica e dos biomarcadores séricos ao longo do tratamento com dupilumab.

		Basal	12 meses	Valor p
Scores de avaliação da gravidade da dermatite atópica, mediana [mín-máx]	SCORAD	74,2 [41,5-103,1]	28,9 [6,4-44,9]	<0,001
	EASI	29,7 [11,8-65,4]	4,8 [0,3-16,9]	<0,001
	DLQI	19 [4-29]	3 [0-8]	<0,001
	NRS-prurido	7 [3-10]	2 [0-8]	<0,001
	NRS-sono	7 [0-7]	1 [0-10]	<0,001
Biomarcadores séricos, mediana [mín-máx]	IgE total (U/mL)	4064 [423-28489]	1892 [133-7549]	<0,001
	Eosinofilia periférica (/L)	370 [60-2020]	465 [90-1840]	0,368
	VS (mm)	12,5 [2-66]	12 [2-64]	0,426
	PCR (mg/dL)	0,06 [0,03-0,38]	0,07 [0,02-3,42]	0,319
	LDH (U/L)	215 [155-522]	177 [133-255]	0,002
	sIgE <i>Der. pteronyssinus</i> (kU/L)	n=27 101 [9,9-101]	77,5 [1,3-101]	<0,001
	sIgE <i>Der. farinae</i> (kU/L)	n=22 94,5 [11,6-101]	55,1 [1,1-101]	<0,001
	sIgE <i>Lepido. destructor</i> (kU/L)	n=24 76 [0,6-101]	19,6 [0,4-101]	<0,001
	sIgE <i>Phleum pratense</i> (kU/L)	n=19 20,3 [0,5-101]	5,73 [0,34-77,5]	<0,001
	sIgE <i>Olea europaea</i> (kU/L)	n=7 24,6 [0,37-101]	3,95 [0,86,7]	0,018
	sIgE <i>Parietaria judaica</i> (kU/L)	n=12 16,5 [0,6-70,2]	5,16 [0,55,5]	0,003
sIgE Caspa/pelo de gato (kU/L)	n=19 39,8 [6,9-101]	17 [0,8-89,2]	<0,001	
sIgE Caspa/pelo de cão (kU/L)	n=6 45 [23,5-97]	25,1 [6,22-35,2]	0,068	

Tabela 1. Características demográficas e clínicas da população do estudo.

Género Feminino / Masculino, n (%)		17 (56,7) / 13 (43,3)
Idade, média ± DP [mín-máx], anos		35,7 ± 12,4 [17-61]
Idade ao diagnóstico da DA, média ± DP [mín-máx], anos		7,44 ± 10,3 [1-40]
Duração da DA, mediana [mín-máx], anos		28 [4-47,5]
Outras doenças atópicas, n (%)	Rinite alérgica	30 (100)
	Conjuntivite alérgica	12 (40)
	Asma alérgica	21 (70)
	Alergia alimentar	7 (23,3)
Sensibilização alérgica*, n (%)	Ácaros	30 (100)
	Pólenes	23 (76,7)
	Epitélios	14 (46,7)
	Fungos	5 (16,7)

*Testes cutâneos em picada positivos (pápula ≥ 3mm).

COII – ADMISSÕES HOSPITALARES POR URTICÁRIA NUM SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICO DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO - 5 ANOS

Farinha I¹, Pereira H¹, Lemos S², Faria E¹, Rodrigues F^{2,3}

¹ Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra

² Hospital Pediátrico de Coimbra, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

³ Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal

Objetivo: A urticária é uma entidade nosológica comum na prática clínica. Estima-se que afete 2,1 a 6,7% crianças e adolescentes, constituindo uma causa frequente de ida ao serviço de urgência (SU). **Metodologia:** Caracterização retrospectiva das crianças e adolescentes com diagnóstico de urticária e subtipos, observadas num SUP terciário, entre 2015-2019, através de registos clínicos. Foi efetuada análise estatística utilizando o programa IBM SPSS Statistics²⁷. **Resultados:** Ao longo de 5 anos contabilizaram-se 2254 episódios de urticária (frequência:0,7%; incidência:710,8/100 000) e 98,1% correspondiam a urticárias agudas (UA). A idade mediana foi 5,3 anos, sendo 49,8% do grupo etário pré-escolar e 55% do sexo masculino. Na Tabela1 apresentam-se as caracte-

rísticas demográficas, antecedentes pessoais, apresentação clínica e etiologia suspeita. Em 51,6% dos episódios foi identificado um fator desencadeante suspeito, destacando-se infeções (27,8%), fármacos (9,9%) e alimentos (7,6%). Desses episódios, excluindo infeções, apenas 59,2% foram referenciados para consulta para realização de estudo etiológico. Dos casos suspeitos de urticária induzida por fármacos e alimentos referenciados para consulta, foram confirmados 18,8% e 21%, respetivamente. Dos 43 episódios de urticária crónica (UC), 34 (79%) foram referenciados a consulta, destes 23 foram diagnosticadas com UC espontânea (UCE), 8 urticária induzível e 3 UCE e urticária induzível simultaneamente. Crianças mais velhas (p<0,001), história pessoal de atopia (p=0,019) e presença de angioedema (p=0,003) foram fatores associados a UC, enquanto a presença de outros sintomas acompanhantes (p=0,007) foi associada a UA. Após regressão logística, identificou-se idade mais avançada (OR=1,2;p<0,001) e presença de angioedema (OR=2,7;p=0,007) como fatores independentes para UC. **Conclusões:** A prevalência de urticária foi 0,7%, inferior ao reportado em outros centros. À semelhança de dados publicados, a maioria dos episódios correspondiam a UA. Os desencadeantes suspeitos mais frequentes foram as infeções, seguidas dos fármacos e alimentos, confirmados em cerca de 1/5 dos casos, o que realça a importância da avaliação imunoalergológica.

Tabela 1 | Características demográficas e clínicas dos episódios de urgência por Urticária, aguda vs crónica.

Característica, % (n)	Total 100% (n= 2254)	Urticária Aguda 98,1% (n=2211)	Urticária Crónica 1,9% (n=43)	Valor p
Idade (Anos) Mediana (AIQ)	5,3 (2,5-9,8)	5,2 (2,4-9,6)	13 (8,8-16,2)	<0,001
Sexo Masculino	55 (1239)	55 (1215)	55,8 (24)	0,91
Antecedentes Pessoais de Atopia	26 (586)	25,7 (568)	41,9 (18)	0,017
Distribuição das Lesões Cutâneas Generalizada	87,7 (1976)	87,7 (1938)	88,4 (38)	0,887
Angioedema	11 (247)	10,7 (236)	25,6 (11)	0,005
Outros sintomas acompanhantes (febre, infeção gastrointestinal ou respiratória)	34,5 (777)	34,9 (771)	14 (6)	0,004
Fator Etiológico Suspeito	51,6 (1164)	51,8 (1146)	41,9 (18)	0,195
Infeção	27,8	28,1 (621)	14 (6)	0,041
Fármacos	9,9	10 (220)	7 (3)	0,795
Alimentos	7,6	7,7 (171)	2,3 (1)	0,252
Urticária de Contacto	2,6	2,5 (56)	4,7 (2)	0,304
Picada de inseto	2,4	2,5 (55)	0 (0)	0,625
Urticária Física	1,3	1 (23)	14 (6)	<0,001

Legenda: * - Os valores apresentados correspondem à percentagem(n); n - Número de casos; AIQ - Amplitude interquartil

CO12 – CONSULTA MULTIDISCIPLINAR DE DERMATITE ATÓPICA GRAVE: AVALIAÇÃO OFTALMOLÓGICA

Bastos R¹, Fernandes R², Tenedório P¹, Lopes C²

¹ Serviço de Oftalmologia Hospital Pedro Hispano, Matosinhos, Portugal

² Unidade de Imunoalergologia Hospital Pedro Hispano, Matosinhos, Portugal

Objetivos: A dermatite atópica (DA) é uma doença imunomediada que pode ter manifestações oftalmológicas em 25 a 64% dos casos, com maior prevalência nas formas mais graves e com maior tempo de evolução. A queratoconjuntivite atópica, queratocone, blefarite, catarata, glaucoma e descolamento de retina são as mais comuns. O tratamento da DA com dupilumab (anti-IL4/13) poderá estar associado a doença superfície ocular em 8.6-22.1% doentes, principalmente se história prévia de patologia ocular, sendo, na maioria das vezes, ligeira a moderada. Pretendeu-se caracterizar do ponto de vista oftalmológico os doentes com DA em seguimento na consulta multidisciplinar de DA grave da ULSM. **Metodologia:** Foram avaliados 11 doentes com idades entre os 18 e 42 anos, todos com DA desde a infância exceto um, com início na adolescência. Todos estavam a fazer tratamento com dupilumab, desde há 3 meses até 2,5 anos, todos foram tratados com corticoterapia sistémica por mais de 3 ciclos por ano; 7 estavam corticoides dependentes antes do início do dupilumab, todos exceto um apresentavam sensibilização a alérgenos respiratórios e maioria apresentou rinite e/ou asma alérgicas. **Resultados:** As manifestações oftalmológicas observadas foram: queratoconjuntivite atópica (n=6), olho seco (n=5), blefarite (n=3), queratocone (n=2) e catarata (n=1). Um doente desenvolveu doença de superfície ocular induzida pelo dupilumab, sem necessidade de suspensão do mesmo. Os sintomas mais reportados foram alterações da acuidade visual, fotofobia, prurido, lacrimejo, ardor e desconforto ocular. **Conclusão:** os dados encontrados corroboram a elevada prevalência de manifestações oftalmológicas em doentes com DA grave, sendo que todos os doentes observados apresentaram pelo menos uma manifestação considerada significativa para ser feito aconselhamento e/ou intervenção terapêutica. O seguimento multidisciplinar com integração de um especialista em Oftalmologia apresenta claros benefícios para os doentes com DA grave.

CO13 – HIPERSENSIBILIDADE À VESPA VELUTINA NIGRITHORAX – UM PROBLEMA EMERGENTE EM PORTUGAL?

Esteves Caldeira L¹, T. Silva M¹, Pedro E¹, Cosme J¹

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

Objetivo: A vespa velutina nigrithorax (VVN) é nativa do Sudeste Asiático. Reportada em Portugal (PT) desde 2011, tem sido responsável por um crescente nº casos de anafilaxia. O extrato de veneno VVN tornou-se recentemente disponível em PT. O objetivo foi caracterizar o padrão de sensibilização dos doentes com reações sistémicas à VVN, observados num centro português. **Metodologia:** Análise retrospectiva de doentes com reação sistémica à picada VVN referenciados a uma unidade de alergia a veneno himenópteros. Realizaram-se testes cutâneos (Bial-Aristegui/Roxall®) por picada/intradérmicos (TCP/TID) com veneno de VVN e IgE específicas (slgE) ImmunoCAP® para Vespa velutina, Apis mellifera, Vespa spp e Polistes dominula e alguns componentes moleculares (rApi m1, rApi m2, rApi m3, rApi m5, rApi m10, rVes v1, rVes v5 e rPol d5). Incluíram-se doentes com história clínica sugestiva e TC e/ou slgE positivas para VVN. **Resultados/Conclusões:** Analisaram-se 7 doentes: 3 excluídos por TCP/TID/slge negativos. Incluídos 4 doentes, 2 homens, idade mediana 61±19,4anos[28-78]. Segundo a classificação Muller, 1 doente apresentou reação grau I, 1 grau III e 2 grau IV. Três relataram picadas anteriores de outros himenópteros, incluindo vespa vulgar, referindo reação ligeira no local picada. Um referiu picadas anteriores de VVN. Todos apresentaram TCP positivos (veneno 100mcg/mL) e/ou TID positivos (0,01-1mcg/mL). Detetaram-se slgE positivas (>0,35kUA/L) para extrato total VVN em 75% (valor médio 17,4kUA/L); todos apresentaram positividade para Vespa spp. 75% apresentaram slgE positivas para rVes v5 e rPol d5 (Tabela 1). Valor médio IgE total: 201,7U/mL [16,1-322]

Tabela 1. Resultados dos testes cutâneos (Bial-Aristegui/Roxall®) por picada (TCP) e intradérmicos (TID) para veneno da vespa velutina nigrithorax e valores de IgE específica (slgE) (ImmunoCAP®) nos doentes sensibilizados a VVN.

Doentes	Sexo	Idade, anos	TCP, mm (Diâmetro pápula)	ID, mm (Diâmetro pápula)	slgE (kUA/L)
D1	F	53	6	0,01 µg/mL - 10 0,1 µg/mL - 12 1 µg/mL - 14	Vespa asiática - 23,7 Abelha - 0,97 Vespa - 52,2 Vespa do papel - 58,4 rApi m 1 - 0,03 rApi m 2 - 0,12 rApi m 3 - 0,01 rApi m 5 - 18,5 rApi m 10 - 0,01 rVes v 1 - 13,4 rVes v 5 - 44,2 rPol d 5 - 44,7
D2	F	78	8	0,01 µg/mL - 12 0,1 µg/mL - 18 1 µg/mL - 20	Vespa asiática - 5,74 Abelha - 0,27 Vespa - 16,4 Vespa do papel - 7,69 rApi m 1 - 0,02 rApi m 2 - 0,01 rApi m 3 - 0,01 rApi m 5 - 0,01 rApi m 10 - 0,01 rVes v 1 - 0,37 rVes v 5 - 14,6 rPol d 5 - 12,9
D3	M	28	8	0,01 µg/mL - 8 0,1 µg/mL - 10 1 µg/mL - 12	Vespa asiática - 22,3 Vespa - 6,45 Vespa do papel - 1,57 rVes v 1 - 2,33 rVes v 5 - 0,04 rPol d 5 - 0,03
D4	M	69	negativo	0,01 µg/mL - negativo 0,1 µg/mL - 8 1 µg/mL - 12	Vespa asiática - 0,13 Abelha - 0,16 Vespa - 1,00 Vespa do papel - 0,54 rApi m 1 - 0,00 rApi m 2 - 0,01 rApi m 3 - 0,02 rApi m 5 - 0,85 rApi m 10 - 0,07 rVes v 1 - 0,20 rVes v 5 - 1,06 rPol d 5 - 0,76

O diâmetro das pápulas foi expresso em milímetros (mm) e consideram-se testes positivos os que apresentaram pápulas com pelo menos 3 mm de diâmetro acima do controlo negativo. Os valores de IgE específicas consideram-se positivos para valores > 0,35 kUA/L. Nos TCP foi utilizado o veneno na concentração total (100 µg/mL).

e triptase basal: 6,3mcg/L[4-9,1]. Uma doente apresentou prurido/sensação edema labial nos TID-resolveu após medicação. Verificou-se que a sensibilização ao veneno de VVN parece ocorrer por reatividade cruzada com espécies de vespula(3/4doentes), além da sensibilização primária. Seria importante a análise molecular de VVN, não disponível atualmente. Sendo a VVN uma espécie invasora em PT, e apesar destes n^os serem inferiores a Espanha, alertam para a crescente importância da VVN na realidade das consultas de alergia a insetos nacionais.

CO14 – RISCO DE CANCRO ASSOCIADO AO USO DE BIOLÓGICOS ANTI-IL5 E ANTI-IL4A: EVIDÊNCIA DE VIDA REAL

Mota D¹, Rama T^{1,2}, Moreira A^{1,2,3}

¹ Centro Hospitalar Universitário São João, Porto, Portugal

² Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal

³ EPIUnit – Instituto de Saúde Pública, Universidade do Porto, Porto, Portugal

Objetivos: Estudos recentes têm sugerido um papel dos eosinófilos na patogénese do cancro, sendo que a maioria destaca o seu papel anti-tumorigénico. Anteriormente, demonstramos que o omalizumab poderá estar associado a um risco aumentado de cancro. Deste modo, este trabalho pretende avaliar a existência de uma relação entre cancro e outros biológicos utilizados em imun alergologia, usando dados de vida

real. **Metodologia:** Análise de desproporcionalidade (estudo caso/não-caso) utilizando registos da VigiBase (base de dados de notificações individuais de reações adversas a medicamentos, RAM, da Organização Mundial de Saúde), de 2008-2020, para avaliar a existência de um sinal de cancro, expresso através de reporting odds-ratio (ROR) e o seu intervalo de confiança de 95%, para cada biológico analisado (dupilumab, benralizumab, mepolizumab e reslizumab). Casos definidos como RAM codificadas como Neoplasias e não-casos definidos como todas as outras RAM notificadas durante o mesmo período. **Resultados:** No total, foram notificados 478278 casos – a maioria dos dados associados aos biológicos foram reportados entre 2018 e 2020. O dupilumab teve o maior número de notificações (n=363), seguido do mepolizumab (n=233), benralizumab (n=62) e reslizumab (n=8). O ROR não foi positivo nem significativo para nenhum dos biológicos (Tabela 1). **Conclusão:** Não foi detetado nenhum sinal de cancro para os biológicos analisados, uma vez que o ROR foi menor que 1 para o número total de neoplasias. Isso significa que, quando comparado com outros fármacos, não houve um número maior de notificações de cancro para os biológicos. No entanto, são necessários mais estudos para compreender melhor o papel dos eosinófilos e o impacto da eosinopenia induzida pelos biológicos na patogénese do cancro. Uma vez que estes biológicos apenas estão disponíveis no mercado por um curto período, o efeito poderá estar subestimado, podendo ser necessário um maior período de vigilância/avaliação.

Tabela 1. Resultados apresentados sobre a forma de frequência absoluta e análise de desproporcionalidade (reporting odds ratio, ROR; e intervalo de confiança, IC, de 95%) do número total de neoplasias relacionadas com cada biológico na VigiBase, durante o período de 2008 a 2020.

Biológico	Casos associados com o biológico, n	Total de neoplasias, n	ROR	IC 95%
Dupilumab	363	37602	0.40	0.36-0.44
Mepolizumab	233	9920	0.98	0.86-1.12
Benralizumab	62	4026	0.64	0.50-0.82
Reslizumab	8	382	0.87	0.43-1.76
Omalizumab ¹	1380	36164	1.65	1.56-2.74

Referências:

¹Mota D *et al.* Potential cancer risk with omalizumab? A disproportionality analysis of the WHO's VigiBase pharmacovigilance database. *Allergy*. 2021;76(10):3209-3211.

CO15 – ANGIOEDEMA HEREDITÁRIO NUMA POPULAÇÃO PEDIÁTRICA – ESTUDO RETROSPECTIVO

Vieira¹, Cosme², Costa², Alonso², Pedro², Branco Ferreira^{2,3}, Spínola Santos^{A2}

¹Unidade de Imunoalergologia do Hospital Central Do Funchal, Portugal

²Serviço de Imunoalergologia do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte, Lisboa, Portugal

³Clínica Universitária de Imunoalergologia, Centro Académico de Medicina de Lisboa, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal

Objetivos: O angioedema hereditário (AEH) é uma doença autossómica dominante rara caracterizada por episódios recorrentes de edema subcutâneo/submucoso. A apresentação clínica ocorre geralmente na primeira ou segunda década de vida. Este trabalho pretende caracterizar uma população pediátrica com AEH. **Metodologia:** Estudo retrospectivo de uma população pediátrica com diagnóstico de AEH seguida num Serviço de Imunoalergologia. A avaliação decorreu em 2021 e baseou-se na revisão dos processos clínicos e entrevista telefónica aos cuidadores com análise de dados demográficos, clínico-laboratoriais e terapêutica. **Resultados:**

Incluídos 18 doentes, que correspondem a 12 famílias, média de idade de 11,4±4,5 anos (mínimo 3; máximo 17) e 61% do sexo masculino. Todos tinham história familiar de AEH exceto 1 doente. Classificação do AEH: 61% tipo I, 28% tipo II, 11% nC1-INH. O diagnóstico precedeu o início dos sintomas em 5 doentes. Mediana de idade de diagnóstico e início de sintomas de 4 (IQR, 3-6) e 6 anos (IQR, 2-8), respetivamente (média de atraso de 1,6±2,0 anos). A maioria apresentava doença sintomática (n=13; 72%), com média de idade dos sintomáticos de 11,7±4,4 anos versus os assintomáticos com 10,8±5,3 anos. Os desencadeantes mais frequentes foram stress/ansiedade (69%), traumatismo (38%) e infeção (31%). A caracterização das crises, idas ao serviço de urgência, internamentos e terapêuticas efetuadas resume-se no Quadro 1. **Conclusões:** Os nossos resultados mostram que o início dos sintomas ocorre em idade escolar, a localização mais frequente das crises é mucocutânea e a maioria dos doentes tem história familiar de AEH. Nos doentes sintomáticos, o atraso diagnóstico foi de 1,6 anos. Metade dos doentes faz profilaxia de longa duração com antifibrinolítico e a terapêutica específica das crises (concentrado C1 inibidor e/ou icatibant) foi administrada em 5 doentes. Conhecer as particularidades desta população é fundamental para uma melhor caracterização e seguimento dos doentes e escolha das opções terapêuticas mais adequadas.

Quadro 1 - Caracterização clínica e terapêutica dos doentes pediátricos com angioedema hereditário

Parâmetros Doentes sintomáticos (n=13)	Desde o início dos sintomas	No último ano novembro/2020 a outubro/2021
Crises mucocutâneas n (%)	12 (92)	8 (62)
Extremidades – n (%)	10 (77)	
Face – n (%)	7 (54)	
Genitais – n (%)	7 (54)	
Nº de crises – mediana (IQR)		5 (2;10)
Crises abdominais – n (%)	10 (77)	7 (54)
Nº de crises – mediana (IQR)		4 (4;7)
Crises faringo-laringeas – n (%)	3 (23)	1 (8)
Nº de crises – mediana (IQR)		3
Necessidade de recorrer ao SU por crise – n (%)	13 (100)	3 (23)
1-4 vezes – n (%)	7 (54)	2 (15)
5-9 vezes – n (%)	1 (8)	1 (8)
10-14 vezes – n (%)	2 (15)	0 (0)
15-19 vezes – n (%)	2 (15)	0 (0)
≥ 20 vezes – n (%)	1 (8)	0 (0)
Necessidade de internamento por crise – n (%)	7 (54)	1 (8)
Nº de internamentos por doente – mediana (IQR)	4 (2;8)	2
Tratamento		
Crise – n (%)	13 (100)	
Ácido aminocapróico – n (%)	8 (62)	
Concentrado de C1-INH – n (%)	4 (31)	
Icatibant – n (%)	1 (8)	
Profilaxia de curta duração – n (%)	5 (38)	
Concentrado de C1-INH – n (%)	3 (23)	
Ácido aminocapróico – n (%)	2 (15)	
Profilaxia de longa duração – n (%)	7 (54)	
Ácido tranexâmico – n (%)	7 (54)	

Legenda: IQR - Variação interquartil; SU - Serviço de urgência; C1-INH - C1 inibidor.

CO16 – PRE E CO-TRATAMENTO COM OMALIZUMAB NA PREVENÇÃO DE REAÇÕES ADVERSAS SISTÉMICAS GRAVES À IMUNOTERAPIA COM VENENO DE HIMENÓPTEROS

Presca A¹, Santa C¹, Cadinha S¹, Lopes J¹, Barreira P¹
¹ CHVNG/E, Vila Nova de Gaia, Portugal

A imunoterapia específica a veneno de himenópteros (VIT) é o único tratamento capaz de prevenir reações alérgicas a picadas de himenópteros. Contudo, alguns doentes apresentam reações sistémicas graves (SSR) levando à sua descontinuação. Omalizumab (OMZ) tem sido usado off-label como potencial indutor de tolerância à VIT. Reportamos 7 casos bem-sucedidos de tolerância à VIT após pré e co-tratamento com OMZ. Análise de dados de doentes alérgicos ao veneno de himenópteros sob VIT e pré e co-tratamento com OMZ. Sete doentes, 4 mulheres, entre 18 e 47 anos, com SSR a picada de *Apis mellifera* (I grau II, 4 grau III, 2 grau IV da escala Mueller). Tratamento com OMZ (dose segundo o peso corporal e IgE total), antes do início/reinício da VIT, com diferentes esquemas posológicos. OMZ foi iniciado em 2 doentes como pré-tratamento (1 com 3 doses e outro com 2 doses antes da VIT) por serem considerados de alto risco para SSR; até ao momento sem qualquer reação. Dois doentes tiveram anafilaxia durante a iniciação de VIT; OMZ foi iniciado tendo sido administradas 2 doses antes do reinício de VIT e uma semana antes de cada posterior administração sem intercorrências; um ano depois, OMZ foi descontinuado, mas, após 2 meses, os doentes voltaram a desenvolver anafilaxia pelo que foi decidido reinício de OMZ, sem novas reações. Os restantes 3 doentes tiveram anafilaxia durante a fase de manutenção da VIT; iniciaram tratamento com OMZ por seis meses, 2 deles 1h e o outro 1 semana antes de cada administração de VIT; dois não voltaram a reagir e conseguiram espaçar os intervalos de administração; o outro manteve reações cutâneas ligeiras. OMZ parece ser uma opção segura e eficaz quando não tolerância à VIT prevenindo reações graves e a sua descontinuação. Mais estudos são necessários para definir esquemas posológicos de administração.

**SESSÃO DE COMUNICAÇÕES ORAIS III
ALERGIA ALIMENTAR E ANAFILAXIA**

Dia: 8 de Outubro
Horário: 08h30-10h00
Sala: I

Moderadores: Carlos Lozoya, Cristina Arêde, José Alberto Ferreira

CO17 – UTILIDADE DOS TESTES CUTÂNEOS, IGE ESPECÍFICA E COMPONENTES MOLECULARES NA PREDIÇÃO DO RISCO DE ANAFILAXIA A FRUTOS SECOS/AMENDOIM EM CRIANÇAS

Brás R¹, Esteves Caldeira L¹, Varandas C¹, Cabral Duarte F¹, Pedro E¹, Costa C¹

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

Objetivos: A anafilaxia a frutos secos/amendoim(FS/A) tem aumentado na idade pediátrica. Pretendeu-se analisar a utilidade dos testes cutâneos(TC), IgE específica(IgEesp) e componentes moleculares(IgEcm), bem como do rácio IgEesp/IgEtotal na predição do risco de anafilaxia em crianças alérgicas a FS/A. **Metodologia:** Estudo retrospectivo de doentes alérgicos a FS/A seguidos em consulta de alergia alimentar pediátrica de 2017-2021, agrupados de acordo com a gravidade da reação (anafilaxia-G1, reação não-anafilática-G2). O diâmetro médio da pápula(DMP) dos TC, IgEesp (ImmunoCAP®; cut-off>0,35kUA/L) e IgEcm (ISAC®; cut-off>0,31-SU-E), bem como rácio IgEesp/IgEtotal foram comparados (SPSS®, p<0,05:estatisticamente significativo). **Resultados/Conclusões:** Do total de 150 doentes referenciados por suspeita de alergia FS/A, incluíram-se 98 com diagnóstico confirmado, 63(64,3%) sexo masculino, média de idade da primeira reação 5,8±4,6[0,2-17] anos. As sensibilizações mais comuns foram amendoim(n=62), avelã(n=58), noz(n=52), amêndoa(n=37) e caju(n=31). 31 doentes apresentam sensibilização a apenas um FS/A(amendoim=16; noz=7; caju=4; avelã=2; pinhão=2). 35 tiveram anafilaxia(G1), enquanto 63(G2) outras reações: urticária/angioedema(n=37), agravamento eczema(n=6), náuseas/vómitos(n=7), dispneia(n=3), SAO(n=9). A gravidade da reação foi independente do número de sensibilizações. Verificou-se associação estatisticamente significativa entre anafilaxia e sensibilização à castanha (OR 5,023; p0,002) e caju (OR 2,901; p0,018). O DMP foi significativamente superior no G1 para amêndoa (6,5 vs 4mm, p 0,015), caju (10 vs 5mm, p0,049) e pistacho (8 vs 3,75mm, p0,046)(tabela 1). A IgEesp não se revelou preditora da gravidade das reações. No entanto, o rácio IgEesp/IgEtotal foi significativamente superior para a noz no G1(0,0125 vs0,0005; p0,023). Foram obtidos IgEcm num total de 48 doentes(49%), tendo sido os valores medianos Ara h2 e Ara h6 significativamente superiores no G1(2,8 vs 0 ISU-E, p0,042; 1,3 vs 0 ISU-E, p0,020). A investigação alergológica demonstrou utilidade na predição do risco de anafilaxia a FS/A. O DMP deve ser valorizado no diagnóstico, mas também na predição do risco de anafilaxia. O rácio IgEesp/IgEtotal poderá acrescentar valor na prática clínica.

Tabela 1. Comparação entre grupos - anafilaxia (G1) vs reação não anafilática (G2) - através de testes cutâneos (TC), valores de IgE específica (IgEesp) e componentes moleculares (IgEcm) numa coorte pediátrica portuguesa com sensibilização a frutos secos e amendoim.

	G1	G2	P value
TC, diâmetro médio da pápula (mm)*			
Pinhão	11,0	-	-
Caju	10,0	5,0	0,049
Pistacho	8,0	3,8	0,046
Noz	6,5	6,0	0,926
Amêndoa	6,5	4,0	0,015
Amendoim	6,0	6,0	0,963
Castanha	6,0	5,0	0,176
Avelã	3,5	4,0	0,670
IgEesp (kUA/L) e IgEcm (ISU-E), mediana			
Castanha	6,0	5,0	0,176
Noz	4,9	2,8	0,780
Jug r 1	5,7	7,3	0,851
Jug r 2	1,6	1,6	1,000
Jug r 3	1,1	1,6	0,735
Amendoim	2,1	3,2	0,829
Ara h 1	0	0	0,451
Ara h 2	2,8	0	0,042
Ara h 3	0	0	0,223
Ara h 6	1,3	0	0,020
Ara h 9	0	0	0,756
Avelã	2,1	2,8	0,294
Cor a 8	2,6	1,8	0,609
Cor a 9	-	0,5	0,502
Cor a 14	0,8	3,6	0,241
Amêndoa	1,3	1,2	0,761
Caju	0,6	0,6	0,724
Ana o 3	2,2	2,5	0,845
Pistacho	0,4	5,4	0,165

*Histamina (10mg/ml): diâmetro médio pápula 5.6±1.6mm. Considerou-se teste cutâneo positivo quando o diâmetro médio da pápula foi 3mm superior ao controlo negativo.

CO18 – QUALIDADE DE VIDA DE CRIANÇAS COM ALERGIA ALIMENTAR: QUAL O PAPEL DA PERSONALIDADE MATERNA E DA NEOFOBIA?

Monteiro A¹, Coimbra A², Araújo M³, Mesquita A², Carneiro-Leão L², Domingues M¹, Conde A¹

¹UPT – Universidade Portucalense, Porto, Portugal

²Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar Universitário São João, Porto, Portugal, ³UPT - Universidade Portucalense e Serviço de Psicologia, Centro Hospitalar Universitário São João, Porto, Portugal

Objetivos: O presente estudo propõe-se analisar as diferenças entre as mães de crianças com e sem alergia alimentar ao leite e ao ovo em termos dos traços de personalidade, sintomatologia psicopatológica, ansiedade e superproteção parental e neofobia da criança. Pretende ainda explorar os fatores psicológicos determinantes do impacto da alergia alimentar na qualidade de vida.

Metodologia: A Children's Food Neophobia Scale; a Anxiety, Depression and Stress Scale; a Parental Anxiety and Overprotection Rating Scale; e a Personality Inventory foram preenchidas, em momento único, por 32 mães cujos filhos eram acompanhados no Serviço de Imunoalergologia do CHUSJ por alergia alimentar ao leite e ao ovo, e por 41 mães de crianças sem alergia alimentar. Os dados sócio-demográficos das participantes serviram de base ao emparelhamento dos grupos. O Food Allergy Quality-of-Life Questionnaire para crianças entre os 0–12 anos foi também respondido pelas mães das crianças com alergia alimentar.

