

Anafilaxia induzida por múltiplos alimentos

Bruna Gehlen¹, Renan Augusto Pereira¹, Helena Fleck Velasco¹,
Giovanni Marcelo Di Gesu¹, Regina Sumiko Watanabe Di Gesu¹

Introdução: As alergias alimentares vêm aumentando de frequência com o passar dos anos, variando de 2-10% da população nos estudos, dependendo de características como idade, região, raça entre outros. **Relato de caso:** Paciente masculino, 2 anos, encaminhado devido a alergia alimentar múltipla, dermatite atópica leve e rinite alérgica. Desenvolveu 2 episódios de anafilaxia a lentilha, uma delas pelo contato exclusivamente cutâneo em face. Além da lentilha, apresenta alergia IgE mediada (comprovadas por teste de provocação oral) a ervilha, feijão, abóbora, batata doce e banana, e proctocolite alérgica (não IgE mediada) com leite, soja e ovo. Devido a história de múltiplos alimentos envolvidos, realizada endoscopia digestiva alta, que confirmou esofagite eosinofílica – hiperplasia da basilar e 20 eosinófilos/CGA. Iniciado tratamento com budesonida deglutida (gel) 1 mg 12/12h, com melhora endoscópica importante após 12 semanas: ausência de hiperplasia de basilar e 3 eosinófilos/CGA. Entretanto, paciente mantinha reações IgE mediadas com escapes alimentares acidentais muito frequentes, principalmente na escola, com grande queda de qualidade de vida. Frente ao quadro clínico exposto, iniciado omalizumabe 75 mg (definida dose através de peso e IgE sérica de 399 kU/l), com boa tolerância. Neste primeiro mês da terapia, nenhuma nova reação alimentar foi relatada, com plano de iniciar reintrodução gradual de alguns alimentos. **Discussão:** O omalizumabe foi aprovado pela Food and Drug Administration para o tratamento de alergias alimentares múltiplas mediadas por IgE em adultos e crianças maiores de um ano. Este medicamento reduz o risco de reações alérgicas (Tipo I), que podem incluir anafilaxia, quando o paciente ingere um ou mais alérgenos alimentares. O omalizumabe é a ÚNICA medicação aprovada para este fim até o momento, e também é o único capaz de modificar o limiar de reações, possibilitando melhora da qualidade de vida para o paciente e familiares.

1. Hospital Moinhos de Vento - Porto Alegre - RS - Brasil.

Manejo de anafilaxia ao leite em paciente com esofagite eosinofílica

Ana Carolina Alves Felicino Sousa Santos¹, Arthur Hikaru Nunes Motizuki¹,
Júlia Gomes Marcidelli¹, Ana Maria Sversut Briante¹,
Isis Franco Martin², Carla Louise Silva Leão Guedes²,
Iara Cristina Gauer Barcelos¹, Vitoria Ellen Oliveira¹

Introdução: Anafilaxia ao leite persistente tem aumentado nos últimos anos, assim como a esofagite eosinofílica, tanto em crianças como adultos. Os alérgenos alimentares mais frequentemente desencadeantes de esofagite eosinofílica em crianças são leite, ovo e trigo. **Relato de caso:** Escolar, 8 anos, masculino, procedente de zona rural. Apresentou anafilaxia ao ovo e à proteína do leite de vaca desde os 7 meses, asma controlada e rinite alérgica controlada. Evoluiu com tolerância ao ovo aos 2 anos. Mantendo anafilaxia grave a traços de leite. IgE específica para leite > 100 UI/mL e caseína > 100 UI/mL. Foi diagnosticado com esofagite eosinofílica, aos 4 anos, em endoscopia digestiva alta com biópsia, assintomático, com alterações somente histológicas. Tratado com fluticazona deglutida e esomeprazol oral. Realizou imunoterapia oral com leite de vaca; iniciou com anafilaxias na dose 0,1 mL de leite diluído 1:100, apresentando difícil manejo da imunoterapia devido a anafilaxias muito frequentes. Após atingida dose de manutenção de 50 mL dia de leite, 6 meses após apresentou EDA com alterações histológicas compatíveis com recidiva da esofagite eosinofílica e 16 eosinófilos por campo de grande aumento. Iniciado uso de dupilumabe a cada 15 dias, com controle histológico e diminuição significativa das crises de anafilaxia. **Discussão:** A imunoterapia oral com leite é um tratamento que visa diminuir o risco do paciente que mantém a alergia ao leite, especialmente nos casos de anafilaxia grave a traços de proteína de leite. Por outro lado, a esofagite eosinofílica é mais frequente e deve ser pesquisada nesses casos, mesmo em pacientes assintomáticos. A presença de esofagite eosinofílica está associada ao manejo mais difícil da imunoterapia oral, devido a crises mais graves e frequentes de anafilaxia durante o tratamento. Nesse caso, uso de imunobiológico dupilumabe permitiu o controle da esofagite e menos efeitos colaterais pela imunoterapia.

