

**081 - Síndrome de Good – relato de caso**

Serpa FS; Braga F; Chiabai J.

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM)

**Introdução:** A associação entre timoma e imunodeficiência é denominada síndrome de Good. É uma condição rara que acomete mais comumente adultos com idade entre 40 e 70 anos. Caracteriza-se pela presença de timoma e quadros infecciosos de repetição, onde, à avaliação imunológica, verifica-se redução ou ausência de células B no sangue periférico, hipogamaglobulinemia e defeitos na imunidade mediada por células. **Objetivo:** Descrever caso clínico de paciente portadora de Síndrome de Good. **Método:** É descrito caso clínico de uma paciente com Síndrome de Good, cujos principais dados que levaram a esta hipótese diagnóstica foram manifestações clínicas, achados radiológicos, dosagem de imunoglobulinas e imunofenotipagem de linfócitos. **Resultados:** Paciente do sexo feminino, 58 anos, com quadro de infecções respiratórias recorrentes e antecedente de estrogênio-disseminada. História de timectomia parcial e radioterapia, devido a timoma, há dois anos. A investigação imunológica evidenciou hipogamaglobulinemia (IgA: 46 mg/dl, IgE: 3 UI/ml, IgG: 169 mg/dl, IgM: 10 mg/dl), redução acentuada da subpopulação de linfócitos B periféricos (CD19: 0,2% - 4/mm<sup>3</sup>) e linfócitos T CD4 e CD8 normais. Na TC de Tórax foram observadas bronquiectasias em lobos superiores direito e esquerdo. Iniciada reposição de gamaglobulina. **Conclusão:** A síndrome de Good cursa comumente com infecções respiratórias recorrentes por germes encapsulados, mas os pacientes com esta síndrome, em contraste com outros defeitos humorais, podem desenvolver também infecções oportunistas e o prognóstico parece ser menos favorável. Investigação imunológica, incluindo avaliação das subpopulações de células T e B, deve ser considerada na avaliação diagnóstica de rotina de pacientes com timoma e infecções de repetição.

**083 - Síndrome de Papillon-Lefèvre: achados dermatológicos sugerindo avaliação imunológica.**Ferraroni NR<sup>1,2</sup>, Lanziani CL<sup>1</sup>, Garcia P<sup>1,3</sup>, Constantino-Silva RN<sup>2</sup>, Maia LB<sup>3</sup>, Rodrigues CD<sup>4</sup>, de Moraes MAP<sup>3</sup>, Grumach AS<sup>2</sup>.

1-Hospital Regional da Asa Norte - HRAN, Brasília-DF; 2-Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo-SP; 3-Universidade de Brasília, Brasília-DF; 4-Centro de Pós-graduação São Leopoldo Mandic, Campinas-SP.

Síndrome de Papillon-Lefèvre consiste em uma rara genodermatose autossômica recessiva. Caracteriza-se por um distúrbio de queratinização com hiperqueratose palmoplantar, periodontopatia e perda precoce da dentição primária e secundária. Está associada à mutação no gene 11q14 relacionada à produção de protease lisossomal Catepsina C, que é expresso em altos níveis em várias células do sistema imune, além de regiões epiteliais comumente afetadas na Síndrome de Papillon-Lefèvre: palmas, solas, joelhos e gengiva queratinizada. O aumento da susceptibilidade a infecções também tem sido descrita em indivíduos com mutação do gene em questão. **Relato de caso:** paciente masculino, pardo, 36 anos, proveniente da Bahia, filho de pais consanguíneos, internado por abscesso hepático. Antecedente de furunculose de repetição, perda da dentição primária e secundária, queratoderma palmoplantar difusa, além abscesso hepático na adolescência. Avaliação radiológica oral demonstrou ausência de dentição; histopatologia das palmas e solas evidenciaram acantose, hiperqueratose, hipergranulose epidérmica características desta síndrome. **Avaliação imunológica:** contagem de neutrófilos e teste da Dihydrorodamina (DHR) normais. Citometria de fluxo normal para as seguintes fenotipagens CD3+, CD4+, CD8+, CD16-56+, CD119+, CD45RA e CD45RO. A Síndrome descrita se caracteriza por achados clínicos associados a alterações imunológicas (20% dos pacientes), não presente neste caso. A importância de avaliar o perfil imunológico se deve à necessidade prevenir infecções recorrentes.

**082 - Síndrome de Omenn: relato de caso**

Moraes LSL, Takano OA, Jucá SCBMP

Ambulatório de Alergia e Imunologia do Depto. de Pediatria/FCM/ Universidade Federal de Mato Grosso - Cuiabá-MT

**Introdução:** A Síndrome de Omenn é uma forma rara de imunodeficiência severa combinada (SCID) associada com eritrodermia, hepatoesplenomegalia, linfadenopatia e alopecia. É uma condição geneticamente heterogênea pois têm sido descritas mutações nos genes RAG1/RAG2, Artemis ou IL7RA.

**Objetivo:** Relatar um caso de Síndrome de Omenn.

**Método:** Revisão de prontuário.

**Relato do caso:** RPA, masculino, parto cesariana, G1P1A0, Apgar 3 e 7, pesando 3.916g, consangüinidade ausente. Após um dia de vida evoluiu com infecção necessitando antibioticoterapia e de ventilação mecânica. Associado anfetocina B (hemocultura positiva Candida sp). No 23º dia de vida apresentou um rash eritematoso micropapular inicialmente na face que disseminou-se por todo o corpo evoluindo após três dias para descamação fina e lamelar, tratado com anti-histamínicos e corticóide com melhora parcial. Recebeu alta da UTI neonatal após 1 mês de vida sendo reinternado após 1 semana em mau estado geral, taquidispnéico, irritabilidade ao manuseio, descamação lamelar generalizada, pele eritematosa, endurecida e com fissuras, alopecia, edema de mãos e pés, adenomegalia axilar de 1,5 cm de consistência fibroelástica e móvel. À palpação abdominal fígado a 3cm RCD e baço a 1,5cm RCE. RX tórax: ausência de imagem tímica e infiltrado intersticial bilateral. Hemograma: eosinofilia acentuada. IgG, IgA normais, IgM e IgE elevadas. Subpopulações de linfócitos: baixos níveis de células T e B, NK normais sugerindo a possibilidade de Imunodeficiência Combinada Grave (SCID T<sup>-</sup>B<sup>-</sup>NK<sup>+</sup>). Apesar do tratamento com reposição de imunoglobulinas, corticóide, antibióticos e ciclosporina, evoluiu para óbito devido choque séptico com 82 dias de vida sem ter tido condições de ser transferido para um centro de transplante.

**Conclusão:** A Síndrome de Omenn é uma doença fatal se não tratada. É necessário o reconhecimento precoce antes de complicações infecciosas para realizar transplante de medula óssea.

**084 - Deficiência de IgA e Múltiplas Exostoses Hereditárias**

Souza,MCA;Kuntze,G;Melo,K;Dantas,E;Nudelman,V;Arslanian,C; Sampaio,M.M.S.C.;Lawrence,T;Carvalho,B.T.C

Departamento de Reumatologia, Alergia e Imunologia Clínica - Universidade Federal de São Paulo

**Introdução:** A deficiência de IgA é a imunodeficiência primária mais comum e na maioria dos casos é assintomática. Apesar disso, a deficiência de IgA tem sido associada a muitas patologias como alergias, doenças do trato gastrintestinal, neurológicas e autoimunes. **Objetivo:** descrever um paciente com deficiência seletiva de IgA associado a múltiplas exostoses hereditárias, fístula líquórica (osso etmoidal) e hemangioma. **Relato de caso:** F.M.A. 10 anos, encaminhado para avaliação imunológica aos 8 anos de idade devido a pneumonias de repetição (6) e meningites (5). Tem desenvolvimento neurológico normal, múltiplas exostoses hereditárias em todos os membros. Apresenta ainda um hemangioma orbital. Há 2 anos a fistula líquórica foi corrigida cirurgicamente e seis meses após apresentou uma pneumonia bilateral com derrame pleural. Ele encontra-se em uso de antibióticos continuamente e as infecções cessaram. Seu pai tem múltiplas exostoses com níveis normais de imunoglobulinas (IgA=106;IgG=1086, IgM=96mg/dl).

Exames laboratoriais:

Valores de IgA

8 anos: 16,6 mg/dl

9 anos: 15 mg/dl

11 anos: 6 mg/dl

Anticorpos presentes para antígenos protéicos e polissacarídeos. CH50 é normal. Testes de hipersensibilidade tardia: PPD não reator e candidina positivo. Número de células T: CD3+=2200, CD4+=1322, CD8+=727 células/mm<sup>3</sup> **Discussão e conclusões:** Deficiência de IgA associada a múltiplas exostoses hereditárias não foi previamente relatada. Exostose é uma condição autossômica dominante, com numerosos osteocondromas/exostoses recobertos por cartilagem em áreas de crescimento ósseo ativo. Avaliação imunológica deve ser realizada nos pacientes com doenças hereditárias que apresentem infecções de repetição.

**085 - Sepsis por influenza A em paciente com osteodisplasia metafisária de McKusick: relato de caso**

Melo MF\*; Goudouris, ES\*; Prado EA\*, Aires, V\*, Azevedo, Z\* & Cunha JMT\*

Serviço de Alergia e Imunologia\*, IPPMG/UFRJ e Unidade de Pacientes Graves, IFF/FIOCRUZ\*. Rio de Janeiro - RJ

RLL, masculino, 3a3m, branco, pais consanguíneos, residente em zona rural. Desde os 3 meses de idade com episódios recorrentes de diarreia, picos febris, distensão e dor abdominal e redução da ingestão alimentar. Fez diversos cursos de metronidazol com melhora parcial. Também apresentava infecções respiratórias recorrentes e broncoespasmo, com necessidade de internação e antibioticoterapia IV. Foi internado com desidratação e desnutrição grave onde exame parasitológico de fezes evidenciou *Giardia sp.*, *Entamoeba histolytica* e *Ascaris lumbricoides*. Desenvolvimento psicomotor dentro da normalidade, com baixa estatura e baixo peso. Tio paterno com baixa estatura e quadro clínico semelhante ao do paciente. Ao exame: desnutrido, cabelos claros, finos e quebradiços, crânio sem áreas de exostose, dentes em péssimo estado. Tórax em quilha com diâmetro AP aumentado. Concauidades em região perimamilar bilateralmente. Crepitações pulmonares em 1\3 inferior de ambos hemitórax. Abdome distendido, tenso porém depressível, sem massas ou visceromegalias. Hérnia inguinal bilateral redutível (E > D). Arqueamento de membros inferiores com aparente encurtamento dos mesmos. Unhas e dedos curtos. Lordose lombar acentuada. Marcha atípica. Espessamento das junções costovertebrais. Exame neurológico sem alterações. Exames complementares de admissão: Anemia; eosinofilia e trombocitose; hiponatremia; cálcio, fósforo e magnésio normais. Exame de fezes positivo para *Giardia sp.*, *Escherichia coli*, *E. histolytica* e *A. lumbricoides*. Restante Radiografia de tórax – infiltrado peri-hilar à direita. Inventário radiológico evidenciou alterações compatíveis com osteodisplasia metafisária de McKusick. Durante acompanhamento apresentou aumento do número e gravidade das intercorrências infecciosas, inclusive com varicela grave e internação em UTI. Por conta de quadro infeccioso pulmonar foi a óbito com neutropenia grave e diagnóstico de sepsis por vírus influenza A.