Resultados: As mães de crianças com alergia alimentar reportaram níveis mais elevados de stress ($t(71) = -3.179, p = .002$), ansiedade ($t(71) = -2.379, p = .019$), encorajamento parental do comportamento de confronto da criança ($t(71) = -5.182, p = .000$) e neofobia ($t(71) = -2.647, p = .010$) comparativamente às mães de crianças sem alergia alimentar. O neuroticismo materno e a neofobia das crianças apresentaram-se como preditores significativos de uma pior qualidade de vida decorrente da alergia alimentar (impacto emocional, ansiedade alimentar e restrição dietética e social). **Conclusões:** Em crianças com alergia alimentar ao leite e ao ovo, os traços de neuroticismo materno e a neofobia das crianças apresentam-se como preditores significativos de uma pior qualidade de vida. Estes resultados sugerem a necessidade de planejar intervenções psicológicas dirigidas a estas duas condições como forma de aumentar a qualidade de vida das crianças e respetivas famílias e promover a eficácia dos tratamentos médicos dirigidos a esta condição clínica.

CO19 – CORRELAÇÃO ENTRE IMUNOGLOBULINA E ESPECÍFICA E PROVA DE PROVOCAÇÃO COM OVO

Simão Coelho P¹, Martins-dos-Santos G¹, Sangalho I¹, Rosa S¹, Leiria Pinto P¹

¹ Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, Lisboa, Portugal

Introdução: A alergia ao ovo é muito comum, estimando-se que afete até 9% das crianças, a maioria com carácter transitório. O diagnóstico implica uma abordagem faseada, baseando-se na história clínica e no resultado dos testes cutâneos e imunoglobulina E sérica específica (slgE) para determinar o timing de realização da prova de provocação oral (PPO). Este trabalho pretende estudar a relação entre o valor da slgE sérica e o resultado das PPO e identificar valores de cut-off. **Métodos:** Estudo observacional retrospectivo que incluiu todos os doentes com idade inferior a 18 anos que realizaram PPO com ovo no Serviço de Imunoalergologia entre janeiro de 2017 e dezembro de 2021. Avaliou-se os níveis séricos de slgE para clara, gema, ovalbumina e ovomucóide, comparando com os resultados das PPO. **Resultados:** Foram realizadas 179 PPO, correspondentes a 122 doentes, 59.8% (n=73) do sexo masculino, com mediana (P25-75) de idades de 4 (2-7) anos. As PPO mais frequentes foram com ovo cozido (n=79; 44.1%), ovo cru (n=46; 25.7%) e gema cozida (n=27; 15.1%). Verificaram-se 14.5% (n=26) de PPO positivas, a maioria com ovo cozido (n=13) e cru (n=8). Apenas se verificou associação entre o valor da slgE para ovomucóide (p=0.001) e clara (p=0.034) e o resultado da PPO com ovo cozido. Valores de slgE superiores a 1.09KUA/L para ovomucóide e 1.13KUA/L para clara associaram-se a PPO com ovo cozido positivas com sensibilidade de 81.8% e especificidade de 76.9% (AUC=0.813; IC95% [0.700-0.926]); e sensibilidade de 83.3% e especificidade de 59.3% (AUC=0.695; IC95% [0.549-0.841]), respetivamente. **Conclusão:** Nesta população encontrou-se associação entre o resultado da PPO com ovo cozido e o valor das slgE para ovomucóide e clara. A identificação de valores cut-off pode ajudar na decisão de realizar a PPO, identificando os doentes em que o procedimento é mais seguro e com menor probabilidade de reação.

CO20 – LIPID TRANSFER PROTEINS: PERFIS CLÍNICOS E LABORATORIAIS DE REATIVIDADE CRUZADA

Queirós Gomes J¹, Dias L¹, Cadinha S¹, Reis Ferreira A¹

¹ Centro Hospitalar Vila Nova De Gaia/ Espinho, EPE, Vila Nova de Gaia, Portugal

Introdução: As Lipid Transfer Proteins (LTPs) são alérgenos envolvidos na alergia alimentar e respiratória. Existe pouca informação sobre reatividade cruzada (RC) entre LTP de diferentes fontes alérgicas. Este estudo pretende caracterizar a RC, clínica e molecular, entre LTPs identificadas no ImmunoCAP™ ISAC (ThermoFisher, Sweden). **Metodologia:** Análise retrospectiva dos doentes sensibilizados a LTPs, identificadas por ISAC (Prup3, Jugr3, Cora8, AraH9, Trial4, Olee7, Plaa3, Artv3, Parj2), 01/2014-07/2022. **Resultados:** Incluídos 68 doentes, 52% homens, idade 25±11,5 anos. Alergia alimentar a LTP (AA) em 70%; anafilaxia 71%; frutos secos (46%) e pêssego (40%) foram os principais alimentos suspeitos. AA associou-se à sensibilização a todas LTPs (p<0,02), exceto a Parj2 (associou-se à ausência de AA [p<0,0010]). Os padrões de RC estão na figura 1. Prup3 (77%), associou-se a reações com pêssego, amendoim e avelã (p<0,001); Cora8 (49%) com frutos secos/amendoim (p<0,01); Jugr3 (66%) com pêssego e frutos secos/amendoim (p<0,01); AraH9 (47%) com pêssego, maçã e frutos secos/amendoim (p<0,01). Trial4 (15%) e Olee7 (18%) não se associaram a reações com alimentos, mas a rinite alérgica (Trial4 93%, Olee7 89%, p<0,02). Todos os doentes com Trial4 estavam cossensibilizados a Jugr3 e Prup3. Epítoto spreading associou-se a AA (44%), à sensibilização a Plaa3, Artv3, Trial4 e à ausência de sensibilização a Parj2 (p<0,01). AraH9 associou-se a anafilaxia (85%, p=0,01) e Prup3≥15ISU a reações graves (III/III) [p=0,01]. Os 2 com reações III estavam sensibilizados a todas as LTPs. **Conclusão:** Prup3 foi a mais prevalente, embora não encontrada em 100% dos com AA. AraH9 e Prup3 relacionaram-se com a gravidade das reações. Apesar da origem alimentar, Trial4 não se associou a AA, mas a rinite alérgica. A associação entre AA e Epítoto spreading poderá sugerir sensibilização inalatória ou a LTPs não alimentares inicialmente. Este trabalho realça a importância das LTPs não apenas como alérgenos alimentares e a complexidade das cossensibilizações e RC.

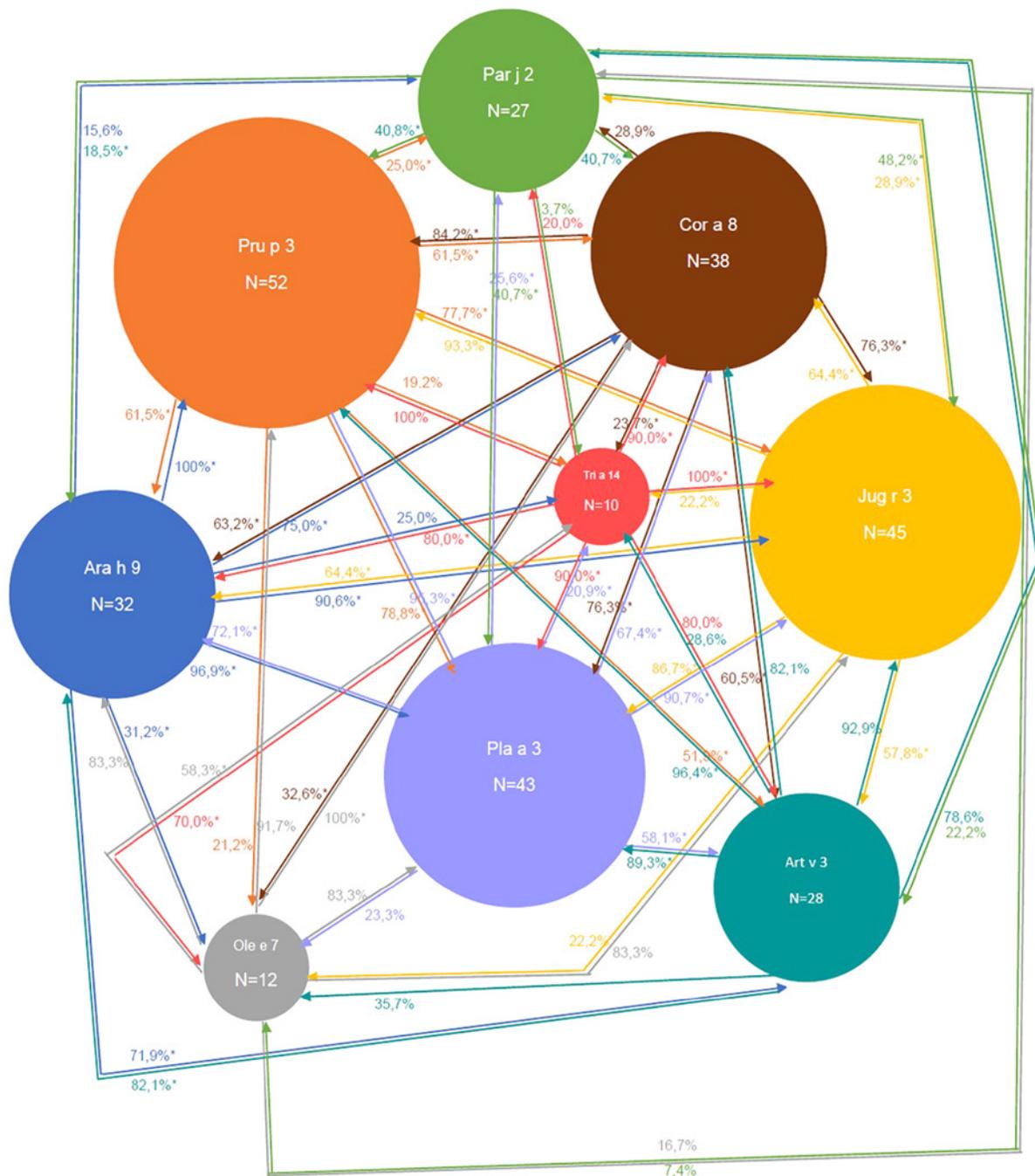


Figura 1 . Reatividade cruzada entre LTPs presentes no ISAC™ (Thermofisher, Suécia). As setas partem do alérgeno a partir do qual é calculada a percentagem. * Indica associação entre alérgenos moleculares, todos com $p < 0,01$.

CO21 – ANAFILAXIA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO: DO EVENTO AO DIAGNÓSTICO FINAL

Pinhal A¹, Caires A¹, Dias de Castro E^{1,2}

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

² MedInUP, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto, Portugal

Objetivos: Anafilaxia pode ser definida como reação grave de hipersensibilidade sistémica, potencialmente ameaçadora de vida. Visamos caracterizar os episódios de anafilaxia admitidos no serviço de urgência (SU) de um hospital terciário. **Metodologia:** Estudo retrospectivo dos episódios de urgência do CHUSJ codificados como anafilaxia (ICD10), no período 2017-2021. **Resultados:** Identificaram-se 94 episódios codificados como anafilaxia, Destes, excluídos 22 por não cumprirem critérios clínicos. Foram incluídos 71 episódios, correspondentes a 65 doentes, mediana de idade de 54 anos (min:19, máx:81anos), 90% triados como urgentes/muito urgentes. Não se observou relação com significado estatístico entre a triagem e a clínica (p=0,503). Em 97% dos casos, ocorreu envolvimento mucocutâneo, 76% respiratório, 61% cardiovascular e 30% gastrointestinal. Um quarto dos episódios era recidivante e 24% ocorreram em meio hospitalar. Em 85% dos casos foi administrada adrenalina (76% IM), particularmente quando objetivada hipotensão (p=0,005). A triptase foi doseada em 51% dos casos (elevada em 56% destes). Solicitada colaboração da Imunoalergologia em 31% dos episódios, observando-se maior requisição de triptase (73%vs36%,p=0,001) e menor intervalo de tempo até à consulta (p=0,047), nestes casos. Admitidos em sala de emergência 30% dos doentes, relacionando-se significativamente com a presença de hipotensão (p=0,010). Internamento em 11% dos episódios (5% em cuidados intensivos) e uma morte em doente sem história prévia de alergia. Registaram-se duas reações bifásicas. Dos 70% de casos observados subsequentemente, na nossa consulta, foram encontrados como responsáveis, após estudo: fármacos (n=16), alimentos (n=9), veneno himenópteros (n=6), frio (n=1). Não se observou relação entre os triggers e as manifestações clínicas (p=0,439) ou a necessidade de internamento (p=1,000). Verificou-se maior percentagem de confirmação do trigger suspeito quando o doente foi observado por Imunoalergologia no SU (p=0,045). **Conclusões:** A observação por Imunoalergologia no SU revelou-se importante, associando-se a reavaliação mais precoce e facilitando estudo etiológico da anafilaxia. Destaca-se a elevada utilização de adrenalina-85%, comparativamente à literatura.

CO22 – HIPERSENSIBILIDADE A FÁRMACOS EM DOENTES COM MASTOCITOSE NA MEDULA ÓSSEA E COM ANAFILAXIA A VENENO DE HIMENÓPTEROS À APRESENTAÇÃO.

Rama T^{1,2,3,4}, Torrado I⁵, Henriques A^{5,6}, Sanchez-Muñoz L^{5,6}, Moreira A^{1,2,3,4}, Matito A^{5,6}, Alvarez-Twose I^{5,6}

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

² Serviço de Imunologia, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal

³ EPIUnit – Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto, Porto, Portugal

⁴ Laboratório para a Investigação Integrativa e Translacional em Saúde Pública (ITR), Porto, Portugal

⁵ Instituto de Estudios de Mastocitosis de Castilla La Mancha (CLMast) – Centro de Referencia para las mastocitosis, Hospital Virgen del Valle, Complejo Hospitalario Universitario de Toledo, Toledo, Spain

⁶ Red Española de Mastocitosis, Espanha

Introdução: Os anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) e outros inibidores das COX (iCOX), anestésicos locais (AL) e gerais (AG), opiáceos/opioides (Op) e meios de contraste iodados (MCI) são frequentemente evitados em doentes com mastocitose, por receio de reações de hipersensibilidade (RHS). No entanto, estudos demonstram que estas reações não são frequentes na maioria destes doentes, não existindo estudos referentes a cada subtipo de mastocitose. **Objetivos:** Descrever a frequência de RHS a fármacos em doentes com mastocitose na medula óssea e anafilaxia a veneno de Himenópteros à apresentação (MMO-AVH). **Métodos:** Análise retrospectiva de 114 doentes (75% homens, idade mediana: 54 anos) com MMO-AVH dos quais 43% apresentavam sintomas decorrentes da ativação mastocitária de base (SAM), e 22% apresentavam osteoporose. Detetaram-se mutações do KIT em todos os doentes: KITD816V em 97,2%, e KITD816Y e KITD816T ambos em 1,4%. Foram avaliadas RHS auto-reportadas a AINEs/outros iCOX, AL, AG, Op, MCI e a outros fármacos, após o episódio índice de anafilaxia. **Resultados:** Todos os doentes receberam e toleraram LA e paracetamol (68% sem pré-medicação prévia a LA), 105 receberam AINEs/outros iCOX (6% referiram RHS), 40 foram submetidos a procedimentos sob AG (todos toleraram, 49% sem pré-medicação), 29 receberam Op (1 referiu RHS a tramadol) e 17 receberam e toleraram ICM (1 sob pré-medicação), e 1 teve anafilaxia após administração de omeprazol. Da análise multivariada verificou-se maior risco de RHS a fármacos em doentes com osteoporose associada (odds ratio: 6,4; p=0,048), sem diferenças estatisticamente significativas face ao sexo, idade, triptase basal sérica e SAM. **Conclusões:** A prevalência de RHS a fármacos em doentes com MMO-AVH é semelhante à verificada na população geral, ainda que o subgrupo com osteoporose associada possa apresentar maior risco de RHS a fármacos. Assim, a MMO-AVH não deve ser considerado como contra-indicação para a administração dos fármacos supramencionados.

**CO23 – EMERGÊNCIAS IMUNOALERGOLÓGICAS
NO CONTEXTO PRÉ-HOSPITALAR: UMA
PERSPETIVA DOS ÚLTIMOS 5 ANOS**

Cardoso Lopes J¹, Costa Carvalho J¹, Farinha I¹, Pereira H¹,
Pimentel F^{2,3}, Ribeiro C¹, Seco C³, Todo Bom A^{1,4}

¹ Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar e Universitário
de Coimbra, CHUC, Coimbra, Portugal

² Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar e Universitário
de Coimbra, CHUC, Coimbra, Portugal

³ Instituto Nacional de Emergência Médica, Unidade Hospital
Universitário de Coimbra, HUC, Coimbra, Portugal

⁴ Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Coimbra,
Portugal

Introdução: Devido à natureza rápida, inesperada e potencialmente fatal de muitas patologias imunoalergológicas, é esperado que doentes com reações de hipersensibilidade (RHS) solicitem apoio do Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU). Estudos nacionais relativos à assistência pré-hospitalar por motivos imunoalergológicos são escassos. Este trabalho teve como objetivo caracterizar as ativações da Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) por suspeitas de RHS. **Metodologia:** Estudo retrospectivo das ativações da VMER do Hospital Universitário de Coimbra categorizadas pelo CODU como suspeita de alergia, nos últimos 5 anos (2017-2022). Avaliaram-se variáveis demográficas, manifestações clínicas, terapêutica, estudo alergológico e diagnóstico definitivo. A análise estatística foi realizada no SPSS Statistics 27. **Resultados:** De 12689 ativações da VMER, 210 (2%) foram categorizadas como suspeita de RHS. Após avaliação médica no local, mantiveram-se 127 (1%) suspeitas de RHS (idade média 54±24 anos; 56% sexo masculino). Os principais diagnósticos suspeitos incluíram RHS a veneno de himenópteros (30%), alergia alimentar (29%; maioria mariscos/peixes), RHS a fármacos (25%) e angioedema por IECA (3%). Cerca de 60% das RHS cumpriam critérios clínicos de anafilaxia. No local, a anafilaxia foi suspeitada em 35% dos casos, 9% deles sem critérios clínicos, e em todos foi administrada adrenalina. As suas principais causas incluíram alimentos (32%), veneno de himenópteros (29%) e fármacos (28%). A causa da RHS era previamente conhecida em 9%, e entre os portadores de autoinjeter de adrenalina (17% do total), 19% realizou a sua autoadministração. Foram referenciados à consulta de Imunoalergologia 47% dos casos e 10% eram seguidos previamente. **Conclusões:** A suspeita de anafilaxia correspondeu ao principal motivo de ativação, no entanto, com base na descrição clínica verificou-se que a maioria não cumpria critérios de diagnóstico. Embora os critérios clínicos diagnósticos universalmente aceites apresentem elevada sensibilidade, a particularidade do contexto pré-hospitalar pode dificultar a acuidade diagnóstica.

**CO24 – ANAFILAXIA À VESPA VELUTINA
NIGRITHORAX: PADRÃO DE SENSIBILIZAÇÃO
COM NOVOS MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO
ESPECÍFICOS**

Santa C¹, Dias L¹, Valente C¹, Garcia S¹, Cruz A², Cadinha S¹,
Barreira P¹, Barradas Lopes J¹

¹ Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar Vila Nova de
Gaia/Espinho, Vila Nova de Gaia, Portugal

² Serviço de Patologia Clínica, Centro Hospitalar Vila Nova de
Gaia/Espinho, Vila Nova de Gaia, Portugal

A Vespa velutina nigrithorax (VVN), originária do Sudeste Asiático, é uma espécie de himenóptero altamente invasiva. Em Portugal foi reportada pela primeira vez em 2011 e está a tornar-se uma causa comum de anafilaxia. A IgE específica VVN (sIgE) e extrato comercial para realização de testes cutâneos e imunoterapia (VIT) já estão disponíveis. Este estudo visa caracterizar o perfil de sensibilização de doentes com anafilaxia à VVN com estes novos métodos de diagnóstico. Estudo prospetivo incluindo doentes com anafilaxia à VVN seguidos entre 2017 e 2021. Avaliados dados clínicos, demográficos, sIgE, TCP e intradérmicos (ID) com extratos totais venenos (VVN, *Vespula* spp, *Polistes* spp e *Apis Mellifera*). Incluídos 18 doentes: 78% homens, idade média 58 anos, 1 apicultor, 39% tinham profissão no exterior, 94% viviam numa zona rural. 67% não reportaram picadas prévias VVN e 61% foram picados por outros vespídeos. 83% reações foram Grau III/IV (Escala de Mueller). sIgE *Vespula* positiva (>0,35 kUA/L) em 14 e VVN em 12. Nestes apenas 2 tinham sIgE maior para VVN do que *Vespula*. ID positivos para todos os vespídeos em 5, *Vespula* e VVN em 4, VVN em 2, *Vespula* em 1 e todos negativos em 6. ID VVN positivos a concentrações inferiores vs *Vespula* em 56%. VIT ultra-rush VVN foi iniciado em 7 doentes, com boa tolerância. A VVN tornou-se uma importante causa de anafilaxia a himenópteros na nossa área. Menos de metade tinha profissão de risco, mas a maioria vivia em zona rural e não relatava picadas prévias. Padrão de sensibilização mais frequente foi positividade a VVN e *Vespula*. Contudo 2 doentes tinham ID positivo a VVN mas negativo a *Vespula*, demonstrando que diferentes alérgenos possam estar envolvidos, apesar da elevada reatividade cruzada. Isto reforça a importância do desenvolvimento de métodos de diagnóstico e tratamento direcionados para VVN, já disponíveis.

SESSÃO DE COMUNICAÇÕES ORAIS IV
ASMA E IMUNODEFICIÊNCIAS PRIMÁRIAS

Dia: 8 de Outubro

Horário: 08h30-10h00

Sala: 2

Moderadores: Ana Morête, Ana Sofia Moreira, Rita Câmara

CO25 – AVALIAÇÃO DA ADESÃO AOS INALADORES EM DOENTES ASMÁTICOS – PAPEL DO TESTE DE ADESÃO AOS INALADORES (TAI®)

Bragança M¹, Moço Coutinho R¹, Mesquita A¹, Amaral L¹, Coimbra A¹, Plácido J¹

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

Objetivos: Estima-se que > 50% dos asmáticos sob medicação crónica não cumpre a terapêutica conforme prescrito, pelo menos uma parte do tempo. O objetivo deste trabalho é avaliar o nível e o padrão de adesão à terapêutica inalatória em doentes com asma através do Teste de Adesão aos Inaladores (TAI®). **Metodologia:** Avaliação transversal de uma amostra de doentes asmáticos sob terapêutica inalatória diária. Foram analisadas características demográficas e clínicas, adesão à terapêutica inalatória (TAI®), controlo da asma (ACT®), FEV1, FEF25-75 e FeNO. **Resultados:** Foram avaliados 68 doentes [49 mulheres (72,1%), idade mediana 41,5 anos (intervalo entre quartis, 27,5-55,8 anos)]; 57 (83,8%) tinham rinite alérgica concomitante e 49 (72,1%) asma há >10 anos. A asma foi classificada pelo score do ACT® como controlada em 5 doentes (7,4%), parcialmente controlada em 35 (51,5%) e não controlada em 28 (41,2%). O FEV1 encontrava-se diminuído em 19 (27,9%) [17 (25,0%) obstrução ligeira; 2 (2,9%) moderada]. O FEF25-75 estava diminuído em 33 (48,5%). A FeNO, avaliada em 36 doentes, apresentava resultado >25ppb em 22 (61,2%). Através do TAI®, 48 (70,6%) foram classificados como não aderentes. O nível de adesão foi bom (20; 29,4%), intermédio (22; 32,4%) ou mau (26; 38,2%). O(s) padrão(ões) de incumprimento apresentado(s) fora(m): errático (44; 64,7%), deliberado (34; 50,0%) e inconsciente (24; 35,3%). Não foi encontrada associação estatisticamente significativa entre o TAI® e o resultado do ACT®, FEV1, FEF25-75 ou FeNO. **Conclusões:** A aplicação do TAI® nesta amostra identificou um elevado número de doentes (70,6%) não aderentes à terapêutica inalatória, com vários padrões de incumprimento. A pequena amostra poderá limitar a identificação de associações estatisticamente significativas, contudo está descrita associação entre não adesão e mau controlo da doença e maior risco de exacerbações. Estratégias personalizadas e dirigidas aos padrões de incumprimento terão de ser repensadas para minimizar o impacto negativo deste problema.

CO26 – APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO EM ADULTOS COM ASMA

Martins dos Santos G¹, Coelho P¹, Sangalho I¹, Carvalho F¹, Serranho S¹, Santos S¹, Brito A¹, Carreiro Martins P¹, Leiria Pinto P¹

¹ Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, Lisboa, Portugal

Introdução/Objetivo: A asma brônquica associa-se frequentemente a comorbilidades, entre as quais a síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS). A SAOS é uma entidade subdiagnosticada que poderá dificultar a gestão do doente com asma e cuja prevalência e impacto neste grupo de doentes é variável entre os estudos. Este trabalho tem como objectivo caracterizar a relação entre asma e SAOS. **Metodologia:** Estudo observacional e transversal, unicêntrico. Foram recrutados, entre dezembro de 2021 e julho de 2022, indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos, aos quais foi solicitada prova funcional respiratória e que apresentavam pontuação ≥ 2 na Escala A2. Os dados foram recolhidos através de um questionário padronizado, complementado com a consulta do processo clínico. O risco de SAOS (elevado ou baixo) foi avaliado através da aplicação do Questionário de Berlim, a gravidade da asma com base no GINA 2022 e o grau de controlo da asma através do Questionário ACT. **Resultados:** Foram incluídos 160 doentes, 66% (n=105) do género feminino, com idade mediana (IQR) de 28.5 (24.0) anos. Entre os doentes incluídos, 32% (n=51) encontram-se nos degraus 4-5 do GINA e 21% dos doentes (n=33) apresentam elevado risco de SAOS. Os doentes com elevado risco para SAOS apresentaram maior gravidade de asma, com 49% (n=16) dos doentes nos degraus 4-5 do GINA em comparação com 28% (n=35) nos doentes com baixo risco para SAOS (p=0.022). O grupo de doentes com elevado risco para SAOS apresentou menor controlo de sintomas respiratórios, com 52% (n=17) dos doentes controlados no grupo de elevado risco para SAOS, em oposição a 80% (n=101) nos doentes com baixo risco (p=0.001). **Conclusão:** Os doentes com elevado risco para SAOS apresentaram maior gravidade de asma e menor controlo de sintomas. É essencial reconhecer e tratar esta comorbilidade com impacto negativo na gestão do doente com asma.

CO27 – AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA INFECÇÃO A SARS-COV-2 NO CONTROLO E NA FUNÇÃO PULMONAR DE DOENTES COM ASMA GRAVE

Gomes M¹, Morgado S², Presa A³, Iap J⁴, Mendes A¹, Pedro M¹

¹ Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Norte

² Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

³ Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

⁴ ACeS Arco Ribeirinho, ARSLVT

Objetivos: Avaliar o impacto da infeção a SARS-COV- 2 (COVID-19) no controlo da Asma e na função respiratória dos doentes com Asma Grave seguidos em consulta de Imunoalergologia. **Metodologia:** Estudo retrospectivo observacional efetuado por consulta dos registos clínicos. **Resultados:** 49 doentes com Asma Grave apresentaram COVID-19, 35 sexo feminino. Idade mediana 54 anos (mínima 20, máxima 80). A maioria dos doentes apresentou doença ligeira (n=27, 57%), seguido de doença moderada (n=20,43%) e apenas dois apresentaram doença grave (n=2,4%). Verificou-se que 47 doentes se encontravam sob terapêutica com biológico: sob omalizumab 53% (n=25), seguido de mepolizumab 30% (n=14), benralizumab 11% (n=5) e dupilumab 6% (n=3). Destes, 43% realizavam terapêutica no domicílio (n=20). Relativamente ao controlo da doença, este foi avaliado através dos questionários ACT (Teste controlo de asma) e do CARAT (Teste controlo asma e rinite alérgica). O valor mediano do ACT pré-COVID era de 22 pontos e no pós-COVID 20 pontos, sendo esta diferença estatisticamente significativa (p-value 0,002). Relativamente ao CARAT pré-COVID o valor mediano era de 21 pontos e no pós-COVID, 19 pontos, não sendo, contudo, esta diferença estatisticamente significativa (p-value 0,054). Relativamente às Provas de Função Pulmonar, não se verificou diferença estatisticamente significativa entre os valores pré e pós COVID-19, em nenhum dos parâmetros funcionais respiratórios avaliados (FEV1 p-value 1; FVC p-value 0,664; Tiffeneu p-value 1; MEF p-value 1; VR p-value 0,664; CPT p-value 0,219; FeNO N/A). **Conclusões:** Verificou-se que a infeção a SARS-COV-2 afetou o controlo da doença respiratória de base, com diminuição do valor dos scores de ACT e CARAT. Contudo a diferença é apenas significativamente estatística no ACT. Na função respiratória não se verificaram diferenças entre os valores pré e pós doença. Na literatura não há muitos estudos acerca destas alterações pelo que deverão ser feitos estudos com um maior numero de doentes.

