



Reação de hipersensibilidade imediata a lírio do campo: relato de caso

Mariana S. Soares Peron¹, Bruna C. Valdivieso¹, Débora Nogueira Muniz¹,
Erika P. Souza¹, Larissa Oliveira F. Silva-Lima¹, Bruno H. Marconato¹,
Priscila Ferreira Cortez¹, Raisia Gusso Ulaf Subtil², Eli Mansour¹

Introdução: Os pólenes são alérgenos associados às doenças atópicas com sintomas respiratórios e oculares. A doença polínica ou polinose se caracteriza por rinoconjuntivite e/ou asma com periodicidade anual coincidente com o período da polinização. No entanto, o pólen, pode desencadear outras manifestações clínicas como as cutâneas e até anafilaxia. A alergia ao pólen de *Lilium sp.* não foi relatada em nosso meio. **Relato de caso:** T.C.F., sexo feminino, 59 anos, apresentou história de reação sistêmica desencadeada pelo contato inalatório com a flor lírio do campo (*Lilium sp.*) aos 46 anos. Inicialmente apresentou urticária, evoluindo para um quadro mais grave com disfonia e dispneia associados. Para investigação e confirmação diagnóstica, e pela indisponibilidade de exames de IgE específico ou extratos padronizados, foi necessária realização de *prick test* com 0,15 g de pólen de *Lilium longiflorum* diluído em 1,5 ml de diluente. O teste foi aplicado também em outros 3 voluntários assintomáticos, como controles, nas diluições de 1:1 e 1:10, além dos controles positivo e negativo realizados com histamina e soro fisiológico, respectivamente. A diluição 1:1 foi positiva na paciente e negativa nos 3 controles. **Discussão:** A paciente relatada tem uma alergia grave a um pólen não usualmente associado às manifestações apresentadas. Este caso reforça a necessidade de melhor investigação de causas de reações de hipersensibilidade a pólen não usuais em nosso meio.

1. Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP - Campinas - SP - Brasil.

2. Universidade do Planalto Catarinense - Lages - SC - Brasil.

Anafilaxia a mandioca em paciente alérgico ao látex: relato de caso

Eduardo Cunha Souza Lima¹, Maria Laura Pires Carvalho Pereira¹,
Ingrid Pimentel Cunha Magalhaes Souza Lima¹, Eduardo Magalhaes Souza Lima¹,
Marina Cunha Souza Lima¹, Aline Pereira Araujo¹, Ana Paula Silveira de Oliveira Léo²,
Ana Carolina Gonçalves Ribeiro de Carvalho², Ingrid Luise Braga Miguez², Larissa Navarro Barros²

A Síndrome de látex-alimento pode estar presente em 30-50% dos alérgicos ao látex, e a mandioca é um dos alimentos que fazem parte desta síndrome. É importante que estejamos atentos a essa reatividade, posto que este tubérculo é de amplo consumo no Brasil. **Relato de caso:** Paciente de 68 anos, sem relato de reações alérgicas prévias. Em abril de 2024 intercorreu com paralisia facial e urticas após realização de colecistectomia. Em maio do mesmo ano, ao cozinhar caldo de mandioca, queixou-se de dispnéia, intercorreu com vômitos e urticas. Fez uso de anti-histamínico com boa resposta. Nega contato frequente com luvas de látex, mas relata passado de diversas cirurgias sem intercorrências. Na primeira consulta com médico alergista, em julho de 2024, foi solicitada dosagem de IgE para látex, que resultou em 22,4 (resultado “muito elevado”). Ademais, foi realizado *prick to prick* com mandioca crua e cozida, resultando em uma pápula de 11 mm e 6 mm, respectivamente. O controle positivo foi de 6 mm. Dessa forma, foi diagnosticada alergia a látex e mandioca. Relatório foi realizado para casos de procedimentos cirúrgicos, orientando utilização de sala “látex free”. Além disso, foi orientada a não consumir mandioca e estabelecido plano de ação em caso de reações alérgicas como as descritas, com emprego de anti-histamínico, corticoide sistêmico e adrenalina autoinjetável, quando indicado. **Discussão:** Man e 5, primeiro alérgeno purificado da mandioca, demonstra reatividade cruzada com Hev b5 do látex, que pode desencadear reações sem exposição prévia, sugerindo mecanismo que envolve a síndrome látex-fruta. Em relação a síndrome, além de fatores genéticos, acredita-se que se deva à idade de início da exposição, via de sensibilização, doenças de base, tipo e número de cirurgias realizadas. O diagnóstico é essencial para o tratamento adequado e estabelecimento de um plano de ação com indicação de adrenalina autoinjetável.

1. Clínica de Alergia Souza Lima - Belo Horizonte - MG - Brasil.

2. Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde / SUPREMA - Juiz de Fora - MG - Brasil.



