

PÔSTERES

Trabalhos transcritos sem prévia revisão

001 - Prevalência de doenças alérgicas em Ambulatório Especializado da Universidade Federal da Bahia

Almeida, LF; Rosário, DAV; Almeida, MCF; Figueiredo, JP; Oliveira, JC; Lyra, AP; Simões, SM; Meideiros Jr, M; Campos, RA. Hospital Universitário Professor Edgard Santos - Universidade Federal da Bahia

Objetivo: Verificar a prevalência das doenças alérgicas em pacientes de ambulatório especializado no Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos (C-HUPES).

Metodologia: Análise retrospectiva de dados de 815 prontuários de pacientes atendidos de Maio de 2001 à Agosto de 2008 no Ambulatório de Alergia do C-HUPES em Salvador – BA.

Resultados: A idade média dos pacientes foi de 27,7 anos com desvio padrão de 19,04 sendo que 503 foram do gênero feminino (61,7%) e 312 do masculino (31,3%). Foi encontrado que 449 pacientes (55,1%) tiveram o diagnóstico de Rinite, 212 de Asma (26%), 108 de Urticária Idiopática (13,3%), 65 de Hipersensibilidade a Drogas (8%), sendo essas as patologias mais prevalentes. Dermatite Atópica foi diagnosticado em 33 pacientes (4%), Urticária Física em 30 pacientes (3,7%), Angioedema em 30 pacientes (3,7%), Dermatite de Contato em 29 pacientes (3,6%), Prurigo Estrófulo em 24 pacientes (2,9%) e Conjuntivite alérgica em 16 pacientes (2%). O gênero feminino foi mais encontrado nas urticárias, dermatite de contato e hipersensibilidade a drogas. Em menor número foram diagnosticados: Alergia Alimentar em 6 pacientes (0,7%) e Alergia a Insulina em 01 paciente (0,1%). Outras dermatoses foram encontradas em 45 pacientes (5,5%).

Conclusão: As doenças respiratórias alérgicas constituíram as principais patologias encontradas e dentre as manifestações cutâneas a urticária idiopática foi a mais prevalente. O pequeno número de pacientes com dermatite atópica e alergia alimentar deve-se a idade média dos pacientes atendidos encontrar-se na segunda década de vida, período em que essas patologias não são geralmente encontradas. De modo geral, a prevalência das patologias investigadas é semelhante à observada na literatura nos estudos realizados em ambulatório especializado.

003 - Frequência de alergia respiratória em pré-escolares desnutridos moderados e graves

Moreira IF, Soares FJP, Casado RMM, Moreira RTF, Florêncio, TMMT
Centro de Recuperação e Educação Nutricional/Mestrado em Nutrição/Faculdade de Nutrição-Universidade Federal de Alagoas, Maceió-AL

Objetivo: Avaliar a prevalência de alergia respiratória em pré-escolares desnutridos moderados e graves semi-internos do Centro de Recuperação e Educação Nutricional de Maceió-Alagoas.

Métodos: Estudo transversal com crianças desnutridas na faixa etária de 24 a 59 meses e 29 dias, com índice altura para Idade (A/I) ≤ -2 DP, conforme critérios estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) no programa de avaliação nutricional ANTRO, para crianças de 0 a 5 anos. Aos responsáveis das crianças foi aplicado um questionário semi-estruturado abordando crises de chiado no peito, sintomas nasais e medicações utilizadas para tratamento das crises.

Resultados: Participaram do estudo 37 crianças com idade média de 40,5 meses ($\pm 11,5$), sendo 20 (54%) do sexo masculino 17 (46%) do sexo feminino. O índice altura para Idade (A/I) variou de -2.06 a -4.61 ($-2,86 \pm -0,63$). Trinta e duas crianças (86,48%) tiveram relato de crises de chiado. Identificou-se que destas, 26 (70,27%) crianças tiveram crises nos últimos 2 meses, com uso de corticóide oral e beta-2 de curta duração. No último ano 15 (46,88%) crianças apresentaram 1 a 4 crises, 9 (28,12%) 4 a 8 crises e 8 (25%) acima de oito crises, tendo ocorrido internação em alguns casos. Sintomas de rinite foram relatados 22 (59,45%) responsáveis.

Conclusão: A prevalência de crises de sibilância foi alta, no entanto este fato pode ser explicado pela desnutrição progressiva que favorece as infecções respiratórias de repetição e consequentemente a hiperatividade brônquica.

002 - Prevalência de sintomas associados à asma e doenças alérgicas em adultos jovens, no município de Santo André, SP.

Gracia MP, Mello JF, Fernandes MFM, Wandalsen NF. Faculdade de Medicina do ABC (Santo André-SP); Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual-IAMSP.

Objetivo: Determinar a prevalência e a gravidade de sintomas relacionados à asma, rinite e eczema atópico em adultos jovens, empregando o questionário escrito (QE) padronizado e auto-aplicável do International Study of Asthma and Allergies in Children-ISAAC. **Método:** Estudo transversal, no qual o QE foi respondido por 747 estudantes da Faculdade de Medicina do ABC, (Medicina, Enfermagem e Farmácia), em Santo André. Foram selecionados 600 QEs por se encontrarem corretos e completamente preenchidos, sendo calculadas as frequências absolutas e relativas das respostas afirmativas às questões analisadas. **Resultados:** A idade média da população estudada foi de 26 anos (17-28) sendo que 67% eram mulheres. A prevalência de asma ativa (sibilos nos últimos 12 meses) foi 14,4% no sexo feminino e 17,7% no masculino; a de rinite atual foi 64,6% no sexo feminino e 57,0% no masculino e eczema, 12,4% no sexo feminino e 9% no sexo feminino. Na população estudada, a prevalência de asma grave (dificuldade para falar, na crise) foi 2%, a de rinite, com sintomas graves, foi 35,8%, a de rinoconjuntivite, 33,8%, e a de eczema flexural, 6,6%. Os resultados obtidos foram semelhantes aos dados dos poucos estudos que empregaram o QE ISAAC em adultos jovens e do European Community Respiratory Health Survey-ECRHS. **Conclusões:** Nos adultos jovens avaliados, com exceção da asma, observou-se predomínio de respostas positivas no sexo feminino. A rinite foi a doença que apresentou maior prevalência e gravidade de sintomas, sendo seguida por eczema e asma graves. Estudos adicionais empregando marcadores para as doenças alérgicas e atopia deverão ser conduzidos, para a validação construtiva do QE ISAAC nessa população.

004 - Associação entre o diagnóstico de rinite e outras patologias alérgicas em ambulatório especializado.

Rosário, DAV; Almeida, LF; Almeida, MCF; Pacheco, JF; Oliveira, C; Lyra, AP; Simões, SM; Meideiros Jr, M; Campos, RA. Hospital Universitário Professor Edgard Santos - Universidade Federal da Bahia

Objetivo: Estudar a prevalência de outros diagnósticos alérgicos em pacientes com rinite atendidos em ambulatório especializado no Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos (C-HUPES).

Metodologia: Estudo retrospectivo dos 449 prontuários de pacientes com diagnóstico de rinite, atendidos de Maio de 2001 à Agosto de 2008 no Ambulatório de Alergia do C-HUPES, em Salvador – BA. Foi analisada a associação entre o diagnóstico de rinite e outras patologias alérgicas.

Resultados: A idade média dos pacientes foi de 23,51 anos com desvio padrão de 17,13 sendo que 263 foram do gênero feminino (58,6%) e 186 do masculino (41,4%). Foi encontrado que dos pacientes com diagnóstico de rinite 151 têm asma (33,6%), 32 têm hipersensibilidade a drogas (7,1%) e 22 pacientes têm urticária idiopática (4,9%), sendo estas associações as mais prevalentes. Tiveram diagnóstico de dermatite de contato 10 pacientes (2,2%), de prurigo estrófulo 09 pacientes (2%), dermatite atópica foi diagnosticada em 07 pacientes (1,6%) e angioedema em 07 pacientes (1,6%). Em menor número foi encontrada a associação entre rinite e urticária física em 06 pacientes (1,3%), conjuntivite alérgica em 05 pacientes (1,1%) e alergia alimentar em 01 paciente (0,2%).

Conclusão: A asma foi a patologia mais frequentemente encontrada em associação com a rinite alérgica favorecendo a idéia da “doença das vias aéreas unidas”. A hipersensibilidade a drogas foi a segunda condição associada com a rinite alérgica indicando que esses pacientes devem ser alertados para a possibilidade de sensibilização a medicamentos. Para estes pacientes, sempre que possível, deve-se preferir utilizar outras drogas associadas a menos reação, tais como o paracetamol ou os anti-inflamatórios inibidores da COX-2 nos casos de hipersensibilidade a AINES.

005 - O papel da IgE e IgG4 na modulação da resposta imune em asmáticos infectados com *Schistosoma mansoni*

Figueiredo JP, Oliveira RR, Santos LC, Almeida MC, Medeiros Jr M, Alcântara, LM, Carvalho EM, Araujo MI
Serviço de Imunologia do Hospital Universitário Professor Edgar Santos, Salvador, Bahia

Objetivo: Avaliar níveis séricos de IgE total e IgE e IgG4 anti-Der p1 em asmáticos com e sem infecção por *S. mansoni*. **Métodos:** Em moradores do município do Conde-BA, área endêmica em esquistossomose foi investigada história de asma, por meio do questionário ISAAC. Indivíduos selecionados foram submetidos ao "prick test" com aero-alérgenos, coletado sangue para avaliação de resposta humoral e examinados três amostras de fezes pelo método Kato-Katz. Após uso de drogas anti-helmínticas, foram reavaliados um, seis, oito e quinze meses após tratamento. **Resultados:** Não houve diferença significativa de IgE total entre asmáticos infectados com *S. mansoni*, asmáticos sem infecção e indivíduos infectados sem asma (1990 ± 934 , 1950 ± 856 e 1730 ± 1215 U/mL, respectivamente; $p > 0.05$). Houve correlação positiva entre IgE total e carga parasitária de *S. mansoni* ($p < 0.005$). A média de IgE anti-Der p1 em asmáticos infectados com *S. mansoni* foi 3.0 ± 6.1 U/mL. A razão entre IgE total / IgE anti-Der p1 em asmáticos infectados foi 917. A média de IgG4 anti-Der p1 em asmáticos infectados e não infectados por *S. mansoni* foram 0.3 ± 0.20 and 0.48 ± 0.44 U/ml, respectivamente ($p > 0.05$). Não houve diferença significativa de IgG4 em asmáticos infectados antes e após tratamento anti-helmíntico. **Conclusão:** IgE policlonal e IgG4 anti-Der p1 pode não interferir no curso das doenças alérgicas. Entretanto, em asmáticos infectados com *S. mansoni*, a razão entre IgE policlonal / IgE anti-Der p1 foi elevada e isso pode suprimir a ligação com anticorpo específico em superfície mastocitária. Em recente estudo, foi demonstrado que a razão em torno de 500 promove inibição da liberação de histamina, *in vitro*. Portanto, uma possível explicação para a modulação da resposta inflamatória que ocorre em indivíduos infectados pode estar relacionada a altos níveis de IgE policlonal associado a baixos níveis de IgE específico para aero-alérgeno.

007 - Caracterização dos fenótipos da asma através do escarro induzido em uma população de asmáticos

Dortas Jr SD, Valle SOR, Neves ARR, Guimarães PV, Silva SM, Elabras Filho J, Boechat N, França AT
Serviço/Disciplina de Imunologia Clínica e Laboratório Multidisciplinar HUCFF-FM-UFRJ

Introdução. A asma é uma condição heterogênea que pode abranger diversos fenótipos, com características imunológicas, fisiológicas e patológicas distintas. Várias categorias são utilizadas para definir os fenótipos, tais como idade de início da doença, padrão de gravidade e tipo de inflamação. Tradicionalmente, a asma é descrita como um processo inflamatório pulmonar composto principalmente por eosinófilos e linfócitos. Nos últimos anos, diversos padrões fenotípicos têm sido descritos. **Objetivo.** Caracterizar os fenótipos inflamatórios de asmáticos a partir da análise citológica de amostras de escarro induzido. **Método.** Avaliamos 65 asmáticos acompanhados regularmente no Serviço de Imunologia Clínica do HUCFF-UFRJ. Todos foram submetidos à entrevista e exame físico, espirometria, "prick test" com aeroalérgenos e indução da expectoração. Lâminas de citocentrifugadas coradas pelo método de DIFF-QUICK foram preparadas a partir do material expectorado. A caracterização fenotípica da asma de acordo com a celularidade no escarro utilizada foi asma eosinofílica (eosinófilos $\geq 2\%$ e neutrófilos $\leq 65\%$), neutrofílica (eosinófilos $\leq 2\%$ e neutrófilos $\geq 65\%$), paucigranulocítica (eosinófilos $\leq 2\%$ e neutrófilos $\leq 65\%$) e padrão celular misto (eosinófilos $\geq 2\%$ e neutrófilos $\geq 65\%$). **Resultados.** Dentre os pacientes, 49 (75,4%) tinham asma grave, 06 com asma moderada, 06 com asma leve persistente e 04 com asma intermitente. Considerando a idade de início da asma, 40% dos pacientes apresentaram sintomas antes dos 12 anos. Os fenótipos inflamatórios observados foram: 32,2% com padrão eosinofílico; 23,7% neutrofílico; 32,2% paucigranulocítico; e 11,9% com padrão misto. **Conclusão.** Em nossa amostra observamos uma heterogeneidade de padrões celulares da resposta inflamatória, o que parece estar diretamente relacionado à diversidade de apresentação clínica e resposta terapêutica apresentadas pelos pacientes.

006 - Asma de Difícil Controle: Relato de Caso

Nogueira LS, Alonso MLO, Carvalho RM, Filippo P, Noletto B, Carvalho FAA, Moura JZ, Wolff PG, Pinto SMEB, Ungier CE
Serviço de Alergia e Imunologia – Instituto Fernandes Figueira – FIOCRUZ/RJ

Objetivo: Relatar um caso de asma de difícil controle.

Relato de Caso: JAG, 15 anos, branca, feminina, residente e natural do Rio de Janeiro, acompanhada no Ambulatório de Asma de Difícil Controle do Serviço de Alergia e Imunologia do Instituto Fernandes Figueira desde março de 2006, com história de broncoespasmo e pneumonias recorrentes desde o primeiro ano de vida. Aos 11 anos, a frequência dos sintomas foi intensificada, com necessidade de broncodilatador inalatório de curta ação diariamente e dispnéia aos médios esforços. Nesta época, foi investigada para tuberculose pulmonar, devido a contato intradomiciliar, tendo sido excluído esse diagnóstico. História familiar e pessoal de atopia; mãe tabagista. De exames complementares vale ressaltar eosinofilia, IgE 6380UI/ml, TC de tórax com áreas de distúrbio de aeração em lobo inferior direito, prova de função pulmonar com distúrbio ventilatório obstrutivo grau II (VEF1 55%), com resposta broncodilatadora positiva. As investigações para Aspergilose Broncopulmonar Alérgica e Fibrose Cística foram negativas. Endoscopia digestiva alta evidenciou gastrite erosiva leve em antro. Está em uso contínuo de corticóide inalatório nasal, corticóide inalatório oral em altas doses, broncodilatador inalatório de longa ação, anti-leucotrieno, corticóide oral em dose baixa e inibidor de bomba de prótons. Apresenta relativa melhora clínica, ainda necessitando de broncodilatador inalatório de curta ação aos médios esforços.

Conclusão: A asma de difícil controle corresponde a 5 a 10% dos pacientes, sendo essencial afastar diagnósticos diferenciais, fatores agravantes, incluindo os psicossociais, tabagismo e doenças associadas, enfatizando a adesão ao tratamento.

008 - Asma de Difícil Controle – Relato de um Caso

Gavioli M, Gonzalez IG, Ain ACM, Mattos IDD, Souza MCA, Wandalsen GF, Mallozi MC, Solé D.
Disciplina de Alergia, Imunologia Clínica e Reumatologia – Departamento de Pediatria – UNIFESP.

Objetivo: Descrever a experiência com um caso de asma de difícil controle no ambulatório da referida disciplina.

Relato: ESF, sexo masculino, 12 anos, natural e procedente de SP; acompanhado desde agosto/2003 com história de broncoespasmos de repetição. Apresentou primeiro episódio com 1 ano de idade, necessitando de UTI e intubação orotraqueal (IOT). Desde então começou apresentar crises a cada 15 dias sempre necessitando ir ao PS e, até os dias atuais, já necessitou de IOT por 10 vezes. No início foi introduzido Fluticasona 250mcg + Salmeterol 50mcg, 2x/ dia, porém mantinha as crises a cada 15 dias. Aumentado então a dose de fluticasona para 1000mcg/dia. Mesmo assim mantinha as crises, foi então associado corticóide oral. Em novembro/2003 evoluiu com HAS secundária ao uso de corticóide. Dentre os exames complementares realizados apresenta: teste cutâneo negativo para alérgenos e inalantes, IgE 118 mg/dL, TC tórax normal, pesquisa para RGE negativa. Avaliação imunológica normal. Sódio e Cloro no suor normal. Espirometria (fora de crise): VEF1 94%, CVF 105%, FEF25-75 81,6%. Realizada broncoscopia (dez/2007) que evidenciou flacidez de parede de subsegmentos brônquicos não relacionada com as fases da respiração, supostamente congênito. Em junho/2008 foi repetida a broncoscopia, onde se observou subestenose nos locais antes flácidos (inflamatório?) e broncomalácia em subsegmento brônquico à direita. Atualmente, está sem corticóide oral, mas com 1000mcg/dia de Fluticasona, Formoterol 24mcg/dia e evolui sem exacerbações há 2 meses.

Conclusão: Evidenciar um caso de asma de difícil controle, enfatizando a necessidade de se descartar diagnósticos diferenciais quando o tratamento é irresponsivo.

009 - Asma de difícil controle associada à alergia alimentar

Dortas Jr SD, Nogueira EF, Elabras Filho J, Pires GV.
Serviço/Disciplina de Imunologia Clínica HUCCF-FM-UFRJ.

Introdução: A alergia alimentar associada a distúrbios clínicos e sociais tem sua prevalência elevada substancialmente na última década. As reações alimentares tendem a ser mais graves quando envolvem os pulmões, dificultando assim o tratamento da asma.

Objetivo: Relatar um caso de asma de difícil controle em paciente com doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) e, história pessoal de hipersensibilidade a alérgenos alimentares.

Relato de Caso: Paciente feminino, 35 anos, relatava que há mais de 15 anos iniciou quadro de dispnéia e sibilância. Avaliada por especialistas, recebeu tratamento apropriado sem controle dos sintomas. Há três anos evoluiu com piora do quadro, necessitando de várias internações devido a crises graves de asma. Foi, então, encaminhada ao Serviço de Imunologia – HUCCF-UFRJ. "Alergia na pele" na infância com resolução depois de retirada do leite de vaca e derivados da dieta, DRGE em tratamento. Espirometria evidenciou Distúrbio Ventilatório Obstrutivo Grau 3 com prova broncodilatadora positiva. Teste de punção com aeroalérgenos fortemente positivo. Neste momento o tratamento preconizado foi otimizado, sem controle da doença. Aventada a hipótese de alergia alimentar foi realizado teste de punção com antígenos alimentares positivo para carne suína; pescado; clara; caseína; α -lactoalbumina, sendo iniciada dieta de exclusão para tais. No momento está clinicamente controlada, evidenciando-se na espirometria melhora da função respiratória.

Discussão: A asma pode ser exacerbada por alimentos em 6-8% das crianças e 2% dos adultos. A associação alergia alimentar e asma geralmente ocorre em adultos jovens com história pessoal de dermatite atópica. Estes pacientes apresentam concomitante quadro de asma por aeroalérgenos. A presença de alergia alimentar está associada à piora da morbidade da asma tanto em adultos quanto em crianças, portanto esta deve ser aventada em pacientes nos quais a asma é dificilmente controlada apesar do uso de medicações apropriadas.

011 - Doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) como causa de tosse crônica: relato de caso.

Paula FB, Moraes FP, Lima JT, Brasil Jr W, Santos VB.
Ambulatório de alergia da Clínica Brasmédico, Goiânia-GO.

Objetivo: Relatar caso de paciente com tosse crônica por DRGE.

Relato de caso: Mulher branca, 83anos apresentando quadro de tosse crônica principalmente noturna e uso de medicamentos sintomáticos (xaropes) sem melhora. Fazia uso dos medicamentos Losartan, Monocordil e Metformina. A endoscopia digestiva mostrava gastrite e sinais de presença de refluxo gastroesofágico. O prick-test foi positivo para D. Pteronissinus, dosagem de beta2 transferrina em secreção nasal negativa e videolaringoscopia mostrando alterações sugestivas de DRGE em laringe. Iniciado tratamento de 90 dias com Omeprazol 20mg dia em jejum, mais cuidados como não se deitar antes de 2h após as refeições. Após 2 semanas de tratamento evoluiu com melhora sensível da tosse.

Discussão: A DRGE é importante causa de tosse crônica e portanto deve ser incluída na anamnese de pacientes que apresentem esta queixa. O refluxo gastroesofágico (RGE) é observado nas situações em que ocorre aumento da pressão intra-abdominal como esforços físicos, obesidade, gravidez, refeições volumosas acompanhadas de ingestão excessiva de líquidos ou uso de substâncias que relaxam o esfíncter esofágico inferior (EEI) como café, álcool, gorduras, chocolate, fumo, hortelã, teofilina, bloqueadores de canal de cálcio, agente alfa-adrenérgicos, progesterona, Diazepam e outros e pela posição deitada. Mas a principal causa é a falha de contenção do EEI que permite o retorno ao esfôago do conteúdo estomacal (ácido clorídrico, pepsina, quimiotripsina, tripsina, bílis e outros) provocando DRGE. Quando este conteúdo atinge a laringofaringe pode provocar pigarro, rouquidão, engasgos, irritação e tosse persistente. No caso em questão o diagnóstico preciso permitiu tratamento específico e a melhora sensível do principal sintoma, a tosse.

010 - Atopia, Asma Grave e Comorbidades – Relato de Caso

Lauria PO; Coimbra MR; Carvalho JM; Shubo FA; Correa GS; Ouricuri AL; Souza MS
Serviço de Alergia e Imunologia do Departamento de Pediatria – Hospital dos Servidores do Estado

Introdução: Asma e rinite alérgica são doenças crônicas prevalentes em crianças no mundo. O principal fator de risco para a persistência da asma é a atopia. A asma e a rinite alérgica são partes da marcha atópica, que em uns se inicia com o eczema atópico, associado ou não à alergia alimentar nos primeiros anos de vida. Cerca de 80% dos asmáticos são portadores de rinite e 25% dos pacientes com rinite têm asma. Os consensos atuais preconizam a terapia em conjunto da rinite e da asma para melhor controle de uma única doença respiratória sistêmica.

Objetivo: Relato de caso de asma atópica grave com tratamento tardio.

Caso Clínico: FMA, 11 anos, masculino, adotado, procurou atendimento com história de asma, rinoconjuntivite e dermatite atópica desde os 5 anos. Aos 8 anos, teve o diagnóstico de úlcera de córnea. Tratado com colírios, controle de ambiente, imunoterapia por 1 ano e B2 nas crises. Evoluiu com crises frequentes de asma. Ao exame físico apresentava hipertrofia de cornetos, hiperemia ocular, presença de papilas gigantes no tarso inferior, ptose palpebral e eczema em flexuras. Na investigação clínica laboratorial apresentou testes cutâneos positivos para aeroalérgenos; 1830 eosinófilos; IgE total 2850UI/ml; RX tórax:discreto infiltrado paracardiaco direito;TC tórax:mínimo distúrbio de perfusão em mosaico em seg.posteriore de lobos inferiores.A topografia da córnea revelou ceratocone paracentral OD. Feito diagnóstico diferencial com aspergilose broncopulmonar alérgica com testes cutâneos e sorologias negativas. Iniciado tratamento com corticóide inalatório oral e tópicos nasal, antihistamínicos orais e oculares, colírios lubrificantes, controle de ambiente e creme hidratante. O paciente apresenta melhora clínica e o início da imunoterapia para dessensibilização alérgica será em breve.

Comentários: A maioria dos asmáticos tem a doença controlada com a terapia atual disponível, mas na prática as recomendações dos consensos não são uma realidade e muitos pacientes são subdiagnosticados e subtratados. A conjunção de asma,rinite e dermatite atópica representa fenótipo de maior gravidade devendo ser tratada de forma precoce e apropriada para melhor prognóstico futuro.

012 - Fístula liquórica rinogênia simulando quadro de rinite alérgica.

Paula FB, Moraes FP, Lima JT, Brasil Jr W, Santos VB.
Ambulatório de Clínica do Centro de Saúde V. Clemente, Goiânia-GO.

Objetivo: Relatar caso de fístula liquórica rinogênica (FLR) com quadro clínico semelhante à rinite alérgica, com rinorréia aquosa intermitente. **Relato de caso:** Mulher, 51 anos, com coriza abundante bilateral intermitente, tosse, prurido nasal e espirros, rouquidão, prurido ocular e sibilos. Prick-test positivo para D. Pteronissinus. Rx de tórax sem alterações. Rx dos seios da face com espessamento mucoso e velamento de céls etmoidais à direita. Prescrita amoxicilina 500mg vo 8/8hs, descongestionantes, betametasona IM e manutenção com loratadina. Reavaliação com 30 dias sem melhora. Acrescentada imunoterapia com melhora parcial, mas com persistência da rinorréia. Solicitada dosagem de beta 2-transferrina da secreção nasal com resultado positivo, confirmando a existência de FLR. Evoluiu para cura espontânea e melhora clínica, confirmada por TC contrastada (cisternotomografia). **Discussão:** FLR é uma comunicação entre o espaço subaracnóide e as fossas nasais ou seios frontal, etmoidais e esfenoidais, com extravasamento de líquido. Em quadros de rinorréia aquosa abundante, principalmente unilaterais o diagnóstico de FLR precisa ser lembrado, não sendo tão infrequente. Pessoas que sofreram TCE e cirurgias cranianas têm maior risco, mas também casos espontâneos são encontrados, todos com risco de meningite. O diagnóstico pode ser confirmado com dosagem de beta 2 transferrina (mais específico) ou glicose acima de 30mg% na secreção nasal. A localização pode ser definida por TC contrastada (cisternotomografia) ou pela injeção de substâncias marcadoras como fluoresceína sódica intratecal e visualização por rinoscopia. A resolução pode ocorrer espontaneamente como neste caso e o tratamento pode ser conservador com diuréticos e repouso ou cirúrgico.

013 - Provocação por exercício associada a balão de ar seco em crianças.

Santos H.L.B.S., Chong Neto H.J., Rosário N.A., Prestes A.L.C., Riedi C.A.
Hospital de Clínicas - Universidade Federal do Paraná - Curitiba

Introdução: diagnóstico de asma induzida por exercício (AIE) pela história clínica leva a número inaceitável de erros e requer verificação por provocação. Verificamos que a inalação de ar seco com balão reservatório durante a prova de exercício aumenta a positividade do teste. O objetivo é comparar o teste realizado com e sem balão de ar seco em crianças com diagnóstico clínico de AIE.

Método: foram selecionadas de um ambulatório especializado 12 crianças com asma persistente (GINA) e história de AIE. Foram submetidas à caminhada em esteira elétrica com monitorização cardíaca durante 8 minutos em sala climatizada (21-23°C). Cada paciente fez 2 provas, uma respirando por máscara, ar seco de balão reservatório e outra respirando ar ambiente, em intervalo de uma semana e ordenadas por sorteio. Realizou-se aquecimento de 2 minutos com inclinação de 10% e velocidade para manter frequência cardíaca (FC) em até 70% da máxima (208bpm – 0,7 x idade em anos). Do segundo ao oitavo minuto a velocidade era aumentada para manter a FC entre 80 e 90% da máxima. Realizaram espirometrias nos tempos -20, -5, 0, 5, 10, 15 e 20 minutos. Considerou-se positivo o diagnóstico de AIE quando houve queda $\geq 15\%$ do VEF1 com relação à média do VEF1 pré-exercício.

Resultados: oito meninos e 4 meninas com idades entre 8 e 13 anos (média 10,4a) foram avaliados. Em 9 o teste convencional foi negativo, não confirmando a história. Quando submetidos à prova com balão, 8 foram positivos, dos quais 3 também haviam tido teste positivo sem o mesmo; 4/12 pacientes apresentaram os 2 testes negativos. A maior média da queda percentual do VEF1 ocorreu no tempo de 5 minutos tanto com quanto sem o balão (21,19 e 8,50 respectivamente).

Conclusão: o teste de provocação por exercício com inalação de ar seco de balão reservatório mostrou-se mais efetivo que o teste convencional para a confirmação diagnóstica da AIE.

015 - Sensibilização materna ao ácaro *Dermatophagoides pteronyssinus* influencia a síntese fetal de IgE

Macchiaverni, P.¹; Frazão, J.B.¹; Arslanian, C.¹; Friedländer-Del Nero, D.L.¹; Severino, S.D.²; Condino-Neto, A.^{1,2}

1- Departamento de Imunologia, Instituto de Ciências Biomédicas, USP. São Paulo, SP. 2- Centro de Investigação em Pediatria, Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP.Campinas, SP.

Introdução: A hipersensibilidade pode ser modulada nos primeiros anos de vida, através da transferência de anticorpos maternos ao recém-nascido e será dependente da sua concentração e da sua especificidade. A associação entre altos níveis de IgE ao nascimento e desenvolvimento de alergia na infância é motivo de constante debate entre os pesquisadores. Alguns sugerem que quantificar a IgE no cordão umbilical é mais confiável para prever manifestações alérgicas na infância, que o histórico familiar de atopia.

Objetivo: Verificar o efeito da sensibilização materna ao *D. pteronyssinus* e a passagem transplacentária de IgG específica, na concentração de IgE total no cordão umbilical.

Método: Amostras pareadas de soro materno e de cordão umbilical foram coletadas de 12 mães sensibilizadas (IgE anti-*Der p* > 3,5 KU/l) e 23 mães não sensibilizadas (IgE anti-*Der p* < 0,35 KU/l). Quantificamos IgE total e anti-*Der p* por imunofluorescência (AdiviaCentaur® e CapSystem®). A IgG anti-*Der p* foi quantificada por ELISA.