CO28 – EXEQUIBILIDADE DA APLICAÇÃO INSPIRERMUNDI PARA MONITORIZAR ADEÇÃO À MEDICAÇÃO PARA A ASMA NOS CUIDADOS PRIMÁRIOS: ESTUDO PROSPETIVO MULTICÊNTRICO

Jácome C¹, Rocha S², Cardia F³, Lobo R⁴, Ferreira T⁵, Guimarães C⁶, Cruz A⁷, Morais D⁸, Páscoa R^{9,10,11}, Vieira I¹², da Silva S¹³, Santos C¹⁴, Monteiro L^{2,15}, Monteiro R^{1,16}, Rodrigues N¹⁷, Cepa M¹⁸, Faria M¹⁹, Monteiro Penas A²⁰, Neves Â²¹, Rosendo I²², Seica Cardoso C²³, Oliveira R²⁴, Sousa Coelho D²⁵, Varanda Marques J²⁶, Reis B²⁷, Fernandes S²⁸, Meireles P²⁹, Pimenta F³⁰, Salgueiro L³¹, Abreu Aguiar M³², Mourão A³³, Pereira A^{9,10,34}, Almeida R¹, Amaral R^{1,35}, Alves Correia M³⁴, Correia de Sousa J³⁶, Almeida Fonseca J^{1,34,37}

¹ CINTESIS@RISE, MEDCIDS, Faculty of Medicine of the University of Porto, Porto, Portugal

² USF Arte Nova, ACES Baixo Vouga, Portugal

³ USF Terras de Azurara, ACES Dão Lafões, Portugal

⁴ USF João Semana, ACES Baixo Vouga, Portugal

⁵ USF Progresso e Saúde, ACES Baixo Mondego, Portugal

⁶ USF Caminhos do Certoma, ACES Baixo Mondego, Portugal

⁷ USF Bom Porto, ACES Grande Porto V Porto Ocidental, Portugal

⁸ USF Corgo, ACES Douro I – Marão e Douro Norte, Portugal

⁹ Center for Health Technology and Services Research (CINTESIS), Faculty of Medicine, University of Porto, Portugal

¹⁰ Department of Community Medicine, Information and Health Decision Sciences (MEDCIDS), Faculty of Medicine, University of Porto, Portugal

¹¹ USF Abel Salazar, ACES Gaia, Portugal

¹² UCSP Arnaldo Sampaio, ACES Pinhal Litoral, Portugal

¹³ USF Cuidarte, Unidade Local de Saúde do Alto Minho, Portuzelo, Porto

¹⁴ USF Santo António, ACES Cávado III – Barcelos/Esposende, Portugal

¹⁵ USF Esgueira+, ACES Baixo Vouga, Portugal

¹⁶ USF Homem do Leme, ACeS Porto Ocidental, Portugal

¹⁷ USF Mondego, ACES Baixo Mondego, Portugal

¹⁸ USF Marquês, ACES Pinhal Litoral, Portugal

¹⁹ USF Aquilino Ribeiro, ACES Douro II – Douro Sul, Portugal

²⁰ USF Baltar, ACES Tâmega II – Vale do Sousa Sul, Portugal

²¹ USF Araceti, ACES Baixo Mondego, Portugal

²² USF Coimbra Centro, ACES Baixo Mondego, Portugal

²³ USF Condeixa, ACES Baixo Mondego, Portugal

²⁴ USF Antonina, ACES Ave/Famalicão, Portugal

²⁵ USF Hygeia, ACES Tâmega III – Vale do Sousa Norte, Portugal

²⁶ USF Viseu Cidade, ACES Dão Lafões, Portugal

²⁷ UCSP Sicó, ACES Pinhal Litoral, Portugal

²⁸ USF Bracara Augusta, ACES Cávado I – Braga, Portugal

²⁹ USF Almedina, ACES Douro II – Douro Sul, Portugal

³⁰ USF Aqua Flaviae, ACES Alto Trás-os-Montes – Alto Tâmega e Barroso, Portugal

- ³¹ USF Renascer, ACES Grande Porto II – Gondomar, Portugal
³² USF Valongo, ACES Grande Porto III – Maia / Valongo, Portugal
³³ USF Canelas, ACES Grande Porto VIII – Espinho / Gaia, Portugal
³⁴ Allergy Unit, Instituto and Hospital CUF, Portugal
³⁵ Dept. of Cardiovascular and Respiratory Sciences, Porto Health School, Polytechnic Institute of Porto, Portugal
³⁶ Instituto de Investigação em Ciências da Vida e Saúde, ICVS/3B's Laboratório Associado-UMinho, Portugal
³⁷ Medicina, Educação, Investigação, Desenvolvimento e Avaliação (MEDIDA), Portugal

Este estudo avaliou, no contexto dos cuidados de saúde primários (CSP), a exequibilidade da aplicação InspirerMundi para monitorizar a adesão à medicação em pessoas com asma. Um estudo observacional, prospetivo, com visita inicial presencial e 4 meses de duração foi conduzido em 30 centros de CSP. Doentes com ≥13 anos e com prescrição de inalador de controlo foram convidados a usar a aplicação InspirerMundi para registar: a medicação de controlo e as respetivas tomas agendadas (considerada tomada quando fotografa o inalador/blister/outro recipiente); as tomas de medicação de alívio; o questionário CARAT; e os ques-

tionários de sintomas diários/semanais. A adesão foi calculada como medicação tomada/agendada nos dias em que a aplicação foi usada. Após 4 meses foi feita uma entrevista telefónica incluindo avaliação da satisfação com a aplicação (escala de likert, 5 pontos). Um total de 139 doentes (34±14 anos) foram recrutados e 123(88%) completaram a entrevista. A aplicação foi instalada por 125(90%) e usada uma mediana[Q1-Q3] de 5[1-19] dias. Foi registada medicação por 108(86%) doentes: 108 pelo menos um inalador, 32 pelo menos uma oral e 18 pelo menos um outro tipo. A adesão foi 36[0-70]% para os inaladores, 33[0-81]% para a medicação oral e 19[0-52]% para outros tipos. Registaram o uso de medicação de alívio 34(27%) doentes. Mais de 2/3 (n=87) responderam a pelo menos um CARAT, 37(30%) a pelo menos 3 questionários semanais e 22(18%) a pelo menos 10 questionários diários. Os doentes estavam satisfeitos com a componente de monitorização da adesão à medicação (n=97, 79% pontuaram ≥4) e dos sintomas (n=101, 82% ≥4). Grande parte (n=107, 87%) afirmou que recomendaria a aplicação a outros doentes. A aplicação InspirerMundi é exequível para monitorizar a adesão à medicação em doentes com asma seguidos nos CSP. A sua magnitude de efeito será avaliada futuramente.

Quadro 1 – Caracterização clínico-demográfica da população estudada.

	Imunoglobulina G endovenosa	Imunoglobulina G subcutânea
N	41	26
Género feminino, n (%)	27 (65,9%)	11 (42%)
Idade, anos (min-máx)	46 (24-80)	39 (23-63)
Grau escolaridade	Ensino Superior – 43,9% Ensino Secundário – 19,5% Ensino Básico – 36,6%	Ensino Superior – 61,5% Ensino Secundário – 26,9% Ensino Básico – 11,6%
Situação profissional	Empregado – 58,5% Desempregado – 12,2% Reformado – 24,4% Estudante – 4,9%	Empregado – 96,2% Desempregado – 3,8%
Diagnóstico de Imunodeficiência Primária	Imunodeficiência Comum Variável - 30 Agamaglobulinémia ligada ao X - 4 Défice de anticorpos específicos - 4 Síndrome de HiperIgM – 1 Síndrome de WHIM - 1 Síndrome STAT 1 Gain-of-Function - 1	Imunodeficiência Comum Variável – 17 Défice de anticorpos específicos - 4 Agamaglobulinémia ligada ao X - 2 Síndrome de Good - 2 Síndrome de HiperIgM – 1

Legenda: STAT-1 – Signal transducer and activator of transcription-1
 WHIM – warts, hypogammaglobulinemia, infections, myelokathexis

CO29 – TERAPÊUTICA SUBSTITUTIVA COM GAMAGLOBULINA: PARTICULARIDADES DA EXPERIÊNCIA DE UM COORTE PORTUGUÊS

Inês T. Silva M¹, Vieira J¹, Pereira-Silva S^{1,2,3}, Caiado J^{1,2}, Pedro E¹, Silva S^{1,2,3}

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

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

³ Centro de Imunodeficiências Primárias, Centro Académico de Medicina de Lisboa, Lisboa, Portugal

Objetivo: Pretendemos avaliar a experiência de doentes com imunodeficiência primária (IDP) em tratamento substitutivo com IgG endovenosa (IgEV) ou subcutânea (IgSC), suas motivações/preocupações e efeitos secundários. **Metodologia:** Estudo observacional de 67 doentes sob tratamento com IgEV/SC num centro de referência de IDP. Os doentes foram caracterizados clínica e demograficamente, por preenchimento de questionário online (Quadro 1). **Resultados:** 41 doentes sob IgEV; idade média no início do tratamento: 32,95 anos. Efeitos secundários mais frequentes: cansaço (n=20); cefaleias (n=6); sonolência (n=6), justificando pré-medicação (n=16). Principais motivos de preferência pela IgEV: administração mensal (n=28); contato mais frequente com equipa médica/enfermagem (n=22); receio de autoadministrar IgSC (n=11). 87,8% dos doentes considera o tratamento com IgEV simples e prático e 65,9% rejeitam tentar via SC. Vinte e seis doentes sob IgSC; idade média no início do tratamento: 30 anos; administração no abdómen (n=24), nas coxas (n=2). Efeitos secundários mais frequentes: edema local (n=18); eritema local (n=8); cansaço (n=4). Principais motivos de preferência pela IgSC: menor tempo despendido (n=18); maior flexibilidade horária (n=17); menos idas ao hospital/menos infeções (n=11). Principais preocupações: risco de reações adversas (n=7); erros na administração

(n=5); receio de esquecimento (n=4). Apenas 50% não referem preocupações com administração SC e 65% consideram a via SC simples e prática, valorizando as instruções da enfermagem e possibilidade de praticar a administração no hospital. Comparativamente aos doentes sob IgEV, os doentes sob IgSC despendem menos tempo no hospital (1,1h versus 3,5h) com menos dias de absentismo laboral/ano (4,6dias versus 10 dias). **Conclusões:** Este estudo inovador aborda as preferências dos doentes com IDP, relativamente à via de tratamento, constituindo uma ferramenta útil para reflexão nacional. Salienta-se a elevada proporção de doentes no nosso centro que preferem IgEV. A análise das respostas de cada doente será útil para otimização da terapêutica e melhoria da sua qualidade de vida.

CO30 – EXPRESSÃO DA IL-17RA NAS CÉLULAS INATAS DOS DOENTES COM IDCV E SUAS IMPLICAÇÕES CLÍNICAS

Alves P¹, Carvalho J¹, Nunes I¹, Faria E¹, Todo-Bom A¹, Regateiro F¹, Paiva A²

¹ Serviço de Imunoalergologia, CHUC, Coimbra, Portugal

² Unidade de Gestão Operacional de Citometria, CHUC, Coimbra, Portugal

Introdução: As interleucinas-17 (IL-17) são citocinas pró-inflamatórias produzidas por linfócitos Th17 e têm um papel importante na imunidade contra bactérias extracelulares, fungos e parasitas, através do recrutamento de monócitos e neutrófilos. Vários estudos demonstraram que os níveis de Th17 e IL-17 estão diminuídos em doentes com Imunodeficiência Comum Variável (IDCV), mas desconhece-se a expressão do IL-17 recetor A (IL-17RA, CD217), importante para a sinalização de IL-17. Procurámos avaliar a expressão do IL-17RA nas células da imunidade inata de doentes com IDCV e suas correlações clínicas. **Métodos:** A expressão de IL-17RA foi avaliada por citometria de fluxo nas células dendríticas mielóides (mDC) e plasmacitóides (pDC), monócitos e neutrófilos de 22 doentes com IDCV e 14 controlos saudáveis. Foram recolhidos dados clínicos dos doentes, como o fenótipo clínico, história de colonizações infecciosas e valor máximo de calprotectina fecal, e correlacionados com a expressão de IL-17RA. **Resultados:** No sangue periférico, os doentes IDCV apresentaram números significativamente inferiores de mDC, pDCs e monócitos não-clássicos, mas superiores de neutrófilos. Em todas estas células, a expressão de CD217 foi superior nos doentes quando comparados com os controlos. A expressão de CD217 em monócitos e mDCs foi superior em doentes com história de colonização por *Campylobacter*, sem diferenças de expressão em relação a colonizações respiratórias, autoimunidade, enteropatia ou infiltração linfocítica policlonal. A expressão de CD217 nas mDCs e monócitos clássicos associou-se também a níveis superiores de calprotectina fecal, mesmo controlando para história de colonização intestinal. **Discussão:** Ao contrário das IL-17 e Th17, encontramos um aumento da expressão de IL-17RA nas células inatas dos doentes com IDCV, independentemente de complicações infecciosas ou não infecciosas. Este aumento correlacionou-se com história de colonização por *Campylobacter*, mas

Tabela 1 – Comparação entre doentes com IDCV e controlos saudáveis

Variável	IDCV (n=22)	Controlos (n=14)	p-value
Idade mediana (IQR), anos	48 (44-56)	49 (40-58)	0.602
Sexo masculino, %	45.5	42.9	0.878
Leucócitos (IQR), n/10 ⁶	6850 (4600-10100)	6200 (4800-7000)	0.390
Mediana do valor relativo de subtipos celulares, %			
Linfócitos	24.2	35.0	<0.001*
Neutrófilos	63.2	52.4	0.003*
Monócitos	6.8	8.4	0.058
Clássicos	83.7	79.0	0.014*
Intermédios	7.7	10.9	0.162
Não-clássicos	5.0	11.2	<0.001*
CD mielóides	0.15	0.26	<0.001*
CD plasmacitóides	0.04	0.14	<0.001*
Expressão de CD217, mediana da Média de Intensidade de Fluorescência (MIF ou MDI)			
Neutrófilos	1908 (1634-2143)	1474 (1182-1807)	0.003*
Monócitos clássicos	2295 (1943-2747)	2134 (1714-2368)	0.289
Monócitos intermédios	1956 (1629-2313)	2033 (1440-2304)	0.803
Monócitos não-clássicos	1132 (810-1345)	864 (585-995)	0.012*
CD mielóides	1438 (1309-1828)	1135 (987-1282)	<0.001*
CD plasmacitóides	509 (409-633)	344 (312-433)	<0.001*

não por microorganismos respiratórios. Encontrámos uma expressão aumentada de IL-17RA em doentes com calprotectina elevada, embora a relação fisiopatológica careça de estudos mais aprofundados.

Gráfico 1 – Expressão de CD217 em cada subtipo celular - comparação em função da história de colonização por *Campylobacter*

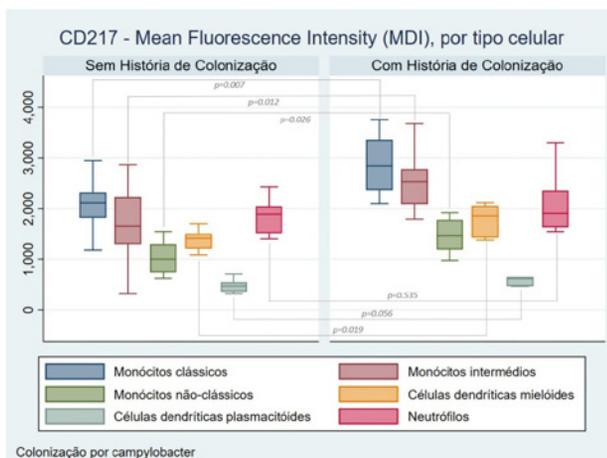


Tabela 2 – Níveis de calprotectina fecal e expressão de CD217 nas células dendríticas mielóides e monócitos clássicos (regressão linear ajustada para história de colonização do trato GI)

cdm_CD217	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]
calprotect	.2300383	.0969579	2.37	0.042	.0107043 .4493724
colon_gi	167.4994	141.2492	1.19	0.266	-152.0286 487.0274
constante	1295.565	81.01121	15.99	0.000	1112.304 1478.825
mc_CD217	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]
calprotect	.6266098	.2493089	2.51	0.031	.0711149 1.182105
colon_gi	-142.4169	345.4212	-0.41	0.689	-912.0633 627.2295
constante	1941.62	210.5539	9.22	0.000	1472.477 2410.764

Legenda: cdm_CD217 – expressão de CD217 em células dendríticas mielóides; mc_CD217 – expressão de CD217 em monócitos clássicos; calprotect – valor de calprotectina fecal; colon_gi – colonização do trato gastrointestinal; Coef – coeficiente de regressão; Std. Err – erro-padrão do coeficiente; t – estatística t; P>|t| - p-value; 95% Conf. Interval – intervalo de confiança a 95%.

Tabela 3 – Expressão de CD217 em doentes sem colonização bacteriana vs controlos

Variável	IDCV não-colonizados (n=8)		Controlos (n=14)	p-value
	Expressão de CD217, MIF			
Neutrófilos	1872 (1735-2020)		1474 (1182-1807)	0.016*
Monócitos clássicos	2345 (2039-2691)		2134 (1714-2368)	0.184
Monócitos intermédios	1770 (1657-2418)		2033 (1440-2304)	0.868
Monócitos não-clássicos	1144 (944-1307)		864 (585-995)	0.020*
CD mielóides	1478 (1206-1828)		1135 (987-1282)	0.004*
CD plasmacitóides	527 (409-634)		344 (312-433)	0.008*

CO31 – DOENÇA GRANULOMATOSA CRÓNICA: CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA DE DOENTES SEGUIDOS NUM CENTRO DE IMUNODEFICIÊNCIAS PRIMÁRIAS

Presas^{A1}, Varandas^{C2,3}, Caldeira^{L3}, Ferreira^{R2,4}, Marques^{T5}, Silva^{S2,3,6}, Silva^{S2,3,6}

¹ Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, Vila Nova de Gaia, Portugal

² Centro de Imunodeficiências Primárias, Centro Académico de Medicina, Lisboa, Portugal

³ Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar e Universitário Lisboa Norte, Lisboa, Portugal

⁴ Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar do Oeste, Torres Vedras, Portugal

⁵ Serviço de Doenças Infecciosas, Centro Hospitalar e Universitário Lisboa Norte, Lisboa, Portugal

⁶ Clínica Universitária de Imunoalergologia, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal, ,

A doença granulomatosa crónica (DGC) tem incidência estimada 1:250.000 e é causada por defeitos genéticos que condicionam diminuição da produção de espécies reativas de oxigénio em células fagocíticas. Indivíduos afetados têm predisposição aumentada para infeções recorrentes, bacterianas e/ou fúngicas, e formação de granulomas em diferentes localizações. Caracterização demográfica e clínica de adultos com DGC seguidos num centro de Imunodeficiências Primárias. Análise retrospectiva de dados demográficos e clínicos de doentes com DGC. Quatro homens, idades entre 25-43 anos, com DGC forma autossómica recessiva (2) ou ligada ao X (2). As primeiras manifestações clínicas de DGC iniciaram-se entre o primeiro mês de vida (adenite BCG, sepsis a *S. aureus*, doença inflamatória intestinal) e os 15 meses (linfadenite retroauricular por *Enterobacter cloacae*), sendo o diagnóstico de DGC confirmado entre os 2 e os 13 anos de idade. Após o diagnóstico, os doentes apresentaram quadros de linfadenite supurativa, nomeadamente por *S. aureus* e *Enterobacter cloacae*; piodermite; abscessos cutâneos, abscessos perianais com fistulização, bacteriemia por *Salmonella* e *S. aureus*. Todos os doentes iniciaram profilaxia com cotrimoxazol e itraconazol após diagnóstico, e 2 doentes iniciaram terapêutica com interferon-gama. Apesar das profilaxias, um doente apresentou abscesso paravertebral por *Actinomyces* e abscesso do punho por *Serratia marcescens* com osteomielite secundária; pneumonia por *Aspergillus fumigatus* e *Pneumocystis jirovecii*; e outro feohifomicose disseminada por *Pheoacremonium parasiticum*. Colite com perda proteica secundária e granulomas difusos estão presentes em 3 doentes. Um doente foi submetido a transplante de medula óssea (TMO) com sucesso, embora complicado de reação de enxerto versus hospedeiro crónica. Apesar da morbilidade significativa, os doentes mantêm vida pessoal e profissional ativa. Destacamos o espectro clínico da DGC salientando os “típicos” agentes microbianos. Assinala-se a ocorrência de complicações infecciosas/não-infecciosas, apesar das profilaxias optimizadas. Um caso de sucesso de TMO reforça a pertinência da re-avaliação das estratégias curativas na DGC.

**CO32 – CUSTOS DOS INTERNAMENTOS POR ASMA
E POR RINOSSINUSITE CRÓNICA COM E SEM
POLIPOSE NASAL EM PORTUGAL**

Pereira A^{1,2}, Sá-Sousa A^{1,3}, Freitas A^{1,3}, Mesquita D⁴, Rocha-Gonçalves F⁴, Fonseca J^{1,2,3,5}, Ribeiro J^{6,7,8}, Alfaro T⁹, Aquino Soares V^{10,11}, Azevedo M^{12,13}, Benito-Garcia F¹⁴, Borrego L^{15,16,17}, Branco-Ferreira M^{18,19,20}, Coimbra A²¹, Cosme J¹⁹, Drummond M^{22,23}, Fernandes L^{24,25}, Ferreira J²⁶, Gonçalves P²⁷, Lopes A¹⁹, Lopes C^{28,29}, Marques J^{16,30}, Mendes A¹⁹, Neto M³¹, Pereira C^{11,32}, Pires N³³, Reis Ferreira A²⁶, Rodrigues-Alves R³⁴, Santos N³⁵, Sokolova A^{36,37}, Spinola Santos A¹⁹, T. Silva M¹⁹, Spratley J^{3,38,39}, Subtil J⁴⁰, Tavares B⁴¹, Todo-Bom A^{7,41}, Vaz de Castro J^{16,42,43,44}, Vera-Cruz P^{15,45}, Vilhena D⁴⁶, Sousa-Pinto B^{1,3}

¹ MEDCIDS – Departamento de Medicina da Comunidade Informação e Decisão em Saúde, Faculdade de Medicina, UP, Porto, Portugal

² Unidade de Imunoalergologia, Instituto CUF Porto e Hospital CUF Porto, Porto, Portugal

³ CINTESIS@RISE, MEDCIDS, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto, Portugal

⁴ Sanofi, Oeiras, Portugal

⁵ Medicina, EDucação, I&D e Avaliação, Lda (MEDIDA), Porto, Portugal

⁶ Serviço de Otorrinolaringologia, Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

⁷ Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal

⁸ Centro de Inovação em Biomedicina e Biotecnologia, Coimbra, Portugal

⁹ Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

¹⁰ Unidade de Otorrinolaringologia, Hospital CUF Viseu, Viseu, Portugal

¹¹ Centro Cirúrgico de Coimbra, Coimbra, Portugal

¹² Serviço de Otorrinolaringologia, Centro Hospitalar Baixo Vouga, Aveiro, Portugal

¹³ Centro Académico Clínico Egas Moniz, Universidade de Aveiro (sede), Aveiro, Portugal

¹⁴ Centro de alergia, Hospitais CUF Descobertas e CUF Tejo, Lisboa, Portugal

¹⁵ CEDOC, NOVA Medical School, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal

¹⁶ Comprehensive Health Research Centre (CHRC), NOVA Medical School, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal

¹⁷ Departamento de Imunoalergologia, Hospital da Luz Lisboa, Lisboa, Portugal

¹⁸ Clínica Universitária de Imunoalergologia (Diretor), Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal

¹⁹ Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte, Lisboa, Portugal

²⁰ SPAIC (Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica; Presidente), Lisboa, Portugal

²¹ Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar Universitário de São João, Porto, Portugal

²² Centro de Responsabilidade Integrado de Sono e VNI, Centro Hospitalar Universitário de São João, Porto, Portugal

²³ Departamento de Medicina, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal

²⁴ Serviço de Pneumologia, Hospital Distrital da Figueira da Foz, Figueira da Foz, Portugal

²⁵ Comissão de Alergologia Respiratória da SPP (Sociedade Portuguesa de Pneumologia), Lisboa, Portugal

²⁶ Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar Gaia/Espinho, Vila Nova de Gaia, Portugal

²⁷ Unidade de Rinologia e Cirurgia Transnasal avançada (URCETA; Coordenador), Centro Hospitalar de entre Douro e Vouga, Santa Maria da Feira, Portugal

²⁸ Unidade de Imunoalergologia, Hospital Pedro Hispano, Unidade Local de Saúde de Matosinhos, Matosinhos, Portugal

²⁹ Imunologia Básica e Clínica, Departamento de Patologia, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal

³⁰ Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Egas Moniz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal

³¹ Unidade de Imunoalergologia (Coordenadora), Hospital CUF Sintra, Sintra, Portugal

³² Imunologia Clínica, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal

³³ Unidade de Pneumologia (diretor), Hospital Santa Maria Maior, Barcelos, Portugal

³⁴ Serviço de Imunoalergologia, Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada, Açores, Portugal

³⁵ Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Portimão, Portugal

³⁶ Unidade de Imunoalergologia, Serviço de Pneumologia, Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca EPE, Amadora, Portugal

³⁷ Serviço de Imunoalergologia, Hospital CUF Tejo, Lisboa, Portugal

³⁸ Departamento de Cirurgia e Fisiologia, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal

³⁹ Serviço de Otorrinolaringologia, Centro Hospitalar e Universitário S. João, Porto, Portugal

⁴⁰ Unidade de Otorrinolaringologia, Hospital CUF-Descobertas, Lisboa, Portugal

⁴¹ Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

⁴² Centro de electroencefalografia e neurofisiologia clínica (CENC) Lisboa, Lisboa, Portugal

⁴³ Instituto de Saúde Ambiental (ISAMB), da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal

⁴⁴ Hospital das Forças Armadas de Lisboa – HFAR, Lisboa, Portugal

⁴⁵ Departamento de Otorrinolaringologia, Hospital da Luz Lisboa, Lisboa, Portugal

⁴⁶ Serviço de Otorrinolaringologia, Hospital Pedro Hispano, Matosinhos, Portugal

Objetivos: Este estudo pretendeu estimar os custos dos internamentos por asma e por rinosinusite crónica com e sem polipose nasal (RSCcPN e RSCsPN, respetivamente) em Portugal. **Métodos:** Os custos dos internamentos por asma foram estimados usando a base de dados da ACSS dos internamentos em hospitais públicos em Portugal Continental (2011-2015). Foram considerados episódios de internamento com diagnóstico principal ou se-

cundário de “Asma”. As estimativas foram ajustadas para o sub-registo do diagnóstico. Os custos dos internamentos (cirúrgicos e não cirúrgicos) por RSC foram estimados com base num questionário online aplicado a 40 especialistas hospitalares em Imunologia, Otorrinolaringologia e Pneumologia (fevereiro-maio/2021) sobre a utilização de serviços de saúde pelos seus doentes com RSC. Foram estimados custos em 2019 tendo por base o custo/doente extrapolado para o total nacional usando estimativas publicadas da prevalência de RSCcPN (2,2-6,8%) e RSCsPN (8,7-20,3%) e ajustando para a proporção de doentes com RSC seguidos a nível hospitalar (27,6%). **Resultados:** Entre 2011-2015 houve 82177 internamentos com registo de diagnóstico de asma (2,2% do total), 7826 (9,5%) dos quais como principal. Os internamentos com registo de asma foram responsáveis por uma média anual de 128689 dias de internamento, correspondendo a um total de 33,9M€/ano em despesas hospitalares; ajustando para o sub-registo de diagnóstico, estimou-se que esse custo possa ascender aos 42,7-56,5M€/ano. Os internamentos com diagnóstico principal de asma tiveram um custo de 2,2 M€/ano. Para os internamentos por RSC, estimaram-se, a nível nacional, custos de 39-122M€/ano para a RSCcPN vs 41-96M€/ano para a RSCsPN, com base em diferentes estimativas de prevalência. O custo por doente/ano foi em mediana 2 vezes superior para a RSCcPN vs RSCsPN. **Conclusões:** Os custos dos internamentos por asma e rinosinusite crónica são elevados. A RSCcPN, apesar da menor prevalência, é responsável por custos de internamento semelhantes aos da asma e da RSCsPN.

SESSÃO DE POSTERS I ALERGIA ALIMENTAR

Dia: 6 de Outubro
Horário: 19h00-20h30
Sala: 3

Moderadores: Susana Piedade, Miguel Vieira, Pedro Martins

PO01 – CARACTERIZAÇÃO DE UMA COORTE PORTUGUESA PEDIÁTRICA DE 98 DOENTES COM ALERGIA A FRUTOS SECOS E AMENDOIM

Esteves Caldeira L¹, Varandas C¹, Brás R¹, Cabral Duarte F¹, Pedro E¹, Costa C¹

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

Objetivo: Os frutos secos(FS) e amendoim(A) são causas frequentes de alergia alimentar(AA) em crianças, existindo poucos dados em Portugal. O objetivo foi descrever uma coorte pediátrica alérgica a FS/A. **Metodologia:** Análise retrospectiva de crianças com reações a FS/A observadas numa unidade especializada de AA entre 2017-2021. Assumiu-se o diagnóstico na presença de: história clínica sugestiva ou prova de provocação oral(PPO) positiva e testes cutâneos por picada/picada-picada(TCP/TCPP) positivos e/ou IgE específicas(sIgE) positivas. $P < 0,05$ estatisticamente significativo. **Resultados/Conclusões:** Analisaram-se 150 doentes(52 excluídos:38 sem alergia, 14 dados incompletos). Incluídos 98 doentes, 64% sexo masculino. A maioria(88%) apresentava doença alérgica(78%-rinite alérgica, 51%-asma, 46%-outra AA, 44%-eczema) e 40% tinha história familiar de alergia. Os alimentos mais frequentes foram amendoim(47%), noz(31%) e avelã(13%). 86% relataram reação com apenas 1FS/A. Em 96%, os sintomas surgiram ≤ 30 minutos após exposição. As primeiras(1.ªs) manifestações foram: cutâneas-46%(urticária/angioedema-84%, exacerbação eczema-16%), anafilaxia-36%, gastrointestinais-16% e respiratórias-2%. Média de idade 1.ª reação: $5,8 \pm 4,3$ anos; significativamente inferior no grupo com alergia amendoim em comparação com FS($4,6 \pm 3,5$ versus $6,7 \pm 5,8$, $p=0,02$). 62% teve 1.ª reação com idade ≤ 6 anos. Os TCP/TCPP foram positivos em 51% e 39%, respetivamente. Os resultados dos TC/sIgE estão representados na tabela I. Realizou-se análise molecular(ISAC[®]): 49%. Valor médio eosinófilos(eos): $601 \pm 289/\mu\text{L}$ e IgE total: $1860 \pm 1984\text{U/mL}$. O diâmetro médio pápula(DMP) nos TC foi significativamente superior para amêndoa($p=0,015$), caju($p=0,049$) e pistáchio($p=0,046$) no grupo com anafilaxia versus sintomas isolados. Não houve diferença significativa entre os valores de eos, IgE total nem sIgE e gravidade dos sintomas. Realizaram-se 17 PPO: 11-negativas(frutos secos alternativos) e 6-positivas(todos com envolvimento apenas de 1 sistema; resolução espontânea em 4). O amendoim e noz foram os mais envolvidos. As 1.ªs reações ocorreram na 1.ª infância em cerca de 2/3 doentes (associado a mudanças recentes nos hábitos alimentares). A anafilaxia foi a 1.ª manifestação numa percentagem importante($\sim 1/3$), concordante com estudos internacionais. O DMP parece ser relevante na previsão da gravidade da reação em alguns FS.

Tabela 1. Resultados do diâmetro médio da pápula dos testes cutâneos por picada (TCP) e picada-picada (TCPP) e valores médios de IgE específica sérica (sIgE) (ImmunoCAP®) para cada fruto seco e amendoim.

	TCP (mm) (Diâmetro médio da pápula ± DP)	TCPP (mm) (Diâmetro médio da pápula ± DP)	sIgE (kUA/L) (Média ± DP)
Histamina (10 mg/mL)	5,6 ± 1,6	-	-
Amendoim	7,3 ± 3,4	9,1 ± 7,8	18,8 ± 28,8
Noz	6,4 ± 3,5	9,3 ± 4,9	13,8 ± 23,7
Avelã	4,3 ± 1,9	9,3 ± 4,2	10,8 ± 14,2
Amêndoa	5,3 ± 2,4	6,9 ± 2,9	5,1 ± 9,7
Caju	7,1 ± 3,6	11,2 ± 7,3	5,8 ± 7,7
Castanha	5 ± 1,5	7,0 ± 4,2	2,0 ± 2,3
Pinhão	8 ± 2,8	5,9 ± 3,1	0,5 ± 0,04
Pistáchio	6,3 ± 3,4	8,8 ± 7,5	7,3 ± 8,3

O diâmetro médio das pápulas está expresso em milímetros (mm) e consideram-se testes positivos os que apresentaram pápulas ≥3 mm de diâmetro acima do controlo negativo. DP - desvio padrão.

PO02 – ALERGIA AO AMENDOIM – UM ALERGÊNIO EMERGENTE NUM COORTE PEDIÁTRICO

Varandas C¹, Brás R¹, Esteves-Caldeira L¹, Cabral Duarte F¹, Pedro E¹, Costa C¹

¹ Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Lisboa, Portugal

Objetivos: A alergia ao amendoim é predominantemente IgE-mediada com uma prevalência até 4% na população pediátrica, no entanto, a evidência relativa a este grupo etário é escassa. Pretendeu-se analisar o perfil clínico e imunológico de um coorte pediátrico com alergia e/ou sensibilização ao amendoim. **Metodologia:** Estudo retrospectivo de um coorte pediátrico com história de alergia IgE-mediada a amendoim/frutos secos, em seguimento num hospital terciário entre 2017-2021. Registo dos dados demográficos, clínicos, testes cutâneos por picada (TC), IgE específica (sIgE) ao amendoim e componentes moleculares (mIgE); análise estatística descritiva e comparação entre grupos (teste Mann-Whitney). **Resultados:** Do total de 98 doentes com alergia a amendoim/frutos secos, 47%(n=46) apresentavam história de alergia ao amendoim. As características demográficas, clínicas, TC, sIgE e mIgE estão representadas na Tabela I. Os sintomas de alergia ao amendoim variaram entre síndrome de alergia oral(n=3) e reação sistémica(n=43): 1 respiratória; 4 gastrointestinal; 22 mucocutânea (14 urticária, 6 angioedema, 5 exacerbação de eczema); 16 anafilaxia. Verificou-se co-sensibilização a frutos secos em 29 doentes(63%), sendo a noz o mais comum(n=20). 56% e 45% dos doentes com estudo mIgE (n=32), apresentavam sensibilização Ara h2 e Ara h6, respetivamente, e 28% estava co-sensibilizado a ambos. A sensibilização Ara h6 associou-se a reações mais graves (p=0.026). Dos 44 doentes com alergia a frutos secos, sem história de alergia ao amendoim, 15(34%) apresentavam sensibilização a amendoim. Apesar de não existirem diferenças significativas entre os grupos alérgico e sensibilizado a amendoim, verificaram-se diferentes perfis de sensibilização molecular (ausência de Ara h2 ou Ara h6 no grupo sensibilizado ao amendoim)(Tabela I). **Conclusões:** O diag-

nóstico de alergia alimentar deve ser criterioso, minimizando a exposição acidental e evicção alimentar excessiva. Este trabalho reforça a frequente co-sensibilização amendoim/frutos secos no grupo etário pediátrico. Embora o Ara h6 represente um marcador molecular sensível, foi associado a reações significativamente mais graves neste coorte.