**087 - Aspectos clínicos e laboratoriais de crianças com deficiência seletiva de imunoglobulina A**

Souza LAR, Silva JML, Ferreira EF, Morandin FC, Sousa ACAF, Madalena CV, Menezes UP, Roxo Júnior P, Ferriani VPL.

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

**Objetivo:** Descrever os aspectos clínicos e laboratoriais de crianças com DefIgA.

**Método:** Revisão de prontuários de pacientes com DefIgA seguidos no Ambulatório de Imunodeficiências Primárias do Hospital das Clínicas da FMRP. Níveis séricos de imunoglobulinas foram obtidos por nefelometria automatizada e anticorpos anti-pneumococos por ELISA.

**Resultados:** Identificamos 18 pacientes, 9(50%) do sexo masculino e 67% brancos. Todos apresentavam níveis séricos normais de IgG e IgM. Níveis de IgA abaixo de 7 mg/dl foram observados em 33% e deficiência parcial de IgA (concentração abaixo de 2 desvios-padrão do normal para a idade) em 67% dos pacientes. A média de idade ao diagnóstico foi de 7 anos (4 a 12 anos) e o seguimento médio foi de 4,7 anos. As associações clínicas mais prevalentes foram: doenças alérgicas (78%), gastrintestinais (44%), auto-ímmunes (28%), infecções respiratórias (83%) ou cutâneas (11%). Déficit ponderal foi observado em 11% dos pacientes, 11% tinham atraso vacinal e 39% receberam vacinas especiais. 50% tinham história familiar de atopia, 78% apresentaram testes cutâneos de hipersensibilidade imediata observado em 11% dos pacientes, 11% tinham níveis elevados de IgE. Deficiência de anticorpos anti-pneumococos (níveis de anticorpos anti-pneumococos pós-vacinais abaixo de 1,3mcg/ml ou 4 vezes menores que os títulos pré-vacinais para mais de 30% dos sorotipos avaliados) foi observada em 60% dos pacientes investigados. A evolução clínica foi favorável na maioria dos pacientes, mas 33% deles apresentaram complicações (bronquiectasias em 2 pacientes e síndrome diarreica em 3).

**Conclusão:** Em geral, a DefIgA tem bom prognóstico, mas deve-se estar atento à associação com condições de grande morbidade e ao surgimento de complicações.

**086 - Angioedema Hereditário - dor abdominal associada à leucocitose**

Di Gesu RW, Bernd LAG, Di Gesu G.

Santa Casa de Porto Alegre, Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre – RS

**Objetivo:** relatar caso de Angioedema Hereditário enfatizando-se necessidade de orientação documentada específica ao paciente por tratar-se de doença ainda pouco conhecida em nosso meio. **Relato de caso:** Mulher, 35 anos, em tratamento por deficiência do inibidor de C1-esterase procura serviço de emergência com dor abdominal intensa, náuseas e oligúria. O exame clínico sugere abdômen agudo. Avaliação laboratorial revela: Ht 50,2%; Hb 18,4 g/dL; Leucócitos: 26 920/mm<sup>3</sup> (bastão 1%; segmentados 88,6%; linfócitos 7,6%); amilase, transaminases e EQU normais. No laudo de Tomografia Computadorizada o radiologista assinala: *"espessamento difuso das paredes do estômago, duodeno e do jejuno proximal. Líquido de alta densidade na retrocavidade dos epíplons, raiz do mesentério e goteira parietocólica direita. Pequena quantidade de líquido livre na cavidade pélvica, sem sinal de coleção organizada. Hemorragia? Úlcera Péptica com penetração posterior? Paciente informa diagnóstico de Angioedema Hereditário, que pode determinar as alterações acima referidas"*. A paciente hávia suspenso por dois dias o uso de ácido epsilon-aminocapróico (AE-A) que mantinha o controle das manifestações do angioedema. Apresentou melhora do quadro agudo poucas horas após reinício do AE-A pelo médico especialista. Ressalte-se que as manifestações iniciaram na adolescência quando foi submetida a duas cirurgias de abdômen. O diagnóstico foi realizado aos 31 anos quando a paciente já sofrera várias tentativas de laparoscopia. **Conclusões:** O Angioedema Hereditário é causado por uma deficiência qualitativa ou funcional do inibidor de C1 esterase (C1-INH) com alguns fatores desencadeantes relacionados como traumas, stress, menstruação, etc. Uma história clínica detalhada poderia ter indicado o reinício do medicamento e talvez evitado exames desnecessários. A dosagem de C4 pode auxiliar uma vez que se encontra diminuído na crise e na intercrise. Na paciente, C4 de 6,0mg/dl no 2º dia após emergência. Observe-se que o relato da doença pela paciente interfere no laudo do radiologista e determina a conduta clínica.

**088 - Ataxia-Telangiectasia: Relato de Caso**

Paz BF, Stohler LA, Alonso MLO, Goldner J, Santos PFAM, Miranda PCB, Araripe ALC, Wolff PG, Moura JZ, Pinto SMEB, Ungier CE

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

**Objetivo:** Relatar um caso de Ataxia-telangiectasia ressaltando a importância do diagnóstico precoce.

**Relato de Caso:** M.S.B, 10 anos, sexo feminino, branca, natural do Rio de Janeiro, acompanhada no ambulatório de Imunodeficiências Primárias do Instituto Fernandes Figueira desde setembro de 2006. Início do quadro aos 4 meses de idade, com episódios recorrentes de pneumonia, tratados ambulatorialmente. Durante o primeiro ano de vida, desenvolveu quadro de ataxia cerebelar progressiva, evoluindo com alterações posturais e quedas mais frequentes, associado a alterações da deglutição, apraxia ocular e disartria, sem alterações cognitivas. História familiar negativa. Ao exame físico inicial, apresentava emagrecimento, telangiectasia ocular, ataxia cerebelar e verrugas vulgares em ambos os pés. Os exames laboratoriais evidenciaram um aumento dos níveis de alfa-feto-proteína e redução de IgA sérica. Na Ressonância Nuclear Magnética de crânio foi observada atrofia cerebelar. Com a hipótese diagnóstica de Ataxia-telangiectasia, iniciou-se antibioticoterapia profilática, suportes nutricionais e psicológico, fisioterapia respiratória e motora.

**Conclusão:** A Ataxia-telangiectasia é uma doença multissistêmica, caracterizada por comprometimento neurológico progressivo. O diagnóstico precoce é fundamental para minimizar os riscos, diminuindo a exposição a exames radiológicos, avaliando a presença de imunodeficiência e intensificando os cuidados gerais e nutricionais, a fisioterapia e o suporte psicológico. Assim, pode-se aumentar a sobrevida e melhorar a qualidade de vida desses pacientes.

**089 - BAY 41-2272 aumenta a atividade microbicida *in vitro* de leucócitos mononucleares humanos**

Pereira PVS.<sup>1</sup>; Falcai A<sup>1</sup>; Aragão-Filho WC<sup>1</sup>; Frazão JB<sup>1</sup>; Marques OC<sup>1</sup>; Oliveira-Junior EB<sup>1</sup>; Oliveira RR<sup>2</sup>; Errante PR<sup>1</sup>; Antunes E<sup>3</sup>; Condino-Neto A<sup>1</sup>

1. Departamento de Imunologia – ICB – USP – São Paulo – SP. 2. Interunidade de Biotecnologia – USP – São Paulo – SP. 3. Departamento de Pediatria – FCM - UNICAMP – Campinas – SP.

**Objetivo:** Os mecanismos de atividade microbicida são críticos na defesa do organismo, pelos fagócitos, contra patógenos invasores. Estudos prévios reportaram que o segundo mensageiro cGMP regula positivamente a diferenciação e ativação de fagócitos. Muitos estudos mostram que o BAY 41-2272 induz a ativação da enzima GCs, mostrando um potencial ativador de fagócitos. Portanto, este estudo tem o objetivo de avaliar os efeitos do tratamento com BAY 41-2272 sobre a atividade microbicida de PBMC's.

**Método:** As células mononucleares foram obtidas de sangue periférico de doador saudável, usando gradiente de densidade Ficoll-Hypaque. Em seguida essas células foram ajustadas para uma concentração de  $2 \times 10^6$  células/mL e tratadas por 48h com BAY 41-2272 ( $1 \mu\text{M}$  ou  $3 \mu\text{M}$ ) ou IFN $\gamma$  ( $100 \text{U/mL}$ ). Após o tratamento, os PBMC's foram incubados com *E. coli* enteropatógena – EPEC ( $2 \times 10^7/\text{mL}$ ), opsonizadas (10%) ou não com soro humano normal, pelos tempos de 30', 60' e 90', sendo as bactérias fagocitadas recuperadas na seqüência. Essas bactérias recuperadas foram plaqueadas em ágar sólido BHI, sendo feita a contagem de CFU's para mensuração da porcentagem de sobrevivência das bactérias.