Resultado: Detectamos IgE total em 23% dos recém-nascidos filhos de mães sensibilizadas e em nenhum das mães não sensibilizadas. A concentração média foi 3,2 UI/ml, com limite inferior do teste de 1UI/ml. Verificamos correlação entre os níveis de IgE do cordão umbilical e concentração séria materna de IgE total, assim como IgE anti-*Der p* (Spearman test, $p < 0,05$). Em relação à passagem transplacentária de anticorpos, não observamos correlação entre a concentração de IgG anti-*Der p* no cordão umbilical, e concentração de IgE do recém-nascido. Também não encontramos correlação entre os níveis de IgE no cordão umbilical com tipo de parto, sexo do recém-nascido, classe social e manifestação alérgica da mãe ou do pai.

Conclusão: Sensibilização materna ao *Der p*, assim com altos níveis de IgE séria total, podem influenciar a suscetibilidade do recém-nascido à atopia, uma vez que se correlacionam com a síntese de altas concentrações de IgE durante o desenvolvimento fetal.

014 - Eficácia Clínica da Cetirizina ou Desloratadina Lactentes Atópicos com Refluxo.

¹Caldas, LQA & ²Cardoso, GIG – ¹Médico e Professor – Universidade Federal Fluminense e ²Médica – Clínica Particular – Niterói – RJ.

Trata-se de estudo da eficácia clínica dos metabólitos da Hidroxizina ou Loratadina em pacientes atópicos com suspeita de alergia alimentar, crianças com até 4 meses de idade, em aleitamento materno portadores de refluxo gastro-esofágico, com ou sem episódio(s) de bronquiólite ou pneumonia. Nessa fase, foram incluídas 17 lactentes e lactentes onde avaliou-se os hábitos e dieta alimentar da mãe e do(a) filho(a) logo na primeira consulta; os sinais e sintomas clínicos de alergia cutânea e ou respiratória; a frequência de episódios de regurgitação (hora e momento da ocorrência); volume e número de mamadas; sinais de desconforto intestinal e característica das fezes. Após instruir as lactentes sobre manobras anti-refluxo, estas eram orientadas sobre como efetuar dieta de exclusão de alguns alimentos (com ou sem aditivos alimentares), enfatizando-se a necessidade de anotarem os parâmetros que pudessem apontar a redução do quadro de refluxo. Exames complementares eram solicitados e 25 mg de Hidroxizina ou 10 mg de Loratadina prescrita duas vezes ao dia, por 10 dias, e nova consulta agendada a cada 10 ou 15 dias para a reavaliação do quadro. Os resultados foram encorajadores uma vez que tanto auxiliaram na conscientização das lactentes sobre a real possibilidade seus filhos (as) receberem através do leite materno grande parte do que comiam e bebiam como também observou-se a redução os sinais e sintomas clínicos de alergia alimentar com repercussão cutânea e/ou respiratória. Os efeitos obtidos resultaram do tratamento dos lactentes com os metabólitos dos dois anti-histamínicos em tela (cetirizina e desloratadina) que aparecem no leite materno nas concentrações de 0,6 mg/ L/ dia e 6µg/L/ dia, respectivamente, e são ingeridos pelo nascituro durante a lactação.

016 - Mês de nascimento e sensibilização a polens de gramíneas ou ácaros da poeira doméstica: há associação?

Porto Neto AC, Dias J, Rech C, Pastorello J, Magrin P, Tognon T, Cazarotto V, Rigodanzo L, Pasqualotti A.
Instituição: UPF – Passo Fundo

Objetivo: Investigar a associação entre o mês de nascimento e a sensibilização a ácaros de poeira doméstica e a polens de gramíneas.

Método: Estudo transversal com análise de 4650 prontuários no período de 1987 a 2006. Incluídos pacientes com até 20 anos de idade, com diagnóstico de asma, rinite e ou eczema atópico, mossensibilizados para ácaros da poeira doméstica ou polens de gramíneas. O grupo comparação constituiu no total de nascidos vivos em Passo Fundo durante o mesmo período do estudo. Foram analisados idade, gênero e sensibilização alérgica, e todos os pacientes foram submetidos a testes cutâneos de hipersensibilidade imediata (Prick teste), para ambos alérgenos estudados.

Resultados: 1303 (28%) indivíduos preencheram os critérios de inclusão, sendo que 42,8% eram do sexo feminino, com idade variando entre 2 a 20 anos de idade. Desses, 1125 (86,3%) apresentavam positividade apenas para ácaros de poeira doméstica e 178 (13,7%) para polens de gramíneas. A idade média para os grupos foi, respectivamente, $9,4 \pm 5,1$ anos (IC=[9,1;9,7]) e de $11,8 \pm 5,8$ anos (IC=[11,0;12,7]). Não foi encontrada associação significativa entre o mês de nascimento e a sensibilização a ácaros da poeira doméstica ($p=0,55$) e a polens de gramíneas ($p=0,10$).

Conclusão: Não se encontrou associação estatisticamente significativa entre mês de nascimento e sensibilização a aeroalérgenos nos indivíduos estudados.

017 - Perfil de sensibilização a aeroalérgenos em pacientes com rinite alérgica

Setor de Alergia e Imunologia, Departamento de Pediatria, FMABC-Santo André, SP
 Passeti S, Peretti L, Magalhães L, Tegoshi L, Gonzalez C, Wandalsen N, Mallozi M

Objetivo: Conhecer o perfil de sensibilização aos principais aeroalérgenos em crianças e adolescentes portadores de Rinite Alérgica (RA), acompanhados no ambulatório, no período de março/2006 a agosto/2008.

Métodos: Estudo retrospectivo, por levantamento dos registros dos testes alérgicos por puntura (prick teste – laboratório ALC), realizados em pacientes portadores de Rinite Alérgica, no período do estudo. Os alérgenos selecionados foram *D. pteronyssinus*, *D. farinae*, *B. tropicalis* e *Blatella germânica*, considerando-se positivos os testes que determinaram pápula de diâmetro igual ou superior a 3mm.

Resultados: Foram analisados 223 pacientes com idade entre 2 e 18 anos (média= 7), 58,74% do sexo masculino. Sete (3,14%), tinham diagnóstico de RA intermitente; 90 (40,36%), RA persistente leve e, a maioria, ou seja, 126 (56,5%), RA persistente moderada-grave. Em 79,82%, havia associação com outra doença atópica, sendo em 156 (69,95%) a asma. Observou-se sensibilização aos alérgenos testados em 73,54% (n= 164) dos pacientes, sendo 85,36% para *B. tropicalis*, 77,43% para *D. farinae*, 40,85% para *D. pteronyssinus* e 7,92% para *Blatella germânica*. Não foram registradas diferenças significantes entre os portadores das diversas classificações de RA citadas ou patologias associadas, quanto ao perfil de sensibilização.

Conclusões: Nas crianças e adolescentes portadoras de RA, em nosso serviço, houve sensibilização aos aeroalérgenos mais comuns em 73,54%, avaliada por *Prick test*. Os maiores índices de positividade ocorreram com *B. tropicalis* e *D. farinae*, independentemente da gravidade da RA e patologia associada.

019 - Sensibilização a aeroalérgenos e alimentos em pré-escolares desnutridos do Centro de Recuperação e Educação Nutricional

Moreira IF, Soares FJP, Casado RMM, Rodas TM, Moreira RTF, Florêncio, TMMT
 Centro de Recuperação e Educação Nutricional/Mestrado em Nutrição/Faculdade de Nutrição-Universidade Federal de Alagoas, Maceió-AL

Objetivo: Avaliar a sensibilização a aeroalérgenos e alimentos em pré-escolares desnutridos moderadas e graves semi-internos no Centro de Recuperação e Educação Nutricional de Maceió-Alagoas. **Métodos:** Estudo transversal com crianças desnutridas de 24 a 59 meses e 29 dias, com índice altura para Idade (A/I) ≤ -2 DP, conforme critérios estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) no programa de avaliação nutricional ANTRO, para crianças de 0 a 5 anos. Em todas as crianças foram realizados testes cutâneo alérgico por puntura com extratos que incluíam: *Dermatophagoide pteronissinus*, *Dermatophagoide farinae*, *Blomia tropicalis*, *Blatella germânica*, proteínas do leite de vaca, ovo, soja, cacau, trigo e amendoim. **Resultados:** Participaram do estudo 37 crianças com idade média de 40,5 meses ($\pm 11,5$), sendo 20 (54%) do sexo masculino 17 (46%) do sexo feminino. O índice altura para Idade (A/I) variou de -2.06 a -4.61 ($-2,86 \pm -0,63$). O teste cutâneo foi positivo em 15 (40.55%), 8 (53,33%) testes positivos para ácaros e 7 (46,67%) testes positivos para alimentos, sendo 4 (26,66%) testes positivos para proteínas do leite, 2 (13,33%) para ovo, 1 (6,66%) para soja e 1 (6,66%) para cacau. Na história clínica 4 crianças relataram reação alérgica, sendo 2 urticária após ingerir salsicha, 1 urticária após comer pipoca e outro angioedema após uso de dipirona. **Conclusão:** A sensibilização aos ácaros da poeira doméstica foi alta, porém semelhante a população geral. Em relação a sensibilização aos alimentos, não houve correlação com história clínica.

018 - Prevalência de Sensibilização a Alérgenos em Pacientes com Rinite e/ou Asma

Baú ARLW, Pedrosa NF.
 Serviço de Alergia e Imunologia do Hospital de Força Aérea do Galeão - RJ.

Objetivo: Conhecer o perfil de sensibilização dos pacientes com diagnóstico de rinite e/ou asma atendidos no Ambulatório de Alergia e Imunologia do Hospital de Força Aérea do Galeão.

Métodos: Foi realizado um estudo retrospectivo por meio da análise de resultados de testes cutâneo de puntura para os alérgenos inalantes de pacientes atendidos no serviço. Foram excluídos pacientes com dermatografismo, em uso de medicações anti-histamínicas, corticosteróides ou antileucotrienos e com história prévia de imunoterapia. Durante a realização dos testes foi usado um puntor para cada antígeno. Foram avaliados os ácaros: *Dermatophagoides pteronyssinus* (Der p), *Dermatophagoides farinae* (Der f), *Blomia tropicalis* (Blo t) e os epitélios: *Canis familiaris* (Can f), *Felis domesticus* (Fel d).

Resultados: Foram analisados 331 resultados de testes de pacientes para alérgenos de ácaros e 190 testes para alérgenos de epitélios de cão e de gato. A sensibilização observada nos pacientes foi de 48,64% para Der p, 48,94% para Der f, 45,01% para Blo t, 25,26% para Can f, 23,16% para Fel d. O tamanho médio da pápula nos os testes positivos foi de 5,9 mm para Der p, de 6,7 mm para Der f, de 5,6 mm para Blo t, 4,5 mm para Can f, 4,7 mm para Fel d.

Conclusão: Nesta população, os principais alérgenos sensibilizantes determinados pelo de testes cutâneo de puntura foram os ácaros, com predomínio de Der p e Der f. Chamou nossa atenção a elevada prevalência de sensibilização ao Der f.

020 - Estudo da associação de teste cutâneo para epitélio de gato e história clínica

Hamaguchi, C; Pereira, RF; Carvalho, APE; Andrade, MEB; Pereira VAR.; Aun, WT; Mello, JF
 Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo – HSPE/FMO

Introdução: alérgenos de gato são distribuídos e permanecem em suspensão onde os mesmos residem. Alguns autores mostram que pessoas que crescem num ambiente com gato se sensibilizam menos, sendo contestado por outros. **Objetivos:** verificar a associação de teste cutâneo positivo para epitélio de gato, convivência prévia com o animal e sintomas ao contato com o mesmo. **Material e Método:** selecionamos 33 pacientes com teste cutâneo positivo para epitélio de gato e 32 com teste negativo. Aplicamos questionários verbais perguntando sobre convivência atual ou prévia com o animal, local de permanência do mesmo e sintomatologia no contato. **Resultados:** Dentre os pacientes com teste positivo para epitélio do gato, 66.7% relataram convívio com gato (77,3% durante a infância), 24,2% apresentam sintomas no contato com o animal e 33.3% negam convívio ou qualquer sintomatologia alérgica associada. Entre os pacientes com teste negativo, 28% relataram convívio com gato (1 deles - 11% - durante a infância). Desses pacientes, apenas 3 (9.4%) referiram sintomas no contato com o animal, sendo que todos eles negaram convívio atual ou passado com o mesmo. **Conclusão:** Nesse estudo houve uma associação direta entre o convívio com gato e teste positivo e o não convívio e teste negativo. Observou-se também que dos pacientes donos do animal que tiveram teste negativo para epitélio de gato, somente um conviveu com o mesmo durante a infância, ao contrário daqueles com teste positivo. Entre os testes positivos, somente relataram sintomatologia os pacientes que já conviveram com gato, sendo menos frequente naqueles pacientes que ainda o tem. Entre aqueles com teste negativo, os únicos 3 pacientes que relataram sintomas negaram convívio com o gato.

021 - Análise comparativa de testes cutâneos (PRICK TEST) realizados na semana de alergia na PUC do Rio de Janeiro.

Osorio, P; Seiler MT; Filardi, C; Casado, AF; Noletto, L; Janolio, F; Alonso MLO; Amaral CSF; Tebyriça C; Tebyriça J
Escola Médica de Pós Graduação em Alergia e Imunologia PUC-RJ. 9ª Enfermaria Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro

Objetivo: Avaliar a frequência de sensibilização a determinados alérgenos inaláveis durante a semana da alergia realizada na PUC do Rio de Janeiro, comparando estes dados aos obtidos na mesma semana do ano anterior.

Método: Realizados testes cutâneos por puntura com extratos alergênicos para *Dermatophagoides pteronyssimus*, *Dermatophagoides farinae*, *Blomia tropicalis*, epitélio de cão, epitélio de gato, barata e fungos. Não houve triagem, a realização do teste foi feita mediante demanda espontânea da população. O teste foi considerado positivo se a pápula fosse maior que 3 mm.

Resultados: Foram realizados 156 testes em 2008, destes 86 (55.12%) foram positivos para pelo menos um alérgeno. Dos testes positivos, 93% foram positivos para *Der p*, 86% para *Der f*, 74% para *Blomia tropicalis*, 32% para barata, 25% para fungos, 21% para epitélio de gato e 17% para epitélio de cão. 135 pacientes relataram ter sintomas de rinite e 42 referiram apresentar sintomas asma. Foram testados em 2008, 94 pacientes do sexo feminino e 62 do sexo masculino, a faixa etária média foi de 34,39 anos. Em 2007 foram realizados 97 testes, destes 59 (60.82%) foram positivos para pelo menos um alérgeno. Dos testes positivos, 89.8% foram positivos para *Der p*, 83.1% para *Blomia tropicalis*, 78% para *Der f*, 40.7% para barata, 28.8% para cão, 23.7% para gato e 11.9% para fungos. Entre os positivos, apenas 1 (1,7%) paciente relatou ter sintomas de asma e 28 (47,45%) referiram apresentar sintomas de rinite alérgica.

Conclusão: Na população estudada, os ácaros foram o grupo de alérgenos que obteve maior frequência de reações positivas nos dois anos sendo o *der p* o de maior incidência em ambos. Em 2008, a incidência de positividade para fungo aumentou consideravelmente em relação ao ano anterior e os demais antígenos mantiveram percentual de positividade semelhante nos dois anos.

023 - Sensibilização aos aeroalérgenos e achados da nasofibroscopia no respirador bucal

Souza LAR, Gomes FHR, Borges MCL, Roberti LR, Menezes UP, Valera FCP, Ferriani VPL Anselmo WT
Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto- USP

Objetivo: Avaliar associações entre sensibilização a aeroalérgenos e alterações à nasofibroscopia em 230 pacientes respiradores bucais atendidos no Centro do Respirador Bucal do HC-FMRP-USP. **Métodos:** Estudo retrospectivo por meio de análise de prontuários de 229 pacientes respiradores bucais (1 a 18 anos). Os pacientes foram atendidos entre março de 2006 e março de 2008 por equipe multidisciplinar (alergista, otorrinolaringologista, fonoaudiólogo e ortodontista) e submetidos a exame físico da cavidade oral, rinoscopia anterior, nasofibroscopia e teste cutâneo de hipersensibilidade imediata. Foram considerados atópicos indivíduos que apresentaram teste cutâneo positivo para no mínimo um aeroalérgeno. Hipertrofia de tonsilas palatinas foi definida na presença dos graus III ou IV da classificação de Brodsky. Hipertrofia de tonsila faríngea foi definida como leve a moderada se houvesse obstrução do *cavum* menor que 70% à nasofibroscopia, e foi considerada hipertrofia moderada a grave se houvesse obstrução > 70%. **Resultados:** Dos 229 pacientes avaliados, 92 (40%) apresentaram atopia. Ao exame físico, 111 crianças apresentavam tonsilas palatinas de graus I e II: 47 atópicos e 64 não atópicos; 108 apresentavam hipertrofia de graus III e IV: 41 atópicos e 67 não atópicos ($p > 0,05$; teste exato de Fischer). Quanto ao grau de hipertrofia de tonsila faríngea, 108 dos 220 pacientes avaliados tinham hipertrofia menor que 70%: 42 atópicos e 66 não atópicos; enquanto que 121 tinham hipertrofia maior que 70%, sendo 50 atópicos e 71 não atópicos ($P > 0,05$; teste exato de Fischer). **Conclusão:** Neste grupo de pacientes respiradores bucais, não encontramos associações entre presença de atopia e hipertrofia de tonsilas palatinas ou tonsilas faríngeas.

022 - Perfil de sensibilização aos aeroalérgenos no respirador bucal

Borges MCL, Souza LAR, Gomes FHR, Roberti LR, Menezes UP, Valera FCP, Ferriani VPL Anselmo WT
Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto- USP

Objetivo: Descrever o perfil de sensibilização aos aeroalérgenos em pacientes respiradores bucais, atendidos no (CERB) Centro do Respirador Bucal do Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP.

Métodos: Estudo retrospectivo através da análise de prontuários de 229 pacientes respiradores bucais, idade entre 1 e 18 anos, atendidos no CERB, no período de março de 2006 a março de 2008. Todos os pacientes foram atendidos por equipe multidisciplinar (alergista, otorrinolaringologista, fonoaudiólogo e ortodontista) e submetidos ao exame físico completo e específico: cavidade oral, rinoscopia anterior, nasofibroscopia, e realização de teste cutâneo de hipersensibilidade imediata (TCHI). Informações foram coletadas por meio de questionário sobre sintomas e sinais clínicos: apnéia, roncos, rinorréia, espirros e prurido nasal. Foram considerados atópicos indivíduos que apresentaram teste cutâneo positivo para, no mínimo, um aeroalérgeno.

Resultados: Em 229 pacientes avaliados, 92(40%) apresentaram atopia. O perfil de sensibilização nos atópicos mostrou: ácaros (91%), baratas (29%), gato(6%), cão (6%), polens (3%) e fungos(2%). Entre os pacientes sensíveis aos ácaros encontramos: *Dermatophagoides farinae* (83%), *Dermatophagoides pteronyssinus* (74%) e *Blomia tropicalis* (34%).

Conclusão: Atopia é freqüente em pacientes respiradores bucais, com predomínio de sensibilização aos alérgenos de ácaros e baratas, ressaltando a importância desta investigação.

024 - Sensibilização atópica está associada à sibilância recorrente em lactentes menores de 2 anos.

Geraldini M, Rosario NA, Chong-Neto HJ, Santos HLBS, Tigrinho F, Araújo LML
Serviço de Alergia e Imunologia, Hospital de Clínicas, Universidade Federal do Paraná - Curitiba

Introdução: Estudo epidemiológico com 3003 lactentes em Curitiba mostrou prevalência de sibilância recorrente de 22,6% em lactentes no primeiro ano de vida. Além de fatores ambientais e genéticos, sensibilização atópica precoce é importante fator para desenvolver asma. O objetivo deste estudo é identificar a associação entre atopia e sibilância recorrente em crianças menores de 24 meses.

Métodos: De 3003 lactentes selecionou-se 47 sibilantes e 47 não sibilantes. A sensibilização atópica foi investigada por *prick test* com extratos padronizados de *Dermatophagoides pteronyssinus* (Dp), beta-lactoglobulina e clara de ovo. Considerado atópico o lactente que apresentou, a qualquer alérgeno testado, formação de pápula maior ou igual a 2 mm (diâmetro médio) 15 minutos após a puntura. As comparações entre dados clínicos categóricos dos atópicos e não-atópicos foram feitas pelo teste exato de Fisher. Assumimos um índice de significância $p \leq 0.05$ para rejeição da hipótese nula.

Resultados: Das 94 crianças avaliadas, trinta (32%) tiveram teste positivo para Dp, 6 positivos para beta-lactoglobulina e 5 para clara de ovo. Presença de 3 ou mais episódios de sibilância foi observada em 63% dos atópicos e 38% dos não-atópicos ($p < 0,05$).

Conclusões: Sensibilização atópica foi freqüente na população estudada e está significativamente relacionada com episódios de sibilância. A coexistência de atopia e sibilância, mostra a necessidade de avaliação de hipersensibilidade por IgE para o diagnóstico de asma em lactentes sibilantes.

025 - Persistência de alergia a proteína do leite de vaca em criança com asma e sintomas respiratórios após exposição inalatória ao alimento alergênico: relato de caso

Freitas JSG, Takejima PM, Kalil J, Castro FFM, Yang AC
Serviço de Imunologia Clínica e Alergia do Hospital das Clínicas-FMUSP; Disciplina de Imunologia Clínica e Alergia da Faculdade de Medicina-FMUSP; Laboratório de Investigação Médica LIM-60 da FMUSP

O leite de vaca é o principal alérgeno alimentar em crianças, e cerca de 90% desses pacientes desenvolvem tolerância espontaneamente. Considerando a base imunológica da alergia alimentar, o desencadeamento dos sintomas independe da quantidade de alimento ingerido, mas na maioria dos casos as manifestações clínicas estão relacionadas à sua ingestão.

Objetivo: Relatar o caso de uma criança de 9 anos com persistência de alergia ao leite de vaca mantendo sensibilidade à exposição a mínimas quantidades.

Relato de caso: Paciente de 9 anos, masculino, com antecedente de rinite, dermatite atópica leve e asma persistente moderada. A história de alergia ao leite de vaca iniciou na primeira semana de vida após a ingestão de fórmula infantil (NAN), com quadro imediato de angioedema, urticária, vômito e diarreia. Então, voltou para aleitamento materno exclusivo, sem restrição na alimentação materna. No decorrer da vida apresentou vários escapes com ingestão de alimentos contendo leite, e sempre apresentando reação anafilática imediata. Nos últimos meses refere aumento da sensibilidade alimentar, quando passou a apresentar sintomas faríngeos, tosse e broncoespasmo desencadeados pelo contato inalatório com o leite. Pela necessidade de tratamento para a asma, foi tomada a precaução de se evitar o uso de dispositivos em pó seco pelo risco de exposição a traços de proteína na lactose do excipiente. Na investigação apresentou positividade IgE específica para alfa-lactoalbumina (9,05 KU/L) e para beta-lactoglobulina (7,07 KU/L), IgE específica para leite total (41 KU/L).

Conclusão: Embora em sua maioria a alergia ao leite de vaca evolua com tolerância até os 5 anos, nem sempre esse fato é observado, pelo contrário, pode-se observar, como nesse caso, um aumento da sensibilidade. Especialmente em pacientes com associação de asma e alergia alimentar é importante estar atento à possibilidade de sintomas respiratórios estarem sendo desencadeados pela exposição inalatória do alimento.

027 - Alergia ao leite de vaca (ALV) com mecanismo fisiopatológico misto

Brandão AC, Gushken AK, Soubihe L, Oso KH, Pastorino AC, Castro APBM, Jacob CMA
Unidade de Alergia e Imunologia - Instituto da Criança - HCFMUSP; Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Objetivos: Descrever um paciente com alergia ao leite de vaca (ALV) com mecanismo fisiopatológico misto (IgE e não IgE mediado) e início tardio das manifestações clínicas.

Descrição do caso: LMC, 65 meses de idade, sem intercorrências neonatais e história familiar negativa para atopias. Aos 6 m apresentava dermatite atópica leve e dermatite seborréica. Nos primeiros 2 anos de vida o paciente apresentou 4 otites, sintomas de rinite alérgica, 1 pneumonia e 1 episódio de chiado. Aos 24 m iniciou dor abdominal referida, flatulência, diarreia esporádica, vômitos e distúrbio do sono, sendo iniciado tratamento para RGE. Aos 30 m evoluiu com vômitos frequentes e urticária associada à ingestão de leite de vaca (LV) e derivados. Aos 36 m foi submetido à endoscopia digestiva que revelou somente gastrite antral leve com pesquisa de *H. pylori* negativa. Nesta época foi suspeitado de ALV, confirmado com IgE específica (leite total e frações) e, posteriormente, pelo teste de provocação oral duplo cego controlado. Foi então orientada exclusão do LV e derivados da dieta. Aos 52 m voltou a apresentar dor abdominal e uma nova endoscopia foi indicada. Este exame mostrou esofagite eosinofílica (≥ 20 eosinófilos/HFF), sendo prescrito beclometasona 800µg/dia e mantido a exclusão do leite e derivados. Após 3 meses de tratamento contínuo, o paciente apresentava-se assintomático e a endoscopia controle mostrou alterações esofágicas leves, com ausência de eosinófilos na mucosa. Atualmente, o paciente encontra-se assintomático e quando ocorre exposição involuntária ao leite apresenta vômitos imediatos.

Conclusão: Os autores enfatizam a importância da suspeição de ALV em pacientes com mais de 1 ano de idade e a possibilidade de mecanismos não IgE mediados em pacientes previamente diagnosticados com ALV IgE mediados.

026 - Interpretação de rotulagem em famílias com crianças com alergia ao leite de vaca

Bicudo R, Pinotti R, Souza F, Sarni R, Cocco R, Mallozi M, Solé D.
Universidade Federal de São Paulo-SP.

Objetivo: Avaliar o conhecimento de rótulos de alimentos pelos responsáveis por crianças com alergia ao leite de vaca (ALV).

Método: Entre jan a set de 2008, responsáveis por crianças com ALV, em acompanhamento no Ambulatório da Unifesp responderam questionário a respeito de termos existentes nos rótulos de alimentos que identificam a presença de leite (lactose, caseína, soro de leite, proteína do soro, essência de queijo, composto lácteo e aroma de leite) e outros não relacionados ao mesmo (maltodextrina, riboflavina, sacarose, frutose, gordura trans, cálcio, ferro, açúcar, gordura vegetal hidrogenada). Após a aplicação do questionário, apresentou-se 10 rótulos de alimentos habitualmente consumidos (biscoitos, sopas prontas, achocolatados, embutidos, pães, bolos) para leitura dos ingredientes e interpretação quanto à presença de leite.

Resultados: Durante o período de avaliação, 17 famílias foram incluídas. Mediana de idade: 25 meses (4,3;98,7); manifestações clínicas mais comuns: dermatológicas (52,9%) e gastrointestinais (47,1%). Em 88,2% dos casos, quem respondeu as questões foi a mãe. A mediana da renda *per capita* foi de R\$ 275,00. Os responsáveis identificaram corretamente os rótulos quanto à presença de leite para os termos: lactose, caseína, soro de leite, proteínas do soro, lactoalbumina, essência de queijo, composto lácteo e aroma de leite em 88,2%, 52,9%, 94,1%, 88,2%, 88,2%, 82,4% e 82,4%; respectivamente. Foram erroneamente relacionados à presença de leite: maltodextrina (17,6%), riboflavina (23,5%), sacarose (17,6%), frutose (11,6%), gordura trans (11,8%), cálcio (5,9%), ferro (5,9%), açúcar (5,9%) e gordura vegetal hidrogenada (5,9%). **Conclusão:** Observou-se elevado percentual de identificação de ingredientes relacionados à presença de leite nos rótulos entre as famílias avaliadas. Porém, alguns ingredientes são inadequadamente relacionados a presença de leite, o que pode levar a exclusões desnecessárias na alimentação da criança.

028 - Mastocitose Cutânea como Diagnóstico Diferencial de Alergia a Proteína do Leite de Vaca

Gonzalez IG, Gavioli M, Mattos IDD, Ain ACM, Souza MCA, Camelo IC, Mallozi MC, Cocco R, Solé D
Disciplina de Alergia, Imunologia Clínica e Reumatologia - Departamento de Pediatria - UNIFESP

Objetivo: Descrever caso clínico e mastocitose cutânea como diagnóstico diferencial de alergia a proteína de leite de vaca.

Relato: DLXP, sexo masculino, um ano, natural e procedente de São Paulo, foi encaminhado para nosso serviço em abril/2008 por suspeita de alergia a proteína do leite de vaca. Com três meses de vida começou a apresentar pápulas eritematosas disseminadas, associadas a prurido intenso, que evoluíram para lesões acastanhadas. Procurou serviço médico, sendo introduzida dieta com fórmula de soja por suspeita de alergia a proteína do leite de vaca, sem melhora das lesões, foi então, introduzido água com mistura a base de amido de milho e frutas, também sem melhora. Aos oito meses de vida, atendido em nosso serviço, com persistência das lesões de pele e desnutrição. Foi introduzida dieta com fórmula a base de aminoácidos, solicitado Rast para leite de vaca e frações, e biópsia de lesão cutânea. Apesar do uso de fórmula a base de aminoácidos, as lesões persistiram, o Rast para leite de vaca e frações foi negativo, e a biópsia de lesão cutânea, revelou presença de mastócitos.

Conclusão: Evidenciar importância de outras doenças no diagnóstico diferencial de alergia a proteína do leite de vaca.

029 - Síndrome da Alergia Oral em criança de 4 meses de idade: Relato de caso.

Machado C, Garcês A, Loja C, Garcês M, Palis N, Correa N.
Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro.

Relato de caso: AMM, sexo masculino, 4 meses de idade, italiano, apresentou quadro de prurido nasal intenso associado a placas eritematosas em face e região cervical imediatamente após ingerir banana pela primeira vez. Já havia introduzido leite de vaca na alimentação sem problemas. A mãe, italiana, tem história de rinite alérgica sazonal com pólenes. Ao exame físico apresentava dermatite atópica leve. Foram realizados patch test e prick test, positivos. Na provocação oral apresentou edema labial, eritema perioral, cólica abdominal e broncoespasmo. Feito, então, prick test para látex que foi também positivo. Como conduta a mãe foi instruída sobre a reação cruzada látex-fruta e a probabilidade de sensibilização pelo pólen da *Ambrósia americana*. Tudo o que ela deveria evitar foi fornecido em listas para melhorar a adesão.