Perigo oculto: relato de caso de anafilaxia ao excipiente polietilenoglicol

Cynthia Mafra Fonseca Lima¹, Carlos Henrique Santos Góis Filho¹,
Luísa Ferro Braga Laurindo de Cerqueira Lira Gusmão²,
Mariana Gonçalves Ferreira Moreira Portela³, Iramirton Figuerêdo Moreira¹

Introdução: O Polietilenoglicol (PEG) ou macrogol é uma substância que funciona como excipiente em uma grande variedade de medicamentos, cosméticos e alimentos processados. A alergia ao PEG é rara, porém com potencial gravidade e dificilmente diagnosticada como a causa de uma anafilaxia. **Relato de casos: Caso 1** - Mulher, 34 anos, há cerca de 2 anos apresentou reação iniciada 15 minutos após uso de pantoprazol injetável evoluindo com urticária, angioedema e sensação de aperto na garganta. Foi realizado teste cutâneo intradérmico (TCI) de leitura imediata com omeprazol, pantoprazol e macrogol, resultando positivo para macrogol 1:10 com pápula de 5 x 7 mm. **Caso 2** - Mulher, 19 anos, com história de dois episódios de anafilaxia com hipotensão, angioedema palpebral, sensação de aperto na garganta e urticária após injeção de pantoprazol devido a crise de gastrite. Relata que teve outros episódios de urticária após uso de pantoprazol e omeprazol comprimidos. No dia da primeira anafilaxia, também havia sido administrado amoxicilina. Foi realizado teste de provocação oral com amoxicilina 500 mg com resultado negativo. Foram realizados TCI de leitura imediata com omeprazol, pantoprazol e macrogol, resultando positivo apenas para o macrogol 1:10 com pápula de 5 x 6 mm. As medicações foram diluídas com água destilada para realização dos testes. Em ambos os casos o macrogol foi testado em controles negativos. **Discussão:** O diluente do pantoprazol administrado nas duas pacientes contém macrogol. A exposição prévia é comum devido à sua presença em diversos produtos. O diagnóstico formal de alergia ao PEG costuma ser tardio após a primeira reação, levando ao paciente a múltiplas exposições e aumentando o risco de ter reações graves. Foram descritas na literatura reações bifásicas, sendo importante manter a avaliação do paciente até 12 horas após a resolução do quadro inicial. Essa série de casos ressalta a importância de considerar excipientes como etiologia de quadros anafiláticos.

1. UFAL - Maceió - AL - Brasil.

2. CESMAC - Maceió - AL - Brasil.

3. UNIMA - Maceió - AL - Brasil.



Síndrome de ativação mastocitária e uso de omalizumabe: série de casos

Joice Trigo Fonseca¹, Joanemile Pacheco Figureiredo¹,
José Carlison Santos Oliveira¹, Regis Albuquerque Campos¹,
Leila Vieira Borges Tancroso Neves¹, Janinne Souza Oliveira¹, Carlos Jeremias Barros Nunes¹

Introdução: A Síndrome de Ativação Mastocitária (SAM) é um distúrbio caracterizado pela ativação excessiva e anormal dos mastócitos, resultando uma ampla gama de sintomas, incluindo urticária, angioedema, rubor assim como episódios recorrentes de anafilaxia. Pacientes refratários ao tratamento com a terapia padrão podem se beneficiar do uso do omalizumabe. Trata-se de um estudo transversal baseado na análise de prontuários de pacientes diagnosticados com SAM em uso de omalizumabe. Todos os pacientes preencheram critérios para SAM. **Relato de casos:** Foram avaliadas três pacientes do sexo feminino, todas com histórico de múltiplas anafilaxias, urticárias/angioedemas recorrentes, broncoespasmos frequentes, crises esternutatórias e elevações de triptase superiores a 20% em relação ao valor basal. As pacientes apresentaram resposta parcial ao tratamento combinado com anti-histamínicos e inibidores de montelucaste, além de tentarem quadruplicar a dose basal do anti-histamínico de segunda geração. Para todas, foi indicado o uso de omalizumabe, um anticorpo monoclonal anti-IgE, como terapia adjuvante, com a dose calculada conforme o protocolo utilizado para asma. Com essa abordagem, todas as pacientes alcançaram controle completo dos sintomas. **Discussão:** Há poucos dados na literatura sobre o uso do omalizumabe na SAM, tornando necessária mais pesquisa para estabelecer protocolos de tratamento padronizados e eficazes para esta condição.