**Resultado:** Os PBMC's tratados com BAY 41-2272 apresentaram um aumento no potencial microbicida (EPEC não opsonizadas:  $1 \mu\text{M}$  –  $49\% \pm 2,12$  e  $3 \mu\text{M}$  –  $32\% \pm 0,7$ ; EPEC opsonizadas:  $1 \mu\text{M}$  –  $38\% \pm 2,82$  e  $3 \mu\text{M}$  –  $22,5\% \pm 1,06$ ) em comparação com o grupo controle (EPEC não opsonizadas:  $53,5\% \pm 2,47$  e EPEC opsonizadas:  $43,5\% \pm 2,47$ ). No entanto, esse aumento mostrou-se estatisticamente significativo somente quando aplicado o tratamento com BAY 41-2272 na concentração de  $3 \mu\text{M}$ .

**Conclusão:** BAY 41-2272 ( $3 \mu\text{M}$ ) aumenta a atividade microbicida dos PBMC's de doadores saudáveis. Trata-se de uma droga com potencial a ser testado para o controle das infecções em pacientes imunodeficientes. Suporte Financeiro: FAPESP and CNPq

**091 - Deficiência de C2 em paciente com meningite neutrofílica e manifestações clínicas de lúpus eritematoso sistêmico juvenil.**

Jesus AA, Vallada MG, Horigoshi NK, Esteves DM, Fernandes FR, Carvalho WB, Setúbal JL

Pronto-Socorro e Hospital Infantil Sabará, São Paulo, SP

**Objetivo:** Deficiência de C2 é a mais prevalente do sistema complemento. Enquanto infecções invasivas por bactérias encapsuladas ocorrem em 57% destes pacientes, a frequência de lúpus eritematoso sistêmico (LES) é de 25%. O relato de caso descreve um paciente com deficiência de C2 e manifestações clínicas de LES juvenil (LESJ).

**Relato de caso:** LCO, masculino, 7 anos, filho único de pais não consanguíneos com história de febre e cefaléia há três dias, sem foco definido, com hemograma infeccioso e PCR elevada. Tinha antecedentes de meningite neutrofílica há 2 anos. Iniciado antibioticoterapia com ceftriaxone, persistindo febril e evoluindo com sinais meníngeos. Realizada TC de crânio (normal) e colhido líquido (5680 células, 92% neutrófilos, proteinorraquia 296mg/dl, glicorraquia 48mg/dl, bacterioscopia e prova do látex negativos). Associada vancomicina e transferido para a UTI. Evoluiu afebril após 48 horas quando iniciou artralgias, eritema malar e anasarca, seguidos de sonolência, agitação psico-motora e hemiparesia à esquerda. Nova TC de crânio evidenciou hipodensidade expansiva em lobos temporal, parietal e occipital direitos. Exames laboratoriais mostravam anemia, leucocitose com desvio e plaquetopenia, hipoalbuminemia, proteinúria, Coombs direto positivo. USG com ascite e derrame pleural bilateral. Foi substituído ceftriaxone por meropenem. Indicado pulsoterapia com metilprednisolona e gamaglobulina endovenosa (vasculite central). Evoluiu com coma persistente e morte encefálica no 4º dia após AVCI. Culturas de líquido, sangue, urina e líquido pleural foram negativas. Investigação para LESJ demonstrou FAN 1:160; complemento total sem atividade lítica; níveis baixos de C1q, C4 e C3; C2 não detectável; C5, C6, C7, C8 e C9 normais.

**Conclusão:** As manifestações auto-imunes e infecciosas neste paciente estão possivelmente relacionadas à deficiência hereditária da fração C2 da via clássica do complemento expressa por níveis indetectáveis desta proteína.

**090 - Complicações pulmonares nos pacientes com hipogamaglobulinemia**

Pulici G; Aranda C; Wandalsen G; Costa-Carvalho B; Rullo V; Sole D; Naspitz C.

Divisão de Alergia, Imunologia Clínica e Reumatologia, Departamento de Pediatria, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, Brasil

**Introdução:** Infecções respiratórias nos pacientes com imunodeficiência humoral são responsáveis por sintomas respiratórios crônicos, piora da qualidade de vida, uso freqüente de antibióticos, hospitalizações e presença de anormalidades anatômicas pulmonares. Representam a maior causa de morte.

**Objetivos:** O propósito desse estudo foi comparar a função pulmonar nos pacientes com imunodeficiência humoral [agamaglobulinemia ligada ao X (XLA) e imunodeficiência comum variável (CIVD)] que estão sendo tratados com imunoglobulina endovenosa (IVIG).

**Materiais e métodos:** Vinte e dois pacientes (6 XLA e 16 CIVD) acompanhados em um serviço de referência participaram do estudo. Foram agrupados (GI ou GII) de acordo com a imagem pulmonar (tomografia computadorizada de tórax [TC]) em TC normal (n=10) (GI) e TC anormal (n=12) (GII). As complicações pulmonares foram avaliadas através da análise de prontuários, função pulmonar (FP) e TC.

**Resultados:** A idade da confirmação diagnóstica foi de 3 aos 42 anos em GI e de 4 aos 28 anos em GII. A média do atraso no diagnóstico foi de 5,25 anos para GI, e 10 anos para GII ( $p=0,138$ ). FP anormal foi observada em 4/10 no GI e em 8/12 no GII. Não foi encontrada melhora significativa da função pulmonar em nenhum paciente, após o uso de broncodilatador. Tomografia computadorizada de tórax foi realizada em todos pacientes, e em 12 apresentava anormalidades. Nove pacientes do GII estão em uso contínuo de antibióticos devido a seqüelas pulmonares. Os outros três pacientes desse grupo apresentaram grande melhora com o tratamento (IVIG, antibióticos e fisioterapia) e o uso do antibiótico foi descontinuado apesar das lesões pulmonares. A média de tempo de tratamento com IVIG foi de 7,5 anos no GI e 6 anos no GII.

**Conclusão:** Complicações pulmonares são comuns nos pacientes com imunodeficiência humoral e devem ser monitoradas. O atraso no diagnóstico parece ser um importante fator predisponente para presença de seqüela pulmonar nos nossos pacientes.

**092 - Deficiência parcial de IgA secundária ao uso de anticonvulsivantes**

Neves ARR; Fábregas P; Holanda MGNM; Almeida VSC; Araújo CS; Viana JC; Ouricuri AL.

Setor de Alergia e Imunologia Pediátrica do Hospital dos Servidores do Estado – RJ (HSE/RJ).

**Objetivo:** Relatar o caso de paciente em uso de anticonvulsivantes para convulsões de difícil controle e o desenvolvimento de imunodeficiência parcial de IgA. **Relato de caso:** KLSS, oito anos, feminino, branca, natural e residente de Nova Iguçuá-RJ, com crise convulsiva de difícil controle desde os três meses por encefalopatia crônica não progressiva e epilepsia. Aos nove meses, apresentou bronquiolite evoluindo com hiperresponsividade brônquica (HRB). Teste do suor negativo e pesquisa para refluxo gastro-esofágico (RGE) positiva, iniciado tratamento específico. Dosagem de imunoglobulinas aos 16 meses: IgA 56 (40–130), IgG 1647 (300–1300), IgM 172 (50–200). Em 2005, após cinco episódios de pneumonia, foram repetidas as dosagens de imunoglobulinas que se mantinham normais. Em fevereiro 2006 apresentou pneumonia com necessidade de prótese ventilatória. Durante a internação, apresentou várias crises convulsivas. Foi dosada amônia, que estava elevada, e feito o diagnóstico de tirosinemia tipo II. Utilizava ácido valpróico que foi suspenso e iniciado a associação lamotrigina, clobazam, fenitoína e carbamazepina. Evoluiu com infecções respiratórias recorrentes. Em agosto de 2006 foi internada por sinusite e asma grave. Dosagem de imunoglobulinas: IgA 20 (50–230), IgG 724 (500–1400), IgM 199 (5–200), IgE 2,4. Encaminhada à alergia-imunologia. Atualmente em uso de medicações intercrise para controle de asma brônquica e amoxicilina profilática. **Comentários:** Paciente portadora de encefalopatia crônica de etiologia hipóxico-isquêmica, aos nove meses apresentou um quadro de bronquiolite, evoluindo com HRB. Apresentava, também, RGE que provavelmente desencadearam alguns episódios de pneumonia. Após a troca do esquema de anticonvulsivante desenvolveu infecções respiratórias de repetição. A imunodeficiência seletiva de IgA após uso de anticonvulsivante tem sido descrita principalmente associado a carbamazepina e fenitoína.

### 093 - Disseminação da BCG em crianças com imunodeficiência adquirida (aids)

Souza MS, Nunes LO, Souza CFC, Gomes MCR, Santos JRC, Cardoso CAA, Ouricuri AL.

Setor de Alergia Pediátrica – Hospital dos Servidores do Estado – RJ

**Objetivo:** Em países onde a prevalência de tuberculose é alta, a OMS recomenda que a BCG seja administrada no período neonatal a todas as crianças infectadas pelo HIV assintomáticas. A doença disseminada pelo BCG (BCGite) é rara, sendo associada principalmente à imunodeficiência. O objetivo do trabalho é descrever dois casos de BCGite em crianças com aids no HSE–RJ. **Caso 1:** DSFS, DN=23/04/01, masculino, em set/01 diagnóstico presuntivo de pneumonia por *P. jiroveci*, com CD4=63 e CV=1.400.000, iniciados AZT+3TC+ABC. Em dez/01 apresentou adenite axilar direita, com Rx tórax normal. Prescritos isoniazida e cefalexina com involução. Em abr/02 internado com diarreia sanguinolenta, tratado com ceftriaxone e trocados ARVs por ddI+d4T+LPV/r pela falta de adesão anterior. Evoluiu com convulsões recorrentes, feito esquema com ATBs, rifampicina, isoniazida, pirazinamida, etambutol, anfotericina, ganciclovir, e trocado o LPV/r por RTV. Trocado RIPE por etambutol, etionamida e ampicacina pela piora do hepatograma. Culturas Ø, diagnóstico presuntivo de meningocelalite pela micobactéria não-tuberculose pela história patológica progressa. Alta em jul/02. **Caso 2:** TVSD, DN=07/02/00, masculino, em set/00 quadro de pneumonia grave e candidíase oral. Evoluiu com sepse, diagnosticada aids (caso-índice). CD4=103 e CV > 28.000.000, sendo prescritos ceftriaxone, oxacilina, cefepime, anfotericina, SMZ-TMP, sem definição etiológica. Evoluiu com piora clínica, iniciados AZT+3TC (devido a interação medicamentosa, aguardando culturas). Em set/00 apresentou adenite axilar direita, com BAAR® na biópsia ganglionar. Foi tratado com rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol, com boa resposta. Alta em set/00. **Conclusão:** A disseminação da BCG pode ocorrer em crianças com imunodeficiência primária ou adquirida que receberam a vacina no período neonatal. Deve-se estar atento para o diagnóstico e tratamento precoces desta complicação com o objetivo de reduzir a morbimortalidade da doença.