Comentários: Segundo o Consenso Brasileiro de Alergia Alimentar 2007, a síndrome de alergia oral pode ter anafilaxia como apresentação em 1 a 2%, e é mais comum em adultos que crianças. Deve haver sensibilização prévia aos pólenes, que pode ter ocorrido com o caso descrito provavelmente por via intra-uterina, pelo leite materno e/ou via inalatória, uma vez que o paciente morou na Itália. Outra hipótese é a sensibilização através do leite materno com antígenos alimentares da dieta da mãe. Devido à possibilidade de reação cruzada com banana, o látex foi testado e se mostrou positivo. No entanto, o paciente não tem manifestações clínicas de alergia ao látex.

031 - Alergia às proteínas de leite de vaca IgE-mediada – avaliação de tolerância numa população pediátrica portuguesa

Reis AM, Carvalho S, Chambel M, Piedade S, Prates S, Pires G, Rosado Pinto J

Introdução: A alergia às proteínas de leite de vaca (APLV) é uma das alergias mais comuns durante a infância e em alguns casos pode ser persistente. **Objetivo:** Avaliar a tolerância ao leite de vaca (LV) numa população pediátrica com APLV IgE-mediada. **Método:** Foi estudada uma amostra com 152 crianças dos 6 aos 12 anos, com APLV IgE-mediada, seguidas em consulta de Imunoalergologia. Os doentes foram divididos em 3 grupos de acordo com a idade de aquisição de tolerância: grupo A-<36 meses, grupo B-≥ 36 meses, grupo C-sem tolerância. Foram analisados os seguintes parâmetros: idade actual, sexo, idade de introdução LV, idade início APLV e sintomas iniciais (isolados ou associando diferentes orgãos). **Resultados:** A idade média da amostra foi 10.4 anos, 62% do sexo masculino. Actualmente 124 (81.6%) toleram o LV: 91(73.4%) do grupo A e 33 (26.6%) do B. Considerando em cada grupo a idade média actual (anos), idade média de introdução de LV (meses) e tempo que decorreu entre introdução de LV e início dos sintomas (meses), constatou-se respectivamente: grupo A-10.6, 2.1 e 0.4; grupo B-10.7, 3.0 e 0.6; e grupo C-9.5, 3.0 e 0.4. Os sintomas iniciais foram: mucocutâneos (85.5%), gastrointestinais (40.8%) e respiratórios (6.6%). Comparando A e C, existe uma maior frequência de sintomas mucocutâneos isolados no grupo A (59.3% vs 35.7%, p=0.015) e de múltiplos sintomas no C (26.4% vs 53.6%, p=0.010). No grupo B 54.5% tiveram sintomas mucocutâneos isolados e 36.4% múltiplos sintomas. **Conclusão:** Na maioria dos casos existe uma resolução da APLV em idades precoces. A presença de sintomas de apresentação isolados mucocutâneos está relacionada com melhor prognóstico. Nas crianças com APLV persistente a associação de múltiplos sintomas é mais frequente.

030 - Esofagite Eosinofílica Associada a Proteinúria

Souza, MCA; Mattos, ID; Gavioli, M; Garrido IG; Ain, AC; Mallozi, MC; Sarni, ROS; Silva, FS; Cocco, RR; Solé, D.

Introdução: Esofagite Eosinofílica (EE) é uma doença inflamatória caracterizada por infiltrado de eosinófilos no esôfago. Seu diagnóstico é feito pela presença de mais de 20 eosinófilos/campo na biópsia de uma ou mais porções do esôfago. Sua patogênese é desconhecida, mas sabe-se que há associação com outras alterações do TGI, atopia e doenças autoimunes. **Objetivo:** Descrever um caso clínico de EE associado a proteinúria. **Relato de caso:** A.C.M.C., 2 anos, com diagnóstico progressivo de alergia a leite de vaca e déficit pondero-estatural (<P3), referindo sintomas de regurgitação/engasgos pós-alimentares, e "espuma na urina". Fazia uso de domperidona e bloqueador de bomba de H⁺. O anatomopatológico da endoscopia (EDA) revelava 26 eosinófilos/campo; pHmetria de 24 hs positiva para doença do refluxo. Devido à manutenção dos sintomas de DRGE, apesar da medicação específica, repetiu-se após 6 meses EDA com biópsia de esôfago distal =40 EOS/campo; IgE específica para leite de vaca, soja, ovo, trigo <0,35kU/. Investigação etiológica da "espuma na urina" revelou proteinúria =0,23g/l, sem outras alterações. Introduzida Fluticasona (spray oral deglutido) 250mcg de 12/12 h; dieta de exclusão empírica para leite de vaca, soja, ovo e trigo e fórmula de aminoácidos. Paciente evoluiu com melhora dos sintomas de engasgos e aceitação de alimentos sólidos após 5 semanas de tratamento. Apesar da orientação de biópsia renal para investigação de doença autoimune associada, o exame ainda não foi realizado. **Conclusão:** Embora os sintomas sejam semelhantes aos da doença do refluxo, a terapia com bloqueadores de bomba de H⁺ e procinéticos são ineficazes no tratamento da EE, onde está indicado o uso de corticosteróides e dieta de exclusão. A presença de doenças autoimunes em pacientes com EE deve ser investigada sempre que houver sinais sugestivos.

032 - Relato de Caso sobre Esofagite Eosinofílica associado à Atopia

Goulart CBG, Cruz Fcdf, Jorge AS, Dias GAC, Pires GV
Disciplina/Serviço de Imunologia Clínica HUCFF-FM-UFRJ

Introdução: A Esofagite Eosinofílica (EE) tem sido objeto de inúmeras pesquisas por ter em sua etiopatogenia mecanismos de hipersensibilidade envolvidos, os quais, ainda não foram totalmente elucidados.

Objetivo: Relatar um caso de Esofagite Eosinofílica, destacando sua prevalência aumentada em pacientes com alergia respiratória e/ou alimentar.

Relato de caso: R.A.J., branco, 13 anos, natural do Rio de Janeiro, com história clínica iniciada há 3 anos de disfagia para alimentos sólidos com impactação alimentar, necessitando ingerir líquidos para facilitar a deglutição. Fez uso de Ranitidina e Bromoprida, sem melhora. Apresenta asma e rinite alérgicas intermitentes, com história familiar de atopia. Exames realizados: Endoscopia Digestiva Alta: traquelização do esôfago com estrias avermelhadas e lineares; Biópsia do Esôfago: 30 eosinófilos por campo de grande aumento; Seriografia Esôfago-Estômago-Duodeno e Phmetria: sem alterações; Esofagomanometria: hipomotilidade esofagiana intensa e Teste Cutâneo de Leitura Imediata: positivos para cacau, *Dermatophagoides pteronyssinus* e *Blomia tropicalis*. O paciente foi tratado com fluticasona deglutida 250 mcg 12/12h por 8 semanas, com melhora do quadro clínico.

Conclusão: A relevância da associação da Esofagite Eosinofílica com atopia tem sido recentemente descrita. Vale ressaltar a importância de uma abordagem multidisciplinar para um diagnóstico precoce e tratamento adequado, evitando, assim, complicações graves e irreversíveis.

033 - Relato de caso: provas de provocação duplo-cego placebo controlado em adulto com suspeita de alergia a trigo, milho e ovo

Penterich VRA, Varalda DB, Porto I, Yang AC, Castro FM
Serviço de Imunologia Clínica e Alergia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP

Introdução: A Prova de Provocação Duplo-Cego Placebo-Controlado (PPDCPC) é o padrão ouro para diagnóstico de alergia alimentar.

Objetivo: Relata-se o caso de uma paciente adulta com suspeita de sintomas tardios, com exacerbação de eczema, após o consumo de alimentos contendo trigo, milho, e ovo. **Métodos:** Para viabilização do teste, as claras e as gemas de ovos foram cozidas, separadas, sem contato, e liofilizadas. A farinha de trigo, o fubá e os produtos liofilizados foram então encapsulados em cápsulas indistinguíveis do placebo visualmente. A paciente STS, 43 anos, com diagnóstico de dermatite atópica grave, rinite persistente moderada, é acompanhada no Serviço Ambulatorial da disciplina de Alergia e Imunologia do HCFMUSP, onde foi realizada a provocação. A PPDCPC foi então realizada em 5 dias diferentes não consecutivos, um dia para cada alimento e um dia para o placebo. Durante a prova a paciente foi monitorada clinicamente e foi realizado score de gravidade (SCORAD) antes, imediatamente após e uma semana depois da prova de desencadeamento. A dose do alérgeno suspeito foi dada de maneira fracionada, cada cápsula contendo 500mg de alimento, até atingir a quantidade total de 10g.

Resultados: Não foi confirmada a alergia a clara, nem a gema de ovos. Foi encontrada piora significativa no SCORAD após a provocação com o milho e com trigo, confirmando ambas hipóteses diagnósticas.

Conclusão: Conclui-se que a realização destes testes pode ser desafiadora para a equipe multidisciplinar, porém, é necessária sua aplicação possibilitando a confirmação ou exclusão da suspeita.

035 - ImmunoCAP ISAC®: tecnologia por *microarray* no estudo de alergia alimentar em contexto de reactividade cruzada

Carvalho S¹, Silva I¹, Palma-Carlos S¹, Piedade S¹, Gaspar A¹, Prates S¹, Pires G¹, Matos V², Loureiro V², Leiria-Pinto P¹

¹Serviço de Imunoalergologia, ²Serviço de Patologia Clínica, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central, Portugal

Introdução: O ImmunoCAP ISAC® (*Immuno Solid-phase Allergen Chip*) é um teste *in vitro* que visa detectar e identificar semi-quantitativamente a presença de anticorpos (Ac) específicos de classe IgE (sIgE) no soro ou plasma humano para múltiplos componentes alergênicos (imobilizados num substrato sólido, em *microarray*).

Objetivos: Avaliar a *performance* deste novo método no estudo de doentes com alergia alimentar em contexto de provável fenómeno de reactividade cruzada.

Métodos: Selecionou-se um conjunto de doentes seguidos na Consulta de Imunoalergologia do Hospital de Dona Estefânia com quadros clínicos sugestivos das 3 principais síndromes de reactividade cruzada (ácaros-crustáceos-moluscos, pólenes-frutos/vegetais e látex-frutos) e um doente com alergia a vários frutos da família *Rosaceae*. Os doentes foram avaliados por história clínica detalhada e por testes cutâneos por método *prick* (com extracto comercial e/ou alimento em natureza) e doseamento de sIgE. Procedeu-se à determinação de sIgE nos respectivos soros, através da tecnologia ImmunoCAP ISAC® (Phadia).

Resultados: Incluíram-se 19 doentes (5 com síndrome ácaros-crustáceos-moluscos, 7 com síndrome látex-frutos, 6 com síndrome pólenes-frutos/vegetais e 1 com alergia a frutos da família *Rosaceae*), com idade média de 25,8 anos (± 13 anos) e relação sexo F: M de 1:0,9. Verificou-se a presença de Ac para tropomiosina (Der p10, Pen i1, Pen m1, Hel as1, Ani s3) em 2 doentes com síndrome ácaros-crustáceos-moluscos; Ac para alérgenos do látex implicados na reactividade cruzada com alimentos (Hev b6.02, Hev b5, Hev b11) em 6 doentes com síndrome látex-frutos; e Ac para LTPs (Pru p3) em 3 doentes com síndrome pólenes-frutos e no doente com alergia a vários frutos da família *Rosaceae*.

Conclusões: A identificação dos panalérgenos implicados na síndrome clínica de reactividade cruzada em 12 doentes com alergia alimentar, vem demonstrar a utilidade deste novo teste *in vitro* como adjuvante na confirmação deste tipo de situações.

034 - Megacólon em criança de 6 meses de idade: Alergia Alimentar? – Relato de caso

Ferraroni NR^{1,2}; Leon M³, Ferraroni J², Grumach AS¹.

1. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo-SP, 2. Clinim – Alergoclínica, Brasília-DF; 3. Centro de Gastropediatria, Brasília-DF.

Objetivo: Descrever quadro clínico de Megacólon de difícil tratamento de 6 meses de evolução.

Método: Revisão de prontuário.

Resultado: Paciente masculino, 12m idade, P(50) estatura/peso, quadro de constipação intestinal com início de alimentação sólida aos 6m. Foi avaliado por gastropediatria, onde o Enema Opaco sugeria Megacólon. Foi realizado Manometria ano-retal para descartar Aganglionose Congênita a qual não foi diagnosticada. Ficou com hipótese diagnóstica de Megacólon funcional e foi solicitado a avaliação para Alergia Alimentar. Na ocasião, criança necessitava de lavagem intestinal em dias alternados. Histórico: nasceu de parto a termo, introdução de leite de vaca imediatamente após nascimento, início de constipação ao 6 meses de idade, com esforço evacuatório e *spots* de sangramento retal. Ausência de reação adversa às imunizações do calendário básico e à da febre amarela. Gastropediatria iniciou dieta de exclusão de leite de vaca, sendo este trocado para soja e paciente foi encaminhado para a avaliação com Alergista. Foram realizados testes cutâneos de leitura imediata que se mostraram positivos para leite de vaca, soja e ovo, e negativos para amendoim, cacau, glúten, aveia e trigo. Foi iniciada dieta de exclusão adequada e, um mês após, o hábito intestinal já havia sido regularizado.

Conclusão: A alergia à proteína da soja concomitante à sensibilização ao leite de vaca, ocorre em 14% das crianças. Identificada neste caso, aliada à sensibilização ao ovo, considerado um antígeno oculto culminaram com o quadro clínico exuberante. A avaliação pelo especialista é imprescindível nestes casos.

036 - “Relato de Caso: Dermatite Atópica relacionada a Alergia a Múltiplos Alimentos”

Aranda C, Campanha M, César D, Suano F, Sarni R, Cocco R, Solé D, Mallozi M.
Universidade Federal de São Paulo – SP.

Objetivo: Relatar o caso de um paciente que apresenta Dermatite Atópica Grave relacionada à Alergia a Múltiplos Alimentos.

Relato de caso: R.S.S., 2 anos e 4 meses, masculino. Recebeu aleitamento materno exclusivo até 1 mês de vida. Aos 2 meses, iniciou fórmula polimérica de partida, à base de proteína de leite de vaca, quando apresentou lesões crostosas em couro cabeludo, prurido e eczema generalizado. O diagnóstico de Alergia ao Leite de Vaca foi sugerido, sendo retirado o leite da dieta e substituído por bebida de soja. O paciente não tinha boa aceitação da dieta, apresentava vômitos e desconforto abdominal. Evoluiu com baixo ganho ponderal, com comprometimento importante do estado nutricional e piora das lesões de pele. Foi avaliado em nosso Serviço, com 12 meses, onde foi suspeitado de Alergia a Múltiplos Alimentos, sendo iniciado fórmula extensamente hidrolisada e dieta de exclusão dos alimentos suspeitos e com valores relevantes de IgE sérica específica (kUA/l) – UniCap Phadia (soja= 19,4; gema= 25,8; clara= 37,9; trigo= 31,1; leite de vaca= 7,09). O paciente ainda apresentava quadro cutâneo descamativo importante e ganho de peso insuficiente, até que com 1 ano e 5 meses, foi iniciado fórmula de aminoácidos com melhora do quadro cutâneo e recuperação nutricional.

Conclusão: A Dermatite Atópica Grave pode estar relacionada à Alergia a Múltiplos Alimentos. A exclusão dos alimentos desencadeantes, de forma criteriosa, é fundamental para melhora clínica do paciente. A orientação nutricional deve ser realizada para o sucesso do tratamento.

037 - Dermatite atópica com influência de alérgeno alimentar: Relato de caso

Osorio P, Mendes KAP, Ferreira MIPL, Odebrecht SA, Oliveira MR, Janolio F, Seiler T, Noleto L, Casado AFM, Alonso MLO, Amaral CSF

Serviço de Alergia e Imunologia Dermatológica - Instituto de Dermatologia Prof. Rubem David Azulay - Escola Médica de Pós Graduação PUC- RJ, Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro

Introdução: Dermatite atópica é uma doença inflamatória, crônica caracterizada por prurido e eczema geralmente em locais típicos. Alguns alérgenos alimentares como trigo, ovo, leite e amendoim podem exacerbar a erupção cutânea em um percentual de pacientes com esta doença.

Objetivo: Relatar o caso de um paciente com dermatite atópica com influência de alérgeno alimentar.

Relato de caso: ARS, masculino, 20 anos, com história de asma na infância. Em acompanhamento no serviço desde janeiro de 2006 com quadro de dermatite atópica e rinite alérgica. Em sua primeira consulta apresentava eczema generalizado. Apesar das medidas de controle ambiental, da orientação quanto aos cuidados com a pele, uso de anti histamínicos de diferentes classes e corticoterapia tópica, o controle clínico foi discreto, exigindo cursos frequentes de corticóide e antibióticos sistêmicos. Entre os exames solicitados foram encontradas IgE total de 4461 e IgE específica para trigo positiva, grau moderado. Com a exclusão do trigo da dieta, observamos melhora importante do quadro. Posteriormente foram solicitados exames específicos para os principais ácaros da poeira (grau elevado) em função da persistência dos sintomas respiratórios. Iniciada imunoterapia para inalantes e tratamento profilático para a rinite alérgica.

Conclusão: A dermatite atópica é uma doença multifatorial. Os alérgenos alimentares estão entre seus possíveis fatores agravantes. Neste caso observamos uma correlação significativa entre a melhora clínica e a exclusão do trigo.

039 - Estudo de Casos de Dermatite Atópica de Início Tardio

Mendes KAP, Ferreira MIPL, Odebrecht SA, Oliveira MR, Janolio F, Seiler T, Noleto L, Casado AFM, Osorio P, Alonso MLO, Amaral CSF

Serviço de Alergia e Imunologia Dermatológica - Instituto de Dermatologia Prof. Rubem David Azulay - Escola Médica de Pós-Graduação da PUC - RJ, Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro

Introdução: A Dermatite Atópica é uma doença inflamatória da pele que acomete predominantemente as crianças menores de 5 anos. Entretanto, uma parte destes pacientes pode permanecer com a doença na adolescência e idade adulta ou mesmo iniciar seus sintomas a partir desta idade.

Objetivo: O objetivo deste trabalho foi avaliar as características de pacientes com dermatite atópica, acima de 18 anos, que iniciaram seu quadro tardiamente.

Material e método: Foram selecionados aleatoriamente, 5 pacientes com dermatite atópica atendidos no Setor de Alergia e Imunologia Dermatológica do Instituto Prof. Rubem David Azulay da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro nos últimos 12 meses (2007-2008), cujo aparecimento das manifestações clínicas ocorreu após os 18 anos.

Resultados: Os pacientes apresentavam dermatite atópica moderada de acordo com o SCORAD. A média de idade foi de 22,7 anos (mínimo 20 e máximo 43), sendo 2 homens e 3 mulheres. Quanto à raça, 2 dos 5 pacientes eram negros, 2 brancos e 1 pardo. Todos foram avaliados quanto à dosagem de IgE total e IgE específica para os principais ácaros (Dp, Df e Bt) e alimentos como leite de vaca, clara, gema e trigo. A média da dosagem sérica de IgE total foi de 3018,2 UI (de 630 a 5000). Observou-se dosagem de IgE específica para ácaros acima de 100 UI (classe VI) nos 5 casos. Dois pacientes apresentaram IgE específica para leite de vaca e trigo (média 3,3 - classe II).

Conclusão: Neste trabalho, os pacientes com dermatite atópica de início tardio apresentaram características semelhantes àquelas encontradas em outras faixas etárias, resultados estes concordantes com aqueles encontrados na literatura mundial.

038 - Eczema atópico x não-atópico - existem marcadores clínicos ou laboratoriais?

Yamanari AA, Garcia MLS, Toledo EC

Serviço de Alergia e Imunologia Clínica - Departamento de Pediatria e Cirurgia Pediátrica - Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - SP

O eczema atópico (EA) constitui a primeira manifestação da marcha atópica, seqüência típica de progressão das doenças alérgicas que evoluem da sensibilização a alérgenos alimentares e EA no início da vida para posterior sensibilização a alérgenos ambientais, rinite e asma. Caracteriza-se pelo rompimento da barreira lipídica cutânea resultando em inflamação crônica e recidivante cuja localização depende da idade da criança. Apresenta dois fenótipos clínicos: o alérgico (EA) e o não-alérgico (ENA).

Objetivo: avaliar a presença de marcadores clínicos e laboratoriais para o EA. **Casística e Método:** estudo transversal, retrospectivo em 149 crianças até 12 anos com EA diagnosticado de acordo com os critérios de Haniffin e Hajka, acompanhadas em ambulatório especializado. EA foi considerado se a criança apresentasse teste cutâneo de leitura imediata (TCHI) positivo a pelo menos um alérgeno. Foram analisadas as variáveis: gênero, idade de início da doença, história familiar alérgica, doenças associadas, IgE elevada, protoparasitológico de fezes, eosinofilia sérica e sensibilização a alérgenos alimentares, ambientais e ambos. A associação entre as variáveis foram avaliadas pelo teste Qui-quadrado, Odds Ratio e intervalo de confiança de 95%. As associações foram consideradas significantes se $p \leq 0,05$. **Resultados:** Apresentaram associação direta com o EA: rinite, sensibilização a alérgenos ambientais, IgE elevada, rinite + asma, início do EA entre 1 e 5 anos, sensibilização a alérgenos ambientais + alimentares, rinite + DRGE. **Conclusão:** EA é uma entidade clínica e laboratorialmente distinta do ENA. A caracterização do fenótipo alérgico implica em instituição de medidas preventivas para a marcha atópica.

040 - Ciclosporina no tratamento de dermatite atópica grave

Ferreira EF; Melo JML; Morandin FC; Menezes UP; Ferriani VPL; Roxo Júnior P.

Serviço de Imunologia, Alergia e Reumatologia Pediátrica - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

Objetivo: Avaliar características clínicas e laboratoriais de pacientes com dermatite atópica (DA) grave em uso de ciclosporina no Ambulatório de Alergia e Imunologia Pediátrica do HCFMRP.

Métodos: Análise retrospectiva dos prontuários de crianças com diagnóstico de DA grave, com comprometimento maior que 50% da área corporal e em uso de ciclosporina por período mínimo de 3 meses. Parâmetros clínicos e laboratoriais (funções hepática e renal) foram avaliados, além do perfil de sensibilização para alérgenos inalantes e alimentares pela dosagem de IgE específica.

Resultados: Foram identificados 7 pacientes (57% meninos), entre 3 meses e 5 anos. O início da doença ocorreu no primeiro ano de vida em 74% dos casos. Sensibilização a pelo menos um alérgeno foi encontrada em 72% dos pacientes. O perfil de sensibilização a inalantes foi observado: ácaros (43%); fungos (43%); cão (57%), gato (57%), barata (57%); e 57% sensibilizados a alimentos (trigo, leite de vaca e clara de ovo). História familiar para asma presente em 86% dos pacientes, rinite alérgica em 29% e DA em 57% dos casos. Resposta clínica satisfatória com uso da ciclosporina (3mg/kg/dia) em 71% (diminuição do uso de anti-histamínicos e corticóides orais, além de infecções secundárias). Nenhum paciente apresentou efeitos colaterais ou alterações laboratoriais. **Conclusão:** A DA é uma doença complexa, envolvendo reações de hipersensibilidade tipos I e IV, acarretando em aumento de IgE e disfunção de células T. A ciclosporina é um potente imunossupressor, inibindo a imunidade celular, principalmente através do bloqueio de linfócitos T-helper. É uma opção terapêutica em pacientes com DA, porém seu uso deve ser restrito a casos graves e resistentes a outros medicamentos.

041 - Importância do Grupo de Apoio no Acompanhamento dos Pacientes com Dermatite Atópica

Amaral CSF, Alonso MLO, Mendes KAP, Corrêa SRR, Campos TCCR, Takaoka R.

Serviço de Alergia e Imunologia Dermatológica – Instituto de Dermatologia Prof. Rubem David Azulay – Santa Casa da Misericórdia do RJ; Divisão de Psicologia e Departamento de Dermatologia, Hospital das Clínicas da FMUSP

A dermatite atópica (DA) é uma doença inflamatória crônica da pele caracterizada por lesões eczematizadas, pruriginosas, de localização e morfologia geralmente típicas. Em função de sua cronicidade e das dificuldades inerentes ao controle clínico, promove muitas vezes alterações profundas na qualidade de vida do paciente e de seus familiares. **Objetivo:** Ressaltar a importância das atividades da Associação de Apoio à Dermatite Atópica (AADA) enfatizando o trabalho realizado no grupo do Rio de Janeiro. **Métodos:** Os grupos são formados por médicos, psicólogos, pacientes com dermatite atópica e seus familiares. Nas reuniões são distribuídos materiais didáticos que explicam de forma objetiva e com linguagem acessível ao leigo, características próprias da DA. Há estímulo à troca de informações e de experiências pessoais, muitas vezes com grande envolvimento emocional dos participantes. **Resultados:** Ao longo destes três anos de atividades no Rio de Janeiro, temos observado a necessidade que os pacientes e seus familiares têm de conhecer a doença, de reconhecer no outro as mesmas dificuldades e questionamentos além do forte desejo de participação e integração. A sensação de ser excluído pela sociedade e por si mesmo, as dificuldades nos relacionamentos, no convívio social são frequentemente colocadas nas reuniões. **Conclusão:** A AADA através dos trabalhos dos grupos de apoio, por promover a interação de diferentes pessoas, com diferentes graus de comprometimento cutâneo, favorece a relação entre elas e o grupo, seus familiares e a sociedade. Este fato tem se refletido na evolução clínica da doença e na qualidade de vida dos pacientes como um todo.

042 - Manifestações Cutâneas Associadas a Imunodeficiências Primárias em Crianças e Adolescentes

Filippo P, Alonso ML, Nabuco L, Noieto B, Nogueira LS, Carvalho FAA, Wolff PG, Moura JZ, Araripe ALC, Bastos SMEB, Ungier CE
Serviço de Alergia e Imunologia – Instituto Fernandes Figueira – FIOCRUZ/RJ

Introdução: As imunodeficiências primárias (IDP) caracterizam-se por defeitos congênitos do sistema imune, que predispoem o indivíduo a infecções de repetição, infecções graves de curso prolongado ou seguidas de complicações importantes. Sua incidência é estimada em 1:10.000 indivíduos com diferenças regionais.

Objetivo: Avaliar a frequência e a natureza de manifestações cutâneas e sua importância como marcadores para o diagnóstico de IDP.

Materiais e métodos: Revisão de 154 prontuários de pacientes com idade entre 6 meses e 19 anos, com diagnóstico suspeito ou definitivo de IDP, no período de março de 2003 a agosto de 2008, do Ambulatório de Imunodeficiências Primárias – Serviço de Alergia e Imunologia do IFF – Fiocruz.

Resultados: Dos 154 prontuários revistos, 72 pacientes (31 do sexo feminino e 41 do sexo masculino) apresentaram diagnóstico comprovado de IDP. Destes, 54 apresentaram manifestações cutâneas associadas. Foram encontradas: eczema, infecções cutâneas de repetição, telangiectasias, cicatriz pós-drenagem, alopecia, granulomas, púrpura e hipo ou hiperpigmentação. História familiar positiva para IDP foi observada em 19 pacientes, havendo consanguinidade em 2 casos.

Conclusão: A amostra estudada indica uma prevalência importante de dermatoses nos quadros de IDP, sendo avaliada a possibilidade de manifestações específicas como auxílio diagnóstico.

043 - Associação de Imunodeficiência Primária e Atopia nos Pacientes Acompanhados em Ambulatório Especializado

Filippo P, Alonso MLO, Nabuco L, Nogueira LS, Carvalho FAA, Nunes LO, Savastano CR, Moura JZ, Araripe ALC, Wolff PG, Bastos SMEB, Ungier CE.

Serviço de Alergia e Imunologia – Instituto Fernandes Figueira – FIOCRUZ/ RJ

Introdução: As imunodeficiências primárias são doenças hereditárias causadas por defeitos em um ou mais componentes do sistema imunológico, predispondo o paciente a infecções por diversos patógenos e de gravidade variável. Podem estar associadas a doenças auto-imunes, neoplasias e atopia.

Objetivo: Avaliar a frequência de atopia nos pacientes portadores de imunodeficiências primárias (IDP).

Materiais e métodos: Revisão de 72 prontuários de pacientes com idade entre 6 meses e 19 anos, com diagnóstico comprovado de IDP, no período de março de 2003 a agosto de 2008, do Ambulatório de Imunodeficiências Primárias – Serviço de Alergia e Imunologia do IFF – Fiocruz.

Resultados: Dos 72 pacientes (31 do sexo feminino e 41 do sexo masculino), 48 apresentaram atopia (47 rinite, 19 asma e 4 dermatite atópica). Em 50 havia história familiar positiva para atopia. Das IDP associadas a doenças alérgicas, a deficiência seletiva de IgA foi a mais prevalente. Cinco pacientes apresentaram história familiar para auto-imunidade (2 lupus eritematoso sistêmico, 1 artrite reumatóide, 1 vitiligo e tireoidite de Hashimoto, 1 doença celíaca). Consanguinidade foi encontrada em dois casos.

Conclusão: Há maior associação de imunodeficiência primária e atopia, em particular com quadro alérgico grave. Na nossa casuística, houve uma prevalência significativa de deficiência seletiva de IgA e doenças atópicas.

044 - Avaliação sócio-econômica e das condições de vida de pacientes portadores de imunodeficiência primária (PID) que recebem infusão de imunoglobulina endovenosa (IGIV), acompanhados no ambulatório de imunologia da UNIFESP entre outubro/2007 e março/2008.

Surian BR; Loureiro GL; Lawrence TC; Rulo V; Costa-Carvalho BT.

Disciplina de Alergia, Imunologia Clínica e Reumatologia, Departamento de Pediatria, UNIFESP-EPM, São Paulo.

Introdução: Doenças crônicas necessitam de visitas médicas regulares por tempo indeterminado e o tratamento muitas vezes requer retornos mensais aos hospitais.

Material e Métodos: Foram avaliados 59 pacientes diagnosticados com PID acompanhados clinicamente na UNIFESP. Um questionário com 20 questões relacionado com o status sócio-econômico, tempo despendido durante o transporte até a clínica, tipo de transporte e dificuldades para conseguir a medicação de uso regular foi aplicado aos pacientes e/ou responsáveis durante as consultas de rotina.