PO03 – CARATERIZAÇÃO CLÍNICA E PERFIL MOLECULAR DE SENSIBILIZAÇÃO DE UMA POPULAÇÃO DE DOENTES COM ALERGIA AO PÊSSEGO

Inês T. Silva M¹, Brás R¹, Paulino M¹, Costa C¹, Cabral Duarte F¹, Pedro E¹, Pereira Santos M^{2,3}

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

² Laboratório de Imunologia Clínica, Faculdade de Medicina de Lisboa, Instituto de Medicina Molecular, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal

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

Introdução: As proteínas de transferência lipídica(LTP) são pan-alergénios de alimentos vegetais. **Objetivo:** Avaliação do perfil de sensibilização molecular de doentes com alergia ao pêssego e concordância entre sintomas/testes cutâneos por picada(TCP)/IgE específica para componentes moleculares(sIgEcm) e a sua associação com gravidade da reação. **Metodologia:** Estudo prospetivo de doentes com reação ao pêssego, TCP e IgE específica positivos, caraterizados clínica e demograficamente. Foram realizados TCP com extrato comercial:pêssego, maçã, kiwi, uva, tomate, aipo, avelã, amendoim, artemísia, parietária, plátano e avaliação de IgE total(tIgE) e sIgEcm(método ALEX2®). Análise estatística realizada com SPSS®. **Resultados:** 20 doentes, 80% mulheres, idade média-28.8±11.1 anos;70% atópicos. tIgE média 111.8±47.6kU/L. Os doentes foram agrupados: reação sistémica(RS-65%)-anafilaxia(n=7), urticária/angioedema(n=4), sintomas gastrointesti-

nais(n=2); reação local(35%)-SAO(n=7). O perfil de sensibilização resume-se no quadro 1. slgEcm média foi significativamente superior no grupo RS: Pru p3(0.12 versus 12.71), Mal d3(0 versus 2.99), Ara h9(0.12 versus 5.01), Pla a3(0 versus 1.48). A idade média na 1.^a reação foi significativamente superior no grupo RS(14 versus 21 anos). Avaliando o perfil de sensibilização molecular, registou-se associação estatisticamente significativa entre a presença, individualmente, de Pru p3, Mal d3 e Pla a3 e ocorrência de RS(figura 1). Obteve-se concordância entre sintomas-TCP, sintomas-slgEcm e TCP-slgEcm para pêssego, sintomas-TCP para avelã e TCP-slgEcm para aipo. **Conclusões:** Este foi o 1.º estudo

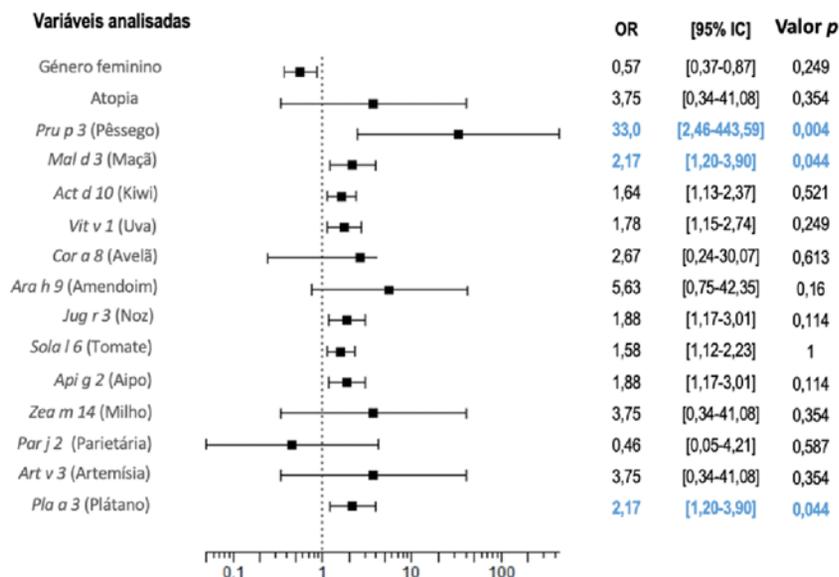
prospetivo nacional através da utilização do método macroarray(ALEX2®) na avaliação da alergia a LTP. A análise do perfil de sensibilização molecular parece ser relevante como marcador de expressão da doença. A clínica mais frequente foi RS(65%) e Pru p3 a LTP mais prevalente(75%), em concordância com outros estudos. Foram identificadas LTP de pólenes, demonstrando possível reação cruzada. Destaca-se associação entre Pru p3, Mal d3 e Pla a3 com RS, embora a amostra não permita extrapolação dos resultados. A concordância entre sintomas/TCP/slgEcm não atingiu significado estatístico para a maioria dos frutos testados, exceto pêssego, avelã e aipo.

Quadro 1: Componentes moleculares LTP identificados.

Componente molecular LTP	N; slgEcm média±DP
Pru p 3 (Pêssego)	15; 8.7±9
Ara h 9 (Amendoim)	11; 3.3±4.2
Api g 2 (Aipo)	8; 0.3±0.3
Mal d 3 (Maçã)	7; 1.9±2.6
Pla a 3 (Plátano)	7; 1±1.3
Art v 3 (Artemisia)	6; 0.4±0.5
Cor a 8 (Avelã)	5; 1.1±1.6
Par j 2 (Parietaria)	4; 1.2±1.9
Vit v 1 (Uva)	4; 0.5±0.8
Act d 10 (Kiwi)	2; 0.7±1.3
Sola l 6 (Tomate)	1; 0.02±0.03

Legenda: LTP-proteína de transferência lipídica; slgEcm-IgE específica do componente molecular; DP-desvio padrão.

Figura 1: Variáveis analisadas.



PO04 – CARACTERIZAÇÃO DE UMA AMOSTRA DE CRIANÇAS REFERENCIADAS À CONSULTA DE IMUNOALERGOLOGIA POR SUSPEITA DE ALERGIA ALIMENTAR

Nunes I¹, Martins dos Santos G², Sangalho I², Simão Coelho P², Gonçalves T², Prates S², Leiria Pinto P²

¹ Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

² Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Central, Lisboa, Portugal

Introdução: A suspeita de alergia alimentar (AA) na criança é um motivo frequente de referência à consulta de Imunoalergologia nos primeiros anos de vida. Pretendeu-se caracterizar as referências por suspeita de AA de crianças com idade <4 anos. **Métodos:** Estudo retrospectivo dos registos das primeiras consultas de Imunoalergologia Pediátrica num hospital terciário, das crianças com idade <4 anos, referenciadas por suspeita de AA, entre janeiro de 2018 e junho de 2019. Foram analisados dados demográficos, origem da referência, alimento suspeito, características da reação e orientação clínica. **Resultados:** No período analisado foram realizadas 884 consultas a crianças com idade <4 anos, das

quais 240 (27,1%) por suspeita de AA (idade mediana (P25-P75) 16 (11-29) meses, 56,7% sexo masculino) com 316 alimentos suspeitos. A maioria das referências teve origem hospitalar (n=140; 58,3%), seguida dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) (n=86; 35,8%). A idade mediana (P25-P75) do início dos sintomas foi 6 (3-11) meses e o tempo mediano (P25-P75) até avaliação em consulta foi 7 (2-15) meses. A maioria dos casos envolveu apenas um alimento suspeito (n=179; 74,6%), sendo os mais frequentes leite de vaca (n=122; 38,6%), ovo (n=64; 20,3%) e frutos frescos (n=32; 10,1%). A reação manifestou-se como anafilaxia em 9,8% das crianças (n=31). Tabela 1. O diagnóstico foi confirmado em 57,1% (n=137), a maioria ao leite de vaca (n=83; 54,6%) e ao ovo (n=42; 29,6%), com maior frequência relativa nos doentes referenciados a partir do hospital (n=89; 63,6%), comparativamente aos dos CSP (n=41; 47,7%) (p=0,019). **Conclusões:** De acordo com os nossos dados, a demora na observação em consulta parece excessiva. A suspeita de AA confirmou-se em apenas cerca de metade dos doentes avaliados, mas a anafilaxia foi comum. Estes dados alertam-nos para a necessidade de aumentar o conhecimento sobre a AA e de uma referência mais precoce destas crianças para consulta de Imunoalergologia.

Motivo de referência (n=240)	Suspeita de AA a 1 alimento Suspeita de AA a >1 alimento Suspeita de AA não especificada	179 (74,6%) 46 (19,2%) 15 (6,25%)
Alimento suspeito (n=316)	Leite de vaca Ovo Frutos frescos Outros	122 (38,6%) 64 (20,3%) 32 (10,1%) 98 (31,0%)
Manifestações Clínicas (n=316)	Anafilaxia Não Anafilaxia Outros	31 (9,8%) 273 (86,4%) 12 (3,8%)
Frequência (n=316)	Episódio único Não reprodutível > 1 episódio Não reprodutível Reprodutível Desconhecido	85 (27,0%) 16 218 (69,0%) 59 141 13 (4,1%)
Resultado da 1ª avaliação (n=316)	Suspeita excluída sem estudo Suspeita confirmada sem necessidade de estudo Suspeita não excluída e prosseguiu para estudo	60 (19,0%) 6 (1,9%) 250 (79,1%)
Resultado do estudo (n=316)	Alergia confirmada Ovo IgE/não IgE 42/0 Leite de vaca IgE/não IgE 83/54,6% Outros IgE/não IgE 27/8,5% 25/2 Alergia excluída Inconclusivo (estudo não concluído)	152 (48,1%) 42 (29,6%) 42/0 83 (54,6%) 50/33 27 (8,5%) 25/2 135 (42,7%) 31 (20,4%)
Resultado final (n=240)	Alergia confirmada (pelo menos uma AA confirmada) Alergia excluída Estudo não concluído	137 (57,1%) 82 (34,2%) 21 (8,8%)

PO05 – ALERGIA A MARISCO: ANÁLISE DE UMA CASUÍSTICA DE 3 ANOS

Pires Pereira H¹, Farinha I¹, Peixinho M², Tavares B¹, Todo-Bom A¹, Carrapatoso I¹

¹ Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

² Serviço de Patologia Clínica, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

Introdução/Objetivos: A alergia alimentar (AA) a marisco (crustáceos e moluscos) tem uma representatividade relevante; trata-se de uma alergia com clínica de apresentação variável, mas com potencial de reação grave. **Metodologia:** Caracterização retrospectiva de doentes avaliados em consulta de Imunoalergologia AA por suspeita de alergia a marisco, no período de 1/07/2019 a 30/06/2022. **Resultados:** Foram incluídos 376 doentes, com idades entre 1 e 85 anos (34,7±20,0 anos); 63,6% do sexo feminino; 41,2% atópicos. A idade de início apresentou uma mediana de 26 anos (16 meses-72 anos). Camarão e sintomas do foro mucocutâneo foram os mais identificados nas reações: 80,1% e 87,8%, respectivamente. A sensibilização a marisco mediada por IgE foi comprovada em 85,6% dos casos, através de testes cutâneos por picada (TCP), testes por picada-picada (PP) e/ou IgE específica (slgE) positiva; 91,4% a crustáceos, 2,5% a moluscos, 3,4% a ambos. Do total, 140 doentes tinham slgE positiva a camarão. Apenas 276 tinham doseamentos de tropomiosina, sendo 25,5% sensibilizados. Noventa e um doentes tiveram anafilaxia, dos quais 61,5% apresentavam slgE positiva a camarão; 25,2% a tropomiosina; 20,9% rinite; 12,1% asma e 4,4% tinham história de outra AA. Cerca de 78% dos doentes com anafilaxia relatavam sintomas prévios menos graves com ingestão de marisco. Nos doentes sem critérios de anafilaxia, a sensibilização a tropomiosina foi de 16,8%. Realizaram-se 54 provas de provocação oral (doentes com TCP, PP e slgE negativos): 12 positivas. Em 16,6% a reação ocorreu 3-4h após ingestão da dose cumulativa. **Conclusão:** A idade de início de sintomas centrou-se em adultos jovens, sendo o camarão o principal alérgico identificado. A maioria dos doentes com anafilaxia tinham slgE positiva a camarão, sendo a sensibilização a tropomiosina mais marcada neste grupo. Salienta-se ainda a presença de sintomatologia prévia, menos grave, nestes doentes, demonstrando o potencial de evolução das reações.

PO06 – ALERGIA ALIMENTAR COM/SEM ASMA: A MESMA DOENÇA, DIFERENTES FENÓTIPOS

Pereira Dias L¹, Queirós Gomes J, Presa A, Cadinha S, Ferreira A

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

Objetivo: Alergia alimentar (AA) e asma são patologias comuns em idade pediátrica, ocorrendo frequentemente em simultâneo. Asma em doentes com AA parecer ser um fator de risco (FR) para reação grave. O objetivo deste estudo foi comparar crianças em idade escolar com AA e asma (AAcA) e alergia alimentar sem asma (AAsA). **Metodologia:** Estudo retrospectivo observacional caso-controlo (casos: AAcA e controlos: AAsA), de crianças (6-11 anos) seguidas em consulta de imunoalergologia (2011-2021). Os controlos foram selecionados da mesma base hospitalar, após randomização, numa relação 1:1. Parâmetros avaliados: dados demográficos, idade de diagnóstico da AA, FR para doença alérgica (prematuidade, parto por cesariana, aleitamento materno <4 meses, residência em meio urbano, idade diversificação alimentar, exposição tabágica, história familiar atopia), comorbilidades, sensibilização a aeroalérgenos, alimentos implicados na AA, gravidade das reações, ingestões acidentais, auto-injetor adrenalina, admissões no serviço de urgência (SU) por AA e parâmetros analíticos. **Resultados:** Foram incluídos 33 doentes com AAcA e 33 AAsA. No grupo AAcA foram identificados mais doentes do sexo masculino (p=0,02). A idade de diagnóstico AA não diferiu entre grupos (p=0,260). Dos FR, apenas a exposição tabágica foi superior no grupo AAcA (p=0,006). Sensibilização a ácaros (p=0,001) e pólenes (p=0,026) foi superior no grupo AAcA, sendo este mais polisensibilizados (p=0,001). A rinite alérgica e dermatite atópica associou-se ao grupo AAcA (p=0,001). Os principais alimentos foram ovo e frutos secos nos dois grupos. A gravidade da reação foi superior no grupo AAcA (p=0,001), com predomínio dos sintomas respiratórios (p=0,001). O grupo AAcA apresentou menos ingestões acidentais (p=0,021), sem diferença nas observações no SU (p=0,230). A prescrição de auto-injetor adrenalina foi superior no grupo AAcA (p=0,014). A mediana de eosinófilos (770, AIQ:561/uL) e IgE (628, AIQ:1056/uL) foi superior no grupo AAcA (p=0,001). **Conclusão:** Os doentes com AAcA apresentaram reações mais graves e diferentes características demográficas, clínicas e analíticas.

**PO07 – ALERGIA ALIMENTAR A KIWI:
CARACTERIZAÇÃO DOS DOENTES E AVALIAÇÃO
DA UTILIDADE DOS TESTES DE DIAGNÓSTICO**

Garcia S¹, Presa A¹, Reis Ferreira A¹

¹ Departamento de Imunoalergologia do CHVNG/E, Vila Nova de Gaia, Portugal

Introdução: A alergia ao Kiwi representa atualmente a quarta maior causa de alergia alimentar (AA) em muitos países europeus. As reações podem variar de locais a sistémicas graves. **Métodos:** Análise de doentes seguidos no SIA, desde 2012, com suspeita de AAkiwi e IgEkiwi. Avaliaram-se dados demográficos, tipo de exposição, gravidade da reação, sintomas e comorbilidades alérgicas, IgETotal, IgEkiwi, Testes Cutâneos Prick (TCP), Prick-Prick (TCPP) e prova de provocação (PO). Excluída de alergia: PO negativa; tolerância após nova ingestão (confirmada telefonicamente). Confirmada alergia: PO positiva; ≥ 1 reação sugestiva IgE mediada e TCP/ IgEkiwi positivos; ingestão acidental no domicílio (confirmada telefonicamente). **Resultados:** Setenta e cinco doentes foram incluídos (60% mulheres; mediana 37 anos), 83% atópicos (ácaros 85%; poléns 76%). Nas principais comorbilidades dos doentes verificou-se: 83% rinite; 47% asma; 16% dermatite atópica. Catorze doentes tiveram expostos por contacto e a reação grave ocorreu em 31%, moderada em 37% e ligeira nos restantes. Alergia foi confirmada em 28 doentes e excluída em 40 doentes. Em 7 doentes não foi possível fazer diagnóstico por abandono da consulta. Após comparação de doentes alérgicos com não-alérgicos verificou-se que o primeiro grupo tinha reações mais graves (valor p 0,003), mais TCP positivos (valor p <0,001), maior diâmetro médio da pápula (DMP) (valor p 0,023), mais TCPP positivos para polpa branca e verde (valor p <0,001 e 0,003, respetivamente), maior IgEkiwi (valor p <0,001) e maior rácio IgEkiwi/IgETotal (valor p <0,001). Verificou-se concordância entre DMP dos TCP, valor de IgEkiwi e rácio IgEkiwi/IgE total, quer nos doentes alérgicos quer nos não-alérgicos. Não se verificou diferenças estatisticamente significativas entre os 2 grupos nas restantes variáveis analisadas. **Conclusão:** Os TCP, TCPP e IgEkiwi parecem ser bons auxiliares no diagnóstico de AA ao kiwi, no entanto uma história clínica muito sugestiva e avaliação da necessidade PO continua a ser fundamental.

**PO08 – PROVAS DE PROVOCAÇÃO ALIMENTAR EM
IDADE PEDIÁTRICA NUM SERVIÇO DE
IMUNOALERGOLOGIA**

Simão Coelho P¹, Martins-dos-Santos G¹, Sangalho I¹, Rosa S¹, Leiria Pinto P¹

¹ Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, Lisboa, Portugal

Introdução: A alergia alimentar é mais frequente na população pediátrica do que na população adulta. A sua prevalência tem aumentado nos últimos anos, no entanto, existem muitas suspeitas que não são comprovadas após estudo adequado. A prova de provocação oral (PPO) é o gold-standard para avaliar tolerância e excluir alergia alimentar. Este trabalho tem como objetivo caracterizar a alergia alimentar na nossa população pediátrica. **Métodos:** Estudo observacional retrospectivo em que foram incluídos todos os doentes com idade inferior a 18 anos e que realizaram PPO a alimentos no Serviço de Imunoalergologia de um Centro Especializado entre janeiro de 2017 e dezembro de 2021. Dados recolhidos através da consulta dos processos clínicos. **Resultados:** Foram realizadas 468 PPO, correspondentes a 307 doentes, 56.4% (n=173) do sexo masculino. A mediana (P25-75) de idades à data da PPO foi de 4 (2-8) anos. Os alimentos mais implicados foram o ovo (n=186; 39.7%), o leite (n=155; 33.1%) e o peixe (n=42; 9.0%). Verificou-se um total de 94 PPO positivas (20.1%) correspondentes a 77 doentes. Os alimentos mais frequentemente envolvidos foram o leite (n=46; 48.9%), o ovo (n=32; 34.0%) e o peixe (n=7; 7.4%). Dois doentes apresentaram PPO positiva para dois alimentos distintos (leite/trigo e ovo/peixe). Em 51.1% (n=48) das PPO positivas, verificaram-se apenas sintomas mucocutâneos e em 35.1% (n=33) sintomas gastrointestinais isolados. Em 11.7% dos doentes (n=11) houve manifestações de 2 ou mais sistemas, a maioria em PPO com leite (n=8; 72.7%). As reações foram facilmente controladas com a terapêutica instituída. **Conclusão:** O ovo, o leite e o peixe são os alimentos que mais frequentemente causam alergia na idade pediátrica. As PPO são importantes para excluir o sobrediagnóstico de alergia alimentar. Trata-se de procedimentos de risco que devem ser realizados em ambiente hospitalar por profissionais especializados e treinados na rápida abordagem de eventuais reações.

PO09 – ANÁLISE DOS PADRÕES DE SENSIBILIZAÇÃO A FRUTOS SECOS POR MÉTODO IMMUNOCAP® ISAC EM 65 CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM ALERGIA MÚLTIPLA

Freitas T¹, Faria E, Lemos S, Loureiro C, Maia E

¹ Centro Hospitalar Universitário De Coimbra, Coimbra, Portugal

Objetivo: A alergia a frutos secos é um tipo frequente de alergia alimentar em idade pediátrica, com padrões de sensibilização e manifestações clínicas diversas. O método ImmunoCAP® ISAC (ISAC) permite a deteção de IgE específica dos componentes major do amendoim, avelã, noz e caju. Este estudo visa determinar a utilidade do método ISAC na otimização do diagnóstico dos doentes com alergia a frutos secos. **Metodologia:** Estudo retrospectivo dos registos clínicos da consulta de Alergologia Pediátrica do Serviço Pediatria Ambulatória do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra que realizaram ISAC no contexto de suspeita de alergia alimentar múltipla entre novembro de 2015 e maio de 2022. **Resultados e conclusões:** Foram incluídos no estudo 65 doentes

em idade pediátrica, com idade média de 9.1 ± 4.5 anos (76.9% do sexo masculino). Definiu-se como Grupo A os doentes com manifestações clínicas de alergia a pelo menos um fruto seco e Grupo B aqueles com suspeita de alergia alimentar mas sem clínica de alergia a frutos secos. Os resultados encontram-se na Tabela 1. Analisando a mesma, constata-se que no grupo A o padrão de sensibilização a noz, amendoim, avelã e caju associa-se a maior positividade para os componentes major Jug r 1, Ara h 1, 2 e 6, Cor a 8 e I.0401 e Ana o 3, respetivamente. No grupo B verifica-se maior sensibilização aos componentes Jug r 3, Ara h 9, Cor a 8 e 9 e Ana o 2 para noz, amendoim, avelã, e caju, respetivamente. Os resultados obtidos evidenciam padrões de sensibilização distintos nos grupos alérgico e de sensibilização, pelo que a caracterização do perfil molecular poderá representar um preditor da expressão alérgica. Contudo, a não deteção no ISAC de IgE específica dos componentes major de outros frutos secos, nomeadamente o coco, castanha, amêndoa, pistáchio e pinhão, constitui uma limitação deste método.

Tabela 1 - Percentagem relativa de doentes com positividade para alergénios moleculares específicos de espécie

Alimento	Alergénio molecular	Grupo A	Grupo B
Noz	Jug r 1	61,1%	32,0%
	Jug r 2	33,0%	44,0%
	Jug r 3	50,0%	52,0%
Amendoim	Ara h 1	42,1%	12,0%
	Ara h 2	57,9%	24,0%
	Ara h 3	26,3%	12,0%
	Ara h 6	57,9%	12,0%
	Ara h 8	10,5%	24,0%
	Ara h 9	21,0%	48,0%
Avelã	Cor a 8	66,7%	44,8%
	Cor a 9	33,3%	41,4%
	Cor a 14	0,0%	27,6%
	Cor a 1.0401	66,7%	27,6%
Caju	Ana o 2	33,3%	75,0%
	Ana o 3	83,3%	50,0%

PO10 – ANAFILAXIA INDUZIDA POR EXERCÍCIO DEPENDENTE DE ALIMENTOS: UM DIAGNÓSTICO DESAFIANTE

Fortes C¹, Abreu C², Morête A²

¹ Serviço de Patologia Clínica, Centro Hospitalar do Baixo Vouga (EPE), Aveiro, Portugal

² Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar do Baixo Vouga (EPE), Aveiro, Portugal

Objetivos: A anafilaxia induzida pelo exercício dependente de alimentos (AIEDA) é uma patologia rara, em que o exercício após a ingestão de alérgenos desencadeia anafilaxia, embora ambos sejam tolerados de forma independente. Pretende-se efetuar a caracterização clínica e laboratorial dos casos de AIEDA diagnosticados no Serviço de Imunoalergologia (SI) do Centro Hospitalar do Baixo Vouga (CHBV). **Metodologia:** Análise retrospectiva dos processos clínicos dos doentes diagnosticados com AIEDA no SI do CHBV. **Resultados:** Apresentam-se sete casos de AIEDA cuja caracterização clínica e laboratorial é apresentada no quadro adjacente. Os episódios de AIEDA nem sempre são reprodutíveis,

sendo que, para o mesmo doente, as manifestações clínicas entre episódios diferem e não ocorrem necessariamente todas as vezes que o indivíduo ingere o alimento e exercita. Em todos os casos, a anamnese permitiu excluir a anafilaxia de exercício. Na maioria dos doentes, a confirmação do diagnóstico foi efetuada com recurso ao ImmunoCAP ISAC®; um doente realizou a prova de provocação com o alimento, seguida de exercício. O alimento mais frequentemente associado a AIEDA foi o trigo, e o alérgeno molecular Tri a 19.0101, o mais identificado. **Conclusões:** O diagnóstico da AIEDA é desafiador. Uma boa anamnese é fundamental, no sentido de não deixar de identificar a associação entre a ingestão alimentar e o início dos sintomas, durante e após o exercício, de reconhecer qual o alimento suspeito e de excluir outras condições com manifestação semelhante. A evidência objetiva da sensibilização ao alimento suspeito pode ser obtida através de testes cutâneos *in vivo* e da determinação de IgE específicas e o diagnóstico definitivo pelas provas de provocação alimentar e de exercício. Realça-se a importância do ISAC® na identificação do alérgeno implicado nestas situações, permitindo identificar casos de reatividade cruzada, de outra forma, difíceis de reconhecer.

Idade início dos sintomas	Sexo	Co-morbilidades IA	Alimento associado	Tipo de exercício	Sintomas	Evidência de sensibilização ao alimento			
						<i>In vitro</i>		<i>In vivo</i>	
						ImmunoCAP® IgE específica	ImmunoCAP ISAC®	Teste <i>prick/prick-prick</i>	Prova provocação A e/ou A+E
48 anos	M	HS AINEs; urticária crónica durante 2-3 anos, há 20 anos; atopia	Maçã	Corrida Natação	Exantema maculopapular generalizado, não pruriginoso, angioedema, dispneia e lipotímia	Não efetuada	Mal d 1 (1,5 ISU)	Não efetuado	Não efetuada
19 e 27	F	Sem	Trigo, Pêssego	Dança	Exantema pruriginoso, tosse seca e dispneia	Não efetuada	Pru p 3 (6,5 ISU)	Não efetuado	Não efetuada
29 anos	F	Sem	Trigo	Caminhada	Erupção cutânea, suores frios e lipotímia	ω-5 gliadina (Tri a 19): 22,3 KUA/L*	Tri a 19.0101 (6,8 ISU)	Trigo, centeio e milho: positivo	Não efetuada
18 anos	M	RCA ácaros e pólenes; asma intermitente; eczema atópico; sob ITE	Trigo	Caminhada Corrida Natação	Urticária generalizada, angioedema da face, língua e pescoço, dispneia, vômitos, hipotensão, síncope	Não efetuada	Tri a 19.0101 (9,5 ISU)	Não efetuado	Não efetuada
13 anos	M	Sem	Aveia	Caminhada	Sem anafilaxia; urticária aguda	Não efetuada	Não efetuado	Aveia: negativo	A: negativa; A+ E: positiva
43 anos	M	Sem	Trigo	Corrida	Urticária, prurido, angioedema, dispneia	Não efetuada	Tri a 19.0101 (1 ISU)	Não efetuado	Não efetuada
32 anos	F	Sem	Noz, Trigo	Dança	Urticária generalizada, prurido, angioedema da face, congestão nasal, sensação de constrição cervical, disфонia	Não efetuada	Jug r 3 (0,9 ISU) Tri a 14 (2,4 ISU)	Não efetuado	Não efetuada

Abreviaturas: A, alimento; A+E, alimento e exercício; AINEs, anti-inflamatórios não esteroides; F, feminino; HS, hipersensibilidade; IA, imunoalergologia; ITE, imunoterapia específica; M, masculino; RCA, rinoconjuntivite alérgica. * Positivo: > 0,35 KUA/L.

SESSÃO DE POSTERS II
ALERGIA A FÁRMACOS / IMUNODEFICIÊNCIAS
PRIMÁRIAS / OUTROS

Dia: 9 de Outubro
Horário: 08h30-10h00
Sala: I

Moderadores: Ana Romeira, Eugénia Almeida, Frederico Regateiro

PO11 – ALERGIA GRAVE AO PEG: UTILIDADE DOS TESTES CUTÂNEOS COM PEG 1500 NA AVALIAÇÃO DO RISCO NA VACINAÇÃO SARS-COV-2

Moura A¹, Gaspar Â¹, Cruz C¹, Borrego L^{1,2}

¹ Serviço de Imunoalergologia, Hospital Da Luz Lisboa, Lisboa, Portugal

² CHRC, NOVA Medical School Research, Universidade NOVA de Lisboa, Lisboa, Portugal

Objetivos: Apresentar casos de alergia grave ao PEG, e avaliar a utilidade dos testes cutâneos (TC) com extrato comercial PEG 1500 no work-up de suspeitas de alergia a vacinas contra o SARS-CoV-2.

Metodologia: Foram avaliados 126 doentes com risco moderado-alto de alergia na vacinação SARS-CoV-2 entre Março-Dezembro 2021. Os TC foram realizados com extrato PEG 1500 (Roxall[®]) com a seguinte metodologia: testes por picada com concentrações 0,1%, 1% e 10% (leitura aos 30 minutos, conforme instruções do laboratório); se negativos, foram efetuados testes intradérmicos (IDT) com diluições de 1/1000 (nos casos de anafilaxia) até 1/10 (0,01%). O mesmo protocolo foi aplicado a 5 controlos saudáveis que fizeram vacinas SARS-CoV-2 contendo PEG2000. **Resultados:** Apresentamos 6 casos de alergia grave ao PEG: um choque anafilático após corticoide intramuscular contendo PEG3350 (Depo-Medrol[®]) e cinco reações alérgicas sistémicas após vacina SARS-CoV-2 contendo PEG2000 (Pfizer-BioNTech[®] ou Moderna[®]). Todos apresentaram IDT positivo na leitura imediata, permitindo o diagnóstico e a seleção de vacina sem PEG (TC com polisorbato 80 foram negativos). Uma doente teve anafilaxia durante IDT 0,01%. Nos restantes 120 doentes, os TC com PEG 1500 foram negativos na leitura imediata e tardia. Sete doentes tiveram TC com polisorbato 80 positivos. Todos os controlos saudáveis tiveram TC com PEG 1500 negativos.

Conclusões: Trata-se do primeiro estudo que avalia a utilidade dos TC com extrato comercial PEG 1500 no work-up da abordagem diagnóstica de suspeita de alergia no âmbito da vacinação SARS-

-CoV-2. Com a metodologia proposta, os TC com PEG 1500 revelaram ser uma ferramenta útil, permitindo confirmar seis casos de alergia grave ao PEG contraindicando a administração de vacinas SARS-CoV-2 contendo PEG2000, e excluindo alergia numa centena de casos que fizeram posteriormente estas vacinas. Os controlos saudáveis tiveram IDT negativo com o protocolo proposto. Esta investigação só deve ser realizada em centros especializados.