### 095 - Evolução de pacientes com agamaglobulinemia na fase adulta

Ribeiro MR, Cajuela E, Porter MH, Rizzo LV, Kalil J, Cohon A, Barros MT, Kokron CM

Disciplina de Imunologia Clínica e Alergia da Faculdade de Medicina da USP, Serviço de Imunologia do Hospital das Clínicas da FMUSP, Laboratório de Investigação Médica LIM-60.

**Introdução:** As agamaglobulinemias são caracterizadas por infecções sinopulmonares de repetição, níveis séricos reduzidos de todos os isotipos de imunoglobulinas e número de linfócitos B ausente ou muito reduzido. A incidência de agamaglobulinemia relatada na literatura é de aproximadamente 1 em cada 100.000 pessoas. Mutações no gene da tirosino-quinase de Bruton (BTK), localizado no cromossomo X, são responsáveis pela maioria das agamaglobulinemias. **Objetivo:** Estudar as características clínicas dos pacientes adultos com agamaglobulinemia acompanhados no Ambulatório de Imunodeficiências Primárias do Serviço de Imunologia Clínica e Alergia do HC-FMUSP, averiguando a data do diagnóstico, evolução clínica, idade e intercorrências atuais. **Material e métodos:** Foram revisados todos os prontuários eletrônicos e feito contato telefônico com pacientes para obter as informações desejadas. **Discussão:** Foram analisados 7 pacientes do sexo masculino com agamaglobulinemia, sendo que 4 apresentam a forma ligada ao X e os demais estão em investigação etiológica. A idade atual dos mesmos varia de 17 a 39 anos (idade média de 24 anos) e idade média do diagnóstico 4 anos. Sintomas "atípicos" foram observados em 4 pacientes. As sinusites são as infecções atuais mais comuns (presentes em 57% dos pacientes). Dois pacientes têm otites frequentes, sendo um com perfuração timpânica. Erisipela foi verificada em um único paciente após início de gamaglobulina. Cinco pacientes apresentavam bronquiectasias no início que se mantiveram estáveis após início do tratamento. **Conclusão:** Após a instituição do tratamento de reposição de gamaglobulina humana (400-600 mg/kg a cada 21 a 28 dias) observa-se redução importante do número de infecções determinando uma boa evolução dos pacientes e estabilização das complicações pré-existentes.

### 094 - Doenças auto-imunes e deficiência de IgA

Canelada S; Kuntze G; Aranda C; Lawrence T; Nudelman V; Costa-Carvalho B.

Divisão de Alergia, Imunologia Clínica e Reumatologia, Departamento de Pediatria, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, Brasil

**Introdução:** Os critérios diagnósticos para deficiência de IgA são níveis normais de IgG e IgM e IgA < 7mg/dl em pacientes maiores de quatro anos de idade. Pacientes com deficiência de IgA podem ser assintomáticos ou apresentarem infecções de repetição. É grande a frequência de alergia e doenças auto-imunes nos pacientes com deficiência de IgA comparado com o restante da população. Pode ocorrer deficiência de IgA pelo uso de certos medicamentos.

**Objetivos:** Verificar a frequência de auto-imunidade e doenças alérgicas nos pacientes com deficiência de IgA.

**Materiais e métodos:** Através da análise de prontuários, vinte e um pacientes foram selecionados no ambulatório de referência em Imunologia da UNIFESP.

**Resultados:** O perfil clínico e laboratorial de 21 pacientes foi analisado, quinze desses pacientes apresentavam deficiência seletiva de IgA, cinco, deficiência parcial de IgA e um, deficiência adquirida de IgA. A idade dos pacientes estava entre 6 e 25 anos (61,9 gênero masculino e 38,1, feminino).

**Conclusão:** A frequência de doença auto-imune nos nossos pacientes foi de 14 %, resultado semelhante ao observado em outros serviços.

### 096 - Fatores de risco para tuberculose e responsividade ao teste da tuberculina em pacientes renais crônicos em hemodiálise

Santos JL; Santana FRT; Bastos KA; Adriano M

Universidade Federal de Sergipe – UFS, Aracaju-SE; Clínica de Nefrologia do Estado de Sergipe – CLINESE, Aracaju-SE

**Objetivo:** O presente estudo teve como objetivo avaliar a responsividade cutânea ao teste da tuberculina (TT) em pacientes portadores de doença renal crônica (DRC) em programa de hemodiálise (PH) correlacionando este a fatores de risco para Tuberculose (TB)

**Métodos:** Foram estudados 145 pacientes em hemodiálise (Grupo HD) no principal centro de hemodiálise de Sergipe. O TT foi realizado segundo técnica e material preconizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Entrevista, segundo ficha clínica padrão e revisão de prontuários, foram realizados para avaliação dos parâmetros: antecedentes de TB; contato domiciliar com doentes com TB; tabagismo e alcoolismo.

**Resultados:** Houve uma frequência maior dos que referiram contato domiciliar com doentes com TB, tabagismo e alcoolismo no grupo de apresentou resultado forte-reator ao TT. Além disso não houve uma maior frequência de indivíduos que referiram antecedente de TB no grupo de apresentou resultado forte-reator ao TT. Não houve associação com o número de pessoas residentes no domicílio e condições socioeconômicas.

**Conclusão:** Os fatores de risco contato domiciliar com doentes com TB, tabagismo e alcoolismo apresentam correlação com resultados forte-reatores ao TT em pacientes em PH.

**097 - Gamaglobulina no tratamento de artrite crônica e broncopneumonias de repetição em paciente com deficiência de anticorpos antipolissacarídeos**

Silva CMA, Pinheiro BM, Oyama CA, Valverde KK, Aranega CB, Trombini ARS, Blanco PSB, Dionigi PCL, Menezes MCS, Forte WCN

Setor de Alergia e Imunodeficiências da Santa Casa de São Paulo

**Objetivo:** relatar melhora da artrite crônica e desaparecimento de broncopneumonias em paciente com deficiência de anticorpos antipolissacarídeos, com uso de gamaglobulina endovenosa.

**Método:** revisão de prontuário e seguimento clínico-laboratorial

**Relato do caso:** GA, cinco anos, sexo feminino, procedente de São Paulo, estava sendo acompanhada pelo setor de Reumatologia por apresentar artrite crônica bilateralmente em joelhos. Ao referir broncopneumonia de repetição, foi encaminhado ao Setor de Alergia e Imunodeficiências. Foram, então, referidas 24 broncopneumonias, constatado rinoconjuntivite alérgica e asma brônquica persistente moderada. Os exames mostraram: teste alérgico positivo para *D. pteronyssinus*, IgG, IgA e IgM séricos normais, subclasses de IgG normais, diminuição dos títulos de anticorpo antipolissacarídeos para todos os sete sorotipos de *Streptococcus pneumoniae* após seis meses de vacinação. A TC de tórax mostrou bronquiectasias. Foi iniciada gamaglobulina endovenosa (400mg/kg/mês). Desde então paciente apresenta melhora da artrite e desaparecimento dos quadros de broncopneumonias.

**Conclusão:** paciente apresentou melhora da artrite e desaparecimento da broncopneumonia com o uso de gamaglobulina endovenosa. Acreditamos ser importante a pesquisa de imunodeficiência em crianças pequenas com quadro de artrite, na tentativa de melhora do paciente e evitar seqüelas.

**099 - Imunodeficiência humoral secundária em idoso: relato de caso**

Perches, D; Rodrigues, AT; Carvalho, APE; Fernandes, FR; Aun, WT; Mello, JF.

Serviço de Alergia e Imunologia do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo "Francisco Morato de Oliveira"

**Objetivo:** Relatar o caso de uma paciente idosa com imunodeficiência humoral secundária. **Descrição:** N.T.P.K, 64 anos, sexo feminino, portadora de hipertensão arterial, artropatia, panhipopituitarismo, esse secundário a uma hipofisectomia devido a um adenoma cromóforo, e sem histórico prévio de infecções de repetição. Fazia uso crônico de amlodipina, cloroquina, prednisona e levotiroxina. Foi submetida a histerectomia em novembro de 2006 para exérese de câncer de colo uterino. Evoluiu com deiscência de sutura e infecção intra-abdominal por *Pseudomonas putida*, recebendo antibioticoterapia endovenosa por doze dias (Teicoplanina/Piperaciclina+Tazobactam) e alta em boas condições clínicas. No 14º dia de pós-operatório apresentou prurido cutâneo e placas eritematosas por toda a superfície corporal. Procurou nosso serviço três dias após o início do quadro sendo feita hipótese de farmacodermia. Verificou-se durante a investigação níveis notadamente baixos de IgG (459,8 UI/ml) e subclasses (IgG<sub>1</sub>= 301 mg/dl, IgG<sub>2</sub>=117 mg/dl, IgG<sub>3</sub>=19,4 mg/dl, IgG<sub>4</sub>= 3,1 mg/dl) e IgA (28,8UI/ml) com valores normais de IgM. As subpopulações linfocitárias CD<sub>2</sub> (93,5%), CD<sub>3</sub> (84,2%), CD<sub>4</sub> (60,4%), CD<sub>8</sub> (26,4%) apresentaram valores laboratoriais normais, porém com baixos níveis de CD<sub>19</sub> (2,02%). Devido à persistência dos baixos níveis de IgG a cloroquina foi suspensa e, após três meses de seguimento, houve melhora da eritrodermia e da infecção bem como normalização dos níveis desta imunoglobulina. **Conclusão:** As imunodeficiências secundárias são mais frequentes na prática clínica, que as primárias. Relatamos um caso de imunodeficiência humoral possivelmente relacionado ao uso de droga imunossupressora (cloroquina).