Resultados: 59 pacientes de 54 famílias diferentes comparecem ao nosso serviço para receber IGIV mensalmente. A média de idade foi de 16,5 anos (1-52,4 anos) e 35 eram masculinos. Quase todos os pacientes 93,2% (55/59) moram no estado de São Paulo, mas apenas 54,2% (32/59) vivem na cidade de São Paulo. Aproximadamente, 62% (37/59) destes pacientes demoram 2 ou mais horas para chegar de sua casa até o serviço onde permanecem ao redor de 4 horas para receber a medicação injetável (54,2% 32/59). Todos os pacientes perdem pelo menos 1 dia de escola ou trabalho por mês para receber a medicação e a maioria perde um dia extra para retirar a medicação nos centros de distribuição do governo. Perto de 64% (38/59) das famílias vivem em baixas condições sócio-econômicas e ganham menos de 1000 Reais/mês. A média de pessoas que vivem na mesma casa é de 4 pessoas; onde 66,1% (39/59) dos domicílios têm mais de 3 cômodos e 95% (56/59) apresentam saneamento básico.

Conclusão: O tratamento regular com IGIV requer um esforço extremo das famílias dos pacientes com PID. A baixa condição sócio-econômica dos pacientes restringe o acesso ao tratamento multidisciplinar necessário para uma evolução favorável da doença.

045 - Deficiência de IgA e Doenças Autoimune: Relato de Caso

Fusaro GV, Miranda LBC, Cunha LAO, Pinto JA, Nunes JBS
Departamento de Imunologia do Hospital das Clínicas da
Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG- BH)

Introdução: A deficiência seletiva de IgA está associada com o aumento do risco de doenças autoimune. De acordo com a literatura, as doenças autoimune mais frequentemente associadas com deficiência de IgA são artrite reumatóide juvenil, artrite reumatóide do adulto e o lupus eritematoso sistêmico. Outras doenças também podem estar associadas com deficiência de IgA tais como doenças endócrinas, vitiligo, anemia hemolítica, trombocitopenia idiopática, e doenças neurológicas.

Objetivo: Descrever um caso de deficiência seletiva de IgA associado com artrite reumatóide juvenil.

Relato do Caso: J.L.A., 17 anos, sexo feminino, há seis anos foi encaminhada para o serviço de Imunologia do Hospital das Clínicas de Minas Gerais devido à infecções respiratórias recorrentes. A investigação imunológica revelou deficiência seletiva de IgA. Dois anos após, ela desenvolveu dor em articulações de joelhos e coxo femurais, apresentando deformidades e progressiva limitação funcional. Foi encaminhada para a reumatologia e diagnosticado Artrite Reumatóide Juvenil. Exames complementares: IgA: < 6,67 (40-350); IgM: 154 (50-200); IgG: 1510 (650-1600). Fator Reumatóide: 37 (<20).

Conclusão: A principal manifestação clínica das imunodeficiências primárias está relacionada ao aumento da susceptibilidade às infecções. Entretanto, outras doenças como neoplasias e doenças autoimune também estão associadas às imunodeficiências primárias. Estes pacientes devem ter acompanhamento clínico ambulatorial, com a finalidade de se detectar precocemente, possíveis complicações tais como doenças autoimune, doenças hematológicas e tumores.

047 - Imunodeficiência comum variável: paciente com piora do quadro clínico após mudança de ambiente

Ricetto MC, Ribeiro ECC, Mendes L, Kobashikawa GE, Valverde KK, Pinheiro BM, Aquino RTR, Dionigi PCL, Menezes MCS, Forte WCN

Setor de Alergia e Imunodeficiências da Irmandade e Disciplina de Imunologia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

Objetivo: Relato de caso de paciente com imunodeficiência comum variável, com piora do quadro clínico após exposição a maior número de patógenos.

Método: Seguimento clínico-laboratorial.

Relato: ESS, 36 anos, masculino, pardo, natural de Caatiba-BA, procedente de Diadema-SP. História de diarreia crônica, perda ponderal, astenia, aftas orais, sinusites, otites e tonsilites esporadicamente há 20 anos. Há 8 anos, quando se mudou para SP, apresentou piora do quadro e teve diagnóstico de sete pneumonias nesse período. Não apresenta epidemiologia para tuberculose. Ao exame físico apresentava-se emagrecido, descorado, com edema de parede abdominal e de membros inferiores e baqueteamento digital. A investigação laboratorial mostrou: sorologias negativas; VHS e DHL aumentados; PPD negativo; cloro no suor normal; parasitológico de fezes e coprocultura negativos; pesquisa para sangue oculto, leucócitos e gordura nas fezes negativa; pesquisa de *Cryptosporidium* e *Isospora* nas fezes negativos; alfa 1-antitripsina normal; ferritina normal com ferro sérico baixo; hormônios tireoideanos normais; anticorpos anti-tireoideanos negativos; mielograma normal; complemento total e frações, linfócitos T CD4 e CD8 normais. IgA<0,7mg/dL; IgM 31,3mg/dL; IgG total 197,9mg/dL; IgG₁ 245,3mg/dL; IgG₂ 55,6mg/dL; IgG₃ 53,5mg/dL; IgG₄<0,1 mg/dL; IgE<20,1UI/mL. Colonoscopia com ileíte terminal crônica. Realizado tratamento para giardíase e iniciada gamaglobulina humana endovenosa, com intervalos de 28 dias, na dose de 600mg/kg. Paciente evoluiu com ganho ponderal de 10 quilos, melhora da diarreia e das infecções respiratórias.

Conclusão: O presente relato mostra a importância da investigação de imunodeficiências congênitas em pacientes com infecções de repetição e piora após exposição a maior número de patógenos, e ainda, apesar do diagnóstico tardio, mostra a boa resposta que o paciente obteve após a instituição do tratamento específico com gamaglobulina endovenosa.

046 - Conjuntivite Alérgica Grave em Paciente com Deficiência de IgA

Takejima PM, Ribeiro MR, Galvão CE, Kalil J, Yang AC
Serviço de Imunologia Clínica e Alergia do Hospital das Clínicas-FMUSP; Disciplina de Imunologia Clínica e Alergia da Faculdade de Medicina-FMUSP; Laboratório de Investigação Médica LIM-60 da FMUSP

Objetivo: Relatar o caso de um paciente com conjuntivite alérgica de difícil controle associada à deficiência total de IgA.

Relato do caso: Paciente masculino, 6 anos de idade, com história de prurido nasal e espirros desde 1 ano de vida, além de prurido ocular intenso, associado a enantema conjuntival, eritema palpebral, lacrimajamento ocular e fotofobia, comprometendo sua qualidade de vida. Também apresentava lesões eritemato-descamativas em fossas poplíteas e cubitais. Os testes cutâneos demonstraram sensibilização a ácaro (*Dermatophagoides pteronyssinus*), barata e fungos. Considerando a dificuldade no controle da conjuntivite alérgica com o tratamento medicamentoso, foi discutida a possibilidade da indicação de imunoterapia alérgica específica. Entretanto, ao se avaliar a presença de contra-indicações para essa opção terapêutica, detectou-se deficiência total de IgA, assim optou-se por outra abordagem para o caso, com o uso de medicação imunomodulatória tópica (ciclosporina colírio). **Discussão:** Muitos pacientes com deficiência de IgA apresentam atopia. A conjuntivite alérgica acomete grande parte dos pacientes atópicos e, se mal controlada, pode levar a danos graves na córnea. Uma das opções terapêuticas é a imunoterapia, porém devemos lembrar das contra-indicações, sendo que uma delas é a presença de imunodeficiências. Neste caso, é necessário utilizar outras estratégias terapêuticas, dentre as quais estão os imunomoduladores tópicos oculares. Estes devem ser usados caso haja persistência dos sintomas com tratamento convencional e após avaliação oftalmológica, já que as alterações precoces podem não ser percebidas ao exame clínico das conjuntivas.

048 - Avaliação de células T regulatórias em pacientes com Imunodeficiência Comum Variável

Melo KM, Carvalho KI, Kallas EG, Bruno FR, Ballan W, Nixon DF, Costa Carvalho BT.

Disciplina de Alergia, Imunologia e Reumatologia- Depto de Pediatria- UNIFESP/EPM ; Laboratório de Imunologia II- Cintergen- Unifesp/EPM ; Division of Experimental Medicine, San Francisco General Hospital University of California - USA

Resumo:

Introdução: As células T regulatórias CD4+CD25^{high} que expressam o fator de transcrição FOXP3 (Tregs) são essenciais na modulação da resposta imunológica mediada por linfócitos T, incluindo resposta a patógenos, células cancerígenas e auto-antígenos. **Objetivo:** Investigar a frequência, fenótipo e função das Tregs em pacientes com Imunodeficiência Comum Variável (ICV) e determinar se a frequência destas células poderia estar correlacionada com o estado de ativação das células T nestes pacientes. **Material e métodos:** Dezesesseis pacientes (10 do sexo feminino) com ICV, em uso regular de imunoglobulina intravenosa (IGIV) e 14 controles foram selecionados. Células mononucleares isoladas de amostras de sangue periférico dos participantes, foram adquiridas por citometria de fluxo (FACS-Canto) utilizando os seguintes marcadores. Treg: CD4, CD25, FOXP3, CD127, e OX40; ativação: CD38, CCR5, HLA-DR e IFN- γ ; proliferação: Ki67. A análise dos resultados foi feita através do software FACS-Diva e os grupos foram comparados usando teste não-paramétrico (Mann Whitney) e teste de correlação Spearman. **Resultados:** Observou-se uma redução significativa no percentual de células Treg CD4+CD25^{high}FOXP3+ nos pacientes ($p<0,05$), principalmente nas células co-expressando CD127_{low} ($p<0,05$). Além disso, houve um aumento significativo no percentual de células T CD8 ativadas expressando CD38+ e HLA-DR e de linfócitos T CD4+ co-expressando CD38+CCR5+. A liberação de IFN- γ e expressão de Ki67 destas células foram similares entre os grupos. A correlação entre o maior estado de ativação das células T e o percentual de Tregs não mostrou diferença estatística entre pacientes e controles. **Conclusão:** As Tregs parecem estar comprometidas em pacientes com ICV, principalmente nas células com maior função supressora.

049 - Avaliação das subpopulações de linfócitos em pacientes brasileiros portadores de Imunodeficiência comum variável (CVID).

Lawrence, TC; Lessa-Mazzucchelli, JT; Miyamoto, M; De Moraes-Pinto, MI; Nudelman, V; Costa-Carvalho, BT.
Disciplina de Alergia, Imunologia Clínica e Reumatologia, Departamento de Pediatria, UNIFESP-EPM, São Paulo.

Introdução: Imunodeficiência comum variável (CVID) é a imunodeficiência primária (PI) mais frequente e caracteriza-se por baixos níveis de IgG, IgA ou IgM e deficiência na produção de anticorpo específico. Os pacientes apresentam infecções de repetição, maior risco de autoimunidade, esplenomegalia, doença granulomatosa e neoplasias. Foram relatadas diferenças nos níveis periféricos das células T, B e subpopulações de memória/naive. A avaliação da ativação e morte celular das subpopulações de linfócitos ajuda a esclarecer a complexidade da doença. **Material e Métodos:** Foram estudados 29 pacientes, 15 homens e 14 mulheres, de 7 a 53 anos em acompanhamento na UNIFESP-EPM. O diagnóstico foi feito de acordo com os critérios da European Society for Immunodeficiencies (ESID) e Pan-American Group for Immunodeficiencies (PAGID). Foi coletado sangue total para análise de células T e B por FACS para: memória/naive, ativação, maturação e apoptose. **Resultados e Discussão:** A idade média dos pacientes foi de 26,45 anos, manifestações clínicas iniciaram com 13 anos e o diagnóstico foi confirmado em média aos 19,6 anos, mostrando um retardo no diagnóstico de 6,6 anos após o início dos sintomas. Avaliação clínica dos pacientes mostrou que 34,5% apresentam autoimunidade (6mulheres e 4 homens); 15/29 doença pulmonar crônica, 8/29 doença inflamatória intestinal e 5/29 doença linfoproliferativa. Observamos que mulheres apresentaram porcentagens mais altas de CD3 com um maior número de receptores CD38 nas células CD4 ($p < 0,05$). Pacientes com autoimunidade apresentam uma porcentagem maior de células CD8 naive, memória central e coestimulatórias (CD8+/CD28+) associado com aumento de subpopulações de células CD21+CD23- e diminuição de CD8+CD28- ($p < 0,05$). **Conclusão:** Nível aumentado da expressão de moléculas coestimulatórias nas células T CD8+ no grupo com doença autoimune sugere uma ativação intensa do sistema imune neste subgrupo.

051 - Relato de Caso: Imunodeficiência Comum Variável de Início na Adolescência

Moura JZ, Alonso MLO, Nogueira LS, Carvalho FAA, Savastano CR, Nunes LO, Filippo P, Filardi C, Pinto SMEB, Ungier CE
Serviço de Alergia e Imunologia – Instituto Fernandes Figueira – FIOCRUZ/RJ

Objetivo: Relatar um caso de Imunodeficiência Comum Variável (IDCV) com manifestações respiratórias de início aos 11 anos de idade. **Relato de Caso:** PHRPS, 13 anos de idade, masculino, branco, natural e residente de Niterói/RJ, foi à primeira consulta no Ambulatório de Imunodeficiências Primárias do Instituto Fernandes Figueira em junho de 2008, com queixa de pneumonias e sinusites recorrentes, de início há cerca de 2 anos, sem história prévia de infecções ou sintomas de rinite alérgica ou asma. Radiografias de tórax mostravam comprometimento progressivo, inicialmente com áreas de consolidação em lobos médio e inferior do pulmão direito e, posteriormente, lobo inferior do pulmão esquerdo. Tomografia computadorizada de tórax confirmou as imagens de consolidação, evidenciando áreas de atelectasias em ambos os pulmões. Dosagens séricas de imunoglobulinas evidenciaram níveis indetectáveis de IgA, com valores de IgG e IgM abaixo dos esperados para a idade (238 e 55 mg/dl, respectivamente). Níveis de linfócitos CD3, CD4, CD8 e CD19 foram normais. Foi instituída terapia de reposição de Gamaglobulina Humana Endovenosa, na dose mensal de 400 mg/kg, associado a antibioprofilaxia profilática, fisioterapia respiratória e suporte nutricional. O paciente vem permanecendo assintomático no período. **Conclusão:** A IDCV é uma das imunodeficiências primárias mais frequentes, sendo o diagnóstico precoce essencial para prevenir sequelas provenientes dos processos infecciosos graves aos quais esses pacientes estão sujeitos. O caso relatado chama atenção para início de manifestações infecciosas sino-pulmonares em adolescente previamente hígido, como consequência da hipogamaglobulinemia. Houve boa resposta ao tratamento, melhorando consideravelmente a qualidade de vida do paciente.

050 - Síndrome de Chediak Higashi associada a imunodeficiência comum variável. Descrição de caso e revisão de literatura.

Gauderer, AA, Ferreira I, Dortas Jr SD, Blanc ES, Lupi O, Pires GV
Disciplina/Serviço de Imunologia Clínica HUCFF – FM – UFRJ

Objetivo: Relatar o caso de um paciente com diagnóstico de Síndrome de Chediak Higashi associada à imunodeficiência comum variável e realizar revisão da literatura sobre esta associação. **Método:** Relato de caso e revisão de publicações nacionais e internacionais dos últimos cinco anos sobre esta associação nas bases de dados (Pubmed e Scielo). **Resultado:** Paciente masculino, 31 anos, com história de infecções cutâneas, sinusites de repetição, diarreia crônica na infância e 3 pneumonias durante a vida. Apresentava hipopigmentação acentuada da íris e cabelos, evoluindo com pigmentação parcial até tornar-se cinza-prateado. Apresenta nistagmo horizontal para esquerda espontâneo. Aos 17 anos iniciou déficit motor nos membros inferiores necessitando, atualmente, de cadeira de rodas. Tem diagnóstico de Síndrome de Chediak Higashi desde 6 meses de vida, com quadro clínico compatível, confirmado através de exame de esfregaço sanguíneo que demonstrou inclusões citoplasmáticas em leucócitos. Há 2 anos apresenta deficiência de imunoglobulinas: IgG 366, IgA 64,6, IgM 38,2. Avaliações da imunidade celular e do sistema complemento apresentavam-se normais. Exames atuais confirmaram inclusões citoplasmáticas em linfócitos e dosagem de imunoglobulinas baixas. Foram afastadas outras causas que pudessem acarretar imunodeficiência humoral. **Conclusão:** Após revisão da literatura não foi encontrada associação entre estas duas enfermidades, apesar da extensa gama de publicações que abordam estas patologias de forma isolada. O caso em questão nos sinaliza para a importância da avaliação dos diversos segmentos da imunidade em pacientes com imunodeficiência, já que um mesmo indivíduo pode apresentar distúrbios imunitários distintos.

052 - Doença de Behçet (BD) em criança associada à imunodeficiência comum variável e episódios cíclicos de neutropenia: relato de caso

Gomes FHR, Schaab CML, Carvalho LM, Roxo Júnior P, Ferriani VPL

Serviço de Imunologia, Alergia e Reumatologia Pediátrica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP)

Objetivo: Descrever caso clínico de paciente com DB e infecções de repetição relacionadas à imunodeficiência comum variável e episódios cíclicos de neutropenia.

Relato do Caso: Menina caucasiana iniciou acompanhamento no serviço de reumatologia pediátrica do HC-FMRP aos 7 anos de idade, durante episódio de vasculite necrotizante grave. Apresentava história progressiva de úlceras orais recorrentes, eritema nodoso, alterações neurológicas com convulsões e síndrome piramidal (RNM mostrando acometimento de artérias centrais perfurantes em tálamo bilateral, mesencéfalo e cabeça do núcleo caudado), vasculopatia paucicelular trombogênica em biópsia de pele e teste de patergia positivo, sugerindo o diagnóstico de DB. Referia ainda história de infecções recorrentes iniciadas aos 2 meses de idade: otite média aguda (3), monilíase oral (3), pneumonias (7) com bronquiectasias, e abscesso em vulva. A avaliação da competência imunológica mostrou episódios recorrentes de neutropenia grave (< 50 céls/mm³), níveis de Igs muito reduzidos: IgG 419,0; IgM 18,6; IgA 12,8 mg%; contagem normal de linfócitos B no sangue periférico e níveis reduzidos de Ac anti-pneumococos pós vacinais. Teste do NBT, subclasses de IgG, linfócitos T, C3 e C4 estavam normais. Não foi identificada mutação no gene ELA 2. Paciente foi tratada durante o quadro de vasculite necrotizante com corticosteróides, heparina e IgEV em altas doses, vasodilatadores, sessões de oxigenoterapia em câmara hiperbárica e fator estimulador de colônias de granulócitos (filgrastim), com resolução do quadro, sem necessidade de amputação do membro acometido. Na redução de dose do corticosteróide evoluiu com reaparecimento das úlceras orais e lesões cutâneas, havendo melhora após início de colchicina. Atualmente recebe também IgEV (400mg/kg) mensal e filgrastim.

Conclusão: A associação de DB e imunodeficiência primária é rara, porém a avaliação da competência imunológica deve ser realizada em pacientes com DB e infecções recorrentes.

053 - Imunodeficiência comum variável - relato de caso

Vecchi, AP; Diniz, LC; Lima, MC; Nabuth, L.
Serviço de Imunologia Pediátrica- Hospital Materno Infantil/GO (HMI/GO)

Imunodeficiência comum variável (IDCV) é a diminuição sérica de IgG e Ig A e/ou IgM, comprovado por exames laboratoriais. 70% iniciam com otite média aguda de repetição. Outros sinais clínicos que chamam a atenção seriam as infecções respiratórias de repetição, bronquiectasia e atraso no desenvolvimento.

Objetivo: Relato de caso de criança atendida no Hospital Materno Infantil (HMI-GO) com infecções de repetições e atraso no desenvolvimento. **Material e método:** G.B.S., feminino, 10 meses, neuropata crônica (hidrocefalia máxima) e retardo no ganho de peso. Aos 5 meses de vida em 02/08 foi internada em nosso serviço com quadro inicial de desnutrição grave, desidratação e otite média aguda à esquerda. Fez uso de vários esquemas antimicrobianos (Ceftriaxone, Oxacilina, Cefepime, Meropenem, Fluconazol, Anfotericina B, Rifampicina, Tazocin® etc.), porém manteve quadro febril e dependência de oxigenioterapia. Pesquisa de BK no suco gástrico negativo em 3 amostras, Gordura fecal negativa, Anti-HIV negativo, Complemento (CH 50, C3, C4) normais e Imunoglobulinas com as seguintes dosagens: IgG 221UI/ml e IgA 6UI/ml e eletroforese de Proteínas em 06/08 normais. Fez fundoplicatura 07/08 devido ao refluxo gastroesofágico hemograma: Hb:11.1; Ht:34.8, leuco:13.200, Bas:4, Seg:70; Eos:1; Mon:3; Ly:22; Pqt:454000; PCR:negativo, Na:144; K:4.1 e Ca:1.01. Com estes achados laboratoriais e história clínica do paciente foi feito o diagnóstico de IDCV e indicado e realizado a reposição de imunoglobulina temporalmente. **Conclusão:** A incidência de IDCV é estimada 1: 66 000 em nosso país portanto devemos lembrar do diagnóstico de imunodeficiências primárias em casos como este no qual não tinha resposta aos antimicrobianos, pois, foram levantadas várias outras hipóteses anteriormente o que retardou o tratamento adequado inicial.

055 - Abscesso cerebral como primeira manifestação clínica de hipogamaglobulinemia

Nobre FA¹; Costa-Carvalho BT¹; Lawrence T¹; Ferrarini MAG¹; Iazzetti AV¹; Condino-Neto A²; Pedroza LA²; Moraes-Pinto MI¹
¹ Universidade Federal de São Paulo – Departamento de Pediatria; ² Universidade de São Paulo – Departamento de Imunologia; São Paulo – SP

Objetivo: Relatar um caso de abscesso cerebral como primeira manifestação clínica de hipogamaglobulinemia.

Relato de caso: Paciente do sexo feminino, 3 anos, admitida com história de vômitos, sonolência há 10 dias e cefaléia há 2 dias. Sem história de febre. À admissão, apresentava-se hipotativa, com desidratação leve, sem outras alterações ao exame físico. A pressão arterial estava normal e não havia sinais meníngeos. Exames laboratoriais: Hb 13.0g/dl, Leucócitos 8190/mm³ (65% neutrófilos, 20% linfócitos, 15% monócitos). TC crânio: abscesso em região parietal esquerda. A paciente foi submetida à drenagem neurocirúrgica, com saída de 50 ml de material purulento – cultura positiva para *Streptococo grupo D não enterococo*. Hemocultura negativa. Foi instituído tratamento antimicrobiano. No sexto dia de tratamento, a paciente referiu, novamente, cefaléia e uma nova TC crânio mostrou persistência de um pequeno abscesso. A paciente foi submetida à segunda drenagem neurocirúrgica, com retirada de 20 ml de material purulento. A cultura deste material foi estéril. A paciente não possuía qualquer antecedente pessoal de infecções graves ou recorrentes, assim como não havia história familiar sugestiva de imunodeficiência primária ou consanguinidade. Foi realizada investigação imunológica: IgG 320 mg/dl (normal 513-1046 mg/dl), IgA 1,4 mg/dl (normal 29-142 mg/dl), IgM 31,2 mg/dl (normal 43-158 mg/dl). CH50 normal. Testes ânion superóxido e CD62L foram normais. Contagens de linfócitos B e T foram normais. Foi diagnosticada uma hipogamaglobulinemia e instituído tratamento com IGIV.

Conclusão: Abscesso cerebral não é manifestação clínica comum de hipogamaglobulinemia. Sugerimos investigação para imunodeficiência primária após qualquer infecção grave.

054 - Hipogamaglobulinemia persistente após terapia com rituximab em doença linfoproliferativa pós-transplante: relato de caso

Stefani GP, Higa M, Pastorino AC, Castro APBM, Fomin ABF, Odone-Filho V, Tannuri U, Carneiro-Sampaio MMS, Jacob CMA
Unidade de Alergia e Imunologia, Instituto da Criança, Hospital das Clínicas; Universidade de São Paulo, Brasil

Objetivo: Relatar o caso de uma paciente que evoluiu com hipogamaglobulinemia persistente após terapia com rituximab. **Relato de caso:** LAJF, sexo feminino, 12 anos, foi submetida a transplante hepático halogênio aos quatro anos de idade, em decorrência de atresia de vias biliares. A paciente evoluiu com rejeição aguda ao enxerto, a qual foi tratada com diversos imunossuppressores. Após vinte e sete meses do transplante, ela desenvolveu doença linfoproliferativa pós- transplante (DLPT) no sistema nervoso central e linfonodos, tratada com aciclovir e rituximab (anti-CD20). Após um ano, houve recorrência da DLPT em linfonodos inguinais (perfil imunohistoquímico: CD20+CD3+CD68+kappa+lambda+EBV-; PCR-RT positivo para EBV em altos títulos). A paciente recebeu novo curso de rituximab e quimioterapia convencional. Após um ano apresentou segunda recorrência da PTLT em linfonodos e o tratamento apenas com redução da terapia imunossupressora foi eficaz. Durante o seguimento foi realizada vigilância periódica das funções imunes. Os níveis de imunoglobulinas antes da primeira dose de rituximab foram: IgG 2932mg/dl, IgM 227mg/dl, IgA 556mg/dl. Dois meses depois do primeiro curso de rituximab os níveis de IgG caíram significativamente (557 mg/dl) e foi iniciada reposição de imunoglobulina humana. Dois meses após o segundo curso de rituximab a paciente apresentou queda importante dos níveis de IgG (44 mg/dl). Até o momento, 76 meses após o primeiro curso de rituximab e 64 meses após a última administração de anti-CD20, a paciente persiste com hipogamaglobulinemia apesar da recuperação quantitativa de células CD20+ (11%, 101 células, ocorrendo o mesmo com células CD 19+) **Conclusão:** Atrasos na recuperação da produção de imunoglobulinas são raramente descritos nos pacientes com DLPT tratados com rituximab. Os efeitos dos monoclonais sobre a imunidade ainda não estão claramente definidos, sendo necessária a avaliação periódica da imunidade em pacientes que recebem anticorpos monoclonais como o anti-CD20.

056 - Candidíase Mucocutânea Crônica: Relato de dois casos

Cunha L A O, Miranda L B C, Fusaro G V, Nunes J B S, Pinto J A
Departamento de Imunologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG- BH)

Introdução: Candidíase mucocutânea crônica (CMC) pode ser definida como um conjunto de síndromes com características comuns com acometimento de pele, unha, couro cabeludo, membranas mucosas, e às vezes do esôfago por *Candida albicans*. Pode haver aparecimento de endocrinopatias, alopecia, vitiligo, síndrome má absorviva e neoplasias. A maioria dos pacientes com CMC, apresenta anormalidade imunológica (mediada por células) a antígenos da *Candida albicans*. Em alguns pacientes, estes defeitos são mais pronunciados e ocorre resposta mediada por linfócitos T contra todos os antígenos. Estes defeitos imunológicos, predispõem o paciente à infecções por *Candida sp*. As infecções fúngicas usualmente respondem ao tratamento com antifúngicos. Porém, logo após a interrupção do tratamento, podem ocorrer recidivas.

Objetivos: Os autores apresentam dois casos de CMC.

Caso 1: GHCX, 16 anos, apresentando candidíase oral associado a onicomicose desde os cinco anos de idade. A paciente recebeu vários tratamentos antifúngicos tópicos e sistêmicos sem melhora do quadro. Exames laboratoriais, inclusive imunológicos, normais. O tratamento foi realizado com fluconazol, 150mg por dia, por 4 meses, seguido de fluconazol, 150mg por semana, continuamente, com boa resposta.

Caso 2: 19 anos de idade, irmão do GHCX, apresentou estenose esofagiana e achados microscópicos compatíveis com esofagite eosinofílica, além da presença de *Candida*. Altas doses de antifúngicos foram administradas, com boa resposta. A paciente ainda está em uso de fluconazol, 150mg por dia, com boa resposta.

Conclusão: A CMC é uma imunodeficiência na qual os pacientes apresentam candidíase persistente e recorrente. Alguns pacientes apresentam predisposição genética. As drogas antifúngicas são eficazes na resolução das infecções. O tratamento pode promover a normalização do defeito imunológico e a doença entrar em remissão por um longo período.

057 - Malacoplaquia intestinal em paciente com níveis baixos de células T CD4 (LTCD4)

Nunes JBS, Cunha LAO, Carvalho LBC, Fusaro GV, Pinto JA
Departamento de Imunologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG- Belo Horizonte)

Introdução: Malacoplaquia é uma doença inflamatória rara que ocorre provavelmente devido a uma disfunção da atividade macrofágica. Afeta principalmente os sistemas gastrointestinal e genitourinário. Ocorre frequentemente em pacientes com imunossupressão. **Objetivo:** Descrever o caso de uma paciente com malacoplaquia associado a baixos níveis de LTCD4 e infecções recorrentes. **Relato do caso:** Paciente, sexo feminino, 4 anos de idade, saudável até 8 meses de idade, quando iniciou acompanhamento no nosso serviço devido infecções respiratórias recorrentes. Os exames imunológicos iniciais foram normais. Aos três anos de idade, iniciou hematoquezia, sendo realizado colonoscopia com biópsia que evidenciou histoplasmose com comprometimento intestinal difuso, a qual foi tratada com Anfotericina B durante dois meses. Aos quatro anos de idade, apresentou tuberculose pulmonar, sendo tratada com esquema RIP por seis meses. Foi, então realizada nova investigação imunológica que evidenciou: IgA 468; IgG 2368; IgM 251; IgG1 1100; IgG2 645; IgG3 512; IgG4 75; CH50 168; Teste de Diidrorodamina normal; LT CD3 1485; CD4 529; CD8 881; CD19 395; CD16/56 539; anti HIV negativo (1ª amostra); LT CD3 1736; CD4 469; CD8 1225; CD19 161; CD16/56 343; anti HIV negativo (2ª amostra). Porém, a paciente persistiu com hematoquezia, sendo solicitado nova colonoscopia com biópsia que evidenciou malacoplaquia intestinal e infecção por Mycobacterium Kansaii. Foi tratada com Rifampicina, Etambutol, e Claritromicina para micobacteriose atípica e Mesalazina para malacoplaquia intestinal com boa resposta. Foi iniciado Sulfametoxazol trimetoprima profilático devido às infecções recorrentes. **Conclusão:** Malacoplaquia intestinal está associada à imunossupressão. Embora a histoplasmose possa ter contribuído para o desenvolvimento da doença, distúrbios fagocíticos estavam implicados. O exame histopatológico foi essencial para o diagnóstico.