PO12 – UTILIDADE DOS TESTES INTRADÉRMICOS COM SULFAMETOXAZOL-TRIMETOPRIM

Moço Coutinho R¹, Bragança M¹, Mota D¹, Carneiro Leão L¹, Cernadas J^{1,2}

¹ Centro Hospitalar Universitário De São João, Porto, Portugal

² Unidade de Imunoalergologia do Hospital Lusíadas, Porto, Portugal

Introdução e Objetivo: Os testes intradérmicos (TID) são importantes no estudo de reações de hipersensibilidade a fármacos (RHF). A concentração máxima não irritativa (CNI) de 0,8 mg/dL de sulfametoxazol-trimetoprim (SMX-TMP) foi definida por Emedrad et al., mas constatámos um número demasiado elevado de TID positivos. Um estudo mais recente na população coreana reportou uma CNI de 0,08 mg/dL. O objetivo do estudo foi rever a CNI de SMX-TMP na nossa população. **Metodologia:** Revisão dos processos clínicos e resultados de procedimentos diagnósticos dos doentes estudados por RHF a SMX-TMP entre 2011 e 2021. Aqueles com TID positivo com 0,8 mg/dL que consentiram, repetiram TID com 0,08 mg/dL, e se não tinham história de reação grave fizeram prova de provocação oral (PPO). **Resultados:** Incluídos 56 doentes, 48 (86%) mulheres, idade média 47 (±17) anos. Dos 12 (21%) estudados por RHF imediata, 10 (83%) tiveram TID positivo com 0,8 mg/dL. Destes, 7 (58%) fizeram TID com 0,08 mg/dL e todos foram negativos, 8 (67%) fizeram PPO e 5 (63%) foram negativas. Dos 44 (79%) estudados por RHF tardia, 15 (34%) tiveram TID positivo com 0,8 mg/dL na leitura imediata, 44 (100%) negativo na leitura tardia. Os 17 (39%) TID feitos com 0,08 mg/dL foram negativos nas leituras imediata e tardia. Das 24 (55%) PPO efetuadas, 7 (29%) foram positivas. (Tabela 1) **Discussão:** Os TID com SMX-TMP com 0,8 mg/dL foram positivos na leitura imediata em 1/3 dos doentes com RHF tardias pelo que parecem ser irritativos. Todos os TID com 0,08 mg/dL foram negativos. Os doentes com RHF imediatas com TID negativo tiveram PPO negativa. Nos doentes com RHF tardias todos os TID foram negativos na leitura tardia, sugerindo que nestes doentes têm pouca utilidade, e a PPO talvez devesse ser o primeiro procedimento diagnóstico. Estudos multicêntricos permitiriam fortalecer estas conclusões.

Tabela 1: Resultados dos testes intradérmicos (TID) – leitura imediata nas reações de hipersensibilidade a fármacos (RHF) imediatas e leitura tardia nas RHF tardias – e das provas de provocação oral (PPO).

		PPO	
		Positiva	Negativa
TID 0.8mg/dL	Positivo	3 (50%)	3 (50%)
Leitura imediata	Negativo	0	2 (100%)
TID 0.8mg/dL	Positivo	0	0
Leitura tardia	Negativo	7 (29%)	17 (71%)

PO13 – CARACTERIZAÇÃO DE DOENTES REFERENCIADOS A UMA CONSULTA DE IMUNOALERGOLOGIA - VACINAÇÃO CONTRA A COVID 19

Silva I¹, Mascarenhas M

¹ Hospital Beatriz Angelo, Corroios, Portugal, ²Hospital Beatriz Angelo, Corroios, Portugal

Objetivo: Com a campanha de vacinação contra a COVID 19, muitos utentes foram referenciados à consulta de Imunoalergologia (IA) para avaliação do risco de reação de hipersensibilidade (RH) às vacinas e eventual vacinação em meio hospitalar (VH). Procurou-se caracterizar a população referenciada à consulta de IA do Hospital Beatriz Ângelo (HBA). **Metodologia:** Estudo retrospectivo dos utentes referenciados entre Março 2021 e Julho 2022 com suspeita de RH a vacina contra a COVID 19 ou patologia que possa aumentar o risco de reação adversa segundo as normas da Direção Geral de Saúde (DGS). **Resultados:** Foram referenciados 546 doentes, 166 aceites para consulta e destes, 105 aprovados para estudo/VH. A média de idade foi 60,2 anos (15-93), 82% eram mulheres e 89% tinha antecedentes de doença alérgica. Do total, 66 utentes foram referenciados para avaliação de risco e eventual VH. Os restantes 39 por suspeita de RH a vacina administrada (35 com a 1.^a dose e 4 com a 2.^a), 48% tiveram carácter imediato (58% cumprindo critérios de anafilaxia). Foram selecionados 71 doentes diretamente para VH; nas 46 vacinações já efetuadas não houve intercorrências. Foram propostos para realização de testes cutâneos (TC) com vacina 29 doentes e destes efetuados 27 por picada e 26 intradérmicos (ID). Foram considerados positivos 1 TC por picada e 15 ID. Num caso com ID positivo diagnóstico verificou-se reação sistémica imediata controlada com adrenalina. Dos utentes com TC negativos 2 efetuaram vacinação em meio hospitalar sem intercorrências. Dos 166 doentes aceites para consulta 16 já tinham efetuado vacinação aquando da convocatória. **Conclusões:** A maioria dos casos referenciados não cumpriam critérios para referenciação segundo as indicações da DGS. Apesar da limitação dos recursos, foi possível imunizar, tanto no HBA como na comunidade, em segurança número considerável de doentes previamente recusados pelos Cuidados de Saúde Primários.

PO14 – ALERGIA AO NÍQUEL: DA PELE À DIETA

Lucena M¹, Pires Pereira H¹, Regateiro F¹, Todo-Bom A¹, Carrapatoso I¹

¹ Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

Introdução: A sensibilização ao níquel representa uma das principais causas de dermatite de contacto alérgica. Um número significativo de doentes apresenta lesões cutâneas, em locais que não estão em contacto direto com este metal. Descrevemos 3 casos de dermatite alérgica sistémica ao níquel. **Caso Clínico:** Descrevem-se casos de três doentes enviadas à consulta de Imunoalergologia por lesões cutâneas dispersas, desde eritema a lesões eczematosas; sem história de lesões urticariformes ou angioedema, maioritariamente associadas a refeições. Inicialmente, por suspeita de alergia alimentar, foram realizados testes cutâneos a extratos alimentares: todos negativos. Por manutenção das queixas, pelo amplo espectro de alimentos envolvidos, e pela distribuição das lesões, foi colocada a hipótese de dermatite alérgica sistémica a níquel, tendo sido realizados testes epicutâneos. Características das doentes e resultados de exames estão representados na Tabela 1. Foi proposta uma dieta restritiva em alimentos ricos em níquel, durante um período mínimo de 6 semanas, com melhoria das queixas cutâneas em gravidade e frequência. As doentes foram, então, submetidas a prova de provocação oral com sulfato de níquel: todas positivas, sendo dada a indicação de manter uma dieta pobre em níquel. Apenas uma doente aceitou realizar terapêutica de hipossensibilização, mantendo atualmente uma dieta livre, sem aparecimento de novas lesões. **Conclusão:** Sintomatologia cutânea com ingestão de diversos alimentos em doentes sensibilizados ao níquel, deve levantar a hipótese de dermatite de contacto sistémica. A prova de provocação é o gold-standard diagnóstico, sendo a evicção de alimentos ricos em níquel a recomendação perante a confirmação diagnóstica. A terapêutica de hipossensibilização pode permitir uma dieta sem restrições alimentares.

Tabela 1:

Doente	Sexo	Idade	Lesões	Desencadeantes	Antecedentes/ Atopia	Testes Epicutâneos (Série Standard Europeia)	Terapêutica Hipossensibilização
1	F	32	Lesões micropapulares antebraços e região supra-púbica	Pêssego, cereja, cogumelos, feijão, café	- Rinite alérgica (sensibilização gramíneas)	- Sulfato de níquel 5% ++ - Dicromato de potássio 0,5% +	Sim (3 anos)
2	F	57	Eritema facial pruriginoso	Tomate, espinafres, feijão verde, peixe (cantaril), cerveja, vinho tinto	- Alopecia fibrosante - Hipersensibilidade a AINES (nimesulide)	- Sulfato de níquel 5% ++ - Mistura de perfumes II 14% +?	Não
3	F	42	Eritema face interna coxas, flexuras joelho, região peri-umbilical	Enlatados (atum), alface, tomate, marisco	- Hipotiroidismo	- Sulfato de níquel 5% +	Não

**PO15 – ESTADO ATUAL DA ABORDAGEM
DIAGNÓSTICA EM IMUNOALERGOLOGIA
VETERINÁRIA EM PORTUGAL: ANÁLISE DE UM
QUESTIONÁRIO DIRIGIDO A MÉDICOS
VETERINÁRIOS**

Matias D¹, Cabrita D², Martins L³

¹Serviço de Dermatologia, Grupo VetMilagres, Leiria. Doutoramento em Ciências Veterinárias, Instituto de Investigação e Formação Avançada, Universidade De Évora, Évora, Portugal

²Departamento de Medicina Veterinária, Escola de Ciências e Tecnologia, Universidade de Évora, Évora, Portugal

³Departamento de Medicina Veterinária, Escola de Ciências e Tecnologia. MED: Instituto Mediterrânea para a Agricultura, Ambiente e Desenvolvimento. Universidade de Évora, Évora, Portugal.

Objetivos: Pretendeu-se conhecer a atual abordagem diagnóstica de alergias no cão, em Portugal, através da elaboração e análise de resultados de um questionário. **Metodologia:** O questionário dividiu-se em duas partes: uma relativa aos dados profissionais dos médicos veterinários (MV) e outra relativa às principais etapas do protocolo diagnóstico clínico de alergias no cão. As respostas anónimas foram efetuadas em formato digital ou físico, por médicos veterinários exercendo clínica de animais de companhia em Portugal. **Resultados e conclusões:** Obtiveram-se 115 questionários válidos, a maioria dos quais (63,48%) de MV exercendo em clínicas, maioritariamente em Medicina Interna (54,78%). A maioria dos MV (60%) encontrava-se formada há 5-20 anos. A zona Centro foi aquela com maior expressão (40,87%), seguida pelo Sul (29,57%), pelo Norte (25,22%) e pelas Ilhas (4,35%). Apenas 14,78% exercia maioritariamente em Dermatologia e somente 0,87% em Imunoalergologia. Expressiva maioria (93,91%) identificou o prurido como a principal manifestação de alergia e as endocrinopatias como não incluídas (67,83%) no diagnóstico diferencial de Dermite Atópica Canina (DAc). A hipersensibilidade à picada de insetos e as ectoparasitoses foram consideradas para fins diagnósticos diferenciais de DAc, respetivamente em 13,91% e 10,43% das respostas. Para diagnóstico de Reação Adversa a Alimentos (RAA) consideraram-se os testes sorológicos em 11,3% das respostas, a dieta comercial hipoalergénica em 83,48% e o recurso a dieta de eliminação caseira ou monoproteica em apenas 4,35% dos casos. A citologia cutânea como exame complementar afigura-se associada ao tipo de Centro de Atendimento em que o MV exerce. A avaliação alergológica revelou-se maioritariamente efetuada pela Medicina Interna. O prurido foi corretamente reconhecido como a principal manifestação associada. Testes sorológicos ainda persistem para diagnóstico de RAA, apesar da baixa especificidade e sensibilidade. Dieta de eliminação caseira, apesar de recomendada, revelou-se pouco utilizada. Os metadados disponíveis apontam para a utilidade da formação contínua específica dos MV.

**PO16 – ANAFILAXIA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA
PEDIÁTRICO DE UM HOSPITAL CENTRAL**

Coelho A¹, Dias L¹, Santa C¹, Pedrosa C¹

¹Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho, Vila Nova de Gaia, Portugal

Objetivo: A anafilaxia é uma emergência médica, potencialmente fatal. O diagnóstico e tratamento precoces são essenciais. Na idade pediátrica, o diagnóstico é complicado pelas características dos doentes, sendo a etiologia alimentar a mais frequente. O objetivo deste estudo foi caracterizar os episódios de anafilaxia admitidos no serviço de urgência pediátrico (SUP) nos últimos 10 anos. **Métodos:** Estudo retrospectivo dos episódios de anafilaxia segundo Guidelines da EAACI 2014, observados no SUP (2012-2021). Realizada uma caracterização detalhada sobre etiopatogenia, clínica e terapêutica. **Resultados:** Foram incluídos 78 episódios, 44 responderam ao primeiro episódio. Mediana de idade de 9,5 anos (6 meses-17 anos), 62,8% do sexo masculino. História de atopia em 52,6% dos doentes e asma e/ou rinite alérgica em 50,9%. O local da reação foi no domicílio em 67,9% e escola em 12,8%. A etiologia suspeita mais frequente foi alimentar em 74,4% e o leite o principal alimento em 27,6%. Manifestações mucocutâneas ocorreram em 94,9%, respiratórias em 80,8%, gastrointestinais em 38,5% e cardiovasculares em 21,8%. Foram admitidos na sala de emergência 15,4% dos episódios. Os doentes portadores de auto-injetor adrenalina (AIA) usaram-na em 52,9% dos episódios. O tratamento com adrenalina foi realizado em 83,3% dos episódios, com necessidade de mais que 1 administração em 11,5%. A mediana do tempo de vigilância foi 13 horas (min:3; máx:26). No momento da alta foi prescrito AIA em 84,1% dos episódios inaugurais e 95,5% foram referenciados para consulta em ambulatório. **Conclusão:** Neste estudo, como descrito na literatura, prevaleceu a etiologia alimentar. O AIA foi utilizado em 52,9% dos doentes que o possuíam. Contudo, a adrenalina foi a primeira linha de tratamento em 83,3% dos episódios. A maioria dos doentes foram referenciados para consulta, tendo alta com AIA. Apesar da consciencialização crescente é essencial aumentar a sensibilidade dos doentes e profissionais de saúde para identificação e tratamento precoce.

PO17 – AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM DOENTES COM IMUNODEFICIÊNCIA COMUM VARIÁVEL SOB TERAPÊUTICA DE SUBSTITUIÇÃO COM IMUNOGLOBULINAS ENDOVENOSAS

Pereira Dias L¹, Queirós Gomes J, Cadinha S, Guilherme A
¹ Centro Hospitalar Vila Nova Gaia/Espinho, EPE, Vila Nova de Gaia, Portugal

Objetivos: A imunodeficiência comum variável (IDCV) é das imunodeficiências primárias sintomática mais frequente na idade adulta. Um dos pilares de tratamento consiste na reposição de imunoglobulinas. Este estudo teve como objetivo avaliar a qualidade de vida (QdV) dos doentes com IDCV sob terapêutica de substituição com imunoglobulinas endovenosas há >6 meses, seguidos no Serviço de Imunoalergologia do CHVNG/E. **Metodologia:** A QdV foi avaliada segundo a escala Medical Outcomes Study Short Form Health Survey-36 (MOS SF-36), validada para a população portuguesa. O MOS SF-36 avalia dimensões de saúde física e mental, composto por 36 itens agrupados em 8 conceitos: função física (10 itens), desempenho físico (4), desempenho emocional (3), vitalidade (4), saúde mental (5), função social (2), dor física (2) e saúde geral (5). Os valores médios de cada conceito foram transformados em percentagem do total da pontuação possível. Dados demográficos e comorbilidades foram também analisados. **Resultados:** Incluídos 23 doentes, idade média 59,8±14 anos, 65,2% mulheres. Comorbilidades cardiovasculares presentes em 30,4%; patologia respiratória em 56,5% (bronquiectasias em 46,2%); doenças autoimunes em 21,7%; neoplasias em 21,7% (Linfoma não Hodgkin em 40%). A percentagem média dos conceitos avaliados: função física 61,5±33,1%, desempenho físico 40,2±46,9%, desempenho emocional 56,5±46,5%, vitalidade 40±9,7%, saúde mental 40,4±9,0%, função social 51,6±16,1%, dor física 39,6±24,4% e saúde geral 55,9±14,1%. Não foram encontradas diferenças significativas nestes conceitos relativamente idade, sexo e comorbilidades. **Conclusão:** Apesar da associação da IDCV a alterações na saúde física, também a saúde mental se mostrou claramente comprometida, neste estudo. A utilização deste questionário permite avaliar os fatores associados a saúde física e mental, permitindo a identificação e correção de lacunas com avista a melhorar QdV. A avaliação futura da QdV na IDCV deve concentrar-se em métricas mais adequadas a estes doentes.

PO18 – MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS NA AGAMAGLOBULINEMIA LIGADA AO X EM IDADE PEDIÁTRICA: 7 CASOS CLÍNICOS

Freitas T¹, Farinha I, Faria E

¹ Centro Hospitalar Universitário De Coimbra, Coimbra, Portugal

Objetivo: A Agamaglobulinemia ligada ao X (ALX) é uma das imunodeficiências primárias mais prevalentes na idade pediátrica, apresentando diversas manifestações clínicas. O tratamento baseia-se em imunoglobulina de substituição e antibioterapia profilática. Pretende-se analisar as manifestações clínicas inaugurais e intercorrências apresentadas pelos doentes até aos 18 anos num hospital terciário. **Metodologia:** Foi realizado um estudo retrospectivo dos registos clínicos dos doentes da Consulta de Imunodeficiências Primárias do Serviço Pediatria Ambulatória do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra diagnosticados com ALX nos últimos 30 anos. **Resultados e conclusões:** Foram incluídos no estudo sete doentes, com idade média ao diagnóstico de 2,93 anos. A apresentação inicial da patologia foi infeção das vias aéreas superiores em 42,8%, otite média aguda em 14,3% e pneumonia em 14,3%. O período temporal médio entre o diagnóstico e as manifestações clínicas foi 22,1 meses. Em idade pediátrica, 57,1% dos doentes foram diagnosticados com rinosinusite crónica, 57,1% apresentaram pelo menos um episódio de pneumonia, 28,6% pelo menos um episódio de otite, 28,6% de diarreia de etiologia bacteriana e 14,3% de candidíase oral, faringite, gastroenterite, conjuntivite, artropatia da agamaglobulinemia, bacteriemia a *Campylobacter coli* ou meningite pneumocócica. 57,1% apresentou pelo menos um episódio de internamento. 57,1% dos doentes realizaram TAC torácica em idade pediátrica, dos quais 50% apresentavam bronquiectasias, e 28,1% realizaram TAC dos seios perinasais, que evidenciaram presença de pansinusite. Os doentes realizaram anualmente, em média, 2,6 ciclos de antibioterapia. Todos apresentavam número de linfócitos B inferior a 10%, com função T conservada, e mutação do gene BTK. Efetuaram imunoglobulina endovenosa até aos 18 anos, mantendo níveis de IgG pré-infusionais superiores a 700 mg. Neste estudo verificou-se que a patologia inaugural mais prevalente foi a infeção das vias aéreas superiores. Outras manifestações mais raras, como bronquiectasias, pansinusite, artropatia, bacteriemia a *Campylobacter coli* e meningite pneumocócica foram diagnosticadas em idade pediátrica.

PO19 – ANGIOEDEMA HEREDITÁRIO - ESTUDO RETROSPECTIVO NA ILHA DA MADEIRA

Cosme Ferreira S¹, Rosa A^{2,3}, Fernandes M¹, Oliveira S¹, Sousa F¹, Pestana L¹, Câmara R¹

¹ Unidade de Imunoalergologia, Hospital Dr. Nélio Mendonça - SESARAM, Funchal, Portugal

² Laboratório de Genética Humana, Universidade da Madeira, Funchal, Portugal

³ Faculdade de Ciências da Vida, Universidade da Madeira, Funchal, Portugal

Objetivo: Caracterização do perfil clínico da população com diagnóstico de Angioedema Hereditário (AEH) tipo 1 e 2 na ilha da Madeira. **Métodos:** Estudo retrospectivo de doentes com diagnóstico de AEH tipo 1 e 2, seguidos em consulta de Imunoalergologia (2013-2021). Foram avaliados dados demográficos, laboratoriais, sintomatologia e avaliada a necessidade de terapêutica profilática. Aplicou-se um score de gravidade clínica adaptado de Ferraro et

al (2011). Foram excluídas causas secundárias de angioedema, e o angioedema recorrente com CI normal a aguardar estudo genético. **Resultados:** Dos 17 doentes incluídos (idade média =51,2±17,3 anos [min 23; máx 77]), ♀ 58,8%, 23,5% (n=4) corresponderam a AEH tipo 1 e 76,5% (n=13) tipo 2. A manifestação mais prevalente foi mucocutânea (76,9%, n=10). A idade média ao diagnóstico foi de 38 anos [min 18; máx 64] com média de início da sintomatologia aos 15 anos [min 6; máx 30] nos doentes com AEH tipo 1, e de 52 anos [min 27; máx 77] com média de início da sintomatologia aos 45 anos [min 24; máx 76] no AEH tipo 2 (tabela 1). Quando aplicado o score de gravidade, 11 doentes classificaram-se como angioedema ligeiro, 5 moderado e 1 grave. A terapêutica profilática foi instituída em 8 doentes, 5 em regime diário. **Conclusão:** Este estudo demonstrou uma prevalência de 1:15 000 indivíduos com AEH tipo 1 e 2 na Madeira. Ao contrário da maioria dos estudos, o AEH tipo 2 é o mais prevalente (76,5%). O estudo genético poderá ser importante para compreender esta diferença.

Tabela 1: Descrição da população com AEH tipo 1 e 2: características demográficas, sintomatologia e dados laboratoriais.

Valores de Referência: C1-INH: 21-38 mg/dL; C1-INH funcional: 68-120%; C4: 10-40 mg/dL

AEH	Tipo 1	Tipo 2
N	4	13
Género (M:F)	1:1	5:8
\bar{X} idade [min; máx] *	44,3 [23;75]	53,4 [27;77]
\bar{X} idade ao diagnóstico [min; máx] *	38,0 [18;64]	51,9 [27;77]
\bar{X} idade de início sintomas [min; máx] *	15,5 [6;30]	44,5 [24;76]
Sintomas		
Envolvimento cutâneo (% n)	50,0 (2)	38,5 (5)
Envolvimento mucocutâneo (% n)	50,0 (2)	61,5 (8)
Angioedema abdominal (% n)	25,0 (1)	23,1 (3)
Angioedema laríngeo (% n)	25,0 (1)	7,7 (1)
Níveis séricos - C1 (média [min; máx]) **	8,0 [3;14]	30,8 [22;44]
Níveis séricos - C1 função (média [min; máx]), %	33,8 [4;96]	25,0 [1;57]
Níveis séricos - C4 (média [min; máx]) **	7,4 [3,2;17,4]	26,1 [15,7;53,4]

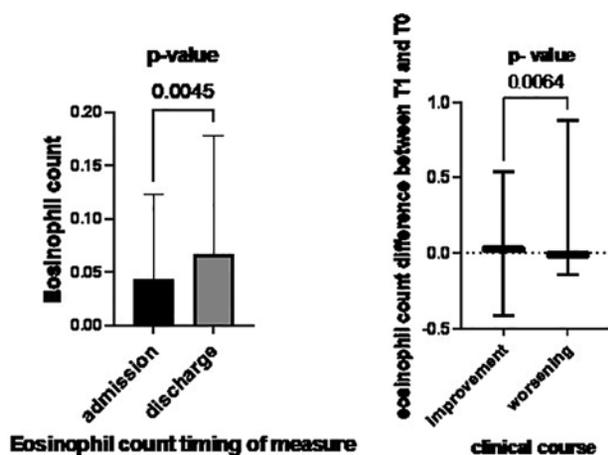
AEH: Angioedema Hereditário; F: feminino; M: masculino; máx: máximo; min: mínimo; \bar{X} - média; *anos; **mg/dl

PO20 – EOSINOPENIA E COVID-19: QUAL A RELAÇÃO?

Gomes M¹, Mendes A¹, Paulino M¹, Pedro M¹

¹ Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Norte, Lisboa, Portugal

Objetivos: Averiguar a relação entre o valor de eosinófilos e a gravidade da infeção a SARS-COV-2. **Metodologia:** Estudo retrospectivo elaborado através da consulta dos registos de 135 doentes internados numa enfermaria COVID-19 entre janeiro e fevereiro de 2021 num hospital terciário. **Resultados:** A idade média foi de 74 anos, 51% do sexo feminino. O valor médio de eosinófilos no sangue periférico à admissão foi de $0,04312 \times 10^9/L$ e na alta $0,06664 \times 10^9/L$, p-value 0.0045, que foi estatisticamente significativo. Dividindo em dois grupos, tendo em conta o agravamento ou melhoria clínica verificou-se que a diferença entre a contagem de eosinófilos à admissão e à data de alta tem correlação com curso de doença favorável (p-value 0,0064). 23 doentes apresentavam doença alérgica (12%, alergia medicamentosa, 4% asma, 3% rinite e rinosinusite crónica, 2% polipose e 1% urticária crónica espontânea e imunodeficiência primária). Não se encontrou nenhuma relação entre a presença de doença alérgica ou características demográficas e a gravidade da doença. **Conclusões:** A literatura sugere que os eosinófilos apresentem um efeito protetor relativamente a fenómenos inflamatórios. Encontrámos uma correlação estatisticamente significativa entre a diferença de eosinófilos à admissão e na alta em doentes com melhoria clínica (p-value 0,0064). A eosinopenia poderá estar associada a doença mais grave uma vez que estes valores parecem interferir com a evolução clínica dos doentes. Como limitações destacamos a falta de informação nos processos clínicos e o número reduzido da amostra. Mais estudos deverão ser realizados para melhor compreender esta correlação, nomeadamente com uma maior amostra de doentes e com avaliação de doentes com infeção a SARS-COV-2 sem necessidade de internamento.



**SESSÃO DE POSTERS III
ALERGIA RESPIRATÓRIA**

Dia: 9 de Outubro

Horário: 08h30-10h00

Sala: 2

Moderadores: Carmen Botelho, José Alberto Ferreira, Rui Silva

PO21 – AEROBIOLOGIA DO PÓLEN DE OLIVEIRA (OLEA EUROPAEA L.) NA ATMOSFERA DA PENÍNSULA IBÉRICA

Penedos C¹, Salamanca G², Caeiro E^{1,3}, Tavares B^{1,4}, Fonseca J^{1,5,6,7}, Rodrigues-Alves R^{1,8}, Carreiro-Martins P^{1,9,10}, Moral de Gregório Á^{11,12}, Valero A^{11,13}, Branco Ferreira M^{1,14,15}

¹ Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica, Lisboa, Portugal

² LETI Pharma. Medical Affairs & Clinical Department, Espanha

³ Instituto Mediterrâneo para a Agricultura, Ambiente e Desenvolvimento MED, IIF, Universidade de Évora, Évora, Portugal

⁴ Serviço de Imunoalergologia, Hospitais da Universidade de Coimbra, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Portugal

⁵ Departamento Medicina da Comunidade, Informação e Decisão em Saúde – MEDCIDS, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto, Portugal

⁶ Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde – CINTESIS, Porto, Portugal

⁷ Unidade de Alergia, Instituto Hospital CUF Porto, Porto, Portugal

⁸ Hospital do Divino Espírito Santo – HDES, Ponta Delgada, Portugal

⁹ Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, Lisboa, Portugal

¹⁰ NOVA Medical School/Comprehensive Health Research Center – CHRC, Lisboa, Portugal

¹¹ Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica - SEAIC, Cáceres, Espanha

¹² Servicio de Alergología, Hospital Virgen del Valle, Toledo, Espanha

¹³ Servicio de Neumología y Alergia. Instituto Clínico Respiratorio, Barcelona, Espanha

¹⁴ Serviço de Imunoalergologia Centro Hospitalar e Universitário Lisboa Norte, Lisboa, Portugal

¹⁵ Clínica Universitária de Imunoalergologia, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal

O principal objetivo deste estudo foi analisar o comportamento aerobiológico do pólen de oliveira (*Olea europaea* L.) na atmosfera de várias estações de amostragem da Península Ibérica (P. Ibérica). O pólen foi monitorizado em 21 estações de amostragem ao longo da P. Ibérica, durante 8 anos. A monitorização aerobiológica foi realizada de acordo com a metodologia do tipo Hirst e com as recomendações propostas pela Sociedade Europeia de Aerobiologia. A Estação Principal Atmosférica de Pólen (EPAP) foi definida de acordo com os critérios descritos por Nilsson e Persson (1981)

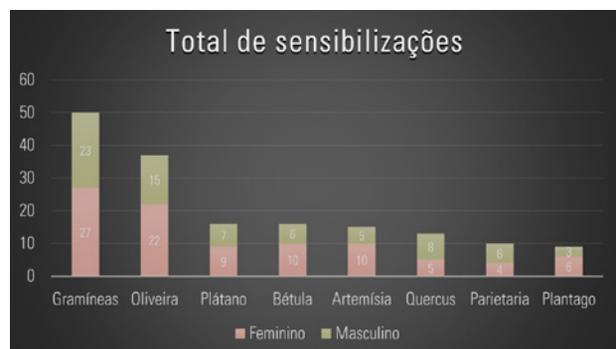
e foi elaborado um calendário polínico usando o software estatístico RStudio®. Para analisar as diferenças na concentração média de pólen de *Olea* entre os anos, o programa GNU PSPP foi utilizado para a análise estatística. Verificou-se a ocorrência de uma distribuição irregular de pólen de *Olea* na P. Ibérica. A representação no espectro polínico variou entre 67,3% em Jaén e 0,3% em Oviedo. A EPAP da *Olea*, em média, começou em abril/maio e terminou em junho, exceto em Burgos, onde terminou em julho. Os picos polínicos, em média, foram registados em maio, exceto em Burgos, onde ocorreu em junho. O pólen de *Olea* atingiu concentrações diárias elevadas no sudoeste da P. Ibérica e em Jaén. Determinou-se a ocorrência de um ritmo bianual de polinização no sudoeste da P. Ibérica, com diferenças estatísticas significativas entre anos pares (concentração polínica baixa) e ímpares (concentração polínica elevada). O pólen de *Olea* exibiu uma EPAP muito intensa e um ritmo bianual de polinização na região sudoeste da P. Ibérica, caracterizado por anos alternados de concentração de pólen. Estes resultados podem sugerir a utilidade de procurar uma relação mais detalhada entre as diferentes concentrações anuais de pólen com a sensibilização e sintomas, auxiliando no estudo e tratamento de doenças alérgicas respiratórias associadas ao pólen de *Olea*.

PO22 – PERFIL DE SENSIBILIZAÇÃO AOS PÓLENES DOS UTENTES DO DISTRITO DE ÉVORA

Amado Jacinto H¹

¹ Hospital do Espírito Santo de Évora, E.P.E., Évora, Portugal

Objectivo: Avaliar a sensibilização aos pólenes de pacientes da consulta de Imunoalergologia do Hospital do Espírito Santo de Évora. **Metodologia:** Estudo retrospectivo, incluindo 143 registos de testes cutâneos por picada (TC) realizados em 2018, seleccionando-se os TC positivos com os pólenes presentes na bateria habitual (mistura de gramíneas selvagens e/ou cultivadas, parietária, artemísia, plantago, oliveira, plátano, mistura de *Quercus* sp. e bétula). Os resultados foram agrupados por faixa etária (menores de 5 anos = crianças; 6 a 17 anos = juvenis; maiores de 18 anos = adultos) e género (F=feminino; M=masculino). **Resultados:** Seleccionados 62 doentes (34 F, 28 M) com sensibilização a pólenes. As gramíneas foram as mais reactivas, sendo positivas em 50 indivíduos (27 F, 23 M). Três crianças (2 F, 1 M) tinham TC positivos com gramíneas ou oliveira; 1 delas com ambos pólenes. Nos juvenis, observaram-se 9 (5 F, 4 M) com TC positivos; 7 deles com positividade a dois ou mais pólenes (os 7 com sensibilização a gramíneas). Nos adultos, o painel foi mais complexo: 35 com TC positivos (21 F, 14 M), 22 com sensibilização a três ou mais tipos de pólenes. As mulheres reagiram mais que os homens a oliveira (64.7% F, 53.6% M), artemísia (29.4% F, 17.8% M), plantago (17.6% F, 10.7% M) e bétula (29.4% F, 21.4% M); a tendência foi oposta quanto a parietária (11.8% F, 21.4% M) e *Quercus* sp. (14.7% F, 28.6% M). **Conclusões:** O distrito de Évora possui dos mais altos níveis atmosféricos de pólenes em Portugal. Este trabalho vem reforçar a existência de sensibilização precoce aos pólenes na região e do aumento progressivo do número de sensibilizações ao longo da vida. São necessários mais estudos para obter uma visão completa do perfil das polinoses no Alentejo, nomeadamente com amostras maiores e a análise de recombinantes moleculares.