1. Universidade Federal da Bahia - Salvador - BA - Brasil.

Imunoterapia subcutânea em criança com síndrome látex-pólen-fruta: relato de caso

Juliana Goncalves Primon¹, Thalita Gonçalves Picciani¹,
Larissa Machado Carvalho¹, Angélica Fonseca Noriega¹,
Tayná Padilha Miranda¹, Guilherme da Silva Martins¹, Gabriela Spessatto¹,
Débora Carla Chong-Silva¹, Herberto José Chong- Neto¹, Nelson Augusto Rosário Filho¹

Introdução: A síndrome látex-pólen-fruta é provocada por um pan-alérgeno, geralmente uma profilina. Manifesta-se com sintomas de rinoconjuntivite, urticária, ou reações graves, como a anafilaxia. No Brasil é incomum. **Relato de caso:** Menino, 4 anos, com diagnóstico de asma alérgica, rinoconjuntivite alérgica e dermatite atópica leve. Com 1 ano e 1 mês evoluiu com urticária e angioedema em face, vômitos e diarreia imediatamente após a ingestão de banana. Foi realizado TCA com banana 3x3 mm. Com 1 ano e 9 meses evoluiu com urticária perioral após contato com bexiga de borracha. A dosagem de IgE específica por ImmunoCAP para Hev b 8 = 3,07 Ku/L (profilina do látex). Com 1 ano e 10 meses, ele apresentou urticária perioral e nos locais de contato com as diversas frutas que era exposto (manga, morango, laranja, kiwi, maçã e melancia). Realizamos o TCA com as frutas semanalmente e todos os resultados foram positivos, e a dosagem de IgE específica por ImmunoCAP para Pru p 4 (profilina do pêssego) = 1,76 kU/L. Aos 2 anos, realizamos o TCA para *Lolium perene* 4x4 mm, e dosado IgE específica por ImmunoCAP para nPhl p12 (profilina do pólen) = 2,08 kU/L, caracterizando a síndrome látex-pólen-fruta. Foi iniciado a imunoterapia subcutânea (ITSC) com *Lolium*, *Cynodon dactylon* e *Paspalum notatum* em Novembro de 2022. Desde então ocorreram dois episódios de anafilaxia após a aplicação da imunoterapia, durante o período de observação, sendo um deles na fase de indução em Dezembro de 2022 e outro após um ano na dose de manutenção em Maio de 2024. Atualmente foi observada tolerância à ingestão de maçã. **Discussão:** Existem poucos relatos sobre a síndrome e seu tratamento, sendo a ITSC uma possibilidade de indução de tolerância, naqueles pacientes com manifestações graves.

1. Hospital de Clínicas - UFPR - Curitiba - PR - Brasil.

Primeiro caso descrito de anafilaxia induzida pelo exercício dependente de feijão (AIEDA) associada a esofagite eosinofílica (EE): apresentação de protocolo de investigação

Alessandra Rodrigues Cecim¹, Ludimila Alves Melgaço¹, Erica Albertina Azevedo¹, Albertina Varandas Capelo¹, Bruna Fava Reis¹, Nonayra Bessa Oliveira¹, Maria Clara Albertina Mazzinghy¹, Camila Martins Chieza¹, Mara Albertina Morelo¹, Eliane Albertina Miranda¹

Justificativa: A AIEDA é uma reação de hipersensibilidade sistêmica grave, rara, subdiagnosticada associada ao exercício físico e alimentos, particularmente o trigo. **Objetivo:** Relatar um caso raro, em homem de AIEDA associado a EE, descrevendo-se o protocolo de investigação. **Relato de caso:** Homem de 21 anos, com primeiro episódio de anafilaxia aos 16 anos de idade. Apresentou mais de 6 episódios até orientação baseado com testes alérgicos. Todos os episódios aconteciam durante atividade aeróbica após uma hora do almoço e uma hora do início da atividade física. O último episódio foi mais grave necessitando adrenalina. Fez testes alérgicos e excluiu leite, camarão, trigo, ervilha, soja, feijão, orientado a evitar o feijão e todas leguminosas, além do camarão. Porém, após exposição acidental, quando consumiu hambúrguer com molho de feijão, apresentou novo episódio de AIEDA. Iniciou dor abdominal, tendo sido suspenso arroz e leite, tratado *H. pylori* e prescrito omeprazol, sem biópsia de esôfago. Repetiu EDA com *H. pylori* negativo e eosinófilos >20/GCA, quando aumentou IBP com melhora do RGE, e nova EDA normal. Foi encaminhado para nossa avaliação e realizados novos testes com IgE para feijão de 89,3 KU/L e triptase normal. Teste cutâneo positivo para feijão preto, feijão branco, feijão fradinho, vermelho, ervilha, positivos exceto lentilha e feijão branco. Reatividade cutâneo no teste de punção com feijão preto foi de 8x7 mm e feijão fradinho de 6x6 mm. Já consumia leite de vaca e camarão. Realizado teste ergométrico, com o Protocolo de BRUCE (PB) que excluiu Anafilaxia induzida pelo exercício. Feito teste de provocação com ervilha e feijão branco em repouso e com exercício (PB) sem reação. **Conclusão:** Descrevemos o primeiro caso de AIEDA desencadeada pelo feijão preto, que embora faça parte habitualmente da alimentação do brasileiro, não foi descrito até o momento como desencadeante de AIEDA. É necessário seguir protocolo na investigação da AIEDA, com o objetivo de excluir outros diagnósticos.