058 - Febre recorrente como manifestação de doença granulomatosa crônica: relato de caso

Ferreira EF; Cunha GF; Mancini RR; Menezes UP; Ferriani VPL; Roxo Júnior P.
Serviço de Imunologia, Alergia e Reumatologia Pediátrica - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, USP.

Objetivo: Descrever Doença Granulomatosa Crônica (DGC) em criança com febre recorrente. **Relato de Caso:** EAMS, 3 anos, feminina, procedente de Uberaba, com aumento de volume abdominal há 2 anos e picos febris recorrentes associados à adenomegalia cervical, submandibular e axilar há 4 meses. Ao exame físico presença de hepato-esplenomegalia, ambos dolorosos, além dos gânglios descritos, móveis e indolores. Infecções prévias: 1 sinusite, 2 pneumonias e 2 infecções do trato urinário. História familiar negativa para imunodeficiência. Foram investigadas várias doenças infecciosas (toxoplasmose, rubéola, citomegalovirose, mononucleose, SIDA, hepatites C e B, leishmaniose, toxocaríase, tuberculose) com resultados negativos. Mielograma e triagem para erros inatos do metabolismo foram normais. USG e CT de abdome mostraram hepato-esplenomegalia e adenomegalia retroperitoneal e mesentérica. Biópsia hepática evidenciou esteatohepatite e de linfonodo mostrou hiperplasia folicular cortical inespecífica. Avaliação da competência imunológica revelou hemograma com anemia; IgG=4650mg/dl (651-1046), IgA=263mg/dl (35-142), IgM=116mg/dl (44-158); NBT estimulado=1% (controle=72%) e quantificação dos reativos intermediários do oxigênio em neutrófilos=1,0x10⁸ unidades de quimiluminescência (controle=4,6x10⁸). Análise molecular em andamento. **Conclusão:** DGC é uma deficiência primária dos fagócitos, com defeito em um dos componentes do complexo NADPH-oxidase. Formas autossômicas recessivas podem não se manifestar como infecções graves, mas como processo inflamatório inespecífico. Pacientes com febre recorrente, especialmente quando associada ao aumento do sistema retículo endotelial, devem ser submetidos à avaliação imunológica.

059 - Papel do fator nuclear κB (NF-κB) na expressão dos genes NCF1 e NCF2 em leucócitos normais, com doença granulomatosa crônica (CGD) ou com displasia ectodérmica anidrótica (EDA-ID)

Aragão-Filho WC¹; Moreira, J¹; Oliveira-Júnior EB¹; Frazão JB¹; Pereira PVS¹; Errante PR¹; Costa-Carvalho BT²; Bustamante J³; Casanova J-L³; Newburger PE⁴; Condino-Neto A^{1,5}.

¹Departamento de Imunologia, Instituto de Ciências Biomédicas, Uni-versidade de São Paulo, Brasil. ²Departamento de Pediatria, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brasil. ³Laboratório de Genética Humana de Doenças Infecciosas, Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, U550, Universidade de Paris René Descartes, Necker Medical School, Pediatric Hematology-Immunology Unit, Necker Hospital, 75015 Paris, France. ⁴Departamento de Pediatria, University of Massachusetts Medical School, Worcester, MA, USA. ⁵Departamento de Pediatria e Farmacologia, Centro de Investigação em Pediatria, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, Brasil.

Objetivo: Analisar a relevância do NF-κB na expressão dos genes *CYBA*, *NCF1* e *NCF2* em células U937 selvagens ou transfectadas com um repressor do NF-κB (IκBα-S32A/S36A) ou com vetor vazio (pCMV3), e em células B EBV EDA-ID e CGD. Buscamos também por sítios de ligação para as subunidades p50 e/ou p65 do NF-κB. **Método:** Cultivo celular em meio RPMI suplementado (5% de CO₂). Cultivou-se U937 por 48hrs com ou sem IFN-γ (100U/mL, R&D-285-IF-100)/TNF-α (1000U/mL, R&D-210-TA), e com ou sem IFN-γ (somente) e incubação com partículas de zimosan (2x10⁷ partículas/mL, opsonizadas ou não com 10% de soro humano fresco, 30min., 37°C) à 37°C por 2hrs; B EBVs não receberam IFN-γ/TNF-α. RNA total foi adquirido por TRIZOL[®]. cDNAs foram feitos por meio de SuperScript[™] III. Real-time PCR (SYBR Green, Applied Biosystems) foi utilizado. ECR browser (<http://ecrbrowser.dcode.org>) foi usada na pesquisa por sítios de ligação do NF-κB. Estatística: ANOVA uma vez, teste *t* de Tukey, significância: p<0,05, média ± S.D. (n = 5 ou 6). **Resultado:** Decréscimo da expressão do *NCF1* em U937 IκBα-S32A/S36A comparadas às U937 selvagens (9,88±2,66, 16,18±0,63, respectivamente; p<0,05) e na do *NCF2* (8,38±0,71, 14,95±2,11; p<0,001). A expressão do *NCF1* em EDA-ID IκBα S321 (mutação hipermórfica heterozigótica) foi menor que nos controles sadios (0,06±0,03, 1; p<0,001), assim como em EDA-ID NEMO/IKKγ W420X (mutação hipomórfica hemizigótica) (0,37±0,21, 1; p<0,01) e em CGD (mutação autossômica recessiva no *NCF1*) (0,49±0,01, 1; p<0,05). Há 6 sítios de ligação para as subunidades do NF-κB estudadas, conservadas entre o genoma humano e os de *Macaca mulatta* e *Pan troglodytes* no gene *NCF1*. A atividade fagocítica foi similar entre as U937 pCMV3 e IκBα-S32A/S36A e a do tipo U937 selvagem (p>0,05). **Conclusão:** O NF-κB é necessário para a expressão dos genes *NCF1* e *NCF2* e, possivelmente, as subunidades p50 e/ou p65 do NF-κB ligam-se funcionalmente à região upstream do gene *NCF1*. Suporte financeiro: FAPESP, CNPq.

060 - Onicomiose associada à deficiência de quimiotaxia por fagócitos mononucleares.

Perez FC, Oyama CA, Fernandes DA, Dionigi PCL, Menezes MCS, Forte WCN
Setor de Alergia e Imunodeficiências da Irmandade e Disciplina de Imunologia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

Objetivo: Relato de caso de paciente que apresentou onicomiose e deficiência de quimiotaxia por fagócitos mononucleares.

Métodos: Acompanhamento clínico-laboratorial do paciente.

Relato de caso: JSS, 61 anos, sexo masculino, branco, natural da Bahia e procedente de São Paulo. Iniciou acompanhamento em nosso ambulatório com história de dermatose localizada em unhas de todos os pododáctilos e quirodáctilos caracterizada por onicolíse, onicodistrofia e escurecimento das unhas há 1ano e 4 meses. A investigação laboratorial revelou: hemograma com discreta neutropenia; uréia, creatinina, TGO, TGP, coagulograma normais; parasitológico de fezes (3 amostras) negativos; triglicérides normais; colesterol=231 (aumentado); HDL normal e LDL=163(aumentado); glicemia normal. Os exames imunológicos mostraram-se normais, com exceção da diminuição da quimiotaxia por fagócitos mononucleares (quimiotaxia=25/38/39; fagocitose=56/57). Iniciado tratamento com fluconazol, com melhora das lesões progressivamente, sem alteração da função hepática. Após desaparecimento das lesões foi instituído tratamento tópico com formulação de timosol 2%, ácido benzóico 3%, ácido salicílico 3%. As lesões reapareciam quando deixava de fazer uso da medicação tópica, motivo pelo qual faz uso contínuo.

Conclusão: Concluímos que paciente apresentava onicomiose associada à deficiência de quimiotaxia por fagócitos mononucleares. É possível que a deficiência apresentada seja adquirida, uma vez que não havia apresentado infecções anteriormente.

061 - Disseminação pelo *Micobacterium bovis* associada à imunodeficiência combinada grave.

Oyama CA, Pinheiro BM, Perez FC, Figueiredo YA, Benatti CA, Barbosa MSL, Valverde KK, Dionogi PCL, Menezes MCS, Forte WCN

Setor de Alergia e Imunodeficiências da Irmandade e Disciplina de Imunologia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

Objetivo: Relatar diagnóstico de imunodeficiência combinada grave em paciente com disseminação pelo *M. bovis*.

Métodos: Seguimento clínico-laboratorial do paciente.

Relato de caso: WSQ, 1ano e 6 meses, masculino, branco, natural de Ipujiara-BA, procedente de São Paulo-SP, admitido em nosso serviço por febre há 7 dias, inapetência, lesões furunculoses de repetição e dosagem prévia de IgA=6,7. História prévia de supuração no local da BCG aos quatro meses, duas internações por BCP, lactente sibilante em tratamento para DRGE. Há dois meses apresentando história de furunculose em MSD com drenagens repetitivas e uso freqüente de antibióticos. Simultaneamente apresentava monilíase oral de difícil tratamento. Pais primos de 1º grau. Na admissão apresentava-se emagrecido, com úlceras de 1cm em região escapular e axilar direita e no local da BCG, drenando secreção purulenta. Exames laboratoriais: Hb=8,4; Ht=25,6; leucócitos=3580 (S59/B6/Meta2/L5/M28); PCR=8,4; VHS=65, LCR e urina tipo1 normal, urocultura e HIV negativo, pesquisa de BK em lavado gástrico negativo (3 amostras); fundo de olho e US abdominal normal; biópsia de linfonodo axilar com positividade para pesquisa de BAAR pelo método de coloração de Ziehl-Neelsen. Os exames imunológicos mostraram: deficiência de linfócitos (CD4=5%; CD8=2%), atividades neutrofílica e mononuclear normais (fagocitose 40%, 76%, 81% quimiotaxia 59, 68, 70; fagocitose 38%, 63%, 65%, respectivamente), diminuição de IgM (2,4), IgA (0,98), limite inferior de normalidade para IgG (517) e IgE normal (<20). Paciente evoluiu com febre diária e piora do estado geral, mantendo drenagem de secreção em local da BCG, instituiu-se esquema tríplice. Iniciados estudos complementares para caracterização da imunodeficiência e possível transplante de medula. Entretanto, o paciente apresentou rápida piora indo a óbito.

Conclusão: Concluímos que o paciente com reação pós-vacinal para BCG apresentou diminuição da avaliação laboratorial da imunidade celular e humoral.

063 - Síndrome Hemofagocítica: Proposta de Novo Tratamento

Jobim M, Gil B, Penna L, Salim P, Monteiro L, Jobim L
Serviço de Imunologia – Hospital de Clínicas de Porto Alegre – FAMED/UFRGS

Objetivo: Apresentar a patologia e um caso clínico de sucesso com nova proposta de tratamento. A síndrome hemofagocítica é um grupo de doenças com proliferação de macrófagos e destruição indiscriminada de várias linhagens celulares por uma “tempestade de linfocinas”. Transplante de medula óssea alogênica tem sido a solução. A forma secundária dá-se associada com infecções virais, bacterianas, fúngicas ou a malignidades e tem sido tratada com imunossupressão, com taxa de sobrevivência em torno de 85%. Cinco critérios devem ser preenchidos: febre, esplenomegalia, citopenia, hipertrigliceridemia e hemofagocitose em medula óssea, baço ou linfonodos. **Relato de Caso:** Paciente M.A.S, 5 anos iniciou com amigdalite, febre, dor abdominal e diarreia. Passou a apresentar enterorragia, icterícia e leucopenia progressiva (< 200/ul). Foi detectada aspergilose invasiva através de biópsias de seios da face e hepática. Apresentou provas de função hepática e triglicérides aumentados, fibrinogênio baixo. Sorologia para EBV positiva. Iniciou tratamento com esquema antimicrobiano (meropenem, vancomicina e anfotericina) com acréscimo de ciprofloxacina, bactrim, ganciclovir e caspofungina. Foi realizado debridamento cirúrgico de tecidos afetados com exposição do seio maxilar. **Método:** Em fase aguda de sepse e morte eminente, optamos por um tratamento alternativo com plasmáfereze de duas volemias e infusão de imunoglobulinas em alta dose (1 grama/kg de peso). **Resultado:** Procuramos retirar da circulação as linfocinas que estimulam a fagocitose e tentar a “imunomodulação”. A evolução foi favorável e o paciente está curado. **Conclusão:** A retirada da “tempestade de linfocinas”, acompanhada de “imunomodulação” funcionou adequadamente nesse caso gravíssimo. Será necessário avaliar outros casos semelhantes para verificar a efetividade do tratamento.

062 - Uma impressionante diminuição no número de células B de memória em pacientes do sexo feminino com fenótipo de Síndrome de Hiper-IgM.

JT Lessa-Mazzucchelli¹, MI Moraes-Pinto², M Myamoto², TC Lawrence², BT Costa-Carvalho¹

1.Depto de Alergia, Imunologia Clínica e Reumatologia do Departamento de Pediatria da UNIFESP; 2.Lab de Doenças Infeciosas do Depto de Pediatria da UNIFESP.

Introdução: A Síndrome de Hiper-IgM (HIM) está subdividida em 5 grupos: deficiência do ligante do CD40 (CD40L), deficiência do CD40, deficiência da AID, deficiência da UNG e associada à Displasia Ectodérmica Anidrótica devido à mutação do gene do modulador essencial do NF-κB (NEMO ou IKK-γ). Embora tenham quadro clínico semelhante, os defeitos no sistema imune são distintos, revelando a diversidade dessa síndrome.

Objetivos: Avaliar as células B *naive*/memória e no que se refere a *class switch recombination* (CSR) em um grupo de pacientes com fenótipo de HIM.

Material e métodos: Um grupo 3 pacientes do sexo F e 3 do sexo M com idades variando de 3-16 anos: **Paciente 1:** 14anos F(IgG<33,IgA<6, IgM834), IVAS de repetição, 6 pneumonias, micobacteriose atípica cutânea, vitiligo. **Paciente 2:** 4 anos M(IgG<139, IgA<10,IgM81) pneumonia grave necessitou UTI. **Paciente 3:** 6 anos M(IgG231, IgA29, IgM34)5 pneumonias. **Paciente 4:** 14 anos, M(IgG97,IgA 6, IgM464) pneumonia por *P.carinii*, blastomicose. **Paciente 5:** 16 anos F(IgG164,IgA ind,IgM432), BCGite, varicela grave, 3 pneumonias, celulite, linfadenopatia,DII. **Paciente 6:** 13 anos F(IgG259, IgA<15, IgM245)9 pneumonias, OMA, linfadenopatia, diarreia crônica.HMG completo foi realizado. Contagem das células T(CD3+,CD4+CD8+),B(CD19+, CD27+/-, IgM+/-,IgD+/-,CD5+/-), NK(CD56+/CD16+) foram feitas através da análise por FACS usando Ac monoclonais específicos.

Resultados: O número absoluto total de linfócitos variou de NL a muito baixo (666 e 816) em 2 pacientes.CD4+ baixo em 2 mulheres. CD8+baixo em 1 mulher. NK baixa em 2 mulheres/2 homens. B baixa nas 3 mulheres(51, 72 e 82) e em 1 homem (547).CD19+CD27+ (memória) foram 0,46%, 0,49% e 1,17% em homens e 0,14%, 1,43% e 2,1% nas mulheres.CD19+IgM-IgD- foram 0,94%, 2,97%, 3,74% em homens e 4,87%, 6,31% e 19,06% em mulheres.CD19+CD5+CD27+ foram 0,16%, 0,27%, 0,34% em homens e 1,0%, 2,1% e 3,93% em mulheres.CD19+CD5-CD27+ foram 0,25%, 0,45%, 1,0% em homens e 1,36%, 2,85% e 17,9% em mulheres.

Conclusão: Pacientes do sexo feminino demonstraram um baixo número absoluto de células B e porcentagens muito baixas de células B de memória com *switch* de classes, semelhante aos paciente de sexo masculino com diagnóstico de HIM ligada ao X.

064 - Síndrome da imunodisregulação com poliendocrinopatia e enteropatia ligada ao X (IPEX) em gemelares univitelínicos com glomerulonefrite membranosa e nova mutação de FOXP3

Tanno JM, Oliveira VP, Castro APBM, Pastorino AC, Fomin ABF, Oliveira JB, Carneiro-Sampaio MMS, Della Mana T, Koch VH, Pieri PC, Jacob CMA

Unidade de Alergia e Imunologia - Instituto da Criança – Hospital das Clínicas - Universidade de São Paulo - SP - Brasil

IPEX é uma imunodeficiência primária rara, caracterizada por deficiência do FOXP3, com manifestações precoces de doenças auto-imunes, incluindo poliendocrinopatia, enteropatia e menos freqüentemente, envolvimento renal. O objetivo do relato é descrever gemelares com IPEX e glomerulonefrite membranosa, apresentando uma nova mutação do FOXP3.

Caso 1. Aos 6 meses de vida: diabetes de difícil controle (Ac anti-insulina positivo), infecções de repetição, diarreia intermitente e baixo ganho pondo-estatural, sendo posteriormente diagnosticada hepatite auto-imune (FAN, anti-KLM, ANCA positivos).

Caso 2. Com 15 dias de vida o paciente desenvolveu vômitos recorrentes, baixo ganho pondo-estatural e sibilância, sempre associados a infecções respiratórias. Nesta ocasião apresentou FR, Anti-TPO, anti-TGBm e anticorpos anti-insulina positivos. Na evolução, ambos pacientes apresentaram glomerulonefrite membranosa. A citometria de fluxo mostrou baixa expressão do FOXP3, as concentrações séricas de imunoglobulinas (IgG, IgM e IgA) normais, altas concentrações de IgE sérica total (> 3000 UI/ml) e de IgE específica para leite de vaca, em ambos os irmãos. A pesquisa mutacional mostrou SNP no intron 7 sob identificação SNP rs11465472 e dbSNP128 e outra alteração em sítio de splicing localizada imediatamente após o exon 1 (IVS1 210+1G>A), que representa uma nova mutação. Foi iniciado tratamento com corticóides e micofenolato de mofetil e ambos aguardam doador compatível para o transplante de medula.

Conclusão: Os casos descritos mostram diferenças nas manifestações clínicas, embora sejam gemelares univitelínicos, o que pode ser explicado por diferentes repertórios em ambos pacientes. Devem ser ressaltadas a ausência de manifestações dermatológicas e a presença de nefropatia membranosa, descrita menos freqüentemente na doença. A análise mutacional revelou uma mutação ainda não descrita em IPEX.

065 - Alterações Genético-Moleculares em Pacientes Brasileiros Deficientes de CD40 Ligante

Marques OC^{1,3}; Friedländer-Del Nero DL¹; Erante PR¹; Pereira PVS¹; Frazão JB¹; Aragão-Filho WC¹; Falcai A¹; Arslanian C¹; Weber CW⁴; Costa-Carvalho BT⁵; Rosário-Filho N⁶; Condino-Neto A^{1,2}

1 Departamento de Imunologia, Instituto de Ciências Biomédicas, Universidade de São Paulo, SP, Brasil. 2 Departamento de Pediatria, Faculdade de Medicina da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil. 3 Departamento de Enfermagem, Universidade Leonardo da Vinci, SC Blumenau, SC, Brasil 4 Departamento de Pediatria, Universidade de Caxias do Sul, Caxias do Sul, RS 5 Departamento de Pediatria, Universidade Federal de São Paulo, SP, Brasil. 6 Departamento de Pediatria, Universidade Federal do Paraná, SP, Brasil.

Objetivo: O CD40 Ligante (CD40L) é expresso na superfície de linfócitos T ativados e tem importante papel na ativação desta e de outras células do sistema imune. A deficiência do CD40L ou síndrome de Hiper IgM ligada ao X (X-HIGM) é uma imunodeficiência combinada de linfócitos T e B, resultando num quadro de infecções recorrentes, essencialmente do trato digestório e respiratório, por patógenos extra e intracelulares. No presente estudo, avaliamos as características genotípicas e fenotípicas dos linfócitos destes pacientes. **Método:** A partir do sangue periférico coletado de pacientes fizemos a extração de DNA genômico e o sequenciamento para identificação das mutações. Além disso, separamos as populações de PBMC para análise da expressão da molécula de CD40L e CD3 na superfície dessas células. **Resultados:** Apenas o paciente (TB) apresentou blastomicose, incomum nesta imunodeficiência. Genotipamos 25 indivíduos, sendo 6 pacientes com X-HIGM, 13 parentes relacionados heterozigotos e 6 homozigotos saudáveis. No paciente TB detectamos um defeito de *splicing* levando a deleção do exon 3, (r.345_402del) do gene CD40L, no paciente FS uma nova substituição missense g.11856 G>C (c.476 G>C, pW140C), no paciente KC uma substituição nonsense g.11855 G>A (c.475G>A, p. W140X), e nos pacientes CH, FE e VIC uma deleção g. 3074_3077delTAGA, levando a alteração no processamento do RNA. Observamos uma redução significativa na expressão de CD40L na superfície dos linfócitos T, além da redução na densidade da expressão da molécula CD3 nestes linfócitos sugerindo a necessidade da integridade molecular do CD40L para a expressão normal do CD3. **Conclusão:** Concluímos que as mutações no CD40L, que levam à síndrome de X-HIGM, são heterogêneas e a análise genético-molecular permite um diagnóstico preciso, tornando possível o aconselhamento genético e a triagem dos recém-nascidos destas famílias. Palavras-chave: CD40 Ligante; Imunodeficiências Primárias; alteração genético-molecular.

067 - Indução de neutrofilia por β - 1, 3 glucana insolúvel administrada por via intraperitoneal

Sales V; Araújo M; Melchuna K; Lima A; Gomes L; Brito T; Cavalcanti Júnior G; Medeiros S
Laboratório de Imunologia Clínica, Faculdade de Farmácia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal.

Objetivo: Avaliar a ação da β -1,3 glucana insolúvel, agente imunoestimulante, na produção de neutrófilos.

Métodos: Camundongos BALB/c (n=11) receberam 10 mg/mL de glucana em suspensão com solução fisiológica 0.9%, por via intraperitoneal, em dose única. Punção do plexo retro-orbital foi realizada antes da administração da glucana e após seis horas para a obtenção de sangue periférico a ser utilizado na contagem total e diferencial de leucócitos.

Resultados: Os animais tratados com glucana apresentaram um aumento significativo no número de neutrófilos no sangue periférico no tempo de seis horas (p=0,002).

Conclusão: A glucana insolúvel, por via intraperitoneal, induziu aumento no número de neutrófilos no sangue periférico mostrando sua capacidade imunomodulatória nestas células leucocitárias.

066 - Doença de Kawasaki – importância do diagnóstico precoce

Pasqualotto FS*, Moraes LSL, Takano OA, Rosseto DM
Depto.de Pediatria/FCM – Universidade Federal de Mato Grosso. Cuiabá – MT.

Objetivo: Relatar um caso de Doença de Kawasaki utilizando os critérios clínicos. **Método:** Revisão de prontuário. **Resultado:** FAR, 2 anos, branco, natural de Guiratinga-MT, procedente de Rondonópolis-MT, previamente hígido, internou no Hospital Universitário Júlio Müller dia 22/04/08 com febre alta há 8 dias, mal estar, mialgia, dificuldade de deambulação, dor abdominal, diarreia e hiporexia. Há 5 dias com hiperemia da conjuntiva ocular não purulenta, fissuras labiais, rash cutâneo eritematoso em tronco e região inguinal, vômitos e diarreia. Foi internado durante 4 dias na sua cidade com diagnóstico de Dengue e Hepatite e usando ceftriaxona[®]. Na internação: Tax.:39,5°C, FR:35irpm, FC:110bpm, regular estado geral, exantema maculopapular em região inguinal, abdome e tronco, leve hiperemia conjuntival ocular bilateral, língua em framboesa, fissuras e ressecamento em lábios, hiperemia de mucosa orofaríngea, e edema leve nas articulações de mãos e pés. Exames: anemia microcítica e hipocrômica. TGO aumentada, VHS 81mm, RX tórax: cardiomegalia. Tratamento: gamaglobulina EV 2g/Kg (8º dia da doença) e AAS 100mg/Kg/dia. Ecocardiograma do dia seguinte a internação apresentava coronária esquerda e descendente anterior dilatada, dilatação leve de câmaras esquerdas, valva mitral espessada com regurgitação leve, insuficiência tricúspide moderada, valva aórtica com insuficiência discreta; repetido após 2 semanas, apresentava apenas discreta dilatação de coronária esquerda. O ECG mostrava padrão não habitual, havendo predomínio de ventrículo esquerdo. Alta após 11 dias de internação com melhora dos sintomas clínicos, apresentando descamação da pele dos dedos de mãos e pés. **Conclusão:** O diagnóstico precoce e conduta desta patologia é de extrema importância devido as graves repercussões de aneurisma de coronária podendo conduzir à morte súbita naqueles não tratados com gamaglobulina EV. Os autores ressaltam que a evolução favorável deste caso foi a instituição do tratamento até o 10º dia de evolução considerando-se as alterações iniciais do seu ecocardiograma, como orienta os "guidelines da American Heart Association.

068 - BAY 41-2272: uma ferramenta farmacológica potencial para ativação de fagócitos

Pereira PVS¹, Falcai A¹, Marques OC¹, Aragão-Filho WC¹, Frazão JB¹, Arslanian C¹, Erante PR¹, Antônio Condino-Neto¹
1 Departamento de Imunologia do Instituto de Ciências Biomédicas da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Objetivo: Os fagócitos são críticos na defesa contra vários patógenos. Daí a importância de desenvolver alternativas para sua ativação. Nosso trabalho objetivou avaliar o potencial do fármaco BAY 41-2272, ativador de Guanilato Ciclastase solúvel, na ativação de fagócitos e resposta contra bactérias.

Método: Para o presente estudo usamos PBMC e neutrófilos de sangue periférico de doadores normais (sem doença infecto-contagiosa ou congênita). Estas foram tratadas ou não *in vitro* com BAY 41-2272 (1 μ M ou 3 μ M), por 1h ou 48h. Em seguida avaliamos: a liberação de superóxido por redução do citocromo *c* inibida especificamente pela superóxido dismutase; o potencial de espriamento das células; a fagocitose pela co-cultura com partículas de Zymosan e contagem das células com partículas englobadas; e a atividade microbicida pela co-cultura com *E. coli* enteropatogênica seguida da contagem de CFU formadas pelas bactérias recuperadas dos fagócitos.

Resultados: Todos os tipos celulares responderam positivamente ao tratamento, considerando pelo menos um dos parâmetros avaliados. Os PBMC e neutrófilos tratados produziram significativamente mais superóxido (cerca de 50% mais). Os três tipos celulares apresentaram maior atividade fagocítica (cerca de 54% mais) que o grupo controle, além do aumento na atividade microbicida (cerca do dobro).

Conclusão: O BAY 41-2272 mostrou um grande potencial na ativação dos fagócitos em todos os aspectos avaliados. Este potencial deve ser explorado na busca por novas terapias para o controle de infecções, principalmente em imunodeficiências.

Palavras-chave: BAY 41-2272, fagocitose, atividade microbicida, imunodeficiências, NADPH oxidase

069 - Avaliação dos pacientes submetidos a tratamento com imunoglobulina venosa no Serviço de Imunologia Clínica do HUCFF UFRJ

Nogueira EF, Gauderer AA, Jorge AS, Blanc ES, Lupi O, Pires GV
Disciplina/Serviço de Imunologia Clínica HUCFF – FM – UFRJ

Objetivo: Apresentar dados demográficos e clínicos dos pacientes com imunodeficiência submetidos à imunoglobulina venosa.

Método: Estudo retrospectivo da coorte dos pacientes em tratamento com Imunoglobulina no Serviço de Imunologia do HUCFF – UFRJ.

Resultado: Foram revisados 12 prontuários, nos quais observaram-se 7 pacientes do sexo feminino e 5 do masculino. O diagnóstico de Imunodeficiência Comum Variável (IDCV) foi verificado em 9 pacientes e o de Deficiência Seletiva de IgG em 3 casos. A média de idade dos pacientes no momento do diagnóstico era 28 anos, sendo o mais idoso de 51 anos e o mais jovem de 4 anos e 3 meses. A idade de início dos sintomas foi, em média, de 17 anos, e o tempo decorrido entre o início dos sintomas e o diagnóstico de 11 anos. As infecções mais prevalentes pré-tratamento foram pneumonia (11 pacientes), sinusite (7), tuberculose (3) e gastroenterite (2). Seis pacientes já tinham bronquiectasias antes do diagnóstico. A comorbidade mais frequente foi rinite alérgica (7 pacientes) seguida por asma (5), dermatite atópica e glaucoma (ambas com 2 pacientes). Apenas 1 paciente apresenta doença reumatológica (artrite reumatóide) e nenhum dos casos evoluiu com neoplasias até o momento. Nenhum paciente faz antibiótico profilático. O tempo médio para início da infusão de imunoglobulina após diagnóstico foi de 12 meses, sendo o menor tempo de 3 meses e o maior 5 anos.

Conclusão: A IDCV representa a maior causa de indicação de imunoglobulina humana intravenosa. A idade média de diagnóstico de 28 anos é compatível com a literatura. As manifestações sinopulmonares corresponderam a maioria das complicações infecciosas. O atraso no diagnóstico de 11 anos é superior ao descrito, podendo ter sido o responsável pela desfavorável evolução e progressão para bronquiectasias.

Vale ressaltar a necessidade de suspeição e diagnóstico precoce para instituição de um tratamento eficaz, retardando, desta maneira, o surgimento de complicações graves e debilitantes.

070 - Sensibilidade da Prova Cruzada por Citometria de Fluxo no Transplante Renal

Fagundes I, Kulzer A, Gil B, Gamio F, Ewaldt G, Schlottfeldt J, Oliveira F, Kruger M, Toresan R, Salim P, Lindhal F, Jobim M, Jobim L
Serviço de Imunologia - Hospital de Clínicas de Porto Alegre – FAMED/UFRGS

Objetivo: Recentes evidências indicam que a prova cruzada por citometria de fluxo (FCXM) é a técnica mais sensível para a detecção de anticorpos anti-HLA no pré-transplante renal. Desde 2003, adotamos o critério de realizar a FCXM em pacientes retransplantados e/ou hipersensibilizados. O objetivo deste estudo foi avaliar retrospectivamente se a FCXM realizada em nosso laboratório é capaz de identificar sensibilização anti-HLA não detectada pelas técnicas convencionais como a prova cruzada dependente de complemento com anti-globulina humana (PCDC/AGH) e com painel de células (PRA-ELISA). **Métodos:** Durante o período de Dez/03 até Mar/08, soros dos receptores renais cadavéricos com PCDC/AGH negativos (n=65) foram simultaneamente testados na FCXM contra linfócitos T (n=65) e B (n=40). Hipersensibilização anti-HLA foi considerada quando o resultado de PRA foi $\geq 50\%$. A frequência (%) de pacientes com FCXM+ e PCDC/AGH ou PRA- foi determinada. Demografia também foi analisada (% , média \pm dp). SPSS 9.0 foi utilizado no tratamento estatístico.