**098 - Herpes Zoster facial em criança com diminuição da quimiotaxia por monócitos**

Tombini ARS, Valverde KK, Aranega CB, Blanco PSB, Shibata EK, Dionigi PCL, Menezes MCS, Forte WCN

Setor de Alergia e Imunodeficiências da Santa Casa de São Paulo

**Objetivo:** Relato de caso de paciente com diminuição da quimiotaxia por monócitos apresentando herpes zoster facial.

**Método:** Revisão de prontuário e seguimento clínico-laboratorial do paciente.

**Relato:** DAR, quatro anos de idade, sexo feminino, branca, natural e procedente de São Paulo. Paciente previamente hígida foi admitida em nosso setor por apresentar lesões vesiculares que acometiam toda a hemiface direita, sendo feita a hipótese diagnóstica de herpes zoster. Apresentou piora das lesões com infecção secundária evoluindo para celulite facial. Após o início do tratamento específico com aciclovir e oxacilina, houve melhora das lesões cutâneas e remissão completa do quadro, porém permanecendo lesão cicatricial fibrótica ao final do processo.

Criança sem antecedentes infecciosos prévios, pais não consanguíneos e mãe com história de varicela durante o terceiro trimestre da gestação.

A investigação laboratorial mostrou: IgA, IgG e IgM normais para a idade; IgE= 342 mg/mL; C3 e C4 normais; sorologia para HIV não reagente; quantificação de linfócitos B, T e células CD4+ e CD8+ dentro da normalidade. Verificou-se persistente diminuição da quimiotaxia por monócitos em comparação a crianças saudáveis da mesma faixa etária.

**Conclusão:** Observamos a presença de quadro de herpes zoster facial, deixando lesão cicatricial, em paciente com diminuição da quimiotaxia por monócitos. Acreditamos ser importante a investigação imunológica da atividade por fagócitos mononucleares frente à infecção grave por microrganismos intracelulares.

**100 - Imunodeficiência Comum Variável: relato de um caso e suas complicações**

Diniz, L C; Andrade, D O; Camargos, J M; Costa, C P; Costa, L D C; Taniguchi, L M.

Departamento de Pediatria - Hospital das Clínicas – Universidade Federal de Goiás.

**Introdução:** A Imunodeficiência Comum Variável (IDCV) é uma deficiência primária de anticorpos caracterizada por redução sérica de IgA, IgG e/ou IgM (menores que 2 ou mais desvios-padrão da média para a idade). **Objetivo:** Relatar um caso de IDCV em criança com instituição tardia do tratamento específico levando a complicações precoces e irreversíveis. **Relato de caso:** H.M.R, sexo masculino, 9 anos, iniciou aos 2 anos pneumonias e sinusopatias de repetição, com uso frequente de antibióticos. Aos 3 anos foi feito diagnóstico de IDCV, porém não foi instituído terapêutica com imunoglobulina endovenosa. Persistiu com quadros respiratórios infecciosos e várias internações. Aos 6 anos teve quadro de toxoplasmose ocular. Chegou ao serviço de Pediatria do HC/UFG aos 7 anos de idade, trazendo tomografia de tórax evidenciando bronquiectasias difusas. A dosagem de imunoglobulinas (IgA:27 IgG:82 IgM:81 IgE<10) confirmou o diagnóstico. Foi então instituído terapia de reposição endovenosa de imunoglobulina, além de tratamento precoce das exacerbações e fisioterapia respiratória. Atualmente, apesar do curto intervalo da medicação, o paciente persiste com descompensações infecciosas e internações frequentes com uso prolongado de antibióticos. **Conclusão:** O caso descrito mostra que a instituição tardia do tratamento específico da IDCV pode levar a complicações pulmonares graves, com prejuízo na qualidade de vida e no prognóstico. A IDCV deve sempre ser investigada em pacientes com infecções bacterianas recorrentes. O acompanhamento precoce com o especialista, para manejo adequado da doença, pode melhorar a sobrevida por prevenir / retardar as lesões pulmonares.

**101 - Imunodeficiência e gestação**

Neves ARR; Levy SA; Almeida VSC; Araújo CS; Holanda MGMM; Fábregas P; Ouricuri AL.

Setor de Alergia e Imunologia Pediátrica do Hospital dos Servidores do Estado – RJ (HSE/RJ).

**Objetivo:** Relatar o acompanhamento de duas gestantes com imunodeficiência comum variável (IDCV) controladas apenas com antibiótico profilático.

**Relato de caso:** Caso 1: KRLO, 21anos, fem., branca, natural do RJ, com IDCV, encaminhada à alergia-imunologia do HSE. Diagnóstico há quatro anos com anemia hemolítica auto-imune, sinusites e pneumonias recorrentes. Por estar assintomática e haver história de reação adversa após infusão da imunoglobulina (Ig), optamos pela antibiótico-profilaxia. No sétimo mês,apresentou pneumonia e exacerbação da asma, tratada com amoxicilina-clavulanato e salbutamol. Ig pré-parto: IgG 175; IgA<25,1; IgM<21,4. Parto eutócico, PN=3060g, Apgar 9/9. Após 48h, o RN apresentava: IgG 2,17; IgA<25,1; IgM<21,4; e a mãe: IgG 104; IgA<25,1; IgM<21,4. Receberam Ig IV 400mg/kg sem intercorrências (após pré-medicação na mãe). Atualmente, lactente saudável com dosagem de Ig, CD4 e CD8 normais. Caso 2: CMSA, 31 anos, fem., branca, natural do RJ, com IDCV, encaminhada à alergia-imunologia do HSE. Diagnóstico há seis anos devido pneumonia intersticial linfocítica (biópsia pulmonar) e mastite, sinusites e pneumonias recorrentes. Iniciou Ig IV 400mg/kg a cada 21 dias. Por indisponibilidade de Ig IV, utilizou antibiótico-profilaxia. Apresentou sinusite tratada com amoxicilina-clavulanato. Ig 72h antes do parto: IgG 34,2; IgA<27,5; IgM<17,4. Recebeu Ig IV 400mg/kg 48h antes do parto. Parto cesáreo PN= 2510g, Apgar 8/9. Após 48h, o RN apresentava: IgG 34,2; IgA<27,5; IgM<17,4; e a mãe: IgG 901; IgA<27,5; IgM<17,4. Receberam Ig IV 400mg/kg, sem intercorrências. Atualmente, lactente saudável, com Ig normais.

**Comentário:** A IDCV é uma doença heterogênea, com defeito molecular desconhecido, podendo ocorrer em qualquer idade. Infecções são as complicações mais frequentes. Doenças auto-imunes ocorrem em 22 a 50% dos pacientes, sendo mais comuns púrpura trombocitopênica auto-imune e anemia hemolítica. O controle adequado da gestante reduz a morbidade do binômio mãe-filho.

**103 - Incidência de Linfoma em Pacientes Portadores de Imunodeficiência Comum Variável Atendidos no Ambulatório do Hospital das Clínicas - UFMG**

Autores: Fusaro GV, Cunha LAO, Pinto JA

Departamento de Alergia e Imunologia Pediátrica da Universidade Federal de Minas Gerais

**Objetivo:** Descrever a incidência de linfoma em pacientes portadores de imunodeficiência comum variável (ICV) em acompanhamento no ambulatório de imunodeficiência primária do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG). Os dois casos são relatados a seguir. **Caso 1:** JBS, 8 anos, sexo feminino, admitida no serviço para investigação imunológica devido infecções respiratórias frequentes. Ao exame físico, sua altura era 118 cm (entre o percentil 3 e 10), peso de 19 kg (menor que o percentil 3) e apresentava microcefalia. Investigação imunológica compatível com ICV. Durante acompanhamento no ambulatório, foi evidenciado linfadenomegalia, hepatoesplenomegalia e pancitopenia. Encaminhado para investigação hematológica, diagnosticado linfoma não-Hodgkin. **Caso 2:** LAS, 9 anos, sexo masculino, admitido no serviço com quadro de sinusite e pneumonias de repetição. Na primeira consulta, ao exame, este paciente apresentava hepatoesplenomegalia e linfadenomegalia. Realizado investigação imunológica, diagnosticado ICV. Encaminhado para propedêutica hematológica, realizado biópsia de linfonodo que evidenciou linfoma não-Hodgkin. **Resultados:** Durante um período de 5 anos, 2 dos 49 pacientes com ICV desenvolveram linfoma. Ambos diagnosticados como linfoma não-Hodgkin. A incidência observada neste estudo foi 8.16/1.000 indivíduos/ano. **Conclusão:** Neste estudo sobre ICV, a incidência de linfoma foi 50 vezes maior que observado na população em geral (8.16/1.000 por ano versus 0.16/1.000 por ano). A identificação precoce de pacientes com ICV, tratamento de infecções e a administração de imunoglobulina intravenosa tem prevenindo complicações desta doença e melhora na qualidade de vida destes pacientes.

**102 - Imunodeficiências Primárias – Casuística do Departamento de Imunologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG)**

Fusaro GV, Cunha LAO, Greco DB, Pinto JA

**Objetivo:** Descrever a experiência do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais no segmento de pacientes portadores de imunodeficiência primária.

**Métodos:** Os pacientes portadores de imunodeficiência primária foram classificados de acordo com *International Consensus Criteria*.

**Resultado:** Num total de 125 pacientes em acompanhamento no ambulatório, 76% são portadoras de imunodeficiência humoral; os fenótipos mais comumente observados neste estudo foram imunodeficiência comum variável e deficiência seletiva de IgA, 35% e 21%, respectivamente. Foram diagnosticados 18 pacientes portadores de agamaglobulinemia ligada ao X, ou seja, 14,7% do total. 4% apresentam deficiência funcional de anticorpo e 1,6% são portadores de deficiência de subclasses de IgG. Em relação à deficiência de fagócitos, 3% dos pacientes atendidos no serviço são portadores de doença granulomatosa crônica. Os pacientes portadores de angioedema hereditário correspondem a 12,2% dos pacientes atendidos no ambulatório. Dos 4 pacientes diagnosticados como imunodeficiência combinada grave, 2 foram a óbito e 2 aguardam transplante de medula óssea. Candidiase mucocutânea crônica acompanham 3 pacientes, 1 é portador de síndrome de George e 1 apresenta ataxia-telangiectasia.

**Conclusão:** Dessa forma, os autores apresentam a experiência do Serviço de Imunologia do HC-UFMG em relação às imunodeficiências primárias.