1. HUGG - Rio de Janeiro - RJ - Brasil.

Anafilaxia a hidrocortisona - relato de caso

Natalia Bianchini Bonini¹, Adriana Teixeira Rodrigues¹,
Daniela Barao Varalda¹, Maria Elisa Bertocco Andrade¹, Denise Neves Ladeia¹,
Vitor Salume Silva¹, Rodrigo Luis Chiaparini¹, Fatima Rodrigues Fernandes¹

Introdução: Corticosteroides sistêmicos são amplamente utilizados na prática clínica e reações de hipersensibilidade aos mesmos são incomuns e pouco documentadas na literatura, sendo descritos cerca de 100 casos de reações de hipersensibilidade imediata após sua administração oral e parenteral. **Relato de caso:** Paciente feminino, 56 anos, refere que em 2019 foi medicada em pronto socorro com captopril, nifedipino, furosemida, terbutalina, salbutamol e hidrocortisona (HCS) EV por broncoespasmo e crise hipertensiva. Após cerca de 5 minutos, durante infusão de HCS, houve piora da dispneia, surgimento de urticas pruriginosas em tórax e abdome e sensação de prurido em orofaringe. Foi suspensa HCS e realizado adrenalina. Em 2023 apresentou episódio semelhante após broncoespasmo e crise hipertensiva, e, novamente, após infusão de HCS necessitou de adrenalina. Encaminhada a serviço de alergia e imunologia. Inicialmente foi realizado teste cutâneo de leitura imediata (TCI) (puntura) e patch test para metabissulfito de sódio, conservante dos medicamentos utilizados, com resultado negativo. TCI (puntura e intradérmico) com dexametasona contendo bissulfito de sódio também foi negativo. Aventada hipótese diagnóstica de reação a HCS e realizado TCI. *Prick test*: controle negativo (soro fisiológico): negativo, controle positivo (histamina): 8x8 mm e HCS 50 mg/ml: 4x4 mm (positivo). Não houve progressão para teste intradérmico e realizados *prick test* com HCS 50 mg/mL em 3 pacientes saudáveis, com resultado negativo. **Discussão:** Reações de hipersensibilidade imediata aos corticosteroides variam em gravidade e em geral ocorrem em menos de 1 após exposição. Essas reações também podem ser desencadeadas pela ativação e liberação de mediadores pró-inflamatórios e citocinas. Na avaliação desses pacientes, é importante investigar a possibilidade de reações cruzadas com outros corticosteroides, considerando suas estruturas químicas, para identificar alternativas terapêuticas adequadas.

1. Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual de São Paulo, IAMSPE - São Paulo - SP - Brasil.

Anafilaxia após vacinação contra dengue: teste de puntura e intradérmico na avaliação de dois casos no Distrito Federal

Lorena Oliveira Silva¹, Ana Elisa Marques de Deus Oliveira Paim¹, Andressa Garcia Lima¹,
Antonio Carlos Tanajura Macedo¹, Daniele Farah Teixeira Raeder¹, Fernanda Bessa Araujo¹,
Fernanda Casares Marcelino¹, Flavia Alice Timburiba Medeiros Guimarães¹, Naiana Barbosa Santos¹

Introdução: A vacina atenuada contra dengue mais recente foi aprovada pela Anvisa em 2023 despontando como ferramenta adicional no combate à dengue no Brasil. A vacina é composta pela cepa vacinal DENV-2 modificada *in vitro*, sendo as demais cepas desenvolvidas a partir de rearranjo gênico. O presente artigo tem como objetivo relatar dois casos de anafilaxia após administração da primeira dose da vacina atenuada da dengue no Distrito Federal, com execução subsequente de teste de puntura e teste intradérmico com a vacina para tomada de decisão em relação à administração da segunda dose. **Relato de caso:** V.S.F., 21 anos, masculino, evoluiu com turvação visual, vômitos, urticária e hipotensão (PA: 79x29 mm Hg) após 30 minutos da administração da primeira dose da vacina atenuada da dengue. M.H.A.A., 12 anos, comorbidade síndrome nefrótica, apresentou urticária, angioedema palpebral, dor abdominal, diarreia, síncope após 1 hora. Receberam epinefrina intramuscular com remissão sintomatológica. V.S.F. apresentou urticária 24 horas após o quadro inicial. Os pacientes foram convocados para realização do teste de puntura com a vacina não diluída. Os testes foram negativos. Procedeu-se ao teste intradérmico com a vacina atenuada da dengue (diluição 1:100), que não evidenciou reações. Em decisão compartilhada, ambos receberam a segunda dose em ambiente hospitalar, sem reações adversas. **Discussão:** A aplicação da vacina pode ser segura mesmo com histórico de reação grave anteriormente. Isso foi evidenciado a partir da execução do teste de puntura e intradérmico somado aos estudos anteriores de segurança vacinal. Foi possível, assim, concluir o esquema vacinal de duas doses nos pacientes, conferindo-lhes proteção integral contra a dengue e corroborando a relevância de avaliação individualizada desses casos por profissionais especializados.