Resultado: A frequência de pacientes re-transplantados foi de 72,3% (47/65), gênero feminino (60%; 39/65) e com resultado de PRA+ (74,6%; 47/63). O nº de "mismatches" HLA (locos A+B+DR) foi $3,85 \pm 1,2$. A prevalência de pacientes com FCXM positiva foi de 38,4% (25/65). Dos pacientes com PCDC/AGH e PRA classe I negativos, 23% (15/65) e 26% (5/19), respectivamente, apresentaram FCXM /T positivo. Entre os pacientes com PCDC/B e PRA de classe II negativos, 46% (15/33) e 36% (4/11) apresentaram FCXM/B positivos. **Conclusão:** Nossos dados confirmam a maior sensibilidade da citometria de fluxo para detectar baixos títulos de anticorpos anti-HLA.

071 - Imunopatologia da Coriorretinite Toxoplasmática (CRT) na zona sul (ZS) do Rio Grande do Sul (RS)

¹Alcantara- Filho, A. MD, Dr.; ² Proto, J.A. MD; ² Cavalheiro, J.B. MD & ² Vieira, A.C. MD.

¹ Prof. Adjunto UFPEL – UCPEL; ² Oftalmologistas, Pelotas – RS.

Objetivo: O *T. gondii* infecta cerca de 1 bilhão de pessoas em todo o mundo. Contaminação pode se dar por via oral, congênita, transfusão de sangue e transplante .SNC e olho são os órgãos mais afetados. Objetivamos caracterizar a CRT na ZS do RS, onde cerca de 40% da população tem sorologia IgG positiva para toxoplasma.

Método: Entre 1996/2007 investigamos clínica e retinograficamente 176 pacientes ambulatoriais, autóctones da ZN/RS. Retinógrafo TOPCON RG 502T / USA, contraste 3 ml fluoresceína sódica 20%, OCTALAB/BR. 2 fotos padrão coloridas e 8 fotos branco/preto sob contraste de ambos os olhos (AO).

Resultados: Todos pacientes apresentavam lesões típicas de CRT, 96/54% mulheres. Idade: 0-20 anos 21/12%, 21-40 anos 84/48% e 41 e + anos 71/40%. 137/78% com lesões monoculares e 39/22% em AO. Tipo de lesão: satélite 84/48%, única 67/38% e múltipla não satélite 25/14%. Área da retina atingida: I 85/48%, II 77/44%, III 14/8%. 88 pacientes tratados com esquema clássico: Prednisona, Sulfadiazina, Pirimetamina e Ác. Fólico; 25% recidivaram.

Conclusões: Na ZS do RS a CRT tem as mesmas características individuais e gravidade como no Planalto Central do RS (região de Erechim), ou outros países. Altas taxas de infecção na população geral e lesões únicas em atividade recente em adultos, faz supor que a forma adquirida via oral tenha participação na etiopatogenia da CRT, e não só a forma congênita como classicamente admitido. Ainda a cepa do parasita, constituição genética e resposta imune do hospedeiro, podem influenciar na imunopatologia da CRT.

072 - Polimorfismo do loco HLA-DRB1 analisado por sequenciamento do DNA em candidatas ao TMO no Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Rodenbusch A, Schlottfeldt J, Oliveira M, Salim P, Gil B, Jobim M, Jobim LF
Serviço de Imunologia - Hospital de Clínicas de Porto Alegre – Faculdade de Medicina da UFRGS

Objetivo: Este trabalho tem por objetivo determinar a frequência de alelos HLA-DRB1 em alta resolução de pacientes cadastrados no Serviço de Imunologia dos Transplantes do HCPA.

Métodos: Foram analisados 141 doadores inscritos no REDOME e pacientes inscritos no REREME, no período de 29 de julho de 2005 a 30 de julho de 2007, através do Kit Invitrogen "Se Core DRB1 Locus Sequencing".

O método consiste em uma amplificação por PCR. Em seguida, adiciona-se a ExoSAP-IT para degradar os primers e nucleotídeos não incorporados. Após, os amplicons purificados são sequenciados em sentido direto e reverso no equipamento ABI 3100

Resultados: Entre o total de amostras testadas, 94,3% eram da raça caucasóide.

Os 3 alelos encontrados com maior frequência na população foram os alelos DRB1* 0701, com 29,1%, DRB1* 1501, com 18,4% e DRB1* 1301, com 14,9%.

Conclusão: Foram encontrados 41 diferentes subtipos de HLA DRB1 entre as 141 amostras. Esses serão demonstrados no pôster. A tipagem HLA por alta resolução permite conhecer cada alelo de HLA, possibilitando uma tipagem perfeita e necessária para os transplantes de medula óssea e células de cordão umbilical.

073 - Identificação de Ambigüidades na Tipagem HLA por PCR-SSO: resolução das mesmas por tipagem pelo método PCR-SSP

Silva P, Merzoni J, Toresan R, Krüge M, Kunzle A, Salim P, Schlottfeldt J, Gil B, Jobim M, Jobim LF
Serviço de Imunologia – Hospital de Clínicas de Porto Alegre – Faculdade de Medicina da UFRGS

Objetivo: Identificar ambigüidades para os *locus* A e B, do sistema HLA, obtidas pela técnica de PCR-SSO (*Sequence Specific Oligonucleotide*) – LABType (ONE LAMBDA, INC) – e solucioná-las através da técnica de PCR-SSP (*Sequence Specific Primers*), utilizando protocolo *in house* desenvolvido pelo Serviço de Imunologia. As ambigüidades são decorrentes da incapacidade do método em identificar um alelo HLA com certeza. Isso acontece devido a que os diversos *primers* utilizados identificam positivamente mais de uma especificidade HLA.

Métodos: Foram listadas ambigüidades para o *locus* A (n=94) e para o *locus* B (n=80), obtidas de doadores não-aparentados de medula óssea. O método de tipagem HLA foi PCR-SSO, utilizando o instrumento automático Luminex. Após a identificação das ambigüidades, as 174 amostras de DNA foram submetidas à nova tipagem HLA pelo método PCR-SSP, conforme protocolo *in house*. Os reagentes (*primers*) para esse tipo de teste foram sintetizados de acordo com as seqüências de DNA de cada alelo do HLA, identificando-o em média resolução, após eletroforese em gel de agarose corado com brometo de etídio e fotografado. Utilizamos o método de PCR-SSO por ser analisado por citômetro (Luminex- USA), possibilitando realizar um grande número de amostras mensalmente. O PCR-SSP é manual e não permite resolver a grande quantidade de doações que recebemos mensalmente (cerca de 3000). **Resultados:** Encontramos 8 principais e diferentes ambigüidades para o *locus* A, sendo A*01*26/A*26*36 a mais freqüente (50%). Para o *locus* B, foram 31 ambigüidades, sendo a mais freqüente (21,3%) B*35*51/B53*78. Todas as ambigüidades para os *locus* A e B foram solucionadas pela técnica de SSP. **Conclusões:** 1) Devido ao grande polimorfismo observado no *locus* B, encontramos uma maior freqüência de ambigüidades nesse *locus*. 2) O método de PCR SSP desenvolvido *in house* pelo laboratório é adequado para solucionar todas as ambigüidades apresentadas pela técnica de PCR SSO.

075 - Reações cutâneas de hipersensibilidade por fármacos no Hospital Geral do Grajaú

Ensina LF, Matheus J, Klatchoian A, Wanderley L, Camelo-Nunes IC

Disciplina de Reumatologia, Imunologia e Alergia da Faculdade de Medicina da Universidade de Santo Amaro (UNISA). Centro de Ensino e Pesquisa Prof. Dr. Liberato John Alphonse Di Dio

Objetivos: determinar a freqüência e características das reações cutâneas de hipersensibilidade por fármacos (RHF) no Hospital Geral do Grajaú (HGG)

Métodos: Foi realizada uma busca ativa de pacientes com suspeita de RHF nas enfermarias de clínica médica e clínica cirúrgica do HGG, durante o período de março a setembro de 2008. Os pacientes suspeitos foram avaliados através do questionário da *European Network for Drug Allergy*.

Resultados: Foram avaliados 17 pacientes, com média das idades de 42 anos, sendo 10 do sexo masculino. Dez pacientes estavam internados na enfermaria de clínica médica e sete na clínica cirúrgica, com tempo médio de internação até o aparecimento da reação de 17 dias. Exantema maculo-papular foi observado em 10 pacientes e urticária/angioedema em cinco. Uma paciente apresentou eritema multiforme e um paciente síndrome de Stevens-Johnson. As medicações mais freqüentemente suspeitas de envolvimento foram a vancomicina (6), anti-inflamatórios não-esteroidais (AINEs) (5) e clindamicina (3). Apenas quatro pacientes apresentavam história anterior de reação por medicamento e três história pessoal de atopia. Três pacientes referiram história familiar de reação por medicamento. Co-morbidades associadas foram relatadas na maior parte dos casos (11), tais como diabetes, asma, insuficiência renal crônica, hipertensão, infarto prévio e etilismo.

Conclusões: As RHF são freqüentes no HGG, sendo as apresentações mais comuns o exantema maculo-papular e as urticárias, relacionados ao uso de antibióticos e AINEs.

074 - Sinusite recorrente: diagnóstico atípico

Nascimento RP, Casado SSM, Arcaño LCG, Martins ER, Emerson F, Kuschnir F, Rios JBM, Sardenberg JL, Rios JLM, Carvalho LP, Pereira N, Cordeiro N, Diógenes VM. Policlínica Geral do Rio de Janeiro

Introdução: Rinossinusite afeta aproximadamente 20 % da população. Quando ocorre falha terapêutica deve-se considerar rinossinusite fúngica.

Objetivo: Mostrar a importância da sinusite fúngica em pacientes com sinusite recorrente ou resistente ao tratamento habitual.

Relato de caso: ABV, feminina, branca, 19 anos, estudante, natural e residente no Rio de Janeiro. Apresenta rinite alérgica com sinusite de repetição, que se iniciou em janeiro de 2007, após extração dentária cirúrgica. Até abril de 2008, apresentou 8 episódios, diagnosticados clinicamente e tratados com antibioticoterapia (amoxicilina+clavulanato de potássio, claritromicina etc). Tem história de polipectomia nasal há cinco anos. As radiografias dos seios paranasais mostram imagem de obliteração de seio maxilar esquerdo mantida em diferentes momentos. Avaliação diagnóstica: Solicitada tomografia computadorizada (TC) de seios paranasais, que evidenciou: espessamento concêntrico de mucosa no seio maxilar esquerdo, com material com densidade óssea no seu interior, de provável natureza dentária. Conduta: Realizada cirurgia conservadora, por via endoscópica nasossinusal em seio maxilar esquerdo, sendo observado e retirado material escurecido e friável de seio maxilar esquerdo. A análise anatomo-patológica foi compatível com aspergilose (aspergiloma). Pós-operatório: Boa evolução com a utilização de budesonida tópica. Atualmente está assintomática sem medicamentos.

Conclusão: Nos casos de sinusites recorrentes ou resistentes a antibioticoterapia habitual deve se pensar sempre na etiologia fúngica, em especial se o paciente for imunodeprimido ou diabético.

076 - Relato de Caso: Síndrome de Stevens-Johnson ou Necrólise Epidérmica Tóxica?

Baú ARLW, Pedrosa NF, Rocha ED, Alves PP, Lopes RC, Costa L. Serviço de Alergia e Imunologia e Serviço de Dermatologia do Hospital de Força Aérea do Galeão-RJ

Nosso objetivo é relatar um caso de diagnóstico diferencial entre SSJ-NET. Paciente de 68 anos, hipertensa, diabética e com crises convulsivas freqüentes em virtude de um AVE isquêmico procurou atendimento devido a queda do estado geral associada a edema em pálpebras e lábios e erupções maculo-papulosas com predominância em áreas fotoexpostas com 3 dias de evolução. Fazia uso de ácido acetilsalicílico, enalapril, sinvastatina, omeprazol, metformina e hidantal e ácido valpróico há 30 dias. Há 8 dias terminou tratamento de infecção urinária com ciprofloxacina e administrou dipirona SOS. No decorrer da internação, houve progressão do quadro cutâneo com surgimento de máculas purpúricas e bolhas flácidas. O descolamento epidérmico foi inferior a 10% da superfície corporal e o sinal de Nikolsky foi positivo. O envolvimento mucoso sucedeu o cutâneo e se manifestou com enantema e edema que evoluíram para erosões e formações pseudomembranosas em cavidades oral e ocular. Não houve manifestações sistêmicas com exceção de candidíase oral, esofágica e inguinal. Após avaliação oftalmológica, iniciou-se lubrificante, corticóide ocular, com boa resposta, assim como hidratação venosa vigorosa, corticoterapia, suspensão das drogas não essenciais à vida, algumas substituições e foram realizadas culturas. A secreção em cavidade oral evidenciou *Staphylococcus aureus* e da bolha *Pseudomonas aeruginosa*. O infectologista considerou germe colonizante com perfil de resistência intermediário sem repercussão clínica. No 14º dia de internação, houve melhora do quadro mucocutâneo com alta hospitalar no 18º dia em bom estado geral e em uso de ácido acetilsalicílico, ácido valpróico, candesartan, sinvastatina e insulina. Concluímos que o uso de anti-convulsivantes está entre as principais causas de SSJ-NET e que devemos observar os sinais de alerta e determinar o mais rápido possível a droga que induziu a reação e afastá-la para evitar que a reação piore e progrida para uma forma mais grave.

077 - Exantema maculopapular em paciente infectado pelo HIV – Reação à droga ou infecção?

Lauria PO; Coimbra MR; Shubo FA; Carvalho JM; Correa GS; Morello M; Souza CFC; Souza MS; Ouricuri AL.
Serviço de Alergia e Imunologia do Departamento de Pediatria – Hospital dos Servidores do Estado

Introdução: Pacientes infectados pelo HIV apresentam risco maior de farmacodermias, em especial aos derivados das sulfonamidas. A incidência de rash cutâneo varia de 40 a 80% nesta população comparado com o índice de 3,3% em pessoas normais. A reação típica a sulfametoxazol-trimetoprim (SMZ/TMP) em pacientes HIV+ ocorre durante a segunda semana de tratamento e se caracteriza por erupção maculopapular acompanhada de febre e prurido. **Objetivo:** Relatar caso de exantema maculopapular desencadeado por SMZ/TMP em paciente HIV+. **Caso clínico:** AVMPMS, 4 meses, feminino, com diagnóstico de SIDA, apresentou exantema maculopapular 10 dias após início do uso de AZT, 3TC, Kaletra e SMZ/TMP profilático. Devido à hipótese de farmacoderma, foi suspenso SMZ/TMP. Quatro dias após a paciente manteve o exantema e foi hospitalizada com febre e taquipnéia. Feitas suspeitas diagnósticas de reação à droga, exantema infeccioso e pneumocistose. No 2º dia de internação foram prescritos ceftriaxone e oxacilina, devido à hemocultura com crescimento de cocos gram+ e iniciada dessensibilização pelo protocolo de *Moreno e cols* modificado para SMZ-TMP, pela indisponibilidade de terapia alternativa. Os resultados dos exames foram: hemograma normal, urocultura negativa, RX de tórax com discreto infiltrado intersticial. Evoluiu com melhora do rash 4 dias após a dessensibilização. A hemocultura confirmou o crescimento de *S.epidermidis*, sugerindo contaminação. O SMZ-TMP foi mantido em dose terapêutica para *P.jiroveci*, e após mantida a profilaxia sem reaparecimento do rash. **Conclusão:** Embora a causa de exantema maculopapular em lactentes geralmente seja infecciosa, o diagnóstico mais provável desse caso é de reação a SMZ/TMP. O metabolismo desse fármaco parece estar modificado em pacientes HIV+, predispondo a reações cutâneas nesse grupo. Dados da literatura evidenciam que os pacientes HIV+ com rash maculopapular de aparecimento tardio causado pelo SMZ/TMP se beneficiam da dessensibilização.

079 - Metemoglobinemia como reação adversa à Dapsona: relato de caso.

Paula FB, Moraes FP, Lima JT, Brasil Jr W, Santos VB.
Ambulatório de Hanseníase do Centro de Atendimento Integral à Saúde C. de Morais, Goiânia-GO.

Objetivo: Apresentar caso de reação adversa à Dapsona denominada metemoglobinemia.

Relato de caso: Paciente caucasiano, 29 anos, com diagnóstico de hanseníase na forma Dimorfa (MHD), iniciou tratamento de 01 ano com Clofazimina, Dapsona e Rifampicina conforme preconizado pela OMS e MS. No segundo mês de tratamento apresentou quadro de fraqueza geral, anorexia, moleza, mal estar e cianose rapidamente progressiva principalmente em lábios e extremidades. Estabelecido o diagnóstico clínico de metemoglobinemia provocada pela Dapsona e procedida a suspensão da mesma, com melhora gradativa do quadro. Mantido o tratamento da hanseníase sem a Dapsona.

Discussão: Clofazimina, Rifampicina e Dapsona são medicamentos que podem ser implicados em várias reações adversas, sendo a reação adversa em questão denominada metemoglobinemia e relacionada à Dapsona, levando o paciente ao quadro descrito devido ao acúmulo de metemoglobina sanguínea. Neste caso o átomo de ferro no radical heme da desoxihemoglobina encontra-se na forma férrica e não na ferrosa, como deveria, tornando esta hemoglobina anômala incapaz de transportar o oxigênio, levando o paciente à cianose progressiva por hipóxia e hipercapnia, o que pode acarretar quadro grave, culminando com o óbito se não for detectado a tempo. O tratamento consiste na imediata suspensão da droga e internação nos casos mais severos, com opção para transfusão sanguínea. No paciente em questão a suspensão da droga foi suficiente para reverter o quadro. Pacientes em uso de Dapsona que apresentem cianose, prostração, fraqueza geral e anorexia precisam ter o diagnóstico de metemoglobinemia suspeitado.

078 - Reação adversa a cloridrato de metilfenidato

Levy SAP, Peres VCC, Castro C, Huguenim A, Dortas Jr SD, Abe AT, França AT
Serviço de Imunologia Clínica do Hospital São Zacharias do Rio de Janeiro

Objetivo: Relatar um caso de hipersensibilidade cutânea pelo cloridrato de metilfenidato.

Relato de caso: MSAX, masc, pardo, 13 anos. Queixava-se do aparecimento, há 3 meses, de lesões eritematodescamativas, liquenificadas compostas por escamas furfuráceas, disseminadas, acometendo inclusive a face, não responsivo ao uso de anti-histamínico oral.

Relatava ter sofrido queimadura aos 3 anos de idade, devido incêndio de sua casa, onde seus pais faleceram. É acompanhado na neurologia desde então por distúrbio de atenção e fez uso de Ritalina® por alguns anos, interrompendo por 1 ano e retornou há 3 meses.

Bom estado geral, com lesões cutâneas sugestivas de dermatite esfoliativa. Exames mostravam IgE=811 UI.

Foi suspensa a medicação e prescrito hidratação tópica, Hidroxizina 75mg/dia, com melhora progressiva e total após 3 meses.

Conclusão: A dermatite esfoliativa causada por reação a droga é manifestação comum, ocorrendo em 35% dos casos. Pode estar associada ao Pênfigo foliáceo, Psoríase, Dermatite Atópica e Micose Fungóide.

O metilfenidato atua como estimulante do sistema nervoso central, com efeito mais evidentes sobre atividades mentais do que motoras. Seu mecanismo de ação não foi completamente elucidado, mas acredita-se que possa inibir a recaptção da serotonina. São descritos efeitos adversos hematológicos, sistema nervoso, visuais, metabólicos, cardíaco, gastrointestinais, hepatobiliares, musculoesqueléticos e de hipersensibilidade em pele e tecidos subcutâneos, mais comum como erupção cutânea, prurido e urticária, porém raramente como dermatite esfoliativa.

080 - Eritema pigmentar fixo causado por ácido mefenâmico inicialmente diagnosticado como micose fungóide

Kakizaki P, Colossi K, Nunes JC, Valente NYS, Andrade MEB, Pires MC
Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo – São Paulo

Eritema pigmentar fixo é uma forma freqüente de erupção por droga, com recidiva no mesmo local, podendo aparecer novas lesões quando reexposição ao agente desencadeante. Descrita inicialmente por Brocq em 1894, pode ser localizada ou generalizada. Apresenta fase inicial de eritema, edema e descamação podendo ser seguida de erupção vesico-bolhosa com resolução espontânea e, após, hiperpigmentação.

Objetivo: demonstração de eritema pigmentar fixo causado pelo ácido mefenâmico. **Relato de caso:** Paciente masculino, 44 anos, há 3 anos iniciou com mancha hipercrômica enegrecida-acinzentada, na região lateral direita do abdome, com aumento progressivo do tamanho, apresentando 11cm de diâmetro. Relatava eritema e prurido no local. Encaminhado pelo dermatologista de outro serviço para cirurgia plástica, com diagnóstico de nevo melanocítico, para exérese. Pelo tamanho da lesão, optado por exérese parcial em dezembro de 2007 e enviado para estudo. Em janeiro de 2008 houve surgimento de 2 novas lesões na coxa esquerda, semelhantes a anterior, mas de menor tamanho. Após análise histopatológica e imunohistoquímica foi diagnosticado micose fungóide, sendo encaminhado para tratamento no serviço de hematologia deste hospital. que solicitou uma avaliação dermatológica. Após avaliação e revisão da lâmina, descartada hipótese de micose fungóide, e iniciado investigação para erupção por droga. Realizado teste de contato com as substâncias que paciente fazia uso (diclofenaco, ácido salicílico, ácido cítrico, bicarbonato de sódio, acetaminofen e caféina), e a primeira e segunda leitura resultaram negativas. Após uso de ácido mefenâmico, apresentou quadro de eritema e edema nos locais da hiperpigmentação, sendo confirmado o diagnóstico. **Conclusão:** Eritema pigmentar fixo pode ser causado por qualquer droga, no caso relatado, pelo ácido mefenâmico. Além disso, ressalta-se a importância do diagnóstico correto para instituição terapêutica adequada.

081 - Pustulose Palmo-Plantar associada à droga

Pereira RF; Harfuch LSS; Nishida AY; Fernandes FR; Pires MC; Aun WT; Mello JF.
Serviço de Alergia e Imunologia; Serviço de Dermatologia; Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo - HSPE

Introdução: A pustulose palmo-plantar caracteriza-se por erupção aguda com pústulas estéreis em base eritematosa, auto-limitada e recorrente, acompanhada de febre e leucocitose. É uma variante da Psoríase Pustulosa, diferenciando-se desta por apresentar correlação com a ingestão de medicações como cefalosporinas, penicilinas, macrolídeos, itraconazol, enalapril.

Objetivo: Relatar caso de Pustulose Palmo - Plantar relacionada ao uso de medicamentos (amoxicilina e nimesulida).

Relato do caso: PFR, 53 anos, masculino, branco, portador de diabetes, hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia, DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica) e psoríase palmo - plantar. Iniciou uso de amoxicilina e nimesulida para tratamento de amigdalite purulenta e sinusite. Após quatro dias de uso das medicações, apresentou lesões pustulosas em região palmo - plantar acompanhada de febre e adenomegalias submandibular e periauricular direitas. Realizada investigação laboratorial: Hemograma com 21600 leucócitos (neutrófilos: 15100 = 70%), ASLO: 529; sorologias para VEB, HIV, sífilis, CMV e toxoplasmose: negativas. A biópsia mostrava pústula espongiiforme subcórnea, sendo então iniciado tratamento com corticóide tópic (valerato de betametasona), por 35 dias, com melhora progressiva das lesões.

Conclusão: Relatamos caso de pustulose palmo - plantar associada ao uso de amoxicilina e nimesulida, apresentando melhora após uso de corticoterapia tópica.

083 - Farmacodermia como diagnóstico diferencial de Imunodeficiência

Correa GS; Coimbra MR; Lauria PO; Carvalho JM; Shubo FA; Neves ARR; Souza MS; Ouricuri AL
Serviço de Alergia e Imunologia do Departamento de Pediatria - Hospital dos Servidores do Estado

Introdução: Reações adversas a drogas ocorrem em 0,1% a 1% dos pacientes em uso de medicamentos. Aproximadamente 30 tipos diferentes de reações cutâneas são descritos; além disso uma mesma medicação pode causar diferentes reações em indivíduos distintos. Essas reações podem ocorrer por mecanismos imunológicos ou não imunológicos e melhoram com a retirada da droga, retornando com a sua reintrodução. **Objetivo:** Relatar caso de paciente com reação cutânea do tipo vesículo-pustulosa devido à imipramina. **Caso Clínico:** LST, 9 anos, feminino, natural do Rio de Janeiro, com história de alteração de comportamento e retardo mental leve desde os 5 anos de idade. Feito o diagnóstico de hipotireoidismo e iniciado tratamento com levotiroxina aos 8 anos de idade. Obteve melhora do quadro porém mantinha déficit de atenção sendo indicado tratamento com palmoato de imipramina. Após 14 dias, apresentou lesões cutâneas pruriginosas em nádegas, evoluindo de máculas a lesões vesículo-pustulosas consideradas como impetigo. Prescrito cefalexina e ampicilina respectivamente associadas ao banho com permanganato e à descolonização com mupirocina. Evoluiu com resposta insatisfatória ao tratamento e as lesões disseminaram para face, tronco e membros, sendo, então, encaminhada ao ambulatório de Imunoalergia com suspeita de imunodeficiência. Neste período, devido à falta de receituário para compra da imipramina, a medicação foi suspensa ocorrendo melhora das lesões após 1 semana, persistindo apenas lesões hipercrômicas residuais. A readministração da medicação, houve retorno das lesões cutâneas após três dias, sendo imediatamente suspensa. A história clínica detalhada pela mãe facilitou a avaliação imunoalérgica no diagnóstico de reação adversa à imipramina, inclusive com teste de provocação ao acaso. Sugerido tratamento com metilfenidato, com boa evolução. **Conclusão:** Erupções cutâneas por drogas são demonstradas por uma ampla variedade de apresentações clínicas. O conhecimento das principais manifestações e sua associação com medicamentos ajudam ao médico a estabelecer o diagnóstico e a terapêutica correta.

082 - Síndrome de Sweet após vacina dupla viral - SR (sarampo e rubéola) – relato de caso

Zanella RR, Melo LV, Varalda DB, Andrade MEB, Tebcherani AJ, Pires MC
Serviço de Dermatologia do Complexo Hospitalar Padre Bento de Guarulhos

ORO, 35 anos, 2 dias após vacina dupla viral - SR (sarampo e rubéola) iniciou febre 38,5°C, pápulas eritematosas e bolhas dispersas pelo corpo associado à prurido cutâneo e dor, evoluindo com piora progressiva. Ao exame, no 9º dia após a vacina, apresentava pápulas eritemato-edemaciadas, algumas em alvo, e bolhas tensas de conteúdo seroso sobre pele eritematosa, em tórax, abdome, membros superiores e inferiores. Negava uso de qualquer medicamento além do captopril e microvilar, os quais fazia uso há 8 meses. Havia sido vacinada com a vacina dupla viral - SR em março de 1997 sem apresentar reação. O exame anatomopatológico da lesão em alvo revelou infiltrado neutrofilico intenso compatível com Síndrome de Sweet. Exames sorológicos para HIV, hepatites B e C negativos e hemograma normal. Diante da hipótese diagnóstica de Síndrome de Sweet foi introduzido prednisona (80mg/d) com resolução do quadro cutâneo em quatro dias. O captopril e o anticoncepcional não foram suspensos. Foi relatado previamente Síndrome de Sweet após vacina BCG, vacina influenza (dois casos), vacina varíola (dois casos) e vacina pneumococo, porém não foi relatado Síndrome de Sweet após vacina dupla viral - SR.

084 - Tolerância em longo prazo ao Etoricoxibe em pacientes com história de urticária/angioedema a antiinflamatório não hormonal (AINH)

Yamashita, MM; Rodrigues, AT; Pereira, VAR; Aun, WT; Mello, JF.
Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo - HSPE - FMO.

O etoricoxibe é um inibidor seletivo da ciclooxigenase, sendo descrito em literatura como bem tolerado em pacientes sensíveis a antiinflamatório não hormonal (AINH).

Objetivo: Investigar a tolerância a longo prazo no uso do etoricoxibe em pacientes com história de urticária e/ou angioedema induzido por AINH.

Método: No período de 02/2006 a 09/2007, foi realizado prospectivamente o teste de provocação oral com doses crescentes de etoricoxibe (0,30,60,90,120 mg) em 38 pacientes atendidos no ambulatório de Alergia e Imunologia do HSPE, com história de angioedema e/ou urticária relacionado ao uso de AINH. Encontramos como resultado que 31 pacientes (81,57%) apresentaram teste negativo e 7 (18,43%) positivos; destes, quatro com reação precoce (< 24 horas) e 3 com reação tardia (> 24 horas). Mantivemos acompanhamento ambulatorial destes pacientes e após 1 ano, realizamos um questionário para investigar possíveis reações à medicação durante este período.

Resultado: Destes 38 pacientes que realizaram a provocação oral com etoricoxibe, 7 foram excluídos por apresentarem teste positivo e apenas 29 mantiveram seguimento nesta pesquisa. Dos 29 pacientes, 26 (89,7%) são do sexo feminino e 3 (10,3%) masculino, com idade média de 45 anos, sendo a mediana de 48,5 anos. O etoricoxibe foi utilizado por 11 (37,9%) pacientes, dentre os quais 1 (9,1%) apresentou angioedema após uso da medicação. A maioria dos pacientes 18 (62,1%) não utilizaram o etoricoxibe e 3 (10,3%) não fizeram uso de medicação alguma para dor. As principais justificativas nos casos de não uso foram: ausência de necessidade da medicação 13 (72,2%), medo 3 (16,7%) e alto preço do medicamento 2 (11,1%).

Conclusão: Na maioria dos casos, o etoricoxibe é seguro, podendo ser uma opção analgésica para pacientes sensíveis aos AINHS. Entretanto, é necessário o acompanhamento dos pacientes, pois alguns podem desenvolver intolerância a longo prazo.

085 - Reação adversa a antiinflamatórios não hormonais (AINH) e urticária ao frio numa mesma paciente.