		F	M	Total
1 pólen	Gram	0	1	1
	Oliv	1	0	1
Sub-total		1	1	2
2 pólenes	Gram + Oliv	1	0	1
	Sub-total	1	0	1
TOTAL		2	1	3
6-17 anos				
		F	M	Total
1 pólen	Gram	0	1	1
	Oliv	1	0	1
Sub-total		1	1	2
2 pólenes	Gram + Oliv	1	0	1
	Gram + Pariet	0	1	1
≥ 3 pólenes	Gram + Oliv + Bét	1	0	1
	Gram + Oliv + Bét + Quercus	1	0	1
	Gram + Oliv + Plát + Artem + Quercus	0	1	1
	Gram + Oliv + Bét + Artem + Quercus + Plantg	1	0	1
	Gram + Oliv + Plát + Bét + Quercus + Plantg	0	1	1
	Sub-total	4	3	7
TOTAL		5	4	9
≥ 18 anos				
		F	M	Total
1 pólen	Gram	2	3	5
	Oliv	2	2	4
	Artem	1	0	1
Sub-total		5	5	10
2 pólenes	Gram + Oliv	3	2	5
	Gram + Plát	1	1	2
	Oliv + Plát	1	0	1
	Oliv + Artem	1	0	1
	Oliv + Pariet	0	1	1
≥ 3 pólenes	Gram + Oliv + Bét	1	0	1
	Gram + Oliv + Querc	0	1	1
	Gram + Oliv + Plantg	1	0	1
	Gram + Plát + Artem	1	0	1
	Gram + Bét + Quercus	1	0	1
	Gram + Oliv + Plantg + Bét	1	0	1
	Gram + Plát + Artem + Pariet	1	0	1
	Gram + Oliv + Plát + Querc + Bét	1	2	3
	Gram + Oliv + Bét + Artem + Querc + Plantg	0	1	1
	Gram + Plát + Bét + Artem + Pariet + Plantg	1	0	1
	Gram + Oliv + Plát + Bét + Artem + Querc + Plantg	2	1	3
Sub-total		16	9	25
TOTAL		21	14	35
Idade desconhecida				
		F	M	Total
1 pólen	Gram	2	4	6
	Artem	0	1	1
Sub-total		2	5	7
2 pólenes	Oliv + Pariet	0	1	1
≥ 3 pólenes	Gram + Oliv + Pariet	1	1	2
	Gram + Oliv + Artem	1	0	1
	Gram + Artem + Pariet	1	0	1
	Gram + Oliv + Plát + Plantg	1	0	1
	Gram + Bét + Artem + Querc	0	1	1
	Gram + Oliv + Plát + Artem + Pariet	0	1	1
Sub-total		4	4	8
TOTAL		6	9	15

Legenda: Gram=mistura de gramíneas; Oliv=oliveira; Plát=plátano; Bét=bétula; Artem=artemisia; Querc=mistura de Quercus sp.; Pariet=parietária; Plantg=plantago

PO23 – PERFIL DE SENSIBILIZAÇÃO AOS ÁCAROS DOS UTENTES DO DISTRITO DE ÉVORA

Amado Jacinto H¹

¹Hospital do Espírito Santo de Évora, E.P.E., Évora, Portugal

Objectivo: Avaliar a sensibilização aos ácaros de pacientes da consulta de Imunoalergologia do Hospital de Évora. **Metodologia:** Estudo retrospectivo, incluindo 143 registos de testes cutâneos por picada (TC) realizados em 2018, seleccionando-se pacientes com história de asma/ rinite persistente e TC positivos com os ácaros da bateria habitual (Dermatophagoides pteronyssinus = Dp, D. farinae = Df, Lepidoglyphus destructor = Ld, Tyrophagus putrescentiae = Tp). Os resultados foram agrupados por faixa etária (menores de 5 anos = crianças; 6 a 17 anos = juvenis; maiores de 18 anos = adultos) e género (F=feminino; M=masculino). **Resultados:** Seleccionaram-se 73 doentes (36 F, 37 M). Dp e Ld foram as espécies mais reactivas, sendo positivas em 56 (25 F, 31 M) e 50 indivíduos (26 F, 24 M), respectivamente. Os TC foram positivos com Df em 26 doentes (11 F, 15 M), mas em 18 não se chegaram a realizar. Cinco crianças (1 F, 4 M) tinham TC positivos: as 5 com sensibilização a Dp (das quais 2 com sensibilização a Dp e Df); e 4 delas (1 F, 3 M) também com positividade a Ld. Nos juvenis, obtiveram-se 11 (6 F, 5 M) com TC positivos; 6 deles (1 F, 5 M) sensibilizados pelo menos a dois ácaros. Nos adultos: 41 tiveram TC positivos (22 F, 19 M); apenas 14 monossensibilizados (8 F, 6 M). Nos 47 pacientes polissensibilizados, observou-se um claro domínio de Dp (44 com TC positivo, 93.6%), seguido de Ld (38 indivíduos, 80.9%). Não parece existir diferenças significativas entre géneros. **Conclusões:** Este trabalho vem reforçar a importância de Dp e Ld na caracterização do perfil de sensibilização no Alentejo, indo de encontro aos dados do Mapa Acarológico. São necessários mais estudos para aprofundar a caracterização desse perfil, nomeadamente com a testagem com outros ácaros e a análise de recombinantes moleculares.

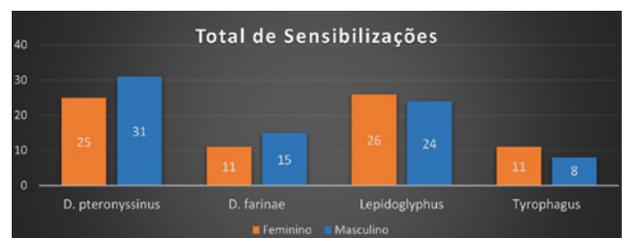


Tabela – Sensibilização aos ácaros por género/faixa etária

0-5 anos		F	M	Total
1 ácaro	Dp	0	1	1
Sub-total		0	1	1
≥ 2 ácaros	Dp + Ld	0	2	2
	Dp + Df + Ld	1	1	2
Sub-total		1	3	4
TOTAL		1	4	5
6-17 anos		F	M	Total
1 ácaro	Dp	1	0	1
	Ld	3	0	3
Sub-total		4	0	4
≥ 2 ácaros	Dp + Ld	0	2	2
	Ld + Tp	1	0	1
	Dp + Df + Ld	0	1	1
	Dp + Ld + Tp	0	1	1
	Dp + Df + Ld + Tp	1	1	2
Sub-total		2	5	7
TOTAL		6	5	11
≥ 18 anos		F	M	Total
1 ácaro	Dp	5	2	7
	Ld	3	3	6
	Tp	0	1	1
Sub-total		8	6	14
≥ 2 ácaros	Dp + Df	1	4	5
	Dp + Ld	1	2	3
	Dp + Tp	1	0	1
	Ld + Tp	0	1	1
	Dp + Df + Ld	4	2	6
	Dp + Df + Tp	1	0	1
	Dp + Ld + Tp	5	2	7
	Dp + Df + Ld + Tp	1	2	3
Sub-total		14	13	27
TOTAL		22	19	41
Idade desconhecida		F	M	Total
1 ácaro	Dp	1	3	4
	Ld	2	1	3
Sub-total		3	4	7
≥ 2 ácaros	Dp + Df	0	2	2
	Dp + Ld	2	1	3
	Df + Ld	1	0	1
	Dp + Df + Ld	1	2	3
Sub-total		4	5	9
TOTAL		7	9	16

Legenda: Dp = *Dermatophagoides pteronyssinus*, Df = *D. farinae*, Ld = *Lepidoglyphus destructor*, *Tyrophagus putrescentiae* = Tp

PO24 – NÍVEIS DE PÓLEN DE OLIVEIRA NA ATMOSFERA DA REGIÃO DO ALENTEJO INDICAM NÍVEIS DE PRODUÇÃO AGRÍCOLA E ALTERAÇÕES NA ALERGENICIDADE

Caeiro E^{1,2}, Tavares B³, Fonseca J^{4,5,6}, Câmara Camacho I⁷, Carreiro Martins P^{8,9}, Rodrigues Alves R¹⁰, Ferreira M^{11,12}

¹ Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica – SPAIC, Lisboa, Portugal

² Instituto Mediterrâneo para a Agricultura, Ambiente e Desenvolvimento, IIFA, Universidade de Évora, Évora, Portugal

³ Hospitais da Universidade de Coimbra, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

⁴ Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto, Portugal

⁵ Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde CINTESIS, Porto, Portugal

⁶ Unidade de Alergia, Instituto & Hospital CUF Porto, Porto, Portugal

⁷ Faculdade das Ciências da Vida, Universidade da Madeira, Funchal, Portugal

⁸ Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, Lisboa, Portugal

⁹ NOVA Medical School/Comprehensive Health Research Center – CHRC, Lisboa, Portugal

¹⁰ Hospital do Divino Espírito Santo – HDES, Ponta Delgada, Portugal

¹¹ Clínica Universitária de Imunoalergologia, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal

¹² Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar e Universitário Lisboa Norte, Lisboa, Portugal

No Alentejo, nas últimas duas décadas, o cultivo de oliveira sofreu profundas alterações. **Objectivos:** 1) Analisar a aerobiologia do pólen de oliveira na região do Alentejo; 2) relacionar os níveis de pólen com quantidade de azeitona produzida; 3) analisar a influência dos fatores meteorológicos sobre os níveis de pólen; e 4) avaliar os níveis de exposição dada a sua capacidade alergológica. Para o estudo utilizaram-se os dados diários das monitorizações de pólen de oliveira da estação de monitorização de Évora da Rede Portuguesa de Aerobiologia (2001 a 2021), os dados agronómicos do Instituto Nacional de Estatística e os dados diários dos parâmetros meteorológicos do Instituto Português do Mar e da Atmosfera. O pólen de oliveira apresentou, ao longo dos anos de estudo, uma crescente representação no espectro polínico da região, atingindo 19% em 2021; A estação polínica ocorreu entre os últimos 10 dias de abril e junho, foi de curta duração, com pico polínico sempre no mês de maio. Observou-se uma tendência estatisticamente significativa para o aumento nos índices anuais de pólen, no valor do pico polínico, na concentração média diária, na duração da estação polínica e no número de dias em que os níveis de pólen no ar ultrapassaram o valor limiar de desencadear sintomatologia nos doentes com alergia. Obtiveram-se correlações estatisticamente significativas entre os níveis de pólen e os parâmetros meteorológicos, bem como, com a produção de fruto. Os níveis de pólen registados são um reflexo do tipo de cultivo na região e apresentam uma forte relação com a quantidade de fruto produzido. O pólen provem predominantemente de variedades de regadio, logo, em termos qualitativos e quantitativos, os alergénios a que a população se encontra exposta são certamente diferentes dos que tiveram presentes no passado. Importa realizar estudos que avaliem os impactos desta cultura na alergenicidade das populações.

PO25 – DETERMINAÇÃO DE CUT-OFF DE IGE ESPECIFICA PARA L. DESTRUCTOR ASSOCIADO A SENSIBILIZAÇÃO A LEP D 2

Martins dos Santos G¹, Coelho P¹, Sangalho I¹, Gonçalves T¹, Mikovic M¹, Carvalho F¹, Prates S¹, Carreiro Martins P¹, Matos V², Leiria Pinto P¹

¹ Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, Lisboa, Portugal

² Laboratório de Imunologia, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, Lisboa, Portugal

Introdução/Objectivo: A imunoterapia com alérgenos (ITA) é o único tratamento modificador de doença na alergia respiratória. Segundo as recomendações actuais, os doentes elegíveis deverão estar sensibilizados a alérgenos major. No caso do L. destructor, o alérgeno relevante para decisão de ITA é o Lep d 2, cujo estudo está disponível apenas através de testes multiplex, de utilização limitada e com custo potencialmente superior ao dos testes singleplex. Este trabalho tem como objectivo determinar, em doentes com testes cutâneos positivos, um valor de cut-off de IgE específica (sIgE) para extracto total de L. destructor que se associe a sensibilização a Lep d 2. **Metodologia:** Análise retrospectiva dos doentes com testes cutâneos positivos para L. destructor e doseamento de sIgE para extracto total de L. destructor e ImmunoCap ISAC, entre janeiro/2016 e março/2022, num Serviço de Imunoalergologia de um hospital terciário. Foram analisados: idade, género, valor de sIgE para extracto total de L. destructor e para Lep d 2 (ISU-E). **Resultados:** Incluíram-se 68 doentes, com idade mediana (IQR) de 21,5 (21,8) anos, 59% (n=40) do género feminino. Estavam sensibilizados a Lep d 2 62% (n=42). O valor mediano (IQR) de sIgE (KUA/L) para L. destructor do grupo de doentes com sensibilização a Lep d 2 foi superior ao do grupo sem sensibilização a Lep d 2: 21,10 (35,22) Vs 0,58 (1,49); p<0,001. Valores de sIgE para L. destructor superiores a 2,7 KUA/L associaram-se com sensibilização a Lep d 2, com uma sensibilidade de 90,5% e uma especificidade de 84,6% (AUC=0,901; IC 95% [0,804-0,960]). **Conclusão:** Um valor de sIgE para L. destructor superior a 2,7 KUA/L associou-se com sensibilização a Lep d 2. A utilização deste valor na nossa população de doentes permitirá inferir sobre a sensibilização a Lep d 2 e apoiar a inclusão de L. destructor na composição de ITA.

PO26 – TERAPÊUTICA BIOLÓGICA NA ASMA GRAVE – PRÁTICA CLÍNICA

Miranda J¹, Bragança M¹, Amaral L¹, Plácido J¹

¹Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar Universitário de São João E.P.E, Porto, Portugal

Até 5% dos doentes asmáticos apresentam doença grave com necessidade de terapêutica dirigida. Apresentamos uma coorte retrospectiva de doentes com asma grave sob tratamento com fármacos biológicos, seguidos durante 15 anos. Vinte e cinco doentes foram analisados, dos quais 84% eram mulheres. As comorbilidades comumente apresentadas incluíam a rinossinusite crónica/rinite alérgica (84%), excesso de peso (76%, dos quais 42% eram obesos), atopia (60%), polipose nasal (48%), doença do refluxo gastroesofágico e doença respiratória exacerbada por aspirina (32% cada), doença psiquiátrica (28%), síndrome apneia obstrutiva do sono (18%), aspergilose broncopulmonar alérgica e granulomatose eosinofílica com poliangiite (4% cada). A contagem média de eosinófilos no sangue foi 490[340-745] células/mL. Previamente ao tratamento, todos se encontravam na etapa 5 de tratamento do GINA e 44% sob corticoterapia sistémica. Oitenta por cento apresentaram ≥1 exacerbações da asma nos 6 meses prévios. Relativamente ao controlo da asma, 20% encontravam-se parcialmente controlados e 80% não controlados. A idade média ao início do tratamento foi de 51[47-58] anos. O anticorpo monoclonal anti-IgE foi iniciado em 9 doentes. Foi encontrada uma diferença significativa entre o número de doentes com necessidade de corticoterapia sistémica (tabela I) e exacerbações da asma, quando comparando entre a primeira e última avaliação (p=0.008 e p<0.001). Igualmente, observou-se uma melhoria significativa no controlo da asma e eosinofilia periférica (p<0.001). Foi ainda avaliada a variação dos valores espirométricos durante primeiros 3 anos de tratamento. Foi encontrada uma diferença estatisticamente significativa no pico do fluxo expiratório (PEF) entre a primeira e última avaliação (Figura I), para ambos os fármacos. Nesta coorte, apesar de redução na corticoterapia sistémica, observou-se uma melhoria do controlo da asma e no número de exacerbações da asma. Esta melhoria clínica foi corroborada por uma melhoria na função pulmonar, nomeadamente nos valores do PEF.

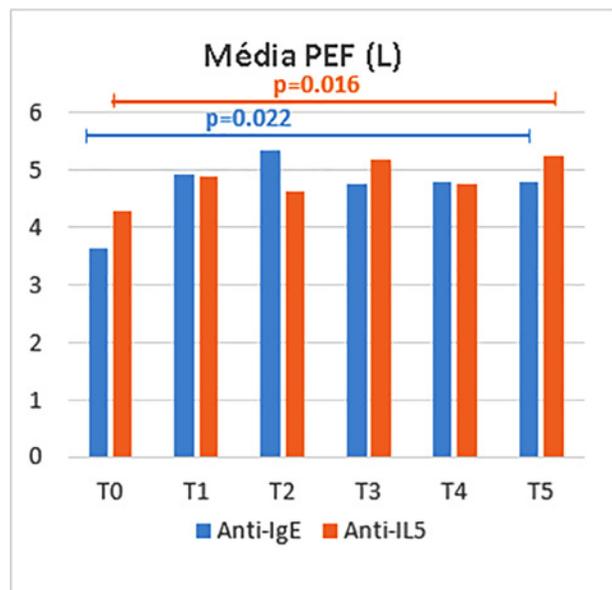
Tabela I: Necessidade de corticoterapia sistémica e controlo da asma ao longo das avaliações (% de doentes):

	T0	T1	T2	T3	T4	T5
CORTICOTERAPIA SISTÊMICA	44%	20%	20%	16%	12%	12%
Controlado	0%	39%*	61%*	74%*	79%*	80%
CONTROLO DA ASMA						
Parcialmente controlado	20%	52%*	35%*	22%*	17%*	16%
Não controlado	80%	9%*	4%*	4%*	4%*	4%

*Falta informação de 2 doentes.

T0, prévio ao início do tratamento; T1, ≤6 meses após início o tratamento; T2, >6 e ≤12 meses; T3 >12 e ≤24 meses; T4, >24 e ≤36 meses; T5, última avaliação (mediana de 77[49-151] meses para o anticorpo monoclonal anti-IgE e 28[21-33] meses para anti-IL5).

Figura 1. Variação do PEF (L)



PEF – pico do fluxo expiratório; T0 – prévio ao início do tratamento; T1 – ≤6 meses após início o tratamento; T2 – >6 e ≤12 meses; T3 – >12 e ≤24 meses; T4 – >24 e ≤36 meses; T5 – última avaliação (mediana de 77[49-151] meses para o anticorpo monoclonal anti-IgE e 28[21-33] meses para anti-IL5).

PO27 – CARATM – UMA APLICAÇÃO MÓVEL PARA RECOLHA DE DADOS AUTO-REPORTADOS NO MUNDO REAL INTEROPERÁVEL COM O REGISTO PORTUGUÊS DE ASMA GRAVE

João C¹, Sá Sousa A¹, Jácome C¹, Amaral C², Bernardo F², Valente J³, Almeida R¹, Pereira A¹, Alves-Correia M¹, Ferreira A¹, Marques P¹, Almeida Fonseca J^{1,3}

¹ Center for Health Technology and Services Research (CINTESIS), Faculty of Medicine, University of Porto, Oporto, Portugal

² AstraZeneca, Portugal

³ MEDIDA Medicina, Educação, Investigação, Desenvolvimento e Avaliação, Portugal

Este estudo apresenta a app CARATm desenhada para doentes com asma de difícil controlo/grave e explora a aceitação desta solução digital pelos doentes. A app CARATm (Características Auto-Reportadas de Asma em Tecnologias) está disponível gratuitamente em iOS e Android. Esta app foi desenvolvida para recolher dados clínicos auto-reportados, incluindo sintomas da asma, uso de medicamentos e seus efeitos colaterais, exacerbações e absentismo. A app CARATm pretende ser usada com registos de asma grave e em estudos de investigação clínica. Por exemplo, através da integração dos dados da app no Registo Português de Asma Grave (RAG, asmagrave.pt), o médico precisa apenas de confirmar os dados automaticamente apresentados. A aceitação da versão protótipo da app CARATm pelos doentes foi testada no estudo EPI-ASTHMA (NCT05169619). Os doentes foram convidados a utilizar a app durante 3 meses e após este período uma entrevista telefónica foi realizada para recolha de feedback. Um total de 61 (53[31-67] anos, 64% mulheres) doentes com asma foram convidados a utilizar a app e 33 (54%) aceitaram instalar, sendo estes, significativamente, mais jovens dos que os que recusaram (mediana(IQR) 48[35-59] vs 67[47-71] anos, $p < 0.01$). Apenas 7 doentes concluíram a instalação da app. Após 3 meses, 3 doentes continuavam a utilizar a app, 5 recomendá-la-iam a outros doentes e 4 estavam dispostos a incluir a app na sua rotina. Adicionalmente, os doentes ajudaram a identificar aspetos a melhorar, nomeadamente o processo de instalação e as notificações da medicação. A aceitação da app pelos doentes é ainda limitada, particularmente pelos mais velhos. É, por isso, relevante explorar com maior detalhe quais os fatores que levam à sua aceitação. Uma melhor compreensão das experiências e expectativas dos doentes será útil para a construção de um melhor design da app CARATm e, assim, incentivar a persistência da autogestão da asma no futuro.

PO28 – ENVOLVIMENTO DOS DOENTES E PÚBLICO NA INVESTIGAÇÃO DE DOENÇAS RESPIRATÓRIAS: PERSPETIVAS E DESAFIOS

Areia M¹, Pereira Dias L¹, Figueiredo D², Neves A^{3,4}, Sá Sousa A³, Jácome C³

¹ Allergy and Clinical Immunology Unit, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, Vila Nova de Gaia, Portugal

² CINTESIS@RISE, University of Aveiro, School of Health Sciences, Aveiro, Portugal

³ CINTESIS@RISE, MEDCIDS, Faculty of Medicine of the University of Porto, Porto, Portugal

⁴ Imperial NIHR Patient Safety Translational Research Centre, Institute of Global Health Innovation, Imperial College London, London, United Kingdom

Objetivos: Este estudo explorou a perspetiva dos doentes com doença respiratória crónica (DRC), cuidadores e cidadãos sobre a participação numa rede colaborativa de investigação em saúde, assim como os fatores facilitadores e barreiras para o seu envolvimento. **Metodologia:** Foi conduzido um estudo qualitativo utilizando focus groups. O recrutamento, utilizando amostragem intencional, foi realizado através de redes sociais e convite direto a doentes que participaram em projetos de investigação da equipa. Três focus groups foram conduzidos por teleconferência com base num guião semi-estruturado. A análise temática foi realizada por dois investigadores e discutida com a restante equipa. **Resultados:** Quinze doentes com DRC, 1 cuidador e 1 cidadão (76% mulheres, mediana(min-max) 36(18-72) anos) participaram nos focus groups. Todos reconheceram a importância da criação de uma rede colaborativa e a maioria demonstrou interesse de a integrar. O principal objetivo identificado para esta rede foi facilitar a comunicação colaborativa entre doentes e investigadores. Os participantes consideraram relevante a integração de doentes, cuidadores, investigadores e profissionais de saúde de múltiplas áreas. Consideraram relevante colaborar no recrutamento e alargamento da rede, levantamento de questões de investigação, contribuição para o desenho de estudos, validação de resultados e sua disseminação junto da comunidade científica e sociedade. Foram identificados como facilitadores do seu envolvimento a partilha de experiências, o apoio e feedback dos investigadores e profissionais de saúde, a flexibilidade de horários e a boa organização da rede. Como barreiras foram identificadas o tempo de dedicação, a baixa literacia digital/saúde e o potencial desinteresse de doentes subdiagnosticados ou com reduzido impacto dos sintomas nas atividades diárias. **Conclusões:** Os doentes, cuidadores e cidadãos reconheceram valor na criação de uma rede colaborativa e demonstraram interesse na participação ativa na investigação. Um melhor conhecimento das barreiras e facilitadores identificados neste estudo pode suportar a implementação deste tipo de iniciativas em Portugal.

PO29 – PREVALÊNCIA DE EOSINOFILIA EM PACIENTES HOSPITALIZADOS POR EXACERBAÇÃO DE ASMA

Rodrigues dos Santos F¹, Silva B², Quita R², Brandão M², Cunha L¹

¹ Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar Universitário do

Porto, Porto, Portugal

² Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Universitário do Porto, Porto, Portugal

A asma é um problema de saúde pública em todo o mundo e a sua prevalência está a aumentar, afetando mais de 300 milhões de pessoas em todo o mundo (1). Apesar das vastas opções de tratamento, os doentes podem apresentar exacerbações episódicas de asma que requerem hospitalização. Os autores tiveram como objetivo descrever a prevalência de eosinofilia em pacientes hospitalizados com exacerbação aguda de asma e seus possíveis fatores influenciadores. **Métodos:** Estudo retrospectivo com inclusão de todos os pacientes internados com exacerbação aguda de asma numa enfermaria de Pneumologia de 1.º de janeiro de 2020 a 31 de agosto de 2022. **Resultados:** Foram incluídos 30 doentes. A idade média foi de 64 (min 20; max 91) anos. A duração mediana de hospitalização foi de 7.5 (min 3; max 44) dias. O FEV1 basal foi de 63.6% e FVC de 79.35%. A prova de broncodilatação foi positiva em 52.6% (n=15). Dois terços dos doentes (n=20) apresentaram-se com infeções respiratórias concomitantes. A maioria (90 %, n=20) apresentou Insuficiência Respiratória (IR) à admissão, com 40.7% (n=11) destes sendo IR tipo 2. No total, 40% (n= 12) tinham eosinofilia (definida como contagem de eosinófilos > 300 células/microlitro), variando entre 70-770 células/microlitro. A exacerbação aguda de asma com necessidade de internamento nos últimos 12 meses foi associada com eosinofilia (= 0.024; 337±213 vs 258 ± 183 células/microlitro). Não foram encontradas outras diferenças significativas. **Conclusão:** O nosso estudo demonstrou que 40% dos doentes internados por exacerbação aguda de asma têm eosinofilia, o que está em concordância com outros estudos (2). Eosinofilia foi associada com exacerbações prévias com necessidade de hospitalização. Mais estudos são necessários para determinar se a eosinofilia pode ser usada como preditor de exacerbação de asma. Os autores evidenciam a eosinofilia para identificar doentes com asma eosinofílica severa que possam beneficiar de tratamento dirigido.

PO30 – READMISSÕES HOSPITALARES PRECOSES DE PACIENTES COM EXACERBAÇÕES DE ASMA

Rodrigues dos Santos F¹, Silva B², Quita R², Brandão M², Cunha L¹

¹ Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar Universitário do Porto, Porto, Portugal

² Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Universitário do Porto, Porto, Portugal

A asma é uma das doenças inflamatórias pulmonares mais comuns e a sua prevalência está a aumentar, principalmente nos países ocidentais (1), com custos económicos diretos e indiretos (2). Os internamentos hospitalares representam uma das principais fontes dos custos de saúde da asma, para além de terem alto impacto na qualidade de vida dos pacientes (3). Os autores tiveram como objetivo descrever fatores associados a reinternamentos hospitalares precoces por exacerbações de asma num centro terciário.

Métodos: Estudo retrospectivo com inclusão de todos os pacientes internados com exacerbação aguda de asma numa enfermaria de Pneumologia de 1.º de janeiro de 2020 a 31 de agosto de 2021. A análise estatística foi realizada utilizando SPSS versão 26. **Resultados:** Foram incluídos 30 doentes. A idade média foi de 64 (min 20; max 91) anos. A duração mediana de hospitalização foi de 7.5 (min 3; max 44) dias. O FEV1 basal foi de 63.6% e FVC de 79.35%. A prova de broncodilatação foi positiva em 52.6% (n=15). Dois terços dos doentes (n=20) apresentaram-se com infeções respiratórias concomitantes. A maioria (90 %, n=20) apresentou Insuficiência Respiratória (IR) à admissão. Um terço (33%, n=10) dos doentes foram readmitidos menos de 2 meses depois da data de alta. O último foi associado com má adesão terapêutica (p=0.007); género feminino (p=0.049); exacerbação aguda de asma com necessidade de internamento nos últimos 12 meses (p=0.019).

Conclusão: O nosso estudo mostrou que a baixa adesão ao tratamento, o sexo feminino e internamento no último ano estiveram relacionados com reinternamentos hospitalares precoces. Ressalvamos a importância de identificar os doentes que podem ser mais suscetíveis às exacerbações frequentes da asma. Além disso, a identificação desses doentes pode facilitar a pesquisa de novas estratégias de prevenção para esta população de doentes de alto risco.

PO31 – AVALIAÇÃO DA DEPURAÇÃO MUCOCILIAR NA RINITE E DA SUA RELAÇÃO COM FENÓTIPOS CLÍNICOS

Cunha F^{1,3}, Alves P^{1,3}, Nunes I^{1,3}, Carvalho J^{1,3}, Elói I^{2,3}, Alen I¹, Todo-Bom A¹, Regateiro F¹, Ribeiro J²

¹ Serviço de Imunoalergologia, CHUC, Coimbra, Portugal

² Serviço de Otorrinolaringologia, CHUC, Coimbra, Portugal

³ Igual Contribuição

Introdução/Objetivos: A depuração mucociliar é um sistema homeostático da mucosa respiratória, que pode ser afetado por patologias inflamatórias das vias aéreas. Embora existam alguns estudos relacionados com o tempo de depuração mucociliar (TDM) e a rinite, os resultados são incertos no que toca à influência da atopia e da gravidade clínica. Assim, o objetivo deste trabalho foi avaliar o TDM em doentes com rinite e sua relação com diferentes fenótipos clínicos. **Metodologia:** Foram recrutados prospectiva e sequencialmente 58 doentes com rinite (critérios ARIA) e 50 controlos sem sintomatologia nasal. Foram recolhidos dados demográficos e clínicos (incluindo questionários sintomatológicos e observação rinoscópica) relativos à patologia nasal. Os doentes com rinite foram instruídos a cessar terapêutica tópica nasal durante duas semanas e submetidos a testes cutâneos com aeroalergénios (TCA). Todos realizaram teste para avaliação do TDM. **Resultados:** No grupo com rinite, 32 doentes (55.2%) apresentaram TCA positivos. Não se verificaram diferenças no TDM em função da positividade dos TCA. De igual modo, o TDM não se correlacionou com o género, idade, scores RCAT, SNOT-22 ou CARAT, história de tabagismo, asma ou rinosinusite crónica. Contudo, doentes com rinorreia aquosa à rinoscopia obtiveram um TDM significativamente inferior (19 vs 27 minutos, p=0,033). Comparando o grupo rinite e o grupo controlo, o TDM foi significativamente inferior (21 vs 24, p=0,018), diferença que se manteve significativa mesmo ajustada para variáveis que se correlacionaram com o TDM (idade, rinorreia e hipertrofia de cornetos). **Conclusão:** Embora os estudos apontem à influência da rinite no atraso da depuração mucociliar, a presença de atopia ou o grau de gravidade não parecem ter um impacto significativo. Contudo, a rinorreia parece acelerar o TDM. Apesar dos nossos resultados não corroborarem estudos existentes, existe pouca informação sobre a relação dos fenótipos de rinite com o TDM, pelo que esta questão deverá ser aprofundada.

**PO32 – EFEITO DO TRATAMENTO COM
DUPILUMAB EM DOENTES COM RINOSSINUSITE
CRÔNICA COM POLIPOSE NASAL**

Francisco C¹, Queirós Gomes J¹, Reis Ferreira A¹, Santa C¹, Alberto Ferreira J¹, Pereira Dias L¹, Mesquita M¹, Cadinha S¹

¹ Serviço de Imunoalergologia do Centro Hospitalar Vila Nova De Gaia/Espinho, Vila Nova de Gaia, Portugal

Objetivos: O dupilumab é um anticorpo monoclonal humano anti-IL-4 e IL-13 que foi recentemente aprovado na rinosinusite crónica com polipose nasal (RSCcPN).