1. Hospital Materno Infantil de Brasília - Brasília - DF - Brasil.

Avaliação dos custos com tratamento de choque anafilático na Bahia de 2014 a 2023

Rafael Mehmeri Gusmão Santos Silva¹, Beatriz Castro e Silva de Albergaria Barreto¹,
Luíza Varjão Goes¹, Angelo Antônio Fonsêca de Jesus Souza¹,
Thaís Simões de Oliveira Borges¹, Felipe Nunes Teixeira Castro¹, Júlia da Silva Santana¹,
João Batista Monteiro Neto², Beatriz Andrade Mehmeri Santos¹, Matheus Nery Paes¹

Introdução: A anafilaxia é uma síndrome potencialmente grave, que provoca manifestações clínicas inespecíficas e multissistêmicas, sendo assim potencialmente fatal. Os custos com o tratamento do choque anafilático podem ser altos, e incluem o uso de medicamentos, hospitalização, exames e internação. Nesse sentido, o presente estudo foi feito para a avaliação dos custos com tratamento de choque anafilático na Bahia de 2014 a 2023. **Métodos:** Estudo retrospectivo, quantitativo e transversal utilizando dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS de 2014 a 2023. Foram analisadas variáveis como internações, óbitos, média de permanência, valor médio por internamento e valor total. **Resultados:** Durante o período analisado, a região Sudeste destacou-se em internações para tratamento, com um total de 1.919 casos, liderando ao longo de todo o período, seguida pela região Sul, com 931 internações. Os custos totais somaram R\$ 3.607.762,35, com a região Sudeste registrando o maior gasto, R\$ 1.707.945,78, e a região Sul com R\$ 840.624,38. O custo médio por internação foi de R\$ 791,00, com destaque para a região Sul (R\$ 902,93), seguida do Sudeste (R\$ 890,02.) Quanto à média de permanência hospitalar, as regiões Sudeste e Nordeste registraram a maior duração, com 3,8 dias, enquanto a região Sul teve uma média de 3,5 dias. Foram registrados 304 óbitos, com destaques para a região Sudeste, com 132 casos, seguida do Nordeste, com 72 óbitos. **Conclusão:** Conclui-se que a região Sudeste liderou em número total de casos e custos, enquanto a região Sul apresentou o custo médio mais alto por internação. A maior permanência hospitalar nas regiões Sudeste e Nordeste e a elevada taxa de mortalidade nessas áreas indicam a necessidade de melhorias na gestão dos cuidados e na alocação de recursos. Desse modo, esses resultados evidenciam a importância de estratégias regionais adaptadas para otimizar os custos e melhorar a eficácia do sistema de saúde.

1. Universidade Salvador, UNIFACS - Salvador - BA - Brasil.
2. Centro Universitário FG, UNIFG - Guanambi - BA - Brasil.



Prevalência de sintomas de alergia ao látex em um centro cirúrgico de um hospital escola de Alagoas

Pedro Henrique Valerio Lana¹, Alberto Magno Duarte Lessa Filho¹,
Daniel Silva Filho¹, Pedro Giacomini de Souza¹, Iramirton Figuerêdo Moreira¹

Introdução: O látex é um material utilizado como matéria-prima para produção de equipamentos na área da saúde. Apesar da prevalência baixa na população geral, a alergia ao látex é significativa nos profissionais de saúde, que apresentam sintomas típicos de alergia e sofrem com perda de produtividade e maior risco à saúde. Dessa forma, o presente estudo procurou avaliar as manifestações alérgicas ao látex e o seu impacto nos profissionais de saúde do centro cirúrgico de um hospital escola.