Paula FB, Moraes FP, Lima JT, Brasil Jr W, Santos VB.
Ambulatório de alergia da Clínica Brasmédico, Goiânia-GO.

Objetivo: Relatar associação entre alergia a AINH e urticária ao frio numa mesma paciente.

Relato de caso: Paciente morena, 27 anos, relata surgimento de urticária e angioedema após uso dos AINH AAS, Dipirona e Diclofenaco. Refere também prurido com contato com água fria e surgimento de placa urticariforme em local de contato com gelo. Teste de provocação com gelo em antebraço por cinco minutos com surgimento de placa pruriginosa e eritematosa; Hemograma normal, IgE total 359, crioglobulinas (-).

Discussão: Reações adversas a drogas são freqüentes e envolvem vários mecanismos como toxicidade, intolerância, idiosincrasia, psicogenia e hipersensibilidade, sendo esta última considerada alérgica e classificada em quatro subtipos segundo Gell e Coombs: I – Hipersensibilidade imediata (IgE mediada), II – Citotóxica (IgM, IgG, complemento e SRE), III – Imunocomplexos e IV – hipersensibilidade tardia (CD4+). AINH podem desenvolver também um quadro pseudo-alérgico com mecanismo diverso, independente de IgE. O quadro clínico pode ir desde uma reação leve à anafilaxia, passando por doença do soro, vasculites, broncoespasmo, febre por drogas, nefrite e manifestações cutâneas. As urticárias físicas correspondem a 20% das urticárias, sendo a urticária ao frio um tipo de urticária física, podendo as lesões se localizar na área do contato ou à distância, por água/banhos frios. Existe uma forma adquirida e uma hereditária. A adquirida, geralmente idiopática, associa-se a sintomatologia sistêmica e raramente com a presença de crioglobulinas, criofibrinogênio e hemolisinas ao frio. O tratamento de escolha é a Ciproheptadina. O caso em questão apresenta numa mesma paciente a associação infreqüente de reação adversa a AINH e urticária ao frio.

086 - Indução de tolerância oral a múltiplos anti-bacilares: caso clínico

Carvalho S, Silva I, Leiria-Pinto P, Rosado-Pinto J
Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central, Portugal

Em 4 a 5% dos doentes sob anti-bacilares verificam-se reacções de hipersensibilidade (RH) medicamentosa, levando à suspensão e/ou modificação da terapêutica ou, não havendo alternativa, indução de tolerância (IT). Apresenta-se o caso de um doente de 26 anos, sem patologia anterior relevante, internado num Serviço de Infecçologia por tuberculose pulmonar (TP), que desenvolveu RH recorrentes à isoniazida (INH), rifampicina (RIF), pirazinamida (PZA) e etambutol (EMB). Perante a necessidade de utilização destes fármacos, iniciou-se um protocolo de IT oral. Efectuaram-se testes cutâneos (por picada e intradérmicos) somente com os 2 fármacos em que ocorreram reacções anafilácticas (INH e RIF), tendo sido positivos para a RIF. Os fármacos foram introduzidos de forma seriada, garantindo-se a tolerância de cada um na dose terapêutica pretendida antes de se avançar para o protocolo seguinte. O 1º fármaco a ser administrado foi a INH, na dose de 0,01% da dose diária, a qual foi alcançada sem intercorrências em 8 horas. Seguiu-se a RIF, na dose inicial de 0,01% da dose diária. Cerca de 2 horas após o início, com a dose cumulativa de 31,6 mg, surgiu eritema generalizado e foi interrompido o protocolo. O 3º fármaco a ser utilizado foi o EMB, tal como os anteriores iniciando-se com 0,01% da dose diária, alcançada sem reacções em 11 horas. A PZA foi o último fármaco a ser administrado, na dose inicial de 0,3% da dose diária. Cerca de 1 hora após o início, com a dose cumulativa de 35 mg, surgiu eritema cutâneo, facilmente controlado com anti-H₁, retomando-se a partir da última dose tolerada e reajustando-se as doses seguintes. A dose pretendida foi alcançada sem reacções em 5 dias. O doente concluiu a terapêutica tripla (INH, EMB, PZA) em ambulatório, efectuando as doses diárias sem interrupções. Este caso demonstra a relevância da IT na abordagem das RH a múltiplos fármacos, especialmente em patologias graves potencialmente fatais como a TP, permitindo o sucesso da terapêutica.

087 - Urticária e angioedema como manifestação clínica da hepatite C.

Oyama CA, Perez FC, Fernandes DA, Dionigi PCL, Menezes MCS, Forte WCN

Setor de Alergia e Imunodeficiência da Irmandade e Disciplina de imunologia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

Objetivo: Relato de caso de paciente que apresentou urticária crônica e angioedema como únicas manifestações de hepatite C.

Método: Acompanhamento clínico-laboratorial de paciente com urticária crônica e angioedema.

Relato: ZAAP, 42 anos, feminino, branca, natural da Bahia e procedente de São Paulo.

Apresentou lesões efêmeras, irregulares na forma e extensão, de coloração róseo-avermelhada e pruriginosas em glúteos e coxas, associada a edema de região labial de início súbito, duração de 3 dias, com melhora com uso de anti-histamínicos. A investigação laboratorial revelou: hemograma e exame de urina normais; urocultura negativa; ASLO, células LE e FAN negativos; PPD não reator; VHS 17; C3 e C4 normais; hormônios tireoidianos normais; sorologias para hepatite B, HIV, sífilis, mononucleose e CMV negativas; anti-HCV positivo, sendo o PCR quantitativo para HCV 1.158.640UI/mL. Biópsia hepática compatível com hepatite crônica sem atividade. Iniciado tratamento com Interferon alfa e ribavirina por 48 semanas. Na 22ª semana, o PCR para HCV quantitativo reduziu para <615UI/mL e na 48ª tornou-se indetectável. O angioedema desapareceu após 48 semanas coincidindo com a negatificação do PCR. A urticária desapareceu após 50 semanas do tratamento.

Conclusão: Concluímos que a urticária crônica e o angioedema foram as únicas manifestações clínicas de hepatite C no paciente estudado. Após tratamento com interferon alfa e ribavirina e negatificação do PCR houve desaparecimento do angioedema e da urticária. Acreditamos ser imprescindível a pesquisa de diagnósticos diferenciais diante de casos de urticária crônica.

088 - Urticária crônica associada à hepatite B

Leite LF, Fernandes DA, Benatti CB, Prado JFL, Figueiredo YA, Golovaty AB, Dionigi PCL, Forte WCN.

Setor de Alergia e Imunodeficiências da Irmandade e Disciplina de Imunologia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

Objetivo: Relatar caso de urticária crônica associada à infecção crônica pelo vírus da hepatite B.

Método: Avaliação clínico-laboratorial do paciente.

Resumo: LAO, 56a, masculino, branco, natural e procedente de Rancharia - SP. Há dois anos iniciou quadro de urticária crônica sendo encaminhado para o nosso serviço para investigação. Solicitado exames para investigação de urticária crônica e introduzido fexofenadina 180 mg/dia. Apresentou hemograma, exame de urina, função renal e hepática sem alterações, anticorpos anti-tireoidianos sem alterações e teste de puntura positivo para aeroalérgenos. Devido história pregressa de transfusão sanguínea e falta de uso de preservativo continuou-se a investigação para urticária crônica, sendo solicitado sorologias, a qual identificou HbsAg reagente, Anti-HBc IgG e anti-Hbe reagentes, HbeAg e anti-HBc IgM não reagentes e anti-HBs não reagente. Apresentou sorologias não reagentes para sífilis, hepatite C e HIV. Foi feito diagnóstico de hepatite B, portador inativo, devido a presença de enzimas hepáticas persistentemente normais, não apresentando portanto, indicação de tratamento. Evoluiu com melhora parcial do quadro de urticária com o uso de anti-histamínico. Atualmente em acompanhamento também com o setor de hepatologia.

Conclusão: Concluímos que o diagnóstico de hepatite B foi feito a partir da presença de urticária crônica. Seria possível que, se houvesse indicação de tratamento específico para hepatite B neste caso, o paciente apresentasse melhora total do quadro de urticária, como observamos em outros pacientes.

089 - Angioedema: diagnóstico diferencial – Relato de casoFerraroni NR^{1,2}, Ferraroni JJ², Grumach AS¹¹Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo-SP, ²Clinim – Alergoclinica, Brasília-DF.

Objetivo: Relatar caso clínico de angioedema. **Método:** Revisão de prontuário. **Resultados:** Paciente masculino, 52 anos, antecedente de espondilite anquilosante HLA B27+, em tratamento há três meses, que evoluiu com quadro de placas na pele pruriginosas e edematosas nas palmas e plantas dos pés, 10 dias após usar Infiximabe(anti-TNF alfa de origem murina e humana), que melhoraram com uso de Nimesulida. Na ocasião, também fazia uso de Metotrexate 10mg/sem. e Enalapril (IECA) para Hipertensão Arterial Sistêmica. Suspeitou-se de urticária de pressão devido à melhora com Nimesulida e trocado IECA. Testes cutâneos de leitura imediata para antígenos alimentares se mostraram negativos (camarão, coco, carne suína, amendoim, cacau, leite e ovo), C4=9 (VR=15-45mg/dl), C1q: 108 (VR>125mcg/dl), INH C1s=24 (VR=29-42mg/dl) e CH100=2 (VR≥60u/CAE). O paciente evoluiu com hepatite medicamentosa, foi trocado Infiximabe para Adalimumabe (anti-TNF alfa de origem humana), porém mantinha quadro de angioedema após uso da medicação. A reumatologia optou por manter a medicação e foi iniciado Danazol 200mg/dia, posteriormente aumentado para 400mg/dia, devido ao angioedema após aplicação do Adalimumabe. Exames laboratoriais normalizaram: C4=22,3; CH100=59; C1q=175, C1s=47, mas o paciente continuava a apresentar angioedema após uso do Adalimumabe-que foi suspenso, com piora da doença de base. Iniciou-se Leflunomida e suspenso o Metotrexate, com melhora da artrite e ausência de angioedema. Atualmente paciente está em uso de Danazol 200mg/dia e C4 normal (17,6). **Conclusão:** Diagnósticos diferenciais incluem: urticária de pressão, angioedema secundário ao IECA, reação adversa à droga, angioedema hereditário e angioedema secundário à doença auto-imune. Neste relato de caso, a última hipótese foi a definitiva.

090 - Casuística de Angioedema Hereditário em ambulatório especializadoGarcia MLS, Yamanari AA, Menin AMCR, Toledo EC
Serviço de Alergia e Imunologia Clínica do Departamento de Pediatria e Cirurgia Pediátrica da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP – SP

Introdução: O Angioedema Hereditário (AEH) é uma imunodeficiência primária causada por defeito funcional ou quantitativo do inibidor de C1 esterase. Caracteriza-se por crises de edema que afetam o tecido subcutâneo, o trato respiratório (TR) e gastrointestinal (TGI).

Casuística e método: Estudo descritivo, retrospectivo, baseado em análise de prontuário das seguintes variáveis: gênero, idade atual, idade de diagnóstico, tempo entre o início da doença e o diagnóstico, sistemas mais acometidos, tratamento e mortalidade.

Objetivo: Avaliar características clínicas e seguimento dos pacientes com AEH em serviço especializado.

Resultados: Foram analisados 14 pacientes pertencentes a 9 famílias, (13F:1M), com idade atual variando de 14 a 86 anos. A idade no diagnóstico variou de 13 a 84 anos e em 78,6% dos casos levou-se mais de 10 anos entre o início dos sintomas e o diagnóstico. A história familiar de AEH foi referida por 64,3% dos pacientes. O sistema mais acometido foi a pele (64,3%), seguido do TR (50%) e TGI (42,9%). A maioria dos casos (57,1%) procurou o imunologista por iniciativa própria. Está em uso de Danazol 11 pacientes, a maioria controlada com 200mg/dia.

Conclusões: O AEH foi mais prevalente em mulheres, com diagnóstico tardio em relação ao início dos sintomas. A história familiar foi determinante na investigação dessa imunodeficiência. A pele, seguida do TR foram os sistemas mais afetados e um grande percentual de casos referiram queixas do TGI como sintoma mais freqüente e baixas doses de Danazol controlaram a maioria dos casos.

091 - Angioedema familiar com C4 normal

Carvalho JM; Lauria PO; Coimbra MR; Shubo FA; Correa GS; Gouveia SRF; Cardoso JV; Neves ARR; Ouricuri AL; Setor de Alergia e Imunologia Pediátrica do Hospital dos Servidores do Estado – RJ (HSE/RJ).

Objetivos, metodologias e resultados:

Introdução: O angioedema hereditário (AEH) é uma doença rara, de herança autossômica dominante, decorrente da deficiência do inibidor de C1 esterase (C1NH). As manifestações clínicas são caracterizadas por edema recorrente, que pode acometer face, vias respiratórias superiores, sistema digestório, extremidades e genitália. Os principais fatores desencadeantes são: traumas, estresse emocional, procedimentos cirúrgicos ou dentários e drogas. A história familiar de angioedema recorrente está presente em cerca de 85% dos casos, sendo os demais decorrentes de novas mutações.

Objetivo: Relatar um caso clínico de uma família com angioedema hereditário, com avaliação laboratorial de C4 normal no progenitor.

Caso Clínico: LLSS, 10 anos, masculino, iniciou há seis anos, edema de extremidades, frio, indolor, com ausência de eritema e urticária, em região palmo-plantares, face, dorso e bolsa escrotal. Alguns episódios foram seguidos de dor abdominal, diarreia e vômitos, sendo inclusive indicada laparotomia exploradora em um dos episódios. Essas crises recorriram a cada 2 a 3 meses. Laboratorialmente apresentava: C4=2,7 mg/dl (N:10-40), e C1NH=4,25 mg/dl (N:20-40). A partir do diagnóstico AEH neste paciente, foi realizada a investigação laboratorial nos familiares (dois irmãos, pai e mãe) sendo diagnosticado um irmão (C4=8,63 e C1INH=9,71) e o pai (C4=24,3 e C1INH=14,2) ambos assintomáticos. Devido à gravidade, freqüência e ausência de resposta com antifibrinolítico foi iniciado androgênio atenuado. No momento, paciente assintomático em uso de danazol 200 mg/dia com normalização do C4 (15,1 mg/dl).

Conclusão: O AEH ocorre em uma freqüência de 1:10.000, a 1:150.000. No passado, a triagem laboratorial era realizada através da dosagem dos níveis de C4. Mas, como tem sido descrito pacientes com AEH e níveis normais de C4, atualmente recomenda-se, também, a dosagem do C1INH na investigação desta condição.

092 - Angioedema hereditário tipo I com excelente confirmação laboratorial – relato de caso

Casado SSM, Casado G, Casado AF, Arcanjo LC, Diógenes V, Carvalho LP, Cordeiro NG, Curvo L Emerson MF, Kuschner F, Martins E, Nascimento R, Pereira N, Rios JBM, Rios JLM, Sardenberg JL.

Serviço de Alergia e Imunologia Clínica da Policlínica Geral do Rio de Janeiro - Fundação Carlos Chagas – Rio de Janeiro.

Angioedema hereditário foi descrito pela primeira vez em 1887, provém de alterações enzimáticas que se traduzem por deficiência quantitativa (tipo I) ou qualitativa (tipo II) do inibidor de C1. É representado clinicamente por edema da pele, mucosa intestinal e vias aéreas superiores. Podendo o quadro ser dramático e levar a asfixia. No angioedema hereditário do tipo I, encontra-se uma diminuição de 50% do fator inibidor de C1, além de diminuição considerável de C4.

Objetivo: Relatar um caso de angioedema hereditário do tipo I em adulto jovem do sexo feminino.

Método: Revisão de prontuário de paciente no ambulatório de Alergia da PGRJ. MTC, 32 anos, negra, estudante, natural e procedente da Angola. Relata que há 03 meses vem apresentando episódios de angioedema na face e corpo, principalmente em lábios, pálpebras, antebraços, palmas de mãos, plantas dos pés e nádegas. Informa que os sinais e sintomas são percebidos principalmente pela manhã e que desaparecem sem uso de medicamentos. Nega dor, lesões urticariformes ou outras sintomatologias, assim como uso de medicamentos no momento. Refere vários outros episódios da mesma natureza desde os 09 anos de idade, e que avó materna, hoje falecida, apresentava sintomatologia semelhante. No momento da consulta não apresentava alterações no exame físico. Após discussão clínica, foi levantada a hipótese de angioedema hereditário sendo solicitados exames laboratoriais específicos para tal diagnóstico.

Resultados: Inibidor de C1= 9,00mg/dl (referência 26-39 mg/dl); C4= 4,8mg/dl (referência 9-36mg/dl); C3= 88,3mg/dl (referência 75-135mg/dl); demais exames sp.

Conclusão: Destacamos a importância da anamnese aliada aos exames laboratoriais para esclarecimento do diagnóstico etiológico do caso. Esta confirmação é de fundamental importância, não só por tratar-se de uma patologia pouco freqüente no consultório médico, mas principalmente, por estabelecer um tratamento medicamentoso específico, dando a paciente melhor qualidade de vida.

093 - Síndrome de Melkersson-Rosenthal – Relato de Caso

Cardoso AL, Oliveira MR, Mendes KAP, Ferreira MIPL, Odebrecht SA, Janólio F, Seiler T, Noletto L, Casado AFM, Osório P, Alonso MLO, Amaral CSF

Serviço de Alergia e Imunologia Dermatológica – Instituto de Dermatologia Prof. Rubem David Azulay – Escola Médica de Pós Graduação da PUC- RJ, Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro

Introdução: Angioedema é definido como edema da derme, atingindo principalmente partes moles como lábios e extremidades. Cerca de 11% dos casos não estão associados à urticária. As causas podem estar relacionadas a processos alérgicos, mas outras doenças podem se manifestar com alteração semelhante, como a Síndrome de Melkersson – Rosenthal (SMR) que é uma afecção rara, de etiologia desconhecida, caracterizada por macroquielite, paralisia facial recorrente e língua plicata ou escrotal. **Objetivo:** O objetivo deste trabalho é relatar um caso de SMR como diagnóstico diferencial de angioedema de difícil controle. **Relato do caso:** LJS, feminino, 51 anos, solteira, doméstica, natural da Bahia, refere início do quadro há cerca de 2 anos com edema de face, lábios e mucosa oral com duração de 72 horas. Fazia uso de dexclorfeniramina com resposta parcial nas crises. Tem hipertensão arterial e Diabetes Mellitus tipo II. Faz uso de captopril, insulina NPH e metformina. Como conduta inicial, foram solicitados hemograma completo, T4 livre, TSH e C4. Prescritas desloratadina 5mg/dia e hidroxizina 25 mg/dia. Sugerida a troca da medicação anti-hipertensiva. A paciente manteve edema profundo de lábios. Os exames foram normais. O captopril foi substituído pelo anlodipino. Mesmo assim foi mantido o edema de lábios. Detectadas ao exame língua fisurada e paralisia facial periférica à direita. A presença desta tríade clínica chamou a atenção para a possibilidade do diagnóstico de SMR. O lábio superior foi biopsiado confirmando a hipótese diagnóstica. A paciente foi encaminhada para a correção cirúrgica do edema labial. **Conclusão:** A causa mais freqüente de angioedema crônico é medicamentosa. Entretanto, todas as prováveis causas de angioedema crônico devem ser afastadas de forma que patologias raras como a SMR sejam identificadas, já que necessitam de abordagem e acompanhamento diferenciados.

094 - Angioedema associado à tireoidite auto-imune

Prado JFL; Figueiredo YA; Golovaty AB; Leite LFB; Oyama CA; Menezes MCS; Valverde KK; Barbosa MFL; Pinheiro BM; Forte WCN

Setor de Alergia e Imunodeficiências da Irmandade e Disciplina de Imunologia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

Objetivo: Relatar a correlação clínica entre tireoidite auto-imune e angioedema. **Método:** Seguimento clínico-laboratorial da paciente. **Relato:** VFG, 25 anos, feminino, branca, iniciou acompanhamento em nosso serviço há 8 meses para investigação de angioedema. Há nove anos paciente apresentava como única queixa angioedema de repetição, sendo que em um dos episódios evoluiu com dificuldade respiratória necessitando, inclusive, de intubação. Devido à gravidade do quadro foram solicitados exames e introduzidos anti-histamínicos (hidroxizina e fexofenadina), mas sem resposta clínica. Apresentou hemograma, urina I e urocultura sem alterações; parasitológico de fezes negativo; PPD não reator; ASLO, VHS e glicemia com valores dentro da normalidade; sorologias para EBV, CMV, HIV, lues, toxoplasmose, rubéola, hepatite A, B e C não reagentes. Os exames imunológicos também não demonstraram alterações: C3 137 mg/dl, C4 25mg/dl, CH50 160U, CH100 335, inibidor da C1 esterase 23, crioprecipitado negativo, IgM 57 mg/dl, IgA 138mg/dl, IgE 42,8mg/dl e IgG 1008 mg/dl. Já a investigação tireoidiana revelou valores dentro da normalidade para T4L (1ng/dl), T4 (11,9µg/dl), T3 (169ng/dl), bem como, para os anticorpos antiperoxidase (42,3) e antitireoglobulina (20). Verificou-se como única alteração TSH aumentado (7µU/ml). Apesar de T3 e T4 normais, instituiu-se a levotiroxina como prova terapêutica devido à gravidade do quadro, havendo remissão completa dos sintomas uma semana após início do tratamento. Entretanto, quando paciente deixou de tomar a medicação por dois dias, houve reaparecimento do angioedema, melhorando novamente após a retomada do tratamento. **Conclusão:** Concluímos que foram necessárias baixas doses de hormônio tireoidiano para desaparecimento do angioedema, apesar da paciente encontrar-se em eutireoidismo.

095 - Urticária ao frio – relato de caso

Casado AFM, Seiler T, Amaral CSF, Alonso MLO, Odebrecht SA, Oliveira MR, Janolio F, Osório P, Noletto L, Mendes KAP, Ferreira MIPL.

Serviço de Alergia e Imunologia Dermatológica - Instituto de Dermatologia Prof. Rubem David Azulay - Escola Médica de Pós Graduação PUC- RJ, Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro

Introdução: A urticária ao frio caracteriza-se pela presença de lesões urticarianas pruriginosas nas áreas expostas ao frio, após aquecimento das mesmas. Pode haver concomitância com outras manifestações clínicas inclusive anafilaxia. O tempo de aparecimento das lesões é, em geral, diretamente proporcional à gravidade do quadro.

Objetivo: Relatar um caso de urticária ao frio, cuja incidência é rara (2,5%) e ressaltar a importância da investigação de possíveis fatores causais envolvidos.

Caso clínico: VTT, 59 anos, feminina, branca, natural do Rio de Janeiro, manicure. Em dezembro de 2007 iniciou quadro de pápulas eritematosas e pruriginosas, após mínimo contato com água fria ou superfícies geladas. Na consulta estava sem lesões urticarianas. Realizado teste de provocação com cubo de gelo no antebraço esquerdo. No segundo minuto após a remoção do gelo, surgiu lesão urticariforme intensa no local (8X8cm) e prurido faríngeo. Após ser medicada com fexofenadina 180mg, houve desaparecimento da lesão em 1 hora e 15 minutos. Foi prescrito fexofenadina 180mg/dia, hidroxizina 20mg/dia, formecidas orientações quanto à exposição ao frio e à prevenção de anafilaxia. Solicitados: hemograma completo, VHS, FAN, VDRL, T4 livre, TSH, Anti TPO, crioglobulinas, EPF, IgE total. Na última consulta a paciente refere melhora, nega novos episódios de urticária. Os exames solicitados foram normais. Realizado novo teste com cubo de gelo e após 2 min. do término, surgiu placa eritematosa (7,5X3,5cm) que desapareceu após 30min.

Conclusão: Embora seja um quadro raro, a urticária ao frio apresenta importantes peculiaridades. O teste com cubo de gelo é um bom parâmetro diagnóstico e de acompanhamento da doença, embora não seja isento de riscos de reações sistêmicas. A anamnese minuciosa, o exame físico detalhado, o teste com cubo de gelo e a avaliação laboratorial são fundamentais no acompanhamento destes pacientes.

096 - Urticária de Pressão Tardia: Perfil dos Pacientes do Ambulatório do Programa de Urticária Crônica e Angioedema HUCFF-FM-UFRJ

Goulart CB, Dias GAC, Huguenim A, Valle SOR
Disciplina/Serviço de Imunologia Clínica HUCFF-FM-UFRJ

Introdução: A urticária de pressão tardia (UPT) é um tipo de urticária física, caracterizada pelo surgimento de edema profundo, doloroso, eritematoso e pouco pruriginoso, 30 minutos a 9 horas após ser exercida pressão mecânica estática sobre a pele. Está geralmente associada a urticária crônica idiopática e sua forma isolada é rara.

Objetivo: Descrever o perfil clínico dos pacientes com UPT.

Métodos: Foi realizado estudo retrospectivo dos casos de urticária crônica, através do levantamento dos dados dos prontuários. Avaliamos os resultados dos testes de provocação para urticárias físicas (dermografismo e pressão imediato e tardio, frio e calor), no período de 2002 a 2007. Selecionamos os pacientes com teste de Warin positivo e analisamos as seguintes variáveis: sexo, idade, tempo entre o início dos sintomas e a realização do diagnóstico, percepção da pressão como fator desencadeante da UPT, outras urticárias físicas associadas e teste do soro autólogo.

Resultados: Foram avaliados 430 testes de provocação para urticárias físicas. Encontramos 59 pacientes com UPT. 47 mulheres e 12 homens, com idade que variaram entre 18 e 73 anos e tempo entre o início dos sintomas e a realização do diagnóstico de 4,9 anos. 62% dos pacientes referiram pressão, como fator desencadeante. Observou-se 26 testes do soro autólogo positivos, 20 pacientes com dermografismo imediato e 14 com o tardio, 3 com urticária ao frio, 3 com urticária ao calor e 3 com urticária de pressão imediata.

Conclusão: Encontramos uma frequência elevada de UPT (13,7%), com predomínio em mulheres. 38 % dos pacientes não associaram a pressão, como fator desencadeante. O tempo entre o início dos sintomas e a realização do diagnóstico foi prolongado. Verificamos maior associação com urticária auto-imune e dermografismo. Esses dados sugerem que a UPT não é uma enfermidade rara, mas pouco diagnosticada.

097 - Erupção polimorfa a luz – Relato de caso

Neto FM; Pessoa FPG; Andrade MEB; Fernandes FR; Pires MC; Aun WT; Mello JF.
Serviço de Alergia e Imunologia do Hospital do Servidor Público Estadual De São Paulo – FMO

Introdução: A Erupção Polimorfa a Luz é uma fotodermatose rara e de causa desconhecida. Alguns autores sugerem um mecanismo imunológico baseando-se no tempo de latência entre exposição e erupção. Ocorre principalmente em áreas expostas, mas pode ocorrer em áreas cobertas com menor intensidade. A radiação UVA tem sido mais relacionada à erupção polimorfa a luz do que a UVB.

Descrição do caso: Paciente de 32 anos, solteiro, relata que há 2 anos, após exposição de membros inferiores ao Sol percebeu que após 6 horas apareceram lesões eritemato-papulares em raiz das coxas com prurido intenso. Nega uso de medicamentos tópicos ou orais. Teve resolução do eritema, pápulas e prurido em 5 dias mas persistiu com lesão residual acastanhada. Após 8 meses do primeiro sintoma, sofreu nova exposição solar na mesma região e 6 horas após apresentou sintomas idênticos assim como novas lesões. Iniciou fexofenadina 180 mg/dia, com tempo de evolução semelhante ao primeiro episódio. Relata que quando usa protetor solar no local apresenta os sintomas nos mesmos locais mas com menor intensidade. Foi realizada provocação em ambiente hospitalar com radiação UVA (315 a 400 nm) e UVB banda estreita (311 a 313 nm). Após 6 horas da exposição UVB apresentou prurido e lesões eritemato-papulares e manteve lesões acastanhadas após 5 dias

Conclusão: A erupção polimorfa a luz é rara e pode ser desencadeada pela radiação UVB em uma minoria dos casos.

099 - Anafilaxia alimentar por castanha de caju em lactente

Rubini NPM, Capelo AV, Silva EM, Sion FS, Antunes Neto W, Azevedo MCV, e Moraes de Sá CA
Hospital Universitário Gaffrée e Guinle – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UniRio

Introdução: A anafilaxia alimentar é responsável por cerca de 150 óbitos/ano nos EUA e o principal alimento envolvido nestas reações é o amendoim. Em nosso país, não existem dados estatísticos que estimem a prevalência de anafilaxia alimentar e os principais alérgenos destas reações. A sensibilização aos alérgenos alimentares é influenciada pelos hábitos alimentares e a sua prevalência é variável de acordo com a região geográfica. Sendo assim, é importante conhecer os alérgenos alimentares causadores de anafilaxia alimentar em nosso meio. O objetivo deste relato é descrever um caso de anafilaxia alimentar relacionado à castanha de caju em lactente.

Retato do caso: MBVRQL, 2 anos, sexo feminino, branca, natural do RJ, com relato de episódio de tosse e dificuldade respiratória, evoluindo com vômitos, dor abdominal e angioedema palpebral 10 minutos após a ingestão de castanha de caju. Atendida em emergência foi diagnosticada anafilaxia. Medicada com adrenalina e corticosteroide injetável evoluiu bem. No histórico havia antecedentes pessoais de alergia respiratória e familiares de atopia. A investigação laboratorial evidenciou os seguintes resultados: IgE total – 69,8 KU/L, IgE específicas (KUA/L): *D. Pteronyssinus* - <0,35, castanha de caju – 3,0, amendoim – <0,35, nozes – <0,35, amêndoas – <0,35, soja – <0,35, feijão – <0,35. Foi prescrita dieta de eliminação de castanha de caju e demais frutos secos e a paciente não apresentou nenhum outro episódio de anafilaxia ao longo de 6 meses de seguimento clínico.

Conclusão: A experiência clínica aponta o leite de vaca e o ovo como os principais agentes etiológicos da anafilaxia alimentar em crianças < 3 anos. No caso descrito a anafilaxia foi causada por castanha de caju, que é um alérgeno incomum na dieta e na sensibilização alérgica desta faixa etária. Este caso demonstra a importância da anamnese na identificação de alérgenos alimentares, bem como a possibilidade de anafilaxia por alérgenos não usuais em lactentes.