1. UNIVAG - Várzea Grande - MT - Brasil.

2. UNIVAG - Cuiabá - MT - Brasil.

Linhaça: um alérgeno alimentar emergente? Relato de caso clínico

Isabela Oliveira Xavier¹, Daniel Oliveira Santos¹,
Kamila Andrade Santana¹, Karen Luise Santana¹, Lara Lima Canuto¹,
Mídia Nogueira Maia¹, Ana Beatriz Franco Prado¹,
Ana Luiza Farias de Carvalho¹, Beatriz Oliveira Nascimento¹, Isadora França Guimarães¹

Introdução: A alergia alimentar envolve uma resposta imunológica após contato ou ingestão de alimentos específicos, podendo ser imunológica, não imunológica ou mista. Reações imunológicas, mediadas por IgE, são rápidas, podendo cursar com urticária, broncoespasmo e, em casos graves, anafilaxia. Reações não imunológicas podem resultar em sintomas gastrointestinais, como diarreia, com aparecimento horas ou dias após. Reações mistas pioram com a ingestão contínua do alimento. A linhaça é raramente citada como alergênica, com poucos relatos de anafilaxia. No entanto, seu uso crescente na alimentação e medicina alternativa pode aumentar a ocorrência de reações alérgicas. **Relato de caso:** Há seis meses, uma paciente do sexo feminino, 32 anos, apresentou uma reação alérgica grave após consumir um pão integral de 7 grãos, resultando em urticas generalizadas e dispneia, com necessidade de adrenalina intramuscular. A composição do pão incluía ingredientes como semente de linhaça. Em outro episódio, após ingerir um produto lácteo com linhaça e chia, a paciente desenvolveu angioedema labial e dispneia, tratada com prednisona e desloratadina, evoluindo com quadro de êmese. A paciente já consumiu aveia após essas reações e tolerou o alimento. Durante investigação, o teste *prick to prick* indicou uma reação para linhaça (13x8 mm), chia (3x2 mm), com controle positivo de 8x5 mm e controle negativo 0x0 mm. **Discussão:** Trata-se de um relato de caso caracterizado por alergia alimentar imediata à linhaça. No exposto, houve convergência entre achados clínicos da paciente com o consolidado na literatura, através da comprovação pelo *prick to prick* positivo para linhaça. Pode-se concluir que a alergia alimentar apresenta uma incidência crescente e há a necessidade cada vez maior de aperfeiçoar a identificação de forma precoce e avaliar terapias alternativas a fim de melhorar a qualidade de vida para o paciente e familiares.

1. Universidade Tiradentes - Aracaju - SE - Brasil.

Comparação entre o *clearance* esofágico de duas preparações de budesonida viscosa oral utilizando cintilografias esofágicas realizadas em pacientes pediátricos com esofagite eosinofílica ativa

Pamela Fernanda Alves Barbosa¹, Antonio Carlos Pastorino¹,
Mayra de Barros Dorna¹, Beni Pamela Morgenstern¹, Ana Paula Beltran Moschione Castro¹