Métodos: Trata-se de um estudo do tipo descritivo e quantitativo, em que a variável primária é alergia ao látex e a variável secundária são manifestações alérgicas ao látex. Os dados foram coletados mediante um questionário aplicado entre os profissionais de saúde no centro cirúrgico e analisados posteriormente por meio de estatística descritiva. **Resultados:** Ao total, participaram do estudo 110 profissionais de saúde. Destes, apenas 5 relataram diagnóstico prévio de alergia ao látex. Cerca de 90% dos profissionais relataram exposição frequente no trabalho, enquanto 56% apresentaram ao menos 1 sintoma alérgico. As principais manifestações apresentadas foram ressecamento (51%) e desconforto das mãos (17%), dermatites (14%), prurido (12%), espirros e congestão nasal (9%) e perda de sensibilidade nas mãos (8%). Os sintomas foram observados após a utilização de luvas de procedimento ou cirúrgicas e de antissépticos hospitalares. O tempo de aparecimento dos sintomas foi em média de 5 minutos após o uso de matérias com látex. **Conclusão:** A exposição frequente ao látex no ambiente de trabalho apresenta forte relação com as manifestações alérgicas apresentadas pelos profissionais de saúde, como ressecamento e desconforto das mãos, dermatites e prurido. O uso de antissépticos também intensifica o contato com o antígeno e o aparecimento dos sintomas. Assim, conclui-se que populações expostas constantemente ao látex apresentam maiores manifestações alérgicas.

1. Faculdade de Medicina - FAMED/UFAL - Maceió - AL - Brasil.

Segurança da vacina de febre amarela em crianças alérgicas ao ovo

Angelica Fonseca Noriega¹, Larissa Machado Carvalho¹,
Aline Fajardo¹, Juliana Goncalves Primon¹, Thalita Goncalves Picciani¹,
Tayná Padilha Miranda¹, Gabriela Spessatto¹, Maite Milagres Saab¹,
Herberto Jose Chong Neto¹, Nelson Augusto Rosário Filho¹

Introdução: As vacinas contra a febre amarela disponíveis no Brasil são compostas de vírus vivo atenuado cultivado em ovo de galinha, o que gera o risco de reações em paciente alérgicos ao ovo. **Métodos:** Estudo transversal, no qual foram reunidos pacientes alérgicos ao ovo que não haviam realizado a primeira dose e/ou o reforço da vacina contra febre amarela. Realizado teste cutâneo alérgico (TCA) com a vacina pura em 13 pacientes, sendo considerado positivo a formação de pápula maior ou igual a 3 mm. Nos 2 (15%) com TCA positivo foi realizada dessensibilização com oferta da vacina fracionada. Nos demais realizada aplicação em dose única. A vacina aplicada foi do fabricante Bio-Manguinhos. **Resultados:** Do total, 1 paciente fez uso de antihistamínico prévio à avaliação, com TCA negativo para histamina (controle positivo) e para a vacina, sendo optado também por dessensibilização com aplicação de dose fracionada, sem intercorrência posterior. 1 paciente apresentou reação durante a dessensibilização, uma pápula de 5mm no local da vacina, que melhorou durante o período de observação, com a administração de anti-histamínico. Do total de 13, 9 (69,2%) pacientes apresentaram TCA negativo, e foram vacinados com vacina pura em uma dose não apresentaram reações. **Conclusões:** A realização de TCA prévio à vacinação é um procedimento rápido e eficaz que demonstra sensibilização do paciente, e permite dessa forma, aplicação da vacina com maior segurança. Naqueles não sensibilizados não foram observadas reações. Os pacientes com TCA positivo foram dessensibilizados com sucesso, com apenas um paciente apresentando reação não grave. Não houve reação anafilática à vacina. Concluímos que a vacina de febre amarela pode ser aplicada de forma segura em crianças alérgicas ao ovo, uma vez que em ambiente adequado e precedida de teste alérgico.

1. HC UFPR - Curitiba - PR - Brasil.



Registro Brasileiro de Anafilaxia – Associação Brasileira de Alergia e Imunologia (RBA-ASBAI): demografia e local de reação de pacientes registrados

Mara Morelo Rocha Felix¹, Dirceu Solé², Herberto José Chong-Neto³,
Alexandra Sayuri Watanabe², Norma de Paula Motta Rubini¹,
Emanuel Sávio Cavalcanti Sarinho⁴, Fátima Rodrigues Fernandes², Ekaterini Simões Goudouris¹,
Fábio Chigres Kuschnir¹, Grupo Brasileiro de Interesse em Anafilaxia GBIA²