098 - Urticária de contato - relato de caso

Andrade MEB, Varalda DB, Xavier TTA, Pires MC
Serviço de Dermatologia do Complexo Hospitalar Padre Bento de Guarulhos

RTS, 55 anos, branco, com quadro de urticária crônica há 6 anos, a qual exacerba com anti-inflamatórios não esteroidais. Referia ter trabalhado em indústria, em contato com diversos produtos químicos, período em que as lesões eram mais comuns. Open Test em antebraço foi positivo para bálsamo de peru, associado com eritema e prurido em abdome. Patch Test bateria padrão apresentou resultado negativo na leitura de 48 horas e resultado positivo para sulfato de níquel na leitura de 96 horas. Diagnosticado urticária de contato a bálsamo de peru e sensibilização a níquel, sendo orientado evitar estes alérgenos. Urticária de contato imunológica é uma reação de hipersensibilidade tipo I, mediada por IgE. A prevalência na população geral é desconhecida. O diagnóstico da urticária de contato alérgica é realizado através do Open Test, Prick Test, Scratch Test ou Scratch-Chamber Test. De maneira geral, Patch Test não é recomendado na investigação da urticária crônica, mas o estudo de Guerra L *et al* sugere que a alergia de contato tem função na urticária crônica. Neste estudo foi realizado Patch Test bateria italiana em 121 doentes com urticária crônica sem história clínica ou sinais de dermatite de contato, 41% destes doentes apresentaram Patch Test positivo e a restrição do alérgeno sensibilizante foi efetiva na remissão da urticária. Metal foi o alérgeno sensibilizante mais freqüente (20/50 doentes), sendo o sulfato de níquel o principal, assim como apresentou nosso paciente. Concluindo, sugerimos que o Patch Test bateria padrão deveria ser incluído na investigação da urticária crônica, pois colabora na elucidação do diagnóstico etiológico e no tratamento da urticária, assim com a investigação de urticária de contato em casos selecionados.

100 - Anafilaxia induzida por Vacina Anti-gripal

Rabelo LFD, Rabelo GD
Instituto de Alergia de Uberlândia
Uberlândia/MG

A anafilaxia é uma reação alérgica sistêmica, IgE mediada e de rápido desenvolvimento. As reações anafilactóides resultam da liberação direta de mediadores pelos mastócitos. Ambas, podem ser induzidas por vacinas de qualquer antígeno. As manifestações clínicas da anafilaxia e das reações anafilactóides são praticamente as mesmas. As reações mais sérias ocorrem minutos após exposição antigênica. Contudo, a reação pode demorar horas, e até mesmo, ser bifásica. O objetivo do estudo foi relatar o caso clínico de reação pós vacina anti-gripal. O paciente HJC, 42 anos, leucoderma, portador de alergia a ovo Classe III (Immunocap) e PRICK TEST positivo (+++) para clara e gema, portador de asma e rinite moderadas persistentes controladas por imunoterapia, compareceu ao Instituto de Alergia de Uberlândia apresentando reação adversa à vacina anti-gripal (Sanofi Pasteur®, Cepa administrada em Abril de 2008), dez minutos após a aplicação. As manifestações clínicas incluíram prurido generalizado, eritema acentuado descendente (com início em face), angioedema e angústia respiratória devida ao edema de laringe e broncoespasmo. Imediatamente aplicou-se solução de Adrenalina (1:1000) na dose de 0,5 ml via SC, repetindo a aplicação após 10 minutos. Foi feita suplementação de O₂ 100% e inaloterapia com broncodilatador e beclometasona. O paciente evoluiu bem sendo liberado seis horas após, devidamente orientado. Conclui-se que a reação pode ter ocorrido devido a presença de proteína do ovo na produção da vacina, já que os testes alérgicos aos demais componentes (neomicina, formaldeído e Triton-X-100) foram negativos. Evidências demonstraram que a reação ocorrida é de caráter imunológico do Tipo I de Gel e Coombs.

101 - Anafilaxia induzida por exercício físico após ingestão de trigo

Diniz, L.C.; Vecchi, A.P.; Roriz, P.A.; Steckelberg, R.
Serviço de Imunologia Clínica e Alergia do Hospital Materno Infantil/GO

Introdução: Anafilaxia induzida por exercício foi descrita pela primeira vez em 1979 por Maulitz, num paciente com anafilaxia associada ao exercício após ingestão de marisco. Desde então tem sido descritos diversos alimentos implicados à anafilaxia: cereais (trigo), frutas, frutos do mar, ovo e leite. Caracterizada por sintomas, como: calor, prurido e urticária cutâneos com ou sem angioedema e colapso cardiovascular de 2-30 minutos após iniciar exercício. **Objetivo:** Relatar um caso de anafilaxia por exercício após ingestão de alimentos a base de trigo. **Material e métodos:** estudo de prontuário e revisão da literatura. **Resultado:** K.R.S, 14 anos, masculino, estudante, procedente de Aparecida de Goiânia - GO, apresentando desde os 10 anos de idade quadro de urticária e broncoespasmo recorrentes, procurando sempre pronto atendimento e tratado com antialérgico (SIC). Na ocasião não foi identificada a causa da anafilaxia, sendo então encaminhado ao nosso serviço. Na investigação clínica, o paciente negava uso de medicação, doenças agudas, antecedentes familiares de atopia, porém com antecedente pessoal de alergia a picada de inseto. Ao ser questionado, relata que os sintomas surgiam após ingestão de derivados do trigo seguidos de atividades físicas. Apesar de nunca ter apresentado sintomas com tamanha gravidade, no último ano, vem ocorrendo na frequência de 2-3 episódios semanais. A investigação foi complementada com exames: teste cutâneo de leitura imediata positivo para trigo (3X3mm), IgE específica para trigo classe III, IgE total = 1923 U/ml. **Conclusão:** Devemos lembrar que alguns alimentos podem desencadear reações anafiláticas dependentes de exercícios físicos. Cujo diagnóstico depende de alto grau de suspeição clínica e testes de provocação, embasando o tratamento na orientação correta do paciente.

103 - Sensibilizantes mais comuns em pacientes com suspeita de dermatite de contato

Cruz R, Duarte R, Monteiro E, Vasquez F
Fundação de Dermatologia Tropical e Venereologia Alfredo da Matta - Manaus/Amazonas

Objetivo: Verificar a frequência e identificar os alérgenos mais frequentes em pacientes com suspeita de dermatite de contato. **Método:** Estudo retrospectivo de 876 testes de contato realizados no período de 2002 a 2004, os pacientes com suspeita de dermatite de contato foram submetidos à bateria de testes epicutâneos preconizada pelo Grupo Brasileiro de Estudos em Dermatite de Contato (GBEDC), fabricada pela FDA -Allergen (GBEDC, 2002) e composta por 30 elementos e a leitura realizada em 48 e 96 horas de acordo com os critérios do GBEDC e pelo International Contact Dermatitis Research Group em 1981 (GBEDC, 2002; Fregert, 1981). Nos dados coletados aplicou-se a média, mediana, frequência e o teste de qui-quadrado. **Resultado:** No período 2002 a 2004, foram realizados 876 testes de contato, 76,02% do sexo feminino e 23,97% do sexo masculino. A média de idade foi 38,7% (DP=14,6) anos, com idade mediana de 39 anos, a idade mínima 5 anos e a máxima 84 anos. Entre os 793 pacientes que compareceram para leitura, 69,23 % apresentaram resultado positivo para uma ou mais substâncias, semelhante aos estudos de Mohammad *et al*, e Machovcova *et al* (2005). Os antígenos mais frequentes foram: Sulfato de Níquel 45,35%, Thimerosal 20,21%, Cloreto de Cobalto 19,12%, Paraben-mix 14,20%, Bicromato de Potássio 13,47%, Neomicina 11,29%, Perfume mix e Terebintina 10,74%, semelhantes aos dados da literatura. O Sulfato de Níquel foi mais frequente nas mulheres, como o observado em outros estudos (Akasya-Hillebrand e Ozkaya-Bayazit, 2002; Akyol *et al*, 2005; Duarte, 2005; Mohammad *et al*, 2005; Machovcova, 2005), em segundo lugar o Thimerosal. O Cloreto de Cobalto, e o Bicromato de Potássio no sexo masculino semelhante aos dados da literatura estudada. **Conclusão:** É o primeiro registro de resultado de teste de contato em nossa região e a prevalência encontrada de antígenos sensibilizantes é comparável com os demais estudos da literatura mundial.

102 - Dermatite de Contato: Prevalência de Testes Positivos

Baú ARLW, Pedrosa NF, Alves PP.
Serviço de Alergia e Imunologia do Hospital de Força Aérea do Galeão-RJ

Objetivo: Avaliar a prevalência de positividade em testes cutâneos de leitura tardia da bateria padrão realizados em pacientes com dermatite de contato. **Métodos:** Foram avaliados 95 pacientes com diagnóstico de dermatite de contato de maio de 2007 a agosto de 2008. Os testes foram realizados de acordo com as normas preconizadas pelo Grupo Brasileiro de Estudos em Dermatite de Contato. Os pacientes foram avaliados e orientados a não usar medicações tópica ou sistêmica que pudessem interferir no resultado do teste. **Resultados:** Dos 95 pacientes testados 75 (78,95%) eram do sexo feminino. Observamos que 60 pacientes (63,15%) apresentavam sensibilidade a pelo menos uma substância. Considerando-se que alguns pacientes apresentavam sensibilidade a mais de uma substância, registrou-se um total de 90 testes positivos. O sensibilizante mais comum foi o sulfato de Níquel, com 25 (26,31%) testes positivos, 24 deles em mulheres. A seguir foi o Thimerosal, positivo em 24 (25,26%) pacientes, 18 eram mulheres. A Parafenilenodiamina foi positiva em 9 (9,48%) pacientes, o cloreto de cobalto em 8 (8,42%) e o perfume mix em 6 (6,32%). A Etilenodiamina, Hidroquinona e Formaldeído foram positivos em 3 (3,16%) pacientes cada uma. O Bálsamo do Peru foi positivo em 2 (2,10%), seguido pelo Mercapto mix, benzocaína, quartenium 15, PPD Mix, Carba Mix, Kathon CG e Bicromato de potássio que foram positivos em 1 (1,05%) paciente cada um. **Conclusão:** Embora a dermatite de contato irritativa seja a mais comum, o teste de contato está indicado no diagnóstico diferencial da forma alérgica e é fundamental para o diagnóstico da dermatite de contato. Houve concordância em relação a sexo e percentagem de sensibilização quando comparado à literatura, destacando-se a sensibilização ao sulfato de níquel, thimerosal, parafenilenodiamina, cloreto de cobalto e perfume mix nos pacientes encaminhados ao nosso serviço.

104 - Testes de contato (patch test) em 36 pessoas e positividade ao Sulfato de Níquel.

Paula FB, Moraes FP, Lima JT, Brasil Jr W, Santos VB.
Ambulatório de alergia da Clínica Brasmédico, Goiânia-GO.

Objetivo: Verificar a positividade ao Sulfato de Níquel em patch test de 36 pessoas e comparar com a literatura. **Método:** 36 pessoas aprovadas em concurso público para trabalhar na área de limpeza e cozinha na cidade de Goiânia foram submetidas a testes de contato (patch test) realizados com bateria padrão de 30 substâncias do GBEDC nos meses de março e abril de 2008. A idade variou de 20 a 51 anos, sendo 32 do sexo feminino e 4 do sexo masculino. Os resultados foram comparados com os dados da literatura. **Resultados:** Nos 36 testes realizados foram encontradas as seguintes positivities: 6 para Sulfato de Níquel (16,66%), 2 para Etilenodiamina (5,55%), 1 para perfume mix (2,77%), 1 para Bicromato de Potássio (2,77%), 1 para Tiuram mix (2,77%), 1 para Thimerosal (2,77%), 1 para Carba mix (2,77%), 1 para Irgasan (2,77%). **Conclusão:** Os testes foram realizados em pessoas nas quais os antecedentes alérgicos não eram levados em questão e que haviam ido ao consultório, não para investigar algum quadro alérgico e sim realizar exame para concurso. Assim, apesar de pequena, a amostra poderia representar com certa fidelidade a população geral com pessoas alérgicas e não alérgicas. A positividade maior ao Sulfato de Níquel confirma os dados da literatura para este componente e demonstra a sua importância como causa de dermatite de contato na população em geral.

105 - Lesão branca em mucosa jugal de paciente usuário de aparelho ortodôntico

Rabelo GD, Pereira LM, Durighetto IL, Rabelo LFD, Durighetto Júnior AF.
Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia/MG

A instalação do aparelho ortodôntico pode induzir o aparecimento de alterações traumáticas representadas por um aumento da quantidade de queratina, ou quando mais intenso, a presença de ulcerações. Têm sido descrita também outras formas de alterações induzidas por reações alérgicas ao metal das bandas e fios ortodônticos e ainda ao látex dos elásticos. A reação liquenóide pode ser uma destas manifestações. O objetivo do trabalho é relatar o caso clínico do paciente ERR, 22 anos, leucoderma, que compareceu ao Ambulatório de Diagnóstico Estomatológico da Faculdade de Odontologia da UFU com queixa de ardência na boca e manchas na língua há aproximadamente 6 meses. Ao exame intrabucal notou-se em mucosa jugal, bilateralmente, lesões avermelhadas, atróficas, com algumas estrias brancas, irradiadas a partir da periferia. Notou-se ainda que o paciente era usuário de aparelho ortodôntico com elásticos intermaxilares. Como hipóteses de diagnóstico foram sugeridos líquen plano, reações liquenóides ou estomatite alérgica de contato. A conduta foi interrupção do uso dos elásticos, indicação de uso de creme dental sem lauril sulfato de sódio e encaminhamento para realização de testes alérgicos. O PRICK TEST para látex teve resultado negativo e o PATCH TEST apresentou resultado negativo para látex e positivo (+++) para níquel. Na última avaliação, 1 mês após, o paciente encontrava-se com redução significativa dos sintomas de ardência. Foi indicado realização de biópsia incisional para diagnóstico definitivo e posterior conduta frente a necessidade de remoção do aparelho ortodôntico. Conclui-se que a caracterização clínica destas lesões é importante na conduta terapêutica, frente a necessidade da substituição dos materiais utilizados.

107 - Lúpus eritematoso sistêmico bolhoso – relato de caso

Zanella RR, Sanchez APG, Gatti TRSR, Varalda DB, Tebcherani AJ, Pires MC
Serviço de Dermatologia do Complexo Hospitalar Padre Bento de Guarulhos

GMP, 23 anos, há três semanas com bolhas tensas, de conteúdo seroso, sobre pele normal ou eritematosa, na região cervical, tronco, membros superiores e inferiores. Apresentava também úlceras nas mucosas oral, nasal e genital, além de artrite e pleurite. O exame anatomopatológico de lesão bolhosa revelou clivagem subepidérmica depósito linear e contínuo de IgA, IgM, IgG e C3 na zona da membrana basal. Anticorpos antinucleares, anti-Sm e anti-DNA positivos e complemento C3 e C4 baixos. Diante do diagnóstico de lúpus eritematoso sistêmico bolhoso (LESB) foram introduzidas dapsona (100mg/d) e prednisona (10mg/d) com resolução do quadro cutâneo após três dias. O LESB é forma rara de apresentação do LES associada a autoimunidade contra o colágeno VII. Destacamos não só a importância da inclusão desta entidade no diagnóstico diferencial das dermatoses bolhosas auto-ímmunes do adulto, mas também do seu diagnóstico e tratamento precoces.

106 - Fitofotodermatite um diagnóstico diferencial da dermatite de contato por mecanismo imunológico – relato de caso

Casado SSM, Casado G, Casado AF, Arcanjo LC, Diógenes V, Carvalho LP, Cordeiro NG, Curvo L Emerson MF, Kuschner F, Martins E, Nascimento R, Pereira N, Rios JBM, Rios JLM, Sardenberg JL.
Serviço de Alergia e Imunologia Clínica da Policlínica Geral do Rio de Janeiro - Fundação Carlos Chagas – Rio de Janeiro.

A fitofotodermatite é uma reação cutânea muito freqüente principalmente no verão e em países tropicais, porém na maioria das vezes rotulada e diagnosticada erroneamente. Os alvéolos da casca das frutas cítricas têm um óleo que, em contato com a pele, é irritante, além de fotossensibilizante. São princípios ativos sensibilizantes nas cascas das frutas cítricas o Óleo de limoneno e outros terpenos, linalol e resíduos resinosos. O principal sensibilizante é o óleo de limoneno. Os corantes da casca são fracos sensibilizantes.

Objetivo: Relatar caso de fitofotodermatite de contato em paciente que manipulou fruta cítrica. **Método:** Revisão de prontuário de paciente acompanhado no ambulatório de Alergia da PGRJ. YDSR, feminino, parda, 25 anos natural do Panamá. Relata uso de limão para preparo de condimento alimentar típico do seu país, após 24h apresentou lesões eritematosas pouco pruriginosas em mãos e antebraços após exposição solar, evoluindo estas para lesões hipercrômicas no mesmo local ao decorrer de 15 dias, sendo levantada a hipótese fitofotodermatite como diagnóstico diferencial a dermatite de contato. Procedeu-se teste de contato com bateria padrão. **Resultados:** A 1ª leitura, com 48h, mostrou-se negativa ou não reativa assim como a 2ª leitura com 72h. Após tratamento conservador ocorreu melhora da lesão, porém evidenciou-se pequena hiperpigmentação residual local. **Conclusão:** Destacamos a importância da anamnese para esclarecimento diagnóstico do caso, excluindo desta forma uma dermatite de etiologia imunológica.

108 - Síndrome do escroto vermelho - relato de caso

Varalda DB, Antila MA, Pereira JM, Xavier TTA, Pires MC
Serviço de Dermatologia do Complexo Hospitalar Padre Bento de Guarulhos

PC, 57 anos, branco, natural de Ipirurã (PR), procedente de Sorocaba (SP), há 4 anos vem apresentando "irritação" e sensação de ardor no escroto, sem prurido. Ao exame apresentava placa eritematosa bem delimitada em escroto. O exame anatomopatológico da lesão revelou derme dissociada por edema com vasos levemente ectasiados, por vezes congestos e presença de pequenos feixes de tecido muscular em perifeira a derme. Patch Test foi negativo. Fez uso de emolientes, corticóide tópico, imunomoduladores tópicos macrolídeos, anti-histamínico oral e doxepina sem melhora. O uso de corticóide oral levou ao alívio temporário do ardor. Na revisão da literatura foi encontrado um quadro denominado de Síndrome do Escroto Vermelho, a qual acomete predominantemente adultos brancos do sexo masculino, maiores de 50 anos de idade. A causa é desconhecida e não há associação com acne rosácea, dermatite de contato ou doenças sistêmicas. Vários tratamentos tópicos e sistêmicos foram tentados sem sucesso. Prednisona e antidepressivos podem levar a uma melhora parcial e temporária em alguns doentes.

109 - Dermatite actínica crônica - relato de caso

Varalda DB, Andrade MEB, Zanella RR, Tebcherani AJ, Pires MC
Serviço de Dermatologia do Complexo Hospitalar Padre Bento de
Guarulhos

MGP, 57 anos, branco, pedreiro, iniciou quadro de dermatite de mãos há 10 anos, período em que foi realizado Patch Test bateria padrão, positivo na leitura tardia de 96 horas para sulfato de níquel, cobalto e propilenoglicol. Há 1 ano e meio iniciou instalação insidiosa de eritema e descamação fina generalizada associado a prurido cutâneo, evoluindo progressivamente com piora clínica. Biópsia cutânea de 3 pontos em janeiro de 2007 evidenciou dermatite espongiótica psoriasiforme, descartando psoríase e micose fungóide. A biópsia cutânea foi repetida em novembro de 2007 e em abril de 2008, mantendo o mesmo aspecto. Patch test bateria padrão em junho de 2008 com angry back. Dermatite actínica crônica, também denominada dermatite de fotossensibilidade e síndrome actínica reticulóide é uma fotossensibilidade anormal à ultravioleta (UV-B e UV-A) e aos raios visíveis. Estudos europeus relataram que a maioria dos pacientes também apresentou dermatite de contato alérgica, embora detectado em menor proporção na série da América do Norte. Acomete predominantemente idoso do sexo masculino, porém um novo subgrupo de jovens tanto do sexo masculino quanto feminino associado à dermatite atópica tem sido identificado. Estima-se que a exposição solar leva a piora da dermatite atópica em até 10% dos casos. Apenas 50% dos doentes afetados estão atentos à ação da luz solar na dermatite. O manejo envolve o correto diagnóstico, orientação quanto à fotoproteção, restrição ao alérgeno, terapia tópica supressiva, consideração à terapia sistêmica supressiva e informação sobre a dermatite. O apropriado tratamento pode levar à resolução da fotossensibilidade, porém, embora raro, foi relatado dermatite actínica crônica associado a linfoma cutâneo de célula T.

110 - Vasculite sistêmica inespecífica e diagnóstico diferencial com síndrome de Churg-Strauss.

Paula FB, Moraes FP, Lima JT, Brasil Jr W, Santos VB.
Ambulatório de Clínica médica do Centro de Atendimento Integral à Saúde C. de Moraes, Goiânia-GO.

Objetivo: Relatar caso de vasculite sistêmica inespecífica com quadro clínico semelhante à Síndrome de Churg-Strauss (SCS).

Relato do caso: Homem branco, 56 anos, com história de asma, iniciou há cerca de 7 meses agravamento da dispnéia com tosse, febre, emagrecimento e diarreia intermitente. Apresentou ainda vasculite em mmii progressiva, necrotizante. Leuc. 6.800 mm³, Anticorpos p-ANCA e c-ANCA negativos, Rx de Tórax: infiltrado difuso bilateral, 2 pesquisas de Baar (escarro) negativas, HIV negativo, Proteinograma normal, Glicemia 89mg%, Creatinina 1.0mg%. A biópsia da lesão dos mmii evidenciou vasculite inespecífica com fibrose reacional sem granulomas e parasitas nem sinais de malignidade. Iniciado tratamento com Prednisona 60mg/dia em dose única até melhora clínica e redução gradativa até dose de manutenção de 20mg, no segundo mês de tratamento, com melhora gradativa dos sintomas.

Discussão: Vasculites são frequentes na prática clínica, sendo as mais comuns as secundárias ao uso de drogas, vírus e granulomatoses. A Síndrome de Churg-Strauss (SCS) é uma vasculite alérgica cuja ocorrência vem aumentando com relatos de casos após uso de inibidor de leucotrienos. Apresenta como critérios de classificação: asma, eosinofilia em sangue periférico superior a 10%, mono ou polineuropatia, infiltrado pulmonar não fixo em radiografia de tórax, alterações dos seios paranasais e na biópsia a presença de eosinófilos extravasculares. Costuma responder bem ao uso de corticosteróides isolados ou em associação com ciclofosfamida, nos casos mais resistentes. Este caso levou à suspeição de SCS pelo quadro clínico, tendo o diagnóstico de SCS sido afastado pelos exames e biópsia da lesão e o uso de medicamentos inferido como a causa principal.

111 - Reação imunológica em paciente pós tratamento de hanseníase na forma Virchowiana.

Paula FB, Moraes FP, Lima JT, Brasil Jr W, Santos VB.
Ambulatório de hanseníase do Centro de Atendimento Integral à Saúde C. de Moraes, Goiânia-GO.

Objetivo: Apresentar caso de estado reacional em paciente com diagnóstico de hanseníase na forma Virchowiana (MHV).

Relato de caso: Homem moreno, 29 anos, baciloscopia positiva para *M. leprae* e manchas eritematosas anestésicas, iniciou e concluiu tratamento de 1 ano de esquema com Rifampicina, Clofazimina e Dapsona, recebendo alta por cura. 30 dias após a alta apresentou quadro de febre, dores articulares, mialgias e manchas eritematosas na pele. Estabelecido o diagnóstico de estado reacional tipo I e iniciado o tratamento com Prednisona 60mg/dia por 15 dias com redução de 15mg a cada 15 dias até suspensão completa da medicação, com remissão do quadro.

Discussão: Pacientes hansenianos, antes, durante e após o tratamento podem apresentar reação imunológica denominada de estado reacional, classificada em tipo 1 quando apresenta manchas na pele, mialgias e dores articulares, tratada com Prednisona e tipo 2, denominada eritema nodoso, mais severa, apresentando nódulos infiltrados normalmente generalizados, dolorosos e febre, tratada com Talidomida isolada ou em associação com Prednisona. Estas reações são frequentes nestes pacientes e têm como base imunológica uma reação tipo 3 de Gell e Coombs por deposição de imunocomplexos. Diante de clínica semelhante à descrita deve-se sempre incluir na anamnese a pergunta se o paciente esteve ou está sob tratamento de hanseníase ou se apresenta manchas anestésicas, o que esclarece o diagnóstico de estado reacional, evitando confusão com reação adversa a drogas ou outras vasculites com clínica semelhante.

112 - Livedo Reticularis como reação de hipersensibilidade ao bacilo da tuberculose: Relato de Caso.

Garcês A, Machado C, Loja C, Garcês M, Palis N, Correa N.
Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro.

Relato de Caso: MJJGA, sexo feminino, 67 anos, compareceu ao nosso serviço com queixa de eflorescências cutâneas em membros inferiores, não pruriginosas, surgidas após vacinação contra febre amarela e realização de cintilografia miocárdica. Não apresentou melhora com a suspensão da aspirina, que usava para coronariopatia. Ao exame físico apresentava livedo reticularis. Realizados exames para investigação de auto-imunidade, que foram negativos, e testes cutâneos de hipersensibilidade tardia que mostrou PPD (2U) forte reator, de 20mm. A paciente negou sintomas constitucionais ou febre, e apresentava radiografia de tórax normal. Foi iniciado tratamento de dessensibilização com tuberculina, com resolução completa do quadro. Após o tratamento, o PPD foi novamente realizado e mostrou reatividade de 10mm.

Comentários: O Livedo Reticularis é uma manifestação cutânea que pode ser primária ou secundária a outras desordens locais ou sistêmicas, como auto-imunidade e infecção. Há descrição de livedo reticularis por hipersensibilidade ao bacilo da tuberculose. A paciente não apresentava evidências clínicas ou laboratoriais de doença, e a única alteração observada foi a forte reatividade ao PPD. A prova terapêutica com dessensibilização à tuberculina foi eficaz na resolução do quadro.

113 - Relato de um caso de Poliarterite Nodosa

Takano OA, Perez CB, Moraes LSL, Silva RPG, Menezes I
Depto.de Pediatria/FCM – Universidade Federal de Mato Grosso.
Cuiabá – MT.

Objetivo: Relatar um caso de Poliarterite Nodosa. **Método:** Revisão de prontuário. **Resultado:** BAOF, sexo feminino, 10 anos, natural de Sinop/MT, procedente de Nova Canaã/MT, há 40 dias vem apresentando dor articular em pequenas articulações das mãos e pés, migratória, acompanhada de sinais flogísticos, dificuldade para deambular e febre. Após 15 dias do início do quadro surgiram lesões petequiais, púrpuras em dorso e membros superiores e inferiores. Recebeu tratamento para Febre Reumática mas devido evolução foi suspenso o tratamento e encaminhada para Pronto Socorro Municipal de Cuiabá onde foi transfundida por anemia e encaminhada para nosso serviço. Exame Físico: facies contrastando com a gravidade das lesões periféricas, livedo reticular, mialgia, nódulos subcutâneos no antebraço esquerdo, lesões petequiais e purpúricas em membros superiores e inferiores e algumas em nádegas e dorso. Sinais de necrose em falanges distais de mãos e pés, fenômeno de Raynaud presente. Exames: VHS e PCR aumentado, anemia, leucocitose com neutrofilia. Biópsia nódulos: vasos de médio calibre com arterite necrotizante, infiltrado inflamatório misto na parede do vaso, necrose fribrinóide da íntima e trombo de fibrina e neutrófilos na luz, esteatonecrose adjacente aos vasos. Tratamento: pulsoterapia com metilprednisolona por 3 dias e segmento com prednisona por 15 dias. Evoluiu com melhora à partir do 2º dia de pulsoterapia, remissão de artralgia e febre, melhora de levedo e petéquias. Usou Pentoxifilina e Heparina para delimitar áreas de necrose para posterior amputação. **Conclusão:** Considerando-se a raridade desta patologia em crianças os autores chamam a atenção para a gravidade das lesões discordante do estado geral para pensar em vasculite e receber encaminhamento precoce evitando-se este tipo de evolução.

114 - Edema periorbitário após mesoterapia

Reis AM, Neto M, Carvalho F, Trindade M
Unidade de Imunoalergologia, Hospital Pulido Valente, Centro
Hospitalar Lisboa Norte, Portugal

Introdução: Os anti-inflamatórios não esteróides (AINE) são uma das causas mais comuns de alergia medicamentosa. A mesoterapia é uma técnica que consiste na aplicação de medicamentos através de microinjecções intra-dérmicas. A sua utilização tem sido associada a infecções (principalmente a Micobacterias não-tuberculosas), necrose local e reacções alérgicas. Os autores descrevem um caso de alergia a AINE após mesoterapia.

Caso clínico: Trata-se de uma mulher com 35 anos com asma persistente ligeira e rinite persistente moderada a grave, com sensibilização a ácaros e que efectuava irregularmente AINE por episódios de enxaqueca. Há 3 anos refere um episódio de edema periorbitário unilateral associado a prurido, cerca de 2 horas após a toma de ácido acetilsalicílico. Nega toma de qualquer outro medicamento concomitante ou outra sintomatologia. Ocorreram outros 2 episódios semelhantes após a toma de clonixina e ibuprofeno. A doente tolera paracetamol e nimesulide sem sintomas. Não ocorreram reacções com outros medicamentos. Após observação na consulta de Alergia Medicamentosa ficou com indicação de fazer evicção de todos os AINE com excepção de paracetamol e de nimesulide. Há 6 meses, por gonalgia, recorreu a um osteopata que lhe efectuou mesoterapia com medicação "homeopática" e 2 horas depois iniciou edema periorbitário unilateral com prurido sem outros sintomas associados. Após inquirir o osteopata apurou-se que na técnica de mesoterapia também foi aplicado diclofenac. A doente fez nova sessão de mesoterapia com mesma medicação homeopática mas sem diclofenac, sem reacção.

Discussão: A alergia aos AINE pode ter várias apresentações, sendo o edema periorbitário unilateral isolado pouco frequente. O episódio descrito ocorreu com um fármaco com o qual nunca tinha contactado (diclofenac) e que foi administrado através de mesoterapia. Este caso alerta para a possibilidade desta terapêutica poder provocar reacções alérgicas em doentes com alergia aos AINE.