Introdução: A Budesonida Viscosa Oral (BVO) é uma opção terapêutica para a Esofagite Eosinofílica (EoE). Maior tempo para o *clearance* esofágico da BVO foi correlacionado a maior chance de controle da doença na população adulta, não existem estudos semelhantes na população pediátrica. Hipótese: Não há diferença estatística entre o *clearance* esofágico de duas preparações de BVO em pacientes pediátricos com EoE ativa. **Objetivo:** Descrever e comparar o *clearance* esofágico de duas preparações distintas de BVO em pacientes pediátricos com EoE ativa. **Método:** Estudo longitudinal que incluiu pacientes pediátricos com EoE ativa submetidos a duas cintilografias esofágicas com intervalo de 1-2 semanas deglutindo duas preparações (P1 e P2) de BVO. As preparações foram: P1 - budesonida solução para nebulização 500 mg (2 mL) e 1,8 gramas sucralose em pó; P2 - budesonida em pó 400mcg e 3 ml de xarope de glucose, ambas com o volume aproximado de 4 mL e marcadas com radiofármaco ^{99m}Tc-Fitado (atividade de 0,5 mCi e volume de 0,3 mL). Foram analisados os seguintes indicadores: tempo de esvaziamento esofágico (TEE), intervalo de tempo entre a chegada de 50% do valor máximo de atividade de radiofármaco captada (VM) ao esôfago proximal e saída de 90% do VM do esôfago distal, em segundos; % de esvaziamento do esôfago após 10s do VM e % de retenção do VM após 10 min. **Resultados:** Foram incluídos 13 pacientes (mediana de idade: 11 anos; 6M:7F), com duas perdas. Medianas encontradas: TEE - 7s (P1) e 12s (P2); esvaziamento após 10s VM - 83% (P1) e 79% (P2); % retenção após 10min VM - 0,6% (P1) e 0,7% (P2). Não foi encontrada diferença estatística significativa entre nenhuma das medianas dos indicadores analisados ($p > 0,05$). **Conclusão:** O *clearance* esofágico foi comparável entre as preparações com passagem rápida da BVO pelo esôfago e pequena porcentagem de retenção do VM. Ainda que mais estudos sejam necessários, é importante considerar que o sucesso terapêutico da BVO pode não estar relacionado ao tempo de sua permanência no esôfago.

1. Unidade de Alergia e Imunologia do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - São Paulo - SP - Brasil.

Indução de tolerância oral a alimentos: o que esperar da etapa de dessensibilização?

Laís Ferreira Lopes Brum¹, Nayara Maria Furquim Nasser¹, Thaís Costa Lima Moura¹,
Débora Linhares Rodrigues¹, Glauce Hiromi Yonamine¹, Beni Morgenstern¹,
Mayra Barros Dorna¹, Antonio Carlos Pastorino¹, Ana Paula Beltran Moschione Castro¹

Introdução: A prevalência da alergia alimentar vem aumentando no mundo e estudos mais recentes têm demonstrado que a tolerância espontânea tem ficado cada vez mais tardia. Hipótese: A Imunoterapia Oral (ITO) é um tratamento eficaz, porém está associada a uma alta taxa de reações adversas. O objetivo foi caracterizar o perfil de pacientes e descrever os desfechos da dessensibilização em um serviço de referência em ITO. **Método:** Estudo descritivo prospectivo com informações coletadas de prontuários de pacientes submetidos a ITO a leite de vaca (LV) entre 2015 e 2024. A ITO foi realizada em 4 fases: primeira fase com o leite diluído (12 ingestas / dia), segunda com leite puro até 15 mL/hora (12 ingestas dia), terceira fase 15 mL/hora até 180 mL/dia (número de ingestas /dia variado) e quarta fase com manutenção diária de no mínimo 120 mL de leite. Através de questionários e informações coletadas em registros médicos caracterizou-se: o perfil dos pacientes, as reações adversas e o desfecho do tratamento. **Resultados:** 40 pacientes (20M:20F) iniciaram o tratamento de ITO ao LV em média aos 8,4 anos. Todos os pacientes tiveram anafilaxia prévia, 36 pacientes tinham pelo menos uma comorbidade alérgica sendo 17,5% com outra alergia alimentar associada e nenhum com diagnóstico prévio de esofagite eosinofílica (EoE). As reações adversas ocorreram em 82,5% pacientes, sendo mais frequente na fase 4 (55% das vezes), seguido da fase 2, 3 e 1, com destaque as urticárias e vômitos. As reações anafiláticas ocorreram em 14 pacientes aparecendo com maior frequência na fase 4. Seis pacientes não conseguiram terminar o tratamento suspendendo a ITO (2 pacientes pararam na fase 2, 3 na fase 3, 1 na fase 4). Além disso, 14 evoluíram com EoE, destes, 4 descontinuaram a ITO. **Conclusão:** A ITO é um tratamento inovador mas com alta taxa de eventos adversos, portanto é necessária a presença do especialista, um local apropriado, um acompanhamento minucioso a longo prazo e acima de tudo a decisão compartilhada entre pais, médico e paciente.