Introdução: A anafilaxia é uma reação de hipersensibilidade sistêmica grave, potencialmente fatal. O seu impacto vem crescendo nos últimos anos, entretanto existem poucos dados sobre sua epidemiologia no nosso meio. O objetivo deste estudo foi avaliar os principais achados demográficos de pacientes com história de reações anafiláticas, cujos dados foram inseridos no RBA-SBAI até maio de 2024. **Métodos:** O RBA-SBAI é um registro nacional de anafilaxia obtido pelo preenchimento de um questionário *online* por seus médicos atendentes. Esse questionário contém dados demográficos, desencadeantes suspeitos, manifestações clínicas, investigação diagnóstica, tratamento e aconselhamento. O estudo teve aprovação do CEP do Instituto Pensi (Nº 5.145.239). A análise estatística foi realizada através do Jamovi® (Versão 2.3). **Resultados:** Foram avaliados 318 pacientes, com predominância do sexo feminino (163; 51,3%). Foram incluídos pacientes de 20 dos 27 estados brasileiros, sendo a maioria das regiões Sul e Sudeste: SP (22%), MG (17,6%), PR (14,5%) e RJ (13,5%). Os pacientes foram assim categorizados: 120 crianças/adolescentes (<18 anos); 176 adultos (18-64 anos) e 22 idosos (65-81 anos). Houve predomínio do sexo masculino entre crianças e adolescentes (55,5%; $p = 0,005$) e de mulheres entre os adultos (59,2%; $p = 0,004$). A mediana de idade do grupo geral foi 27 anos e a média $29,3 \pm 20,2$ anos (2 a 81 anos). Para 155/318 (48,7%), esse foi o primeiro episódio de anafilaxia. Os locais de ocorrência da reação foram: residência (150/318; 47,2%), hospital/unidade de saúde (43/318; 13,5%), parque/campo (40/318; 12,6%), restaurante (31/318; 9,7%), espaço público (21/318; 6,6%), trabalho (12/318; 3,8%), escola (10/318; 3,1%) e outros. **Conclusões:** Houve diferenças em relação ao sexo nas faixas etárias pediátrica e adulta. A residência é o local mais frequente de ocorrência da reação anafilática, ressaltando a importância da educação adequada do paciente e da disponibilidade do kit de adrenalina.

1. ASBAI - Rio de Janeiro - RJ - Brasil.

2. ASBAI - São Paulo - SP - Brasil.

3. ASBAI - Curitiba - PR - Brasil.

4. ASBAI - Recife - PE - Brasil.



Registro Brasileiro de Anafilaxia – Associação Brasileira de Alergia e Imunologia (RBA-ASBAI): orientações à alta de pacientes registrados

Mara Morelo Rocha Felix¹, Dirceu Solé², Herberto José Chong-Neto³,
Alexandra Sayuri Watanabe², Norma de Paula Motta Rubini¹,
Emanuel Sávio Cavalcanti Sarinho⁴, Fátima Rodrigues Fernandes², Ekaterini Simões Goudouris¹,
Fábio Chigres Kuschnir¹, Grupo Brasileiro de Interesse em Anafilaxia GBIA²

Introdução: A anafilaxia é uma reação de hipersensibilidade sistêmica grave, potencialmente fatal. O seu impacto vem crescendo nos últimos anos, entretanto existem poucos dados sobre sua epidemiologia no nosso meio. O objetivo deste estudo foi avaliar os principais achados relacionados ao aconselhamento dos pacientes após as reações anafiláticas, cujos dados foram inseridos no RBA-SBAI até maio/24. **Métodos:** O RBA-SBAI é um registro nacional de anafilaxia obtido pelo preenchimento de um questionário *online* por seus médicos atendentes. Esse questionário contém dados demográficos, desencadeantes suspeitos, manifestações clínicas, atendimento prestado durante a reação anafilática, investigação diagnóstica e aconselhamento após a reação. O estudo teve aprovação do CEP do Instituto Pensi (Nº 5.145.239). A análise estatística foi realizada através do Jamovi® (Versão 2.3). **Resultados:** Foram avaliados os dados de 318 pacientes, com predominância do sexo feminino (163; 51,3%). A mediana de idade do grupo geral foi 27 anos e a média $29,3 \pm 20,2$ anos. Quase a metade da amostra já havia sido referenciada ao especialista (47,8%) ou foi encaminhada neste episódio (45,9%). O autoinjeter de adrenalina (AIA) foi prescrito a 65,4% dos pacientes. Quanto ao aconselhamento, observou-se que: a maioria foi ensinada a usar o AIA (68,6%); foi instruída sobre o desencadeante (95,3%); sobre a prevenção (95,9%) e sobre a conduta após a reação (95,9%). A maior parte recebeu plano escrito de emergência (80,2%), porém a minoria recebeu identificação (bracelete/medalha) de anafilaxia (33%). Quanto à imunoterapia, 39,6% receberam aconselhamento para realizá-la. **Conclusões:** O uso do AIA foi estimulado por sua prescrição e orientações sobre seu uso. O aconselhamento quanto à prevenção e ao tratamento em caso de nova reação foi feito na maior parte dos casos, entretanto a identificação do paciente com risco por bracelete ou medalha de sinalização ainda é pouco utilizada.