**104 - Manifestações dermatológicas nas imunodeficiências primárias: experiência de um ambulatório especializado**

Moraes-Vasconcelos D; Grumach AS; Ferreira MD; Chuffi-Barros N; Cordeiro E; Almeida A; Oliveira-Filho JB; Duarte AJS.

Ambulatório de Manifestações Dermatológicas das Imunodeficiências Primárias – ADEE-3003 – Departamento de Dermatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP

**Introdução:** O ambulatório ADEE-3003 foi estabelecido há 8 anos para investigar e acompanhar pacientes portadores de imunodeficiências primárias (IDPs) e suas manifestações dermatológicas. O objetivo deste relato é caracterizar as lesões de pele em pacientes encaminhados com quadros dermatológicos não usuais. **Casuística:** 892 pacientes, 57% do sexo feminino e 43% do sexo masculino, sem restrição de idade, foram encaminhados para investigação imunológica. O diagnóstico de IDP foi confirmado em 200 pacientes (22,4%) sendo que 99 apresentavam manifestações cutâneas e 101 apresentavam outras manifestações ao encaminhamento; 136 pacientes (15,2%) apresentavam manifestações cutâneas com provável IDP e 345 (38,7%) apresentavam outras doenças com manifestações cutâneas. Em relação à definição diagnóstica, 431 pacientes (48,3%) concluíram o diagnóstico; 58 (6,5%) permanecem em investigação; 184 não foram definidos (20,6%) e em 219 pacientes (24,5%) excluiu-se IDPs. Os diagnósticos com manifestações dermatológicas incluíram: Candidíase Mucocutânea Crônica, Imunodeficiência Combinada, Doença Granulomatosa Crônica, Deficiências de G6PD, de Adesão Leucocitária e de Complemento, Síndromes de Netherton e de Chediak-Higashi, Angioedema Hereditário. **Conclusões:** As manifestações cutâneas nas IDPs são frequentes e estima-se que 80% manifestam-se por lesões dermatológicas. Verificou-se em cerca de 50% dos pacientes que as manifestações cutâneas foram as queixas iniciais. O presente estudo ressalta a importância de investigação imunológica em pacientes com quadros dermatológicos específicos.

**105 - Avaliando o efeito da velocidade da mutação do vírus HIV e depleção de células T-CD4 na resposta imunológica**

Hyun Yang e Ângelo Malaquias

Departamento de Matemática Aplicada, Insitituto de Matemática, Estatística e Computação Científica da UNICAMP, e-mail: hyunyang@ime.unicamp.br, Campinas, SP.

A dinâmica da resposta do sistema imunológico com a infecção com vírus HIV fundamenta-se no seguinte. Quando um patógeno invade o organismo, o sistema imunológico reconhece e identifica o antígeno. Este antígeno, após ser apresentado a uma célula T antígeno-específica, induz a ativação desta. Esta célula T-CD4 ativada, ao encontrar uma célula T-CD8 que também detectou este antígeno causa a ativação desta célula, que se diferencia em células T 'killer', as quais se proliferam e atuam na destruição das células alvo infectadas.

Em geral, os vírus são praticamente eliminados do organismo após a fase aguda da infecção. Entretanto, a infecção com vírus HIV segue um padrão diferente. A fase aguda é seguida de fase crônica, com duração de 10 ou mais anos, devido a basicamente dois fatores: contínua destruição de células T-CD4 e elevada taxa de mutação de vírus. Após esse período vem a fase de profunda imunodepressão, quando uma infecção ( 'normal' para indivíduos saudáveis) oportunista pode resultar em morte.

Estudando quantitativamente a interação entre vírus HIV e o sistema imunológico, avalia-se o efeito de depleção de células auxiliares T-CD4 e a constante mutação de HIV na evolução da história natural dessa doença. Obtém-se as fases agudas e crônicas da infecção.

**107 - Guia Alimentar para crianças de 2 a 3 anos de idade com alergia ao leite de vaca (ALV).**

Coelho AC, Malinverni AP, Lopes EE, Sarni ROS, Mallozi MC, Pinotti Alves R.

Universidade Metodista de São Paulo, Hospital São Paulo e UNIFESP. São Paulo (SP)

**Introdução:** O tratamento das alergias alimentares consiste na retirada total do alérgeno da dieta. Entretanto, o sucesso das dietas de exclusão depende da aderência do paciente e da sua adequação nutricional. **Objetivos:** Elaborar um Guia Alimentar para crianças de 2 a 3 anos com ALV. **Metodologia:** O guia proposto teve como base a pirâmide alimentar para crianças de 2 a 3 anos (PHILIPPI et al., 2003). As recomendações nutricionais foram divididas de acordo com a faixa etária de 2 a 3 anos. Para a estimativa de energia e recomendação de macronutrientes e micronutrientes foi utilizada as DRIs (Dietary Recomendad Intake). O cálculo da dieta foi feito com o software Programa de Apoio à Nutrição – NutWin. Foi elaborada uma lista de alimentos substitutos, de acordo com a equivalência calórica e foram pesquisados os alimentos industrializados e os suplementos de cálcio que não contêm leite ou derivados como ingredientes. Com base nesses dados, foi elaborado um guia ilustrativo sobre a alimentação de crianças com alergia à proteína do leite de vaca para os pais das crianças alérgicas. **Resultados:** Para as crianças que não são alérgicas à soja, as fórmulas especiais foram substituídas por alimentos ou bebidas à base de soja, enriquecidos com cálcio. Para os pacientes alérgicos à soja, sugere-se manter a fórmula infantil especial hipoalérgica ou fazer uso de outras bebidas (chá, suco de fruta entre outros) com suplementação de cálcio. Foi possível elaborar um plano alimentar variado e que atendesse às necessidades nutricionais destas crianças. Entretanto, não foi possível atingir a recomendação de cálcio na dieta dos pacientes que possuem alergia à soja e não recebem fórmula infantil hipoalérgica, sendo necessária suplementação. **Conclusão:** Foi elaborado um guia com recomendações alimentares para crianças com ALV, ilustrado com figuras em forma de pirâmide e explicações sobre a alimentação e a importância da adesão ao tratamento.

**106 - Deficiência de IgA evoluindo para Imunodeficiência Comum Variável (IDCV) associada a deficiência de C4**

Cordeiro, E; Ferrreira, MD; Chuffi-Barros, N; Moraes-Vasconcelos, D; Oliveira, JB; AJS, Duarte, Grumach, AS;.

Ambulatório de Manifestações Dermatológicas nas Imunodeficiências Primárias ( ADEE-3003 ) e Laboratório de Investigação Imunológica (LIM 56) da Faculdade de Medicina da USP-São Paulo-Brasil.

**Introdução:** A evolução da Deficiência de IgA para Imunodeficiência Comum Variável é descrita em cerca de 20% dos pacientes, entretanto, a ocorrência de deficiência de C4 nestes pacientes não é conhecida, assim como suas consequências.

**Objetivo:** Relatar paciente com deficiência de IgA que evoluiu para IDCV com evolução grave e deficiência de C4 associada.

**Relato de caso:** AAO, F, 27 a, brasileira, nascida de família com alta consangüinidade. Aos 7 anos, asma, BCP, otites e sinusites recorrentes, PTI e diagnosticado deficiência seletiva de IgA. Manteve os quadros infecciosos e aos 18 anos, a dosagem de imunoglobulinas detectou hipogamaglobulinemia. Aos 22 anos, após várias internações por broncopneumonias, desenvolveu anemia hemolítica com esplenomegalia e foi submetida a esplenectomia. Com o diagnóstico de IDCV, iniciou-se reposição de gamaglobulina EV (500mg/kg/mês). Aos 24 anos, tratou tuberculose por 9 meses e passou a receber gamaglobulina irregularmente. Realizada biópsia transbrônquica e tomografia de tórax concluindo-se por Pneumonia Intersticial Linfocítica, recebendo corticosteróides. Os valores de C4 em duas dosagens foram: 8 e 3 mg/dl. As células B (CD19+) foram de 17,2%.

**Conclusão:** Deve-se ressaltar a necessidade do seguimento clínico-laboratorial de pacientes com deficiência de IgA. É possível que a deficiência de C4 tenha contribuído para o quadro grave pulmonar desenvolvido.

**108 - “A reatividade da IgE ao CCD (determinantes de reação cruzada dos carboidratos) é realmente insignificante clinicamente? - Relato de Caso”**Cocco R<sup>1</sup>, Mallozi M<sup>1</sup>, Sole D<sup>1</sup>, Naspitz C<sup>1</sup>, Sjolander S<sup>2</sup>, Poorafshar M<sup>2</sup>, Bernhardsson F<sup>2</sup>, Kober A<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Universidade Federal de São Paulo-Escola Paulista de Medicina, São Paulo-SP; <sup>2</sup>Phadia AB, Uppsala, Suécia.

**Objetivo:** Apesar da falta de evidências de que anticorpos IgE para CCD (determinantes de reação cruzada de carboidratos) tenham relevância clínica, este relato de caso descreve a história de uma criança de 5 anos de idade com dermatite atópica grave, resistente a qualquer tratamento medicamentoso, com alergia a múltiplos alimentos e níveis séricos de IgE específicas muito elevados para CCD e outros alimentos.

**Métodos:** IgE específica para CCD, soja e amendoim foram mensurados através do sistema ImmunoCAP®. A fim de avaliar o grau de reatividade cruzada, o soro foi inibido com CCD purificado e posteriormente analisada nova mensuração de IgE específica para estes alérgenos.

**Resultados:** A análise do CCD mostrou um elevado e incomum nível de IgE específica (76 kU<sub>A</sub>/L), assim como para amendoim (114 kU<sub>A</sub>/L) e soja (75 kU<sub>A</sub>/L). A inibição do soro com CCD purificado levou a uma redução da ligação com a IgE de 95% para o CCD e 23% e 68% para amendoim e soja respectivamente.

**Conclusão:** Após a inibição com CCD, a reatividade ao amendoim e à soja foi reduzida, mas não abolida. Isto aponta para a presença de anticorpos IgE para ambas as proteínas alimentares e para as estruturas de carboidratos presentes nos alérgenos. No entanto, a questão sobre a repercussão clínica dos anticorpos para o CCD permanece não esclarecida, mesmo em pacientes com níveis tão altos destes anticorpos.