Este trabalho tem por objetivo avaliar a eficácia do tratamento com dupilumab em doentes com RSCcPN. **Metodologia:** Avaliação longitudinal dos doentes com RSCcPN sob tratamento com dupilumab seguidos no serviço de Imunoalergologia do CHVNG/E. Foram avaliados dados demográficos, cirúrgicos e comorbilidades. A eficácia do tratamento foi avaliada através da aplicação do questionário Sino-nasal Outcome Test-22 (SNOT-22) e percepção autorreferida pelo doente imediatamente antes e duas semanas após o início da terapêutica. O número de ciclos de corticoterapia sistémica e antibioterapia foi também incluído. Novas avaliações serão realizadas aos 2, 6 e 12 meses de tratamento. **Resultados:** Foram incluídos 7 doentes: 5 homens (71,4%); mediana de idade 52 (38; 59) anos; 57,1% atópicos. Todos os doentes eram asmáticos; 57,1% tinham doença respiratória exacerbada por anti-inflamatórios não esteroides; o número médio de cirurgias endoscópicas naso-sinusais foi 1,7. Os doentes necessitaram, em média, de 1,7 ciclos por ano de corticoterapia sistémica e antibioterapia antes de iniciar tratamento, reduzindo este valor a nulo após início do mesmo. A totalidade dos doentes recuperou o olfato duas semanas após início de dupilumab. A média do SNOT-22 antes e após tratamento foi 66,1 e 26,4, respetivamente, correspondendo a uma queda média de 39,7. **Conclusões:** A queda média de SNOT-22 foi clinicamente significativa (definida em estudos prévios como superior a 9), pelo que o dupilumab parece ser promissor no tratamento de doentes com RSCcPN.

SESSÃO DE CASOS CLÍNICOS I

Dia: 8 de Outubro

Horário: 08h30-10h00

Sala: 4

Moderadores: Emília Faria, Nuno Sousa, Teresa Vieira

CC01 – ANAFILAXIA A AZUL PATENTE

Mikovic M¹, Martins dos Santos G¹, Romeira A¹, Leiria Pinto P¹

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

Introdução: O azul patente é um corante utilizado na identificação do gânglio sentinela na cirurgia de neoplasia da mama. As reações de hipersensibilidade a azul patente são raras mas tem-se assistido a um aumento da sua incidência. **Descrição do caso clínico:** Doente do sexo feminino, 63 anos, sem antecedentes de hipersensibilidade medicamentosa, referenciada à consulta de Imunoalergologia por choque anafilático no peri-operatório (tumorctomia de carcinoma da mama). No procedimento foram administrados fentanil, propofol, rocurónio, cefazolina, dexametasona e, ainda, azul patente para marcação de gânglio sentinela. Imediatamente após administração de azul patente, a doente iniciou angioedema peri orbitário, labial e da língua, exantema generalizado, hipoxémia e hipotensão arterial. Administrou-se adrenalina, hidrocortisona, clemastina, fluidoterapia e iniciou perfusão de noradrenalina, sendo transferida para Unidade de Cuidados Intensivos. Teve alta para enfermaria ao fim de 72 horas. O doseamento de triptase na fase aguda foi de 12,9ug/L (basal 6,6ug/L). Na investigação etiológica foram realizados testes cutâneos (TC) prick e intradérmicos com penicilina, amoxicilina e ácido clavulânico, cefuroxime e cefazolina, todos com resultado negativo, e prick com látex e clorohexidina, também negativos. Foram também testados azul patente e azul de metileno, com resultados positivos no prick e intradérmico, respetivamente. Não foram testados fentanil, propofol e dexametasona por já terem sido tolerados durante o internamento. **Discussão:** Neste caso foi possível confirmar o azul patente como causa do choque anafilático e identificar co-sensibilização a azul de metileno (por vezes usado como corante alternativo). A doente ficou com indicação de evicção absoluta destes fármacos. A investigação de anafilaxia perioperatória é desafiante, perante o grande número de fármacos envolvidos. Destaca-se a importância de uma boa articulação entre Anestesiologia, Cirurgia e Imunoalergologia e a indicação de referência à Imunoalergologia para que todos os agentes utilizados sejam identificados e testados.

CC02 – DESSENSIBILIZAÇÃO AO ESOMEPRAZOL

Garcia S¹, Santa C¹, Presa A¹, Dias L¹, Barradas Lopes J¹, Malheiro D¹, Cadinha S¹

¹ Departamento de Imunoalergologia, CHVNGE, Vila Nova de Gaia, Portugal

Introdução: Os inibidores da bomba de prótons (IBP) são amplamente prescritos e geralmente bem tolerados, embora tenham sido descritas reações de hipersensibilidade e reatividade cruzada (RC) entre eles. Descrição do caso clínico: Mulher de 45 anos, submetida a terapêutica de erradicação de *Helicobacter pylori* com Amoxicilina (AM), Claritromicina (CL) e Omeprazol (OM). Cerca de 30min após administração iniciou queixas de prurido e eritema do tronco e pescoço e edema das mãos, com recurso ao Centro de Saúde (CS) onde fez tratamento com resolução. Posteriormente episódio idêntico, mais discreto, cerca de 1h após Omeprazol, com resolução após terapêutica. Referenciada à consulta de alergia a fármacos, tendo realizado estudo imunológico, testes cutâneos por picada (TCP) e intradérmicos (ID) e prova de provocação oral (PPO) com os antibióticos suspeitos, com exclusão de hipersensibilidade a AM e CL. Realizou TCP e ID com OM que foram negativos. Realizou PPO com Esomeprazol (ESO) até dose cumulativa (DC) de 40mg, que se revelou positiva com prurido do couro cabeludo, prurido e eritema retroauricular, das palmas e face, edema do lábio inferior e hiperémia conjuntival, com rápida resolução após tratamento com corticóide (CCT) e antihistamínico (AH) sistémicos. Face à necessidade de IBP para concretizar terapêutica de erradicação, decidiu-se realizar dessensibilização ao ESO. Em D1 (DC 25.2mg), desenvolve prurido do couro cabeludo e lábios e eritema facial e auricular, tendo feito tratamento com CCT e AH com melhoria e concluído protocolo até DC de 44.4mg sem intercorrências. Em D2 repetiu DC de 40mg, sob pré-medicação com AH, sem intercorrências. Em D3 atingiu DC de 80mg, sob pré-medicação, e 30min após última dose desenvolveu ligeiro eritema do tronco. Completou 10 dias de tratamento erradicação com antibioterapia e ESO (40mg bid), sob pré-medicação com AH, com sucesso. **Discussão:** Os autores apresentam uma proposta de protocolo de dessensibilização com ESO bem-sucedida.

CC03 – A IMPORTÂNCIA DA INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA PLANEADA E RIGOROSA NA ANAFILAXIA PERI-OPERATÓRIA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Limão R¹, Pedro E¹, Lopes A¹

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

Introdução: A anafilaxia peri-operatória constitui um dos maiores desafios na investigação de alergia a fármacos. A identificação do agente etiológico é essencial para prevenir a recorrência da reação em cirurgias subsequentes. **Descrição do Caso clínico:** Homem de 55 anos, referenciado por broncoespasmo, hipoxemia e hipotensão, 10 minutos após início de perfusão de morfina durante cirurgia de adenocarcinoma do reto. A reação grau 3 da classificação de Ring e Messmer motivou a suspensão da cirurgia. Tinha antecedentes de múltiplas cirurgias prévias (amígdalas, fratura clavícula, hérnia inguinal e cervical). A investigação imunoalergológica incluiu testes cutâneos em picada (TCP) ao látex, clohexidina e iodopovidona, e testes cutâneos (TC) com os fármacos do protocolo peri-operatório: midazolam, propofol, rocurónio, lidocaína, fentanil, morfina e cefoxitina, segundo protocolo do grupo ENDA. Verificou-se positividade no TCP ao látex e no intradérmico com morfina na concentração de 0,001mg/mL. Os TC com PPL, MDM e cefoxitina foram negativos. Tolerou amoxicilina/ác.clavulânico posteriormente. Efetuou prova de provocação com cefoxitina, sem reação. Descrevia episódio prévio de aperto orofaríngeo, dispneia e vômitos 10 minutos após ingestão de castanha. Foram realizados TCP com frutos e outros alimentos vegetais com reatividade cruzada com o látex, positivos para a castanha. As sIgE foram positivas para o látex (17,4kU/L), Hev b1 (0,9ISU-E), Hev b5 (12ISU-E) e Hev b6 (2,2ISU-E). O doente realizou a cirurgia programada em ambiente com evicção de látex e evicção de morfina, mantendo restante protocolo peri-operatório, sem intercorrências. É portador de um auto-injetor de adrenalina para situações de exposição accidental. **Discussão:** Os autores descrevem um caso de anafilaxia peri-operatória com alergia ao látex e à morfina, confirmada por TC positivos. A existência de múltiplas cirurgias anteriores e/ou alergia a alimentos com reatividade cruzada com látex deveria alertar para eventual alergia ao látex e condicionar investigação prévia às cirurgias, evitando exposições desnecessárias.

CC04 – PAPEL DETERMINANTE DA PROVA DE PROVOCAÇÃO NO DIAGNÓSTICO DE ALERGIA A MEIO DE CONTRASTE IODADO

Bernardino A¹, Cabral Duarte F¹, Pedro E¹, Lopes A¹

¹ Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Lisboa, Portugal

Introdução: As reações de hipersensibilidade a meios de contraste radiológico iodados (MCRI) são cada vez mais frequentes, não só pela sua maior utilização na prática clínica como também pelo maior reconhecimento de casos. A constante evolução dos MCRI e a administração concomitante de outros fármacos dificultam a identificação do agente etiológico, impondo uma correta interpretação destas reações. As provas de provocação (PP) com MCRI têm valor diagnóstico reconhecido, contudo ainda são pouco usadas na prática clínica. **Descrição do caso clínico:** Os autores descrevem o caso de um doente do sexo masculino de 19 anos, observado na urgência por disúria, dor abdominal e lombar. Realizou TAC abdomino-pélvica com MCRI endovenoso (iomeprol) para diagnóstico. De seguida, foi-lhe administrado amoxicilina+ácido clavulânico e metronidazol endovenosos. Após 6 horas iniciou edema transudativo do pavilhão auricular esquerdo, edema periorbitário e máculas eritematosas pruriginosas nos membros superiores. Da investigação imunoalergológica, salienta-se: IgE específicas para Beta-lactâmicos negativas. Testes cutâneos por picada (TCP) e intradérmicos (ID) com PPL, MDM, amoxicilina, ácido clavulânico, penicilina e metronidazol negativos. PP oral com metronidazol e amoxicilina+ácido clavulânico negativas. TCP, ID e epicutâneos para MCRI: iomeprol; iodixanol; iopromida; ioversol; ioxitalamato de sódio+meglumina e amidotrizoato de sódio+amidotrizoato de meglumina negativos. Sem agente causal identificado e após avaliação risco/benefício efetuou PP com iomeprol endovenoso. Cerca de 8 horas após a PP apresentou reação tardia, com reprodutibilidade da clínica. **Discussão:** Os autores confirmam o diagnóstico de reação de hipersensibilidade tardia ao iomeprol com exclusão de alergia aos antibióticos administrados. O caso realça a importância da PP com iomeprol para o diagnóstico etiológico da reação.

CC05 – DESSENSIBILIZAÇÃO AO ALOPURINOL: A VELOCIDADE COMO DETERMINANTE DE TOLERÂNCIA NA HIPERSENSIBILIDADE TARDIA

Bragança M¹, Moço Coutinho R¹, Dias de Castro E^{1,2,3}, Cernadas J^{1,3}

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

² MedInUP, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Portugal

³ Unidade de Imunoalergologia, Hospital Lusíadas, Porto, Portugal

Introdução: Descrição de um caso clínico de dessensibilização ao alopurinol, num doente com reação de hipersensibilidade tardia. **Descrição do caso:** Doente de 45 anos, com doença renal crónica e hiperuricemia grave, referenciado à consulta de Imunoalergologia por suspeita de reação de hipersensibilidade tardia ao alopurinol. Referia exantema maculopapular pruriginoso associado a edema das mãos e pés, 15 dias após início de tratamento com alopurinol. Não foram objetivadas outras manifestações sistémicas, nem alterações analíticas. Neste contexto, foi suspenso o fármaco e prescritos anti-histamínico e corticoterapia oral, com resolução das queixas em 2 semanas. O febuxostate foi iniciado como alternativa, mas suspenso por ausência de eficácia. O estudo de polimorfismo genético foi negativo para HLA-B58:01. Considerando a necessidade de terapêutica hipouricemiante e a falência terapêutica com o fármaco alternativo, foi proposta dessensibilização ao alopurinol. Foi iniciado um protocolo rápido com solução de 100 mg/L na dose inicial de 1 mg, até alcançar 100 mg no 1.º dia, em 7 administrações. O doente teve vômito 30 minutos após. No dia seguinte, foi efetuada a dose cumulativa de 100 mg com comprimido em 3 passos (25 - 25 - 50 mg), sem reação imediata. No terceiro dia, o doente apresentou eritema pruriginoso no abdómen e pernas, associado a eosinofilia (850/ μ L) e agravamento da função renal, tendo sido suspenso o alopurinol. Alguns meses após, foi realizada nova tentativa de dessensibilização com sucesso, com um protocolo de progressão lenta de dose [Tabela 1]. **Discussão:** A dessensibilização a fármacos é fundamental em doentes com reações de hipersensibilidade imediata ou tardia em que as alternativas terapêuticas não sejam elegíveis. Tendo em conta o fármaco e a clínica da reação, a abordagem com protocolo de subida lenta de doses com boa tolerância é um dado a favor do sucesso deste tipo de protocolos, em doentes com reações tardias.

Tabela 1 - Protocolo lento de dessensibilização ao alopurinol. Utilizada solução de 500 mg de alopurinol em 200 mL até atingir a dose de 100 mg. ^{a)} Intervalo entre doses: 30 minutos; ^{b)} no domicílio, apesar de indicação para aumentar progressivamente para 75 mg/dia, manteve dose de 50 mg por recelo.

Dias	Doses ^{a)}	Alopurinol/dia
1 – 2	5 mg, 5 mg	10mg
3 – 4	10 mg, 10 mg	20 mg
5 – 6	12,5 mg, 12,5 mg	25 mg
7 – 8	15 mg, 15 mg	30 mg
9 – 11	15 mg, 15 mg, 15 mg	45 mg
12 - 14	25 mg, 25 mg	50 mg
15 – 30	50 mg ^{b)}	50 mg
31 -45	37,5 mg, 37,5 mg	75 mg
45 – 52	50 mg, 50 mg	100 mg
≥ 53	100 mg	100 mg

CC06 – PERFURAÇÃO GÁSTRICA: UMA MANIFESTAÇÃO RARA DA SÍNDROME DE DRESS

Soares A¹, Costa A, Neto M, Meireles Chaves V, Gomes N, Carneiro Leão L

¹ Centro Hospitalar Universitário São João, Porto, Portugal

Introdução: A síndrome DRESS é uma reação de hipersensibilidade tardia a fármacos que se manifesta com exantema difuso, febre, eosinofilia e envolvimento orgânico. O atingimento do trato gastro-intestinal, apesar de pouco comum, pode ser fatal. **Caso Clínico:** Mulher, 72 anos, com antecedentes de hiperuricemia assintomática e doença renal crônica grave, motivo pelo qual iniciou alopurinol. Cerca de 3 semanas depois, iniciou febre, exantema generalizado e edema da face com lesões ulcerativas na mucosa oral e ocular. Analiticamente, com leucocitose, eosinofilia e alterações hematológicas, renais, colestase hepática e atingimento pancreático. Foi internada com diagnóstico de DRESS em provável relação com alopurinol, para o qual iniciou corticoterapia e tratamento de suporte. Sem evidência de reativações virais. Durante o internamento, desenvolveu quadro de abdómen agudo por perfuração pré-pilórica, em provável relação com atingimento mucoso grave do DRESS, sendo submetida a laparotomia exploradora. Apesar de paragem cardio-respiratória no período pós-operatório e necessidade de suporte de órgão, teve evolução favorável, com melhoria das disfunções multi-orgânicas e lesões mucocutâneas. **Discussão:** O envolvimento do trato gastrointestinal no DRESS, por ser menos comum, é menos reconhecido. O caso descrito revelou-se atípico, pelo atingimento grave da mucosa oral e ocular e pela perfuração gástrica, assumida como complicação do DRESS. Já foram descritos casos de gastrite por DRESS submetidos a endoscopia, com achados histopatológicos compatíveis com perda de células parietais, inflamação e apoptose. Também já foram descritos casos de colite por DRESS com evidência de infiltração eosinofílica, ulceração da mucosa, trombos intravasculares, isquemia e perfuração cólica com pneumoperitônio. Neste caso, não se realizou estudo endoscópico/anatomopatológico, mas assumiu-se perfuração gástrica no contexto de DRESS pela correlação temporal e por ausência de outras causas. Apesar de raras, estas complicações podem manifestar-se de forma dramática e associar-se ao aumento da morbi-mortalidade.

CC07 – REAÇÕES DE HIPERSENSIBILIDADE A PRODUTOS DE PREENCHIMENTO INJETÁVEIS

Pires Pereira H¹, Costa Carvalho J¹, Costa Santiago R², Neves I³, Todo-Bom A¹

¹ Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

² Clínica Internacional Dr. Costa Santiago, Lisboa, Portugal, ³Inline Clinic, Lisboa, Portugal

Introdução: Nos últimos anos os preenchimentos injetáveis têm ganho relevância na medicina plástica e estética como uma opção minimamente invasiva de rejuvenescimento facial. As reações adversas são pouco frequentes, habitualmente locais de natureza inflamatória ou infecciosa, sendo raras as reações de hipersensibilidade (RHS). Descrevemos 2 casos referenciados à consulta de Imunoalergologia por suspeita de RHS a preenchimentos injetáveis, com mecanismos distintos. **Caso Clínico:** Caso 1: Sexo masculino, 33 anos, apresentou angioedema facial 30 minutos após a 2.^a sessão de administração supraperióstea na região nasogeniana de ácido L-polilático (ALPL), um estimulante de colagénio. Melhorou logo após anti-histamínico e corticosteroide oral. O estudo alérgico incluiu testes epicutâneos e testes cutâneos (prick e intradérmicos) com os produtos na composição potencialmente alérgicos: lidocaína (20 mg/mL), carboximetilcelulose sódica (CMC) (10 mg/mL) e manitol (200mg/mL), com resultado positivo para CMC, intradérmico, diluição 1:100. Concluiu-se RHS IgE-mediada a CMC. Caso 2: Sexo feminino, 56 anos, apresentou angioedema palpebral, 3 meses após administração subcutânea administração subcutânea na região palpebral inferior de Ácido Hialurónico, um preenchedor e estimulante da visco-elasticidade cutânea. Pela suspeita de biofilme fez antibioterapia dirigida, corticosteroide oral e anti-histamínico durante 15 dias. Por ausência de melhoria realizou ecografia das partes moles com achados sugestivos de lesão granulomatosa, sendo proposta terapêutica com injeções locais de hialuronidase e prednisolona oral 0,5mg/kg, que manteve durante 2 meses por recidiva do angioedema ao suspender o tratamento. O estudo alérgico (testes epicutâneos incluindo Ácido Hialurónico e lidocaína) foi negativo. Concluiu-se reação de corpo estranho granulomatosa ao ácido hialurónico. **Conclusões:** As RHS, incluindo IgE-mediadas, são possíveis complicações de preenchimentos estéticos, devendo os centros clínicos estar preparados para a sua ocorrência. Estes produtos contêm na sua composição potenciais alergizantes, destacando-se num dos casos a CMC, um excipiente espessante amplamente utilizado.

**CC08 – VASCULITE COM HIPOCOAGULANTES
DEPENDENTE DO MECANISMO DE AÇÃO**

Moço Coutinho R¹, Silva D^{1,2}, Dias de Castro E^{1,3}

¹ Centro Hospitalar Universitário De São João, Porto, Portugal

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

³ MedInUP, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal

Introdução: Os hipocoagulantes são fármacos amplamente utilizados na prevenção e tratamento de tromboembolismos. Podem causar reações de hipersensibilidade, mas a descrição de episódios de vasculite é rara. **Descrição:** Homem de 55 anos, observado em julho de 2021, durante internamento por Cirurgia Vascular, por suspeita de alergia a hipocoagulantes e necessidade de hipocoagulação. Apresentava 2 episódios de suspeita de reação de hipersensibilidade tardia:

- em 2016, submetido a cirurgia por fratura do perônio e hipocoagulado com enoxaparina durante 1 mês; uma semana após a suspensão do fármaco, surgimento de lesões purpúricas nos membros inferiores; efetuada biópsia cutânea com relato de vasculite leucocitoclástica; medicado com prednisolona com resolução;
- em janeiro de 2021, internado para cirurgia de exclusão de aneurisma femoral e hipocoagulado com rivaroxabano durante 1 mês; uma semana após a suspensão do fármaco, surgimento de lesões purpúricas nos membros inferiores, com progressão para o tronco e membros superiores; efetuada biópsia cutânea com resultado inconclusivo; resolução das lesões após terapêutica com prednisolona.

Em ambos os episódios, foi realizado estudo de autoimunidade e virologia sem alterações de relevo. Em julho de 2021, tendo em conta os mecanismos de ação dos fármacos, iniciou hipocoagulação com dabigatrano por sugestão de Imunoalergologia, terapêutica considerada adequada por Imunohemoterapia. Sem recidiva dos episódios de vasculite durante 1 ano de seguimento em consulta.

Discussão: Que tenhamos conhecimento, este é o primeiro caso que relata envolvimento do mecanismo de ação de hipocoagulantes em reações de hipersensibilidade. Tratam-se de dois episódios reprodutíveis de vasculite, associados à toma de dois hipocoagulantes com estruturas moleculares distintas, mas com o mesmo mecanismo de ação – inibição do fator Xa. Por este motivo, optou-se por evitar também a varfarina (ação nos fatores dependentes da vitamina K - fator X incluído) e escolher o dabigatrano – inibidor da trombina, atuando a jusante na cascata da coagulação.

**CC09 – HIPERSENSIBILIDADE TARDIA A
HEPARINAS: FONDAPARINUX COMO
ALTERNATIVA EFICAZ**

B. Abreu D¹, Silva D^{1,2}, Cernadas J^{1,3}

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

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

³ Unidade de Imunoalergologia, Hospital Lusíadas Porto, Porto, Portugal

Introdução: As reações de hipersensibilidade induzidas pela heparina são incomuns e a maioria são reações cutâneas tardias no local da administração. As autoras apresentam dois casos clínicos com reações deste tipo, descrevendo-se o estudo alergológico efetuado.

Descrição dos casos clínicos: 1.^o Doente do sexo feminino, 67 anos com múltiplas comorbilidades referenciada ao serviço de Imunoalergologia por eritema, bolhas e destacamento cutâneo no local onde foi administrada 72 horas antes enoxaparina subcutânea. No 2.^o caso trata-se de uma doente do sexo feminino, 38 anos, previamente saudável, que terá apresentado eritema e exantema maculopapular pruriginoso da região abdominal inferior 48 horas após terminar ciclo de enoxaparina. Em ambos os casos, as reações index resolveram em duas semanas com a aplicação de corticoide tópico. Foram realizados testes epicutâneos (a 100%), cutâneos por picada e intradérmicos em concentrações máximas não irritativas com enoxaparina 1 mg/mL e heparina não fracionada (HNF) 5000 UI/mL. A leitura às 48 horas foi positiva para os testes intradérmicos à enoxaparina em ambos os casos, com aparecimento de exantema pruriginoso e vesiculação no local dos testes (figura 1, A e B). A primeira doente apresentou adicionalmente positividade às 48 horas no teste intradérmico a HNF. De forma a identificar um fármaco alternativo, foram realizados testes cutâneos por picada e intradérmicos com fondaparinux 2.5 mg/0.5 mL (um pentassacarídeo sintético), negativos às 48 e 96 horas. Realizou-se provocação subcutânea com fondaparinux nas duas doentes, com tolerância. **Conclusão:** As reações de hipersensibilidade tardia às heparinas ocorrem mais frequentemente com enoxaparina, havendo a possibilidade de reatividade cruzada com HNF. Até ao momento, o fondaparinux revela-se a melhor alternativa, pelo que é importante a sua inclusão no estudo alergológico destes doentes.

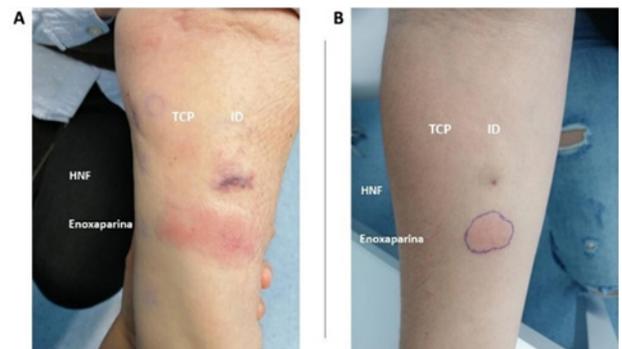


Figura 1. Testes cutâneos com enoxaparina e heparina não fracionada (HNF), testes cutâneos por picada (TCP) realizados à esquerda e intradérmicos (ID) à direita. A: Testes intradérmicos foram positivos na leitura tardia às 48 horas para a enoxaparina e para HNF. B: Testes intradérmicos foram positivos na leitura tardia às 48 horas para a enoxaparina.

CC10 – REATIVIDADE CRUZADA A ALERGÉNIOS DO CÃO COMO PROVÁVEL CAUSA DE ANAFILAXIA AO FLUÍDO SEMINAL E À ALBUMINA HUMANA

Fortes C¹, Fernandes M², Fernandes R³, Lopes C³, Abreu C⁴, Morête A⁴

¹ Serviço de Patologia Clínica, Centro Hospitalar Do Baixo Vouga (EPE), Aveiro, Portugal

² Serviço de Patologia Clínica, Unidade Local de Saúde de Matosinhos, Hospital Pedro Hispano (EPE), Matosinhos, Portugal

³ Unidade de Imunoalergologia, Unidade Local de Saúde de Matosinhos, Hospital Pedro Hispano (EPE), Matosinhos, Portugal

⁴ Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar do Baixo Vouga (EPE), Aveiro, Portugal

⁵ Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar do Baixo Vouga (EPE), Aveiro, Portugal

Introdução: A alergia ao fluído seminal é um evento raro, causado por sensibilização IgE mediada às proteínas do sêmen. Dos vários alérgenos do plasma seminal salienta-se o antígeno específico da próstata humano (PSA), com reatividade cruzada com Can f 5, um alérgeno produzido pela próstata canina, presente na urina, caspa e pelo de cão. Descreve-se o caso de uma mulher, sensibilizada a Can f 5, com alergia ao fluído seminal humano, por reatividade cruzada. **Caso clínico:** Mulher, 26 anos, nulípara, com rinite e asma alérgicas. Referenciada à consulta de imunoalergologia, por vários episódios de anafilaxia após as relações sexuais desprotegidas. Do estudo realizado: IgE total (UI/mL) 151; teste prick para aeroalérgenos, positivo para caspa de cão; ImmunoCAP ISAC[®] positivo para Can f 2, Can f 4 e Can f 5; teste prick-prick com plasma seminal do parceiro, positivo; ImmunoCAP[®] IgE específica para proteínas do fluído seminal, <0.35 KUA/L. Foi instruída a usar preservativo e adrenalina em SOS e orientada para consulta de medicina reprodutiva, para fertilização in vitro. Por síndrome de hiperestimulação ovárica, foi tratada com albumina humana, tendo desenvolvido anafilaxia durante a perfusão. **Discussão:** Os alérgenos presentes na caspa do cão incluem: as lipocalinas Can f 1, Can f 2, Can f 4 e Can f 6; a albumina sérica canina, Can f 3, para a qual já foram descritos anticorpos com extensa reatividade cruzada com a albumina de outras espécies animais, incluindo o homem; a caliceína prostática, Can f 5, que apresenta reatividade cruzada com o PSA humano, podendo estar envolvida na reação alérgica ao fluído seminal. Trata-se de um caso em que a sensibilização a Can f 5 estará na origem da anafilaxia ao fluído seminal. Apesar de não documentada, a sensibilização a Can f 3 poderia justificar a anafilaxia à albumina humana observada nesta doente.

CC11 – DISPNEIA COM ESFORÇO? – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Lucena M¹, Pires Pereira H¹, Regateiro F¹, Todo-Bom A¹

¹ Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

Introdução: Em doentes atópicos, sintomas respiratórios apenas associados à prática de exercício físico podem sugerir diagnóstico de asma induzida por esforço. Contudo, crises dispnéicas podem estar presentes em quadros de manifestações de outras alergias.

Caso Clínico: Doente sexo feminino, 21 anos, com crises estertoratórias e rinorreia frequentes e alguns episódios de dispneia, maioritariamente aquando da prática de exercício físico no exterior. Relatava também um episódio de rash cutâneo localizado no peito, que associou ao consumo de uma salada de frutas (laranja, maçã, ananás e uvas). Os testes cutâneos por picada realizados a aeroalérgenos e alimentos apenas foram positivos para gramíneas e oliveira. Neste sentido, foi otimizada terapêutica para sintomas nasais e brônquicos. Após um ano de seguimento em consulta, recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por crise de dispneia enquanto corria, cerca de 30 minutos após refeição: carapau com batatas, pão de trigo e cevada e maçã. No SU foram objetivadas lesões urticariformes dispersas, com boa resposta à terapêutica anti-histamínica. Estudo complementar posterior revelou: IgE total 149 UI/ml; IgE maçã 0.09 U/L; IgE pêssego 0.06 U/L, IgE trigo 0.06 U/L, IgE carapau 0.09, IgE Pru p 3 2.71, IgE rTri a 14 0.00KU/L; IgE rTri a 19 0.02kU/L. Foi estabelecido o diagnóstico de anafilaxia induzida por exercício dependente de alimentos (AIEDA), nomeadamente com alimentos contendo Pru p 3; sendo a maçã uma fruta consumida frequentemente em contexto de corrida. A doente não apresenta sintomatologia com consumo destes produtos na ausência de atividade física, tendo apenas indicação para a sua evicção peri-prática desportiva. Não houve recorrência de episódios de AIEDA. **Conclusão:** Este caso ilustra a necessidade da valorização das queixas brônquicas na prática de exercício físico, sendo essencial avaliar o contexto envolvente, nomeadamente a história de ingestão alimentar peri-esforço.

CC12 – PNEUMOMEDIASTINO: UMA FORMA DE APRESENTAÇÃO RARA DE UMA PATOLOGIA COMUM

Simões D¹, Gerardo A¹, Sokolova A¹

¹ Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, Amadora, Portugal

Atleta federado de natação do sexo masculino, 15 anos de idade, sem antecedentes pessoais relevantes, apresentou-se no Serviço de Urgência por precordialgia súbita, aliviada com flexão anterior do tronco e agravamento em decúbito dorsal e irradiação à região cervical. Referia treino intenso e exposição passiva a fumo de tabaco. A Tomografia Computadorizada (TC) torácica revelou a presença de pneumomediastino, tendo ficado em vigilância durante 24 horas com terapêutica de suporte. Posteriormente reavaliado em consulta de Imunoalergologia, os testes cutâneos revelaram positividade para múltiplos aeroalergêneos, nomeadamente *Dermatophagoides pteronyssinus*, *Dermatophagoides farinae*, pólen de gramíneas e parietária e o estudo analítico aumento de imunoglobulina E total (IgE 615 UI/mL). O exame de função respiratória mostrou existência de hiperinsuflação pulmonar e prova de broncodilatação positiva, nomeadamente aumento da FVC (15% e 650 mL) e FEV1 (18% e 720 mL). Um mês após instituição de terapêutica de controlo da asma, o doente tolerava exercício físico e competição. O pneumomediastino espontâneo é uma patologia rara que consiste na presença de ar no mediastino, sendo frequentemente associado a exacerbações de asma. O diagnóstico é obtido por radiografia do tórax, que pode ser complementada com TC. A atual evidência sugere que o pneumomediastino isolado tem um curso benigno apenas com terapêutica de suporte e após controlo das patologias subjacentes.