1. Instituto da Criança e do Adolescente do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - São Paulo - SP - Brasil.

Relação entre microbioma intestinal e desenvolvimento de alergias alimentares

Taise Sadovski Jácome da Silva¹, Amanda Vitoria Serafim dos Santos², Fabiana Heloísa Oliveira³, Larissa Adriene Ramos Ferreira Sepulvene⁴, Isabela Colissi Habowski⁵, José Carlos Brunetti Filho⁶, Gean Gimenes Moura⁶, Heulália Teodora Cerqueira Gonçalves⁷, Brenda Letícia Amaral de Souza⁸

Introdução: O microbioma intestinal são micro-organismos que habitam de forma harmônica a luz do trato digestivo humano e desempenham um papel fundamental no sistema imunológico. Nesse contexto, um desequilíbrio, disbiose, tem sido associado ao agravamento de doenças imunomediadas. Dessa forma, o trabalho buscou investigar a relação entre microbiota intestinal e o desenvolvimento de alergias alimentares. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão sistemática, selecionando ensaios clínicos e ensaios clínicos randomizados publicados na base de dados PubMed nos últimos 10 anos, relacionados aos descritores “gut”, “microbiome”, “food allergies” e “food hypersensitivity”. **Resultados:** Demonstrou-se notória a relação entre o microbioma intestinal e o desenvolvimento de alergias alimentares. A modulação dessa microbiota através de probióticos e imunoterapia oral mostrou-se eficaz na melhora da tolerância alimentar. A imunoterapia oral foi associada a mudanças específicas na microbiota intestinal, influenciando a resposta ao tratamento de condições alérgicas. Respostas aberrantes de IgA à microbiota intestinal em bebês foram associadas ao desenvolvimento de alergias. A suplementação com *Lactobacillus rhamnosus* GG em bebês alérgicos ao leite de vaca aumentou a abundância de bactérias produtoras de butirato, correlacionando-se com a aquisição de tolerância ao leite. **Conclusão:** O desenvolvimento de alergias alimentares está relacionado com o microbioma intestinal. Assim, correlacionou-se a melhora da intolerância alimentar ao uso de probióticos. Além disso, associou-se o uso de fórmulas à base de aminoácidos combinadas com simbióticos à correção da disbiose intestinal em bebês e a suplementação com *Lactobacillus rhamnosus* GG à melhora da tolerância ao leite. Portanto, essas estratégias podem ser benéficas para o manejo e a prevenção de alergias alimentares, devendo-se realizar mais estudos para ampliar essas intervenções na prática clínica.

1. Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública - Salvador - BA - Brasil.
2. Centro Universitário Tocantinense Presidente Antônio Carlos, UNITPA - Araguaína - TO - Brasil.
3. Universidade do Vale do Sapucaí - Pouso Alegre - MG - Brasil.
4. Faculdade de Ciências Médicas em São José dos Campos - São José dos Campos - SP - BRASIL.

5. Universidade Positivo - Curitiba - PR - Brasil.
6. Faculdade Brasileira de Cachoeiro, MULTIVIX - Cachoeiro do Itapemirim - ES - Brasil.
7. Universidade Privada Maria Serrana - Foz do Iguaçu - PR - Brasil.
8. Universidade Federal do Amapá, UNIFAP - Macapá - AP - Brasil.