### 109 - Alergia ao ovo: desenvolvimento e análise sensorial de receitas para dietas de exclusão

Silva FM, Ohta MLA, Nascimento AG, Pinto e Silva MEM, Jacob CMA, Yonamine GH

Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (ICr-HCFMUSP) / Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP) – São Paulo

**Introdução:** A segunda alergia alimentar mais importante na infância é a alergia ao ovo. Estima-se uma prevalência de 1,6% aos 2 anos. A exclusão deste alimento dificulta a elaboração de dietas de substituição.

**Objetivos:** desenvolver receitas isentas de ovo e avaliar a aceitabilidade por crianças e adultos.

**Métodos:** Seleção e teste, na cozinha experimental do ICr-HCFMUSP, de 10 receitas com ovos (frango empanado, maionese, massa para panqueca, pão de queijo, torta, biscoito, bolo, muffin, mousse, pudim). Adaptação das receitas sem os ovos (substituição por leite, suco de limão e/ou gelatina sem sabor) até a obtenção de características semelhantes às tradicionais. Degustação das receitas pelas crianças da creche do HCFMUSP (escala hedônica de 3 pontos) e análise sensorial com adultos no Laboratório de Técnica Dietética da FSP/USP (escala hedônica de 9 pontos). Critérios de aprovação: 60% das notas  $\geq 3$  pelas crianças e  $\geq 7$  pelos adultos. Análise estatística: teste de variância e de Tukey.

**Resultados:** Há dificuldade em desenvolver receitas palatáveis sem ovo. A aeração, consistência e textura foram obtidas pela combinação da proporção dos ingredientes e da técnica de preparo (ordem e forma de mistura). Todas as receitas foram aprovadas pelas crianças da creche, e a análise sensorial com adultos demonstrou que apenas 2 não foram aprovadas (frango empanado – 55% e bolo – 48%), apesar de terem apresentado número reduzido de manifestações no grau de desgostar. Os comentários da análise sensorial foram relacionados a características como sabor (pudim), aeração (bolo, mousse, muffin), maciez (bolo, muffin, pão de queijo), coloração (panqueca, maionese) e textura (panqueca, torta, biscoito, frango). A ordem de aprovação das preparações foi diferente entre os 2 grupos avaliados. Foi elaborado material ilustrado com as 10 receitas desenvolvidas.

**Conclusão:** É viável a elaboração de receitas sem adição de ovos e com padrão adequado de aceitabilidade, independente da idade.

### 111 - Alergia a frutos do mar e glomerulonefrite: relato de caso

Loja C, Garcês A, Machado C, Garcês M, Corrêa N, Palis N

Serviço de Alergia e Imunologia do Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro.

**Objetivo:** Relatar um caso de alergia alimentar a frutos do mar com evolução para glomerulonefrite.

**Relato do caso:** Paciente feminino, 40 anos, relata história de anasarca de rápida instalação há 1 ano, de início 2 dias após ingerir mexilhão. Evoluiu com síndrome nefrótica e insuficiência renal, sendo necessária corticoterapia em dose alta. A biópsia mostrou glomerulosclerose segmentar e focal, sem realização de imunohistoquímica. Demais exames na investigação pelo nefrologista: dislipidemia, complemento (C3 e C4) normal, sorologias para hepatites e HIV negativas e auto-anticorpos negativos. Houve resolução do quadro, até que, em fevereiro de 2007, minutos após ingerir peixe, apresentou edema facial, epigastralgia, dificuldade respiratória e novamente evolução para síndrome nefrótica, procurando então o especialista para diagnóstico de alergia alimentar. Relata no passado angioedema facial ao manipular camarão e epigastralgia ao ingerir. Tem rinite leve intermitente e história familiar de atopia. Foram realizados testes cutâneos de leitura imediata para: histamina (5mm), controle negativo (não reator), camarão (7mm com pseudópodes), peixe (5mm) e mexilhão (6mm). IgE total 720 kU/L e IgE específica para frutos do mar (peixe, camarão, mexilhão azul, atum e salmão) 0,52 kUa/L, classe I. A paciente no momento está com a síndrome nefrótica controlada, em uso de prednisona 35mg, furosemida, sinvastatina e omeprazol.

**Comentários:** Alergia a frutos do mar em adultos é comum, porém a evolução para síndrome nefrótica é rara. O provável mecanismo envolve hipersensibilidades tipo I, com participação de IgE específica, e tipo III, com formação de complexos imunes circulantes e desenvolvimento de glomerulonefrite. Shishkin NA estudou a relação entre glomerulonefrite e alergia alimentar em 52 pacientes. 71,1% apresentaram IgE total elevada, e a IgE normal se correlacionou com resistência aos corticosteróides e pior prognóstico.

### 110 - Alergia à azeitona: primeiro relato no Brasil

Ferraroni NR<sup>1,2,3</sup>, Ferraroni JJ<sup>3</sup>, Grumach AS<sup>1</sup>.

1-Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo-SP; 2-Hospital Regional da Asa Norte - HRAN, Brasília-DF; 3-Clinim-Alergoclínica, Brasília-DF. grumach@usp.br

**Introdução:** Hipersensibilidade aos alérgenos do pólen das oliveiras pode ocasionar rinite, conjuntivite e asma, sendo comumente descrito no Mediterrâneo. Contudo, alergia alimentar IgE mediada à azeitona é rara, há 1 caso descrito na Europa.

**Objetivo:** Apresentar os primeiros 2 casos de provável alergia à azeitona no Brasil. **Paciente 1:** masculino, 23 anos, história de crises de urticária e asma 15 minutos após ingestão de azeitona e alimentos com azeite de oliva, sem associação a exercício físico. Suspeitou-se da azeitona após o terceiro episódio semanal dos sintomas. Negava cólicas ou diarreia; melhora após 24 horas, sem medicação. Além disto, queixas compatíveis com rinosinusopatia e asma leve persistente, sem tratamento. Por ausência da disponibilidade de IgE específica para azeitona, realizou-se *Prick-to-prick* com duas marcas de azeitona comercialmente disponíveis, com resultado positivo: pápula 5x6mm, histamina (5x5mm), salina (não reator). Teste cutâneo de leitura imediata (Alk Abelló, Espanha): positivo para *Dermatophagoides pteronyssinus*, *Dermatophagoides farinae* e *Blomia tropicalis*. **Paciente 2:** sexo feminino, 19 anos, um episódio de urticária há 2 meses, 30 minutos após ingestão de azeitona, sem qualquer outro sintoma Houve melhora após 1h do uso de anti-histamínico via oral. Ausência de relação com exercício físico. E ainda, queixas compatíveis com rinite vasomotora. *Prick-to-prick* com azeitona foi realizado (como descrito acima), com resultado positivo (pápula 7x8mm). Os ácaros também foram testados, com resultado negativo.

**Conclusão:** Primeiro relato de casos de alergia à azeitona no Brasil. Os sintomas clínicos e *prick test* sugerem um mecanismo de alergia alimentar mediado por IgE.

### 112 - Alergia alimentar e asma grave na infância: relato de caso

Loja C, Garcês M, Corrêa N, Garcês A, Machado C, Palis N

Serviço de Alergia e Imunologia do Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro.

**Objetivo:** Relatar um caso clínico de criança apresentando asma grave associada a alergia alimentar.

**Relato do caso:** Paciente masculino, 18 meses, com história de 7 episódios graves de laringite e broncoespasmo, sempre com internação em UTI, de início após o nascimento. Foi realizada dieta de exclusão de leite de vaca tanto na criança quanto na mãe, sem alteração do quadro. Por conta própria, excluiu soja, com melhora importante do padrão respiratório. Procurou então o especialista para melhor avaliação de alergia. Relata história de refluxo gastro-esofágico, história familiar de atopia, nascimento a termo, aleitamento materno exclusivo até 7 meses e atraso no desenvolvimento psicomotor. Ao exame físico, irritabilidade, coriza e ausculta pulmonar normal. Realizados testes cutâneos de leitura imediata com controles positivo (7mm) e negativo (não reator), *D. pteronyssinus* (4mm), *B. tropicalis* (4mm), fungos do ar (4mm), leite de vaca (5mm), soja (4mm), trigo (4mm) e ovo (5mm). Exames laboratoriais: eosinofilia 13% (total 1326), IgE 663, IgE específica para clara de ovo 1,05; soja <0,35; leite 5,93; caseína 6,00; beta-lactoglobulina 0,48 e poeira domiciliar <0,35. IgA, IgM e IgG normais. Foi orientada a fazer dieta de exclusão e controle ambiental. O paciente foi medicado com cetirizina, montelucaste, fluticasona inalatória, cromoglicato dissódico nasal e bromoprida oral, além de imunoterapia oral para alérgenos inaláveis. Evoluiu com melhora significativa dos sintomas respiratórios até a presente data.

**Comentários:** O relato ilustra um caso de alergia a grãos (trigo, soja, milho), leite de vaca e ovo com manifestações respiratórias graves e atraso no desenvolvimento psicomotor. Atopia é um fator de risco importante para alergia alimentar, e a presença de refluxo gastro-esofágico é uma comorbidade comum que contribui para o agravamento da asma. O aleitamento materno deve sempre ser estimulado, principalmente em pacientes de risco como no caso relatado.



**113 - Alergia ao látex em criança com RAST positivo para alimentos - relato de caso**

Di Gesu RW, Bernd LAG, Di Gesu G.