CC13 – SENSIBILIZAÇÃO ÀS PROTEÍNAS DE LEITE DE VACA EM IDADE ADULTA

Mikovic M¹, Martins dos Santos G¹, Prates S¹, Leiria Pinto P¹

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

Introdução: O início de alergia às proteínas de leite de vaca na idade adulta é raro, sendo escassos os dados clínicos e epidemiológicos disponíveis. **Descrição do caso:** Doente do sexo feminino, 31 anos, saudável, referenciada à consulta de Imunoalergologia por suspeita de alergia alimentar na sequência de episódio de sensação de obstrução faríngea, disfonia, desconforto torácico e dor abdominal após ingestão de bebida à base de proteínas de soro lácteo. A doente relatava ingestão diária de lácteos durante a infância, com redução progressiva desde a adolescência. Na idade adulta, iniciou consumo irregular de produtos à base de proteína de soro lácteo (bebidas e barras energéticas) apresentando, após ingestão, prurido auricular e sensação de enfartamento. Apesar destes sintomas manteve algum consumo de todos os lácteos. Aos 29 anos de idade, durante gravidez, retomou consumo diário de lácteos, referindo apenas prurido auricular ligeiro após ingestão. Após o parto iniciou progressivamente sintomas mais incómodos de prurido orofaríngeo e auricular, desconforto na língua, edema labial ou enfartamento após ingestão de leite, iogurte e produtos à base de proteínas de soro lácteo, tendo interrompido o consumo de leite e iogurte. Apesar de algumas queixas, manteve a ingestão de barras e bebidas proteicas até à reacção que motivou a referenciação. Mesmo após o episódio, continua a tolerar queijos curados. Na investigação alergológica destaca-se IgE total 354 KU/L com IgE específicas positivas para o leite (2,95 KUA/L) e alfa-lactoalbumina (4,22 KUA/L), mas negativas para beta-lactoglobulina e caseína. **Discussão:** O caso descrito revela sensibilização à alfa-lactoalbumina em idade adulta possivelmente após introdução na dieta de produtos à base de proteínas de soro lácteo. Dado o aumento de comercialização destes produtos, numa sociedade que tendencialmente está a abandonar o consumo de leite, alerta-se para o risco de aumento desde tipo de sensibilização, sendo necessário mais estudos no futuro.

SESSÃO DE CASOS CLÍNICOS II

Dia: 9 de Outubro

Horário: 08h30-10h00

Sala: 3

Moderadores: Daniel Machado, Marta Neto, Rodrigo Rodrigues Alves

CC14 – OVO OU AVE, QUEM SURTIU PRIMEIRO?

Vieira J¹, Ferreira F, Proença M, Guimarães J, Tomaz E

¹ Centro Hospitalar de Setúbal, Setúbal, Portugal

Introdução: O desenvolvimento de alergia ao ovo em idade adulta é raro. Frequentemente, enquadra-se na Síndrome Aves-Ovo por sensibilização a soroalbuminas presentes na gema de ovo e múltiplos tecidos de aves (α -livetina, Gal d 5), com elevada reatividade cruzada. Pode associar-se a alergia secundária a carne de aves, geralmente com sintomas ligeiros devido à sua termolabilidade. **Caso clínico:** Mulher de 59 anos de idade, sem antecedentes de relevo. Na infância, contacto com aves de criação doméstica. Reside desde há 16 anos com papagaio doméstico. Recorreu à consulta de Imunoalergologia por 3 episódios, o primeiro aos 54 anos de idade, de tosse, dispneia, aperto orofaríngeo e disfonia, um deles culminando em perda do estado de consciência, na primeira hora após a ingestão de ovo. Uma das refeições continha também pato, que evita desde então. Tolera carne de frango e peru. Adicionalmente, queixas de rinoconjuntivite ligeira, persistente, desde há vários anos. Os testes cutâneos em picada revelaram positividade para extrato de ovo total (5x5mm) e gema (5x5mm); testes picada-picada com frango, peru e pato negativos; série standard de inalantes negativa. O doseamento de IgE específicas foi positivo para ovo total (9,83kUA/l), gema de ovo (8,35kUA/l), carne de galinha (5,22kUA/l) e peru (10,10kUA/l), assim como mistura de penas de múltiplas aves (análise qualitativa). O ensaio multiplex (ImmunoCAP ISAC) revelou positividade para Gal d 5 (6,4ISU-E). **Discussão:** O caso descreve uma Síndrome Aves-Ovo numa doente sensibilizada a Gal d 5. Poderá pressupor-se a sensibilização primária por via inalatória através da exposição prolongada a penas e dejetos de papagaio. Inicialmente com queixas nasculares, desenvolveu posteriormente alergia ao ovo. A prova de provocação oral com ovo bem cozinhado e carne de pato poderá liberalizar a ingestão destes alimentos. Este caso salienta o valor do diagnóstico molecular no estudo e orientação da alergia alimentar.

CC15 – ECZEMA EM IDADE PEDIÁTRICA: NÃO HÁ REGRA SEM EXCEÇÃO!

Silva D¹, Rezende I¹, Rodrigues dos Santos F¹, Falcão H¹

¹ Centro Hospitalar Universitário do Porto, Porto, Portugal

Introdução: A Dermite Atópica (DA) tem muitas vezes início na infância, e manifesta-se geralmente de forma ligeira. Perante uma forma grave, o diagnóstico diferencial deve ser detalhado e o tratamento individualizado. As crises recorrentes, comprometem a qualidade de vida. **Descrição do caso clínico:** Apresentamos o caso de um menino de 6 anos de idade, referenciado dos Cuidados de Saúde Primários, com diagnóstico de DA grave. Seguido desde há 3 anos em consultas de Dermatologia, apresentava lesões cutâneas diárias com atingimento de todo o tegumento, cumprindo diariamente aplicação de emoliente e frequentemente de corticoide tópico (hidrocortisona e/ou metilprednisolona). Apresentava exacerbações frequentes com necessidade de corticoterapia oral (prednisolona 1mg/kg/dia 5 a 7 dias). Aos 5 anos de idade efetuou ciclo de ciclosporina durante 3 meses, off label, sem resolução das lesões. Iniciou em maio de 2022 seguimento em consulta de Imunoalergologia (IA). Apresentava Score da IGA 4/4, SCORAD 66,5 e EASI 29,91, e foi medicado com aplicação tópica bidária de emoliente adequado para pele com eczema, pimicrofilmus bidário nas lesões, bilastina 10mg bidária, e ainda um ciclo curto de corticoterapia oral (5 dias de prednisolona 20mg), com ligeira melhoria das lesões. Às seis semanas de seguimento em IA, pela gravidade do quadro e persistência das lesões com cumprimento terapêutico, iniciou tratamento com dupilumab, tendo realizado ao momento a 1.ª administração. **Discussão:** O uso contínuo de corticoterapia apresenta risco-benefício desfavorável e deve ser evitado por períodos longos. Atualmente o dupilumab é recomendado para tratamento da DA moderada a grave, em doentes desde os 6 anos de idade que sejam candidatos a terapêutica sistémica, esperando-se neste caso um bom controlo da mesma com esta opção terapêutica.



CC16 – UM CASO DE URTICÁRIA INDUZIDA PELO FRIO

Quita R¹, Pinto A², Carolino F²

¹ Centro Hospitalar e Universitário do Porto – Serviço de Pneumologia, Porto, Portugal

² Centro Hospitalar e Universitário do Porto – Serviço de Imunoalergologia, Porto, Portugal

Introdução: A urticária crónica ao frio (UCF) é uma forma de urticária indutível associada à exposição ao frio, que persiste por ≥6 semanas e parece resultar de fenómenos de auto-imunidade IgE-mediada. Na sua forma típica, caracteriza-se geralmente pelo aparecimento de pápulas e/ou angioedema na fase de reaquecimento e resolve em até 1 hora, associando-se frequentemente ao desenvolvimento de anafilaxia. **Descrição do caso clínico:** Homem de 59 anos, sem antecedentes patológicos, referenciado à consulta de Imunoalergologia por suspeita de UCF. Reportava episódios recorrentes, com início na adolescência, de pápulas pruriginosas urticariformes, envolvendo áreas do tegumento cutâneo expostas a água fria ou ao ar frio, bem como sintomas das mucosas associados à ingestão de alimentos/bebidas frios; sem história de episódios de anafilaxia. Na avaliação inicial, o doente encontrava-se sob terapêutica diária com anti-histamínico H1 não sedativo em dose standard, com controlo parcial (mantinha queixas de eritema pruriginoso de contacto com o frio). Foi realizado o teste de estimulação com cubo de gelo (sob efeito da referida terapêutica anti-H1) com surgimento de eritema e prurido no local desde os 3 minutos, embora sem surgimento de pápula até aos 10 minutos de contacto. Analiticamente, foi objetivada linfopenia ligeira, com velocidade de sedimentação e proteinograma sérico normais, IgE total 467 kU/L e crioglobulinas negativas. A terapêutica anti-H1 foi otimizada e, na consulta de reavaliação, o doente reportou controlo sintomático total. Mantém-se atualmente sob vigilância. **Discussão:** A UCF típica associa-se a um risco de anafilaxia, pelo que o diagnóstico precoce da e adequada gestão da patologia são fundamentais, tendo sido recentemente propostos na literatura os critérios para a prescrição de auto-injector de adrenalina neste contexto. Devem ainda ser considerados os diagnósticos diferenciais, que incluem o síndrome auto-inflamatório ao frio familiar e a vasculite crioglobulinémica e têm abordagens diagnósticas distintas.

CC17 – URTICÁRIA AO FRIO: A IMPORTÂNCIA DA INVESTIGAÇÃO ADICIONAL

Cardoso Lopes J¹, Cunha F¹, Alen Coutinho I¹, Ribeiro C¹, Todo-Bom A^{1,2}

¹ Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

² Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal

Introdução: A urticária ao frio caracteriza-se pelo desenvolvimento de urticária e/ou angioedema após exposição ao frio e corresponde a 3-5% das urticárias indutíveis. Pode ser classificada em familiar, adquirida (primária/idiopática ou secundária) ou atípica. A urticária ao frio adquirida primária é a forma mais frequente. O diagnóstico de urticária ao frio adquirida secundária é raro, sendo a causa mais frequentemente encontrada a crioglobulinémia, primária ou secundária, nomeadamente a leucemia linfocítica crónica e linfossarcoma. **Caso clínico:** Doente do sexo feminino, 47 anos, com antecedentes de síndrome de Sjögren, sem história pessoal ou familiar de atopia, é enviada à consulta de Imunoalergologia por exantema urticariforme com vários meses de evolução associado à exposição ao ar frio e mudanças térmicas. Teve um episódio de anafilaxia após imersão em água fria com necessidade de avaliação em serviço de urgência com boa resposta após adrenalina IM, corticoterapia e antihistamínico EV. O diagnóstico foi confirmado pelo teste do cubo de gelo positivo aos 5 minutos. Doente instruída sobre as medidas de evicção ao frio, iniciada terapêutica profilática com levocetirizina 5mg per os e prescrita caneta injetora de adrenalina. Realizou estudo complementar com: hemograma, bioquímica, VS, hormonas tiroideas, complemento, serologias, autoimunidade que revelou Ac.anti-Nucleares e Citoplasmáticos positivos (padrão mosqueado) e Ac.anti-SSA e SSB positivos. A pesquisa de crioglobulinas foi positiva com crioprecipitado caracterizado por IgG policlonal, identificação de cadeias pesadas Mu (IgM) e leves Kapa monoclonais. Foram excluídas causas linfoproliferativas após avaliação em Hematologia e realização de aspirado e biópsia de medula óssea. Confirmou-se assim o diagnóstico de urticária ao frio secundária a crioglobulinemia mista tipo II de etiologia autoimune. **Conclusão:** Dado que distúrbios clínicos subjacentes à urticária ao frio podem ser indutores de mecanismos patogénicos que são dependentes do frio, torna-se relevante a exclusão de causas secundárias que podem advir de patologia autoimune, infecciosa ou neoplásica.

CC18 – TESTES CUTÂNEOS NUM DOENTE SOB IMUNOSSUPRESSÃO – UMA POSSIBILIDADE DIAGNÓSTICA A CONSIDERAR

Proença Martins M¹, Martins I², Miguel Vieira J¹, Tomaz E¹

¹ Centro Hospitalar de Setúbal E.P.E., Setúbal, Portugal

² Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, Lisboa, Portugal

Introdução: A avaliação de dermatite de contacto alérgica em doentes sob terapêutica imunossupressora apresenta desafios. Teoricamente, testes epicutâneos não deveriam ser realizados em imunossupressão dado que reduzem a capacidade diagnóstica. Todavia, existem situações na prática clínica, em que, pela doença de base, esta terapêutica não deverá ser suspensa. Por outro lado, existem estudos de testes epicutâneos positivos em doentes com terapêutica imunossupressora em curso. Considerando o impacto na qualidade de vida dos doentes recomenda-se, atualmente, uma abordagem individualizada, com a decisão ponderada com base no custo/benefício para cada doente. **Caso:** Mulher, 69 anos, com antecedentes pessoais de Doença de Crohn fistulizante e estenose perianal, sob terapêutica com adalimumab. Referenciada à Dermatologia por eczema perineal exuberante com 2 anos de evolução e resposta parcial a Halibut® e corticoterapia tópica. Relacionava sintomatologia com o início da terapêutica biológica, 2 anos antes. Referia uso diário de Nivea®, Saforelle® gel íntimo, Oleoban® e estradiol intravaginal tópico. Negava utilização de tópicos anti-hemorroidários. Realizou corticoterapia e antifúngico tópico por 15 dias e 1 ciclo de 7 dias de corticoterapia e antifúngico sistémico, verificando-se persistência de eritema e edema vulvar. Realizou-se biópsia cutânea, que evidenciou achados histopatológicos compatíveis com eczema. Dada a história clínica, realizou testes epicutâneos, que revelaram sensibilização a parabenos e hidroperóxido de lanolol e sensibilização duvidosa a bálsamo perú e mistura de perfumes I com leituras até ao 7.º dia. Recomendou-se terapêutica tópica local com flotiran® e evicção completa de outros tópicos, com posterior resolução completa do quadro. **Discussão:** Apesar de, teoricamente, a realização de testes epicutâneos não ser indicada em doentes sob terapêutica imunossupressora, esta poderá, por vezes, revelar-se vantajosa. Neste estudo, foram obtidas reacções positivas sob adalimumab que possibilitaram a cura desta Dermite de Contacto. Salienta-se a importância da leitura ao 7.º dia para despiste de falsos negativos e clarificação de resultados duvidosos.



CC19 – TRATAMENTO COM DUPILUMAB NUM DOENTE COM DERMATITE ATÓPICA GRAVE, CONJUNTIVITE ALÉRGICA E QUERATOCONE BILATERAL

Vieira J¹, Cosme J², Esteves Marques R³, Alonso E², Pedro E², Lopes A²

¹ Unidade de Imunoalergologia do Hospital Central do Funchal, Portugal

² Serviço de Imunoalergologia do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte, Lisboa, Portugal

³ Serviço de Oftalmologia do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte, Lisboa, Portugal

Introdução: O dupilumab é um anticorpo monoclonal que inibe a sinalização IL-4/IL-13, aprovado para tratamento da dermatite atópica grave (DAG). Publicações relataram complicações oculares associadas ao dupilumab, limitando a sua prescrição em doentes com doença ocular prévia. **Caso clínico:** Mulher de 24 anos, referenciada à Imunoalergologia aos 17 anos por DAG não controlada. Antecedentes de rinosinusite e conjuntivite alérgicas. Desde a infância, lesões cutâneas eritematosas descamativas, pruriginosas, dispersas pelo tegumento, agravadas pelo stress e com elevado impacto na vida familiar, social, sono e qualidade de vida. Medicada com ebastina 10mg qid, tacrolimus tópico (1mg/g bid 5-7 dias), betametasona tópica (0,5mg/g bid 5-7 dias). Submetida a corticoterapia sistémica frequente, antibioterapia oral por impetigo e ciclosporina (200mg/dia) durante 3 meses, sem melhoria. Destaca-se: IgE total 22876U/mL; testes epicutâneos negativos; biópsia cutânea compatível com eczema. Aos 18 anos, por corticodependência e DAG não controlada (SCORAD 68,7), iniciou omalizumab (300mg quinzenal) com discreta melhoria (SCORAD 54,4). Aos 21 anos, por apresentar diminuição da acuidade visual, teve diagnóstico de queratocone bilateral e catarata secundária a corticoterapia. Submetida a facoemulsificação com colocação de lente intraocular. Por manter deflazacorte 7,5mg/dia, SCORAD 73 e EASI 46,2 decidiu-se switch terapêutico para dupilumab, com seguimento regular em Oftalmologia. Iniciou profilaticamente hialuronato de sódio 0,15% qid. Após 4 semanas, SCORAD 38,6 e EASI 21,9. Suspendeu corticoterapia sistémica às 6 semanas. Avaliação 18 meses: SCORAD 41; IgE total 653U/mL. Sem corticoterapia sistémica ou queixas oculares há 2 anos. Avaliação oftalmológica: acuidade visual estável, sem progressão do queratocone. Mantém hialuronato de sódio 0,15%, mometasona 1mg/g SOS, bilastina 20mg/dia SOS e emoliente diário. **Conclusão:** Nesta doente, o tratamento com dupilumab não se associou a agravamento do queratocone ou conjuntivite alérgica. A avaliação oftalmológica antes de iniciar dupilumab e o tratamento profilático em doentes de alto risco parecem minimizar os problemas oculares associados ao dupilumab.

CC20 – AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DA TERAPÊUTICA COM DUPILUMAB EM DOENTES COM RINOSINUSITE CRÔNICA COM POLIPOSE NASAL COM TESTE DE OLFATO

Carvalho L¹, Sokolova A¹, Cardoso M¹, Freire F¹

¹ Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, Lisboa, Portugal

Introdução: A rinosinusite crónica com polipose nasal (RSCcPN) é uma patologia frequente com necessidade de intervenções cirúrgicas repetidas e corticoterapia sistémica ocasional com efeitos secundários a curto e longo prazo. A terapêutica biológica promete melhor controlo da doença. **Métodos:** Os autores apresentam dois casos clínicos de doentes em terapêutica com dupilumab com melhoria do olfato documentada com olfatosmetria - Portuguese Smell Test. **Caso 1:** Doente de sexo masculino, 57 anos, com RSCcPN e triáde de Widal, com anósmia subjetiva (que revertia parcialmente com corticoterapia intramuscular por curtos períodos), submetido a cirurgia endoscópica com melhoria temporária e posterior necessidade de corticoterapia sistémica, medicado regularmente com corticoterapia nasal com SNOT-22 de 61. Apresentava 13% eosinófilos no exsudato nasal. Iniciou terapêutica com dupilumab 300 mg bimensalmente com melhoria clínica após 1 mês de terapêutica e avaliação de olfato com com deteção de 100% dos odores e identificação de 58%. **Caso 2:** Doente de sexo feminino, 47 anos de idade com diagnósticos de RSCcPN e asma brônquica. Submetida previamente a múltiplas cirurgias endoscópicas nasosinusais. Fez múltiplos ciclos de corticoterapia sistémica por polipose nasal, com melhoria parcial. Apresentava polipose nasal grau 4 (classificação de Meltzer) com avaliação por SNOT-22 de 127. Apresentava eosinófilos no esfregaço nasal de 75%. Iniciou terapêutica com dupilumab 300 mg bimensalmente com melhoria três meses após tratamento do SNOT-22 (63) e do olfato, com olfactometria revelando 95% de deteção e 74% de identificação. Refere ainda melhoria das queixas de obstrução nasal e passa de polipose de grau 4 para grau 2. **Conclusão:** Os casos apresentados descrevem dois casos de doentes com RSCcPN de difícil controlo terapêutico que após terapêutica com dupilumab deixam de ter anósmia subjetiva a ter limiares de deteção de olfacto dentro dos valores de referência, para além da melhoria dos parâmetros que avaliam a qualidade de vida (SNOT-22).

CC21 – ANGIOEDEMA: DIFICULDADES NO DIAGNÓSTICO, A PROPÓSITO DE 2 CASOS CLÍNICOS

Pinhal A¹, Dias de Castro E^{1,2}

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

² MedInUP, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto, Portugal

O angioedema pode estar associado a entidades nosológicas distintas, sendo a história clínica crucial para o diagnóstico. **Objetivo:** Descrever 2 casos clínicos de angioedema. **Caso 1:** Mulher, 27 anos, referenciada a Imunoalergologia, em 2019, por episódios recorrentes de angioedema labial, de 2014 a 2017, sem outros sintomas associados, nomeadamente cutâneos, com fraca resposta a anti-histamínicos. Negava potenciais desencadeantes, designadamente fármacos. Referia antecedentes de rinite alérgica e enxaqueca associada a pílula estrogénica (tomou de 2014-2017; substituída por pílula progestativa, devido às enxaquecas). Desde então, sem novos episódios de angioedema. Antecedentes familiares irrelevantes. Colocada a hipótese de angioedema hereditário(AEH), realizou estudo do complemento (C4, C1 inibidor(C1INH), função de C1INH:normais) e estudo genético (mutações associadas ao AEH com nC1INH: não detetadas). Em 2022, após 5 anos sem angioedema, novo episódio envolvendo lábios e mão. Investigando desencadeantes, encontrou-se como potencialmente envolvido o ácido acetilsalicílico (tomou horas antes, por cefaleias), que já não tomava desde 2017. O angioedema induzido por AINEs, é, agora, o diagnóstico mais provável, foi recomendada a sua evicção e a doente orientada para estudo. **Caso 2:** Mulher, 23 anos, referenciada a Imunoalergologia, em 2018, por episódio inaugural de angioedema da face, pálpebras e lábio, sem outros sintomas, após tratamento de erradicação de H.Pylori. Negava antecedentes pessoais ou familiares relevantes, apenas avô materno com possível urticária. Orientada para estudo de alergia a fármacos. Entretanto, novos episódios de angioedema, 2 com boa resposta a anti-histamínicos/corticosteroides, mas o último não. Nesta altura, verificou-se que a doente tomava ACO com estrogénios e o AEH coloca-se como a hipótese de diagnóstico mais provável. Realiza, sequencialmente, estudo do complemento (normal) e estudo genético (identificada mutação FXII-Thr309Lys). Desde a suspensão de estrogénios, manteve-se assintomática. **Discussão:** Estes casos ilustram as dificuldades na obtenção duma história clínica exaustiva, reforçando a importância da referenciação precoce, de registos clínicos completos e acessíveis.

CC22 – PROFILAXIA DE LONGA DURAÇÃO COM LANADELUMAB NO ANGIOEDEMA HEREDITÁRIO: EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

Dias de Castro E^{1,2}, Caires A¹, Pinhal A¹, Silva D^{1,3}, Plácido J¹

¹ Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar Universitário de S. João, Porto, Portugal

² MedInUP, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal

³ Imunologia Básica e Clínica, Departamento de Patologia, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal

As últimas guidelines internacionais redefiniram o objetivo da profilaxia de longa duração (PLD) no angioedema hereditário (AEH) como controlo total e normalização da vida do doente. O acesso a novos fármacos específicos poderá ter um papel crucial. Descreve-se a experiência do nosso Serviço com lanadelumab, anticorpo monoclonal, inibidor da caliceína plasmática, de administração sc. **Caso 1:** Mulher, 22 anos, diagnóstico de AEH tipo I aos 3 anos de idade, alguns meses após o primeiro episódio. Dos 3-5 anos, crises recorrentes, em contexto de Infecções respiratórias e melhoria após amigdalectomia. Agravamento na adolescência e particularmente, a partir dos 18 anos e início da faculdade. Múltiplas crises graves (abdominais, algumas faciais), associadas a stress/ansiedade, extremamente dolorosas e/ou incapacitantes, com necessidade de recurso ao Hospital/terapêutica específica. Por inadequado controlo do AEH com antifibrinolíticos, inicia, em Jan/2021, PLD com concentrado de CIINH (ev, bissemanal). Cumpriu de forma eficaz, durante 6 meses, mas dificuldade em prolongar PLD, devido à periodicidade e via de administração. Alterada para lanadelumab, a partir de Jul/2021. Desde então, ausência total de crises, não se verificando reações adversas. **Caso 2:** Homem, 34 anos, diagnóstico AEH tipo I e início das manifestações por volta dos 22 anos. Dos 32-34 anos de idade, múltiplas crises graves (faciais, abdominais e epiglote), com necessidade de recurso ao Hospital/terapêutica específica e repercussão na vida laboral. Dado o controlo ineficaz com antifibrinolíticos e androgénios (e dificuldade no incremento por elevação das transaminases), associado a recidiva precoce das crises, mesmo após terapêutica específica, iniciou lanadelumab, em Jun/2020. Verificou-se controlo do AEH, não se registando reações adversas significativas. **Discussão:** Ambos os doentes, cumpriram lanadelumab a cada 2semanas, nos primeiros 6 meses e, desde então, a cada 4semanas. Estão bem-adaptados à nova PLD, deixaram de sentir o fardo da doença e da medicação, bem como o impacto negativo nas suas vidas.

CC23 – ANGIOEDEMA HEREDITÁRIO INAUGURAL EM CRIANÇA DE 3 ANOS SEM HISTÓRIA FAMILIAR DA DOENÇA

Resende M¹, Almeida A², Abreu C¹, Morete A¹

¹ Centro Hospitalar Do Baixo Vouga, Aveiro, Portugal

² Centro Hospitalar Universitário de São João, Porto, Portugal

Introdução: O Angioedema Hereditário (AEH) por défice de CI-inibidor (CI-INH) é uma doença rara autossômica dominante, caracterizada por episódios recorrentes de angioedema não pruriginoso e tendencialmente assimétrico, tipicamente nas extremidades, face e genitais, podendo atingir a mucosa digestiva e respiratória. O envolvimento laríngeo constitui a expressão clínica mais grave, sendo potencialmente fatal. Habitualmente, a história familiar sugere o diagnóstico. No entanto, a apresentação atípica com história familiar negativa, aliada à dificuldade diagnóstica diferencial, pode atrasar o diagnóstico de meses a anos. Os fatores desencadeantes das crises podem ser traumatismos, infeções, stress, tratamentos médico-cirúrgicos ou fármacos. O diagnóstico de AEH é clínico e laboratorial. Descrição do caso clínico: Criança de 3 anos, sexo masculino, com roncopatia, rinite e sibilância recorrente, referenciado para a consulta de Pediatria Geral por episódios recorrentes de edema dos pés e tornozelos, frequentemente assimétrico, sem prurido e, por vezes, associado a rash eritematoso e desconforto na palpação. Apresentava episódios mensais nos 3 meses prévios, avaliados em contexto de urgência, onde foram excluídas causas infecciosas, ortopédicas e alérgicas. O início dos sintomas correlacionava-se maioritariamente com pequenos traumatismos no local, com resolução espontânea em 3 dias. Os antecedentes familiares eram irrelevantes. Analiticamente, apresentava diminuição de CI-INH, CI-INH funcional e C4, com valores normais de CIq, tendo sido feito o diagnóstico provável de AEH tipo I e orientado para consulta de Imunoalergologia. **Discussão:** O AEH é uma doença potencialmente fatal e frequentemente não diagnosticada. Em 20-25% dos casos ocorrem mutações de novo em doentes sem história familiar de AEH. Nestes casos, é fundamental um elevado grau de suspeição diagnóstica para um diagnóstico precoce e posterior tratamento atempado das crises e sua prevenção. No presente caso, atendendo ao envolvimento ligeiro das extremidades e diminuição da periodicidade dos episódios, optou-se por uma atitude expectante. Destaca-se ainda a importância do rastreio dos familiares.



**CC24 – ANAFILAXIA COM CULPADO IMPROVÁVEL
- CONTRIBUTO DO DIAGNÓSTICO POR
COMPONENTES MOLECULARES**

Areia M¹, Pereira Dias L¹, Cadinha S¹, Reis Ferreira A¹

¹ Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, Vila Nova de Gaia, Portugal

Introdução: O esclarecimento etiológico da anafilaxia pode ser desafiante. **Descrição:** Criança de 7 anos, sexo masculino, institucionalizado, antecedentes de dermatite atópica grave, síndrome polimalformativa com patologia cardíaca e portador de gastrotomia percutânea endoscópica (PEG), habitualmente medicado com betabloqueador. Apresentava alergia ao ovo mal cozinhado (IgE total 10.20IKU/L, clara ovo 3.40UK/L, gema ovo 1.64UK/L, ovalbumina 4.16UK/L, ovomucoide 0.41UK/L), a cumprir evicção, tolerando ovo bem cozinhado. Teve um episódio de anafilaxia minutos após refeição de sopa com ovo pela PEG. Perante a dúvida entre reação ao ovo ou a outro alérgeno, num doente com dermatite atópica que impossibilita a realização de testes cutâneos por picada (TCP), solicitou-se estudo de alérgenos moleculares. O ImmunoCAP™ISAC revelou positividade para Hevbl, Hebv3, Hebv5, Gald2, Anao2, Cora9, Glym6 e Actdl. **Discussão:** Este estudo permitiu confirmar alergia a ovalbumina e identificar a alergia ao látex como outra causa possível da reação. Quando questionadas as cuidadoras, eram ocasionalmente utilizadas luvas de látex na prestação de cuidados e foram descritos episódios de eritrodermia após a manipulação. Assim, não sendo possível excluir reação grave a ovalbumina, por presença de cofatores, cozedura incompleta do ovo ou pela exposição direta da proteína à mucosa gástrica, foi identificada alergia ao látex e foram instituídas medidas de evicção. Foram também identificadas outras sensibilizações, que apesar de não serem parte da dieta, permitiram alertar para a sua evicção e diminuição do risco potencial. A determinação de alérgenos moleculares na prática clínica é relevante no estudo da alergia quando a história clínica detalhada e TCP não são esclarecedores ou existe contra-indicação à sua realização. Perante uma anafilaxia, mesmo em doentes com etiologia provável, pode ser importante pesquisar outros alérgenos potenciais. Este caso permite também refletir sobre a importância da via de alimentação na alergia alimentar, principalmente em doentes sensibilizados a proteínas que habitualmente causam reações menos graves.

**CC25 – PNEUMONITE DE HIPERSENSIBILIDADE:
O TEMPO O DISSE!**

Silva D¹, Rezende I¹, Falcão H¹

¹ Centro Hospitalar Universitário do Porto, Porto, Portugal

Introdução: A Pneumonite de Hipersensibilidade (PH) é uma doença imunomediada relacionada com a exposição a aeroalérgenos, em indivíduos suscetíveis. A clínica pode ser insidiosa e, inicialmente, com exame físico e imagem normais. O diagnóstico atempado é fundamental, pois embora as formas aguda/subaguda sejam reversíveis, o desenvolvimento de fibrose é fator de mau prognóstico e pode ser atrasado. **Descrição do caso clínico:** Apresentamos o caso de uma mulher de 43 anos, praticante de exercício, com antecedentes de rinoconjuntivite e tabagismo de 10 UMA. Reside em zona urbana, em habitação arejada com 2 gatos. Teve contacto diário com galinhas e pombos até à idade adulta. Auxiliar de limpeza, tem exposição profissional a químicos e pó. Referenciada a Imunoalergologia, em maio de 2020, por quadro com 3-4 anos de evolução de tosse persistente, episódios de dispneia para as atividades de vida diária, sem diagnóstico e de difícil controlo. Filiou-se em provável asma, iniciou tratamento com budesonida+formoterol 160/4,5 µg/dose bidário e, realizou espirometria com prova de broncodilatação, que foi negativa e que mostrou uma alteração ventilatória restritiva ligeira. Por persistência das queixas, prosseguiu estudo com pletismografia que revelou resistência das vias aéreas e capacidade de difusão do monóxido de carbono diminuída. Em outubro de 2021, realizou Tomografia Computorizada de Alta Resolução (TCAR) torácica a revelar nódulos centrolobulares superiores, opacidade em “vidro despolido” e air-trapping e, posteriormente, um lavado bronco-alveolar (LBA) com linfocitose – a favor de PH. Pelo exposto, foi apresentada em consulta de grupo com Pneumologia, sendo candidata a anti-fibrótico, com resposta expectante. **Discussão:** Proteínas aviárias aerossolizadas são a causa mais comum de PH. O diagnóstico assenta na avaliação desta exposição, resultados da TCAR e, complementa-se com achados no LBA. Os autores salientam a importância do diagnóstico diferencial e do envolvimento multidisciplinar no estudo, como forma de agilizar a orientação terapêutica.