1. ASBAI - Rio de Janeiro - RJ - Brasil.

2. ASBAI - São Paulo - SP - Brasil.

3. ASBAI - Curitiba - PR - Brasil.

4. ASBAI - Recife - PE - Brasil.



Uso de adrenalina na anafilaxia: erros comuns e consequências clínicas

Celso Taques Saldanha¹, Luís Pedro Cerqueira Morejón¹, Isabella Soares de Freitas¹,
Juliana Vieira Torreão Braz¹, Pedro Figueiredo Morgado¹, Rafael Pimentel Saldanha¹

Introdução: Em situações de anafilaxia, a administração imediata da adrenalina é crucial. O uso de corticosteroides sistêmicos, como a dexametasona, não deve ser o tratamento inicial, pois sua ação lenta pode comprometer a vida do paciente. No entanto, essa prática equivocada é comum em centros de emergência. **Relato de caso:** Paciente com 31 anos, feminina, relata em consulta especializada que apresentou urticária generalizada, cefaleia e rouquidão, sugerindo anafilaxia. Tem histórico de reações prévias anafiláticas, inclusive em utilizar adrenalina autoinjetable e buscar atendimento médico urgente em caso de sintomas possíveis de anafilaxia, porém, estava com dificuldades para adquirir essa medicação específica. Relata, no entanto, que ao presenciar novamente sintomas sugestivos de anafilaxia, procurou o serviço de emergência e o médico assistente, mesmo diante de um quadro clínico anafilático, administrou dexametasona endovenosa, com a intenção de aplicar adrenalina caso não houvesse melhora, deixando a paciente extremamente ansiosa diante desse manejo equivocado. **Discussão:** A adrenalina é o tratamento de escolha para anafilaxia devido ao seu rápido início de ação e eficácia no manejo dos sintomas agudos. A adrenalina atua sobre os receptores adrenérgicos, incluindo efeitos beta-adrenérgicos, que promovem broncodilatação, e alfa-adrenérgicos, que causam vasoconstrição, entre outros benefícios. Em contraste, os corticosteroides, como a dexametasona, têm início de ação em 1 a 2 horas, podendo diminuir o risco de complicações posteriores e estabilizar o paciente após o controle dos sintomas agudos anafiláticos com adrenalina. O atraso, portanto, na administração da adrenalina à paciente poderia ter resultado em desfecho fatal e a hesitação em usar essa medicação pode estar ligada às preocupações imprecisas sobre efeitos adversos ou falta de familiaridade com seu uso.

1. Centro Universitário de Brasília - Brasília - DF - Brasil.



Urticária e anafilaxia induzidas por dipirona e infecção: relato de caso

Celso Taques Saldanha¹, Rafael Pimentel Saldanha¹, Luís Pedro Cerqueira Morejón¹, Isabella Soares de Freitas¹, Juliana Vieira Torreão Braz¹, Pedro Figueiredo Morgado¹

Introdução: A urticária pode surgir em resposta a infecções virais ou bacterianas devido a mecanismos inflamatórios, como a liberação de histamina e citocinas, as quais causam placas pruriginosas. Além disso, a exposição a alérgenos ou complexos imunes durante infecções também pode induzir a urticária. A prevalência de urticária e anafilaxia associadas ao uso de anti-inflamatórios e infecções é notável, sendo que reações adversas podem complicar o quadro clínico e necessitar de diagnóstico rápido e preciso. **Relato de caso:** Paciente feminina, 28 anos, apresentou-se com diarreia, êmese, astenia, cefaleia e obstrução nasal. Utilizou dipirona, um repositor de flora intestinal e antieméticos sem melhora do quadro, levando-a a buscar assistência médica. Foram administradas metoclopramida e dipirona intravenosa. Durante a infusão de metoclopramida, a paciente relatou intenso mal-estar e decidiu abandonar o atendimento. Em casa, desenvolveu dificuldade respiratória, eritema facial, cefaleia agravada, obstrução nasal e rouquidão. Retornou à unidade de saúde e foi internada, recebendo o tratamento que resultou em melhora, porém não foi informada sobre os detalhes desse tratamento. **Discussão:** A urticária e a anafilaxia podem surgir em resposta a diversos fatores, incluindo infecções e medicações como a dipirona. A presença de sintomas graves e potencialmente fatais, como a dificuldade respiratória e o eritema facial, sugerem um quadro de anafilaxia, potencialmente desencadeado pela dipirona, e favorecido pela infecção. Portanto, é crucial que médicos em serviços de emergência estejam atentos ao diagnóstico de anafilaxia, diferenciando-o de outros tipos de reações adversas. O uso da metoclopramida pode ter contribuído para o mal-estar inicial. A análise cuidadosa e a atenção à história clínica são essenciais para a identificação precoce e o manejo adequado de reações anafiláticas.

1. Centro Universitário de Brasília - Brasília - DF - Brasil.