Hospital da Criança Santo Antonio, Santa Casa de Porto Alegre; Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de P. Alegre – RS

**Objetivo:** relatar caso de alergia ao látex em criança com reações agudas (urticária/broncoespasmo) e diagnóstico inicial de alergia alimentar. **Descrição do caso:** menino, 6a 6m, natural de Porto Alegre, apresentou há 4 meses quadro agudo de urticária, angioedema e asma, necessitando internação hospitalar. Na ocasião, exames solicitados pelo médico assistente: IgE=806KU/L; IgE específica(KU/L): amendoim:12,2; trigo:11,5; soja:5,43; aveia:2,87; cereais:0,85; clara:0,22; gema:0,13 e leite:0,10. Hto: 41,5%, 3,1% eos. EP fezes: 3 am (-). A utilização de anti-histamínicos, corticosteróides e beta-agonistas não promoveu controle dos sintomas, motivando consulta ao serviço de Alergia. Na história clínica apresentava antecedentes pessoais: parto cesáreo a termo, aleitamento materno até os 12 meses, introdução de leite de vaca aos 8m com boa aceitação. Tratamento de RGE (bromoprida/ranitidina/cisaprida). Infecção urinária aos 2m com internação (válvula da Uretra Posterior: antibiótico profilático). Cirurgias: urológicas (aos 6m, 8m e 4 anos); tonsilas palatinas e faríngeas; dreno de orelha média (3a); timpanoplastia (5a). Anafilaxia com formiga (2a). Parada cardio-respiratória após Uretrocistografia (1a2m). Primeira crise grave de asma no pós-operatório da 1ª cirurgia. Alergia a nimesulida. HF(+): asma. Exames solicitados: RAST p/ látex (34,7KU/L), pó e ácaros (>17,5KU/L) e formiga (10,2KU/L). Testes cutâneos não foram aplicados em virtude da necessidade de manter anti-H1. **Conduta:** orientações para látex e alimentos com possível reação cruzada. Em Jan/06 e Ago/07 apresenta crise de asma associada à IVAS. Mãe refere ter introduzido trigo sem urticária há alguns meses. Segue com alimentação sem restrições, nega urticária, mas mantém orientações para látex. **Conclusão:** a história clínica detalhada orienta a solicitação dos exames. A detecção de IgE específica para alimentos em pacientes com IgE total elevada deve ser analisada com cuidado e relacionada ao contexto clínico.

**114 - Alergia ao látex e reação cruzada em pacientes com meningiomielocele**

Sá AB, Oliveira LCL, Mallozi MC, Solé D.

Disciplina de Alergia, Imunologia Clínica e Reumatologia do Departamento de Pediatria da Universidade de São Paulo - Escola Paulista de Medicina

A borracha natural contém mais de 150 polipeptídios, dos quais 56 já foram relatados como alergênicos. A síndrome látex-fruta, ou látex-pólen-fruta é caracterizada pela reatividade cruzada entre alérgenos do látex e de algumas frutas. A sensibilização ao látex na população geral é menor de 1%. Nos pacientes com MMC essa taxa varia de 18 a 72%. O diagnóstico de alergia ao látex requer história de exacerbação dos sintomas cutâneos, respiratórios, oculares, ou sistêmicos, após a exposição ao látex, juntamente com evidências de sensibilização ao látex por teste cutâneo ou medida de IgE específica ou teste de desencadeamento específico. **Objetivo:** Descrever a sensibilização e a alergia ao látex e a frutas, e sua reatividade cruzada em pacientes com meningiomielocele (MMC). **Método:** Foram avaliados 19 pacientes (idades entre 9 meses e 12 anos) com MMC acompanhados no ambulatório de neurocirurgia do Hospital São Paulo – EPM por questionário padronizado e teste cutâneo (TC) de leitura imediata para aeroalérgenos, látex, e frutas com potencial para reação cruzada com látex. **Resultado:** A maioria dos pacientes era do sexo feminino (68%) e 5 (26%) tinham história de reação após contato com látex. Não houve relato de reação a alimentos selecionados (abacate, kiwi, banana, batata, tomate, castanha portuguesa, mamão, figo, melão, manga, abacaxi, pêssego, pêra, aipo, maçã, mandioca e jaca). TC positivos ocorreram em 11/19 pacientes sendo em 9 (47%) para látex, 1 para banana, 1 para abacate, 2 para mamão, 1 para tomate, 3 para batata, 1 para abacaxi e 2 para mandioca. **Conclusão:** Neste trabalho verificou-se frequência de sensibilização ao látex de 47%, alergia ao látex de 26%, sensibilização a uma ou mais frutas relacionadas de 21%. Embora nenhum paciente tenha se mostrado alérgico às frutas avaliadas eles devem ser orientados quanto esta possibilidade e a iniciarem dieta de exclusão ao primeiros sinais de alergia.

**115 - Anafilaxia ao látex durante ato cirúrgico – relato de caso**

Arcanjo LCG, Carvalho LCP, Cordeiro NGB, Diógenes VM, Emerson MFE, Kuschinir F, Martins EAPR, Pereira NMMF, 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.

**Introdução:** Anafilaxia durante ato cirúrgico pode ter diferentes etiologias, entre elas, reação a anestésicos, látex, medicamentos etc.

**Objetivos:** Mostrar um caso de reação anafilática ao látex.

**Relato de caso:** A. C. A. P., feminina, leucoderma, brasileira, desquitada, 62 anos, pensionista, natural e procedente do Rio de Janeiro. Paciente encaminhada para realizar teste de anestésico, pois, informa que, durante cirurgia de diverticulite, apresentou anafilaxia. A cirurgia foi feita sob anestesia geral, tendo usado propofol, ramifentanil, atracúrio, metronidazol, ciprofloxacina, cetoprofeno, dipirona, ondasetron e dexametasona. Três dias após este ato cirúrgico apresentou evisceração, sendo necessária nova intervenção cirúrgica, quando apresentou novamente anafilaxia. Desta vez foram utilizados hidrocortisona, amicacina, fentanil, etomidato e sevoflurano. Em ambas cirurgias a paciente não apresentou manifestações pulmonares, somente manifestações cutâneas (urticária e angioedema labial) e cardiocirculatória.

HPP: Angioedema com aipim há quatro anos.

CDA: Prick-teste com látex e prick sobre luva ++/4+, "prick to prick" com aipim ++++/4+, prick-teste com fentanil negativo. IgE= 129,83 UI, IgE para látex=19,9 UI, RAST para banana, abacate e kiwi negativos. Orientada a realizar cirurgia com produtos sem látex, que foi realizada sem intercorrências.

**Conclusão:** Relatamos este caso para mostrar a importância da anamnese e mostrar a relevância do látex na etiologia de anafilaxia, assim como suas reações cruzadas.

**116 - "Avaliação inicial dos pacientes acompanhados no ambulatório de alergia alimentar da UNIFESP"**

Aranda C, Ferreira M, Lopes S, Canelada D, César D, Harari D, Suano F, Sarni R, Cocco R, Solé D, Mallozi M.

Universidade Federal de São Paulo – SP.

**Objetivos:** Avaliar dados objetivos e subjetivos coletados nas primeiras consultas do serviço de alergia alimentar da UNIFESP em relação aos alimentos envolvidos e tipos de reações, bem como a análise nutricional das crianças nesta ocasião. **Métodos:** Foi realizada uma análise retrospectiva de parte dos prontuários de pacientes atendidos no ambulatório de alergia alimentar dos últimos 5 anos. As variáveis constavam de dados objetivos (sexo, idade de início dos sintomas, teste cutâneo de hipersensibilidade imediata e valores antropométricos) e subjetivos (alimentos responsáveis pelas reações alérgicas, manifestações clínicas e doenças alérgicas concomitantes).

**Resultados:** Prontuários de 32 pacientes (34% gênero feminino e 66%, masculino) foram analisados. Metade dos pacientes apresentava história de reações a apenas um único alimento, sendo o leite de vaca o de maior prevalência (43%), seguido pelo ovo (25%) e pela soja (9%). A outra metade dos pacientes referia manifestações a múltiplos alimentos, sendo leite de vaca e ovo ou leite de vaca e soja as associações mais frequentes. A média da idade de início dos sintomas foi de 5,5 meses. Entre a sintomatologia referida pelos pais, os sintomas cutâneos foram os mais comuns (45%), seguidos pelas queixas de sibilância (22%). Doenças gastrointestinais de início tardio também foram mencionadas. A avaliação nutricional revelou a presença de desnutrição protéico-calórica grau I na média dos pacientes analisados através do z-score (OMS 2006). **Conclusão:** A análise retrospectiva dos pacientes alérgicos a alimentos funciona como um bom parâmetro para se comparar as primeiras queixas (subjetivas) com o diagnóstico final, através dos testes de provocação oral. Além disso, a fim de que haja um correto acompanhamento do ganho ponderal, em especial nas crianças com múltiplas restrições dietéticas, a avaliação antropométrica é de imprescindível importância.

**117 - Características clínicas, terapêuticas e evolutiva de crianças com Esofagite Eosinofílica.**

\*Rodrigues M, #DÁmico MFM, #Patino F, +Prospero CO, \*Sipahi AM, \*Damião AOMC.

\*Departamento de Gastroenterologia HCFMUSP, +Nutricionista Mestranda HCFMUSP e #Hospital do Mandaqui. São Paulo.

**Introdução:** Esofagite Eosinofílica (EE) é uma entidade recentemente caracterizada por acúmulo de  $\geq 20$  eosinófilos/HPF, cujos sintomas mimetizam DRGE. **Objetivo:** Apresentar as características clínicas, terapêuticas e evolutivas da EE. **Métodos:** Levantamento retrospectivo de prontuários no período de 2004 à 07. **Resultados:** 10 crianças com EE, masculinas, caucasianas, idade no início sintomas (média  $\pm$ DP) 5.08 $\pm$ 4.16, mediana 5.99 e amplitude 0.16-11 a, idade na 1 EDA (média $\pm$ DP) 3.15 $\pm$ 2.44, mediana 3.50 e amplitude 0.16-8 anos. Sintomas principais: vômitos 4/10, dor abdominal 4/10, queimação 2/10, náusea 3/10, impactação 2/10, diarreia com sangue 1/10. Perda de peso 4/10, inapetência 2/10 e aversão alimentar 4/10. Irritabilidade 6/10. Tosse 4/10 e chiado 4/10. EDA em 6/10: grumos esbranquiçados longitudinais no esôfago e 4/10 esôfago traqueinizado. Quantificação de eosinófilos:36 a 100 eosinófilos/HPF no esôfago. Rast positivo alimentos (> classe 2):1 pt < 5 a, 2 pt 5-10 a e 1 pt > 10 a. Prick teste positivo alérgeno ambiental: 1 pt < 5 a. Dieta: hidrolisado protéico 1 pt, elementar 3 pt < 5 a; dieta eliminação 5 pt 5-10 a e 1pt > 10 a. Corticóide aerossóis 3 pt e oral 2 pt < 5 a; 3 pt 5-10 a e 1 pt > 10 a; corticóide oral 2 pt < 5 a, 1 pt 5-10 a. Bloqueador H2 em 1 pt < 5 a, 3 pt 5-10 a e 2 pt > 10 a; inibidor de bomba de prótons 1 pt < 5 a, 2 pt 5-10 a e 1 pt > 10 a. A EE foi controlada em 8/10 e recaída em 2/10 pt. A EDA controle 8/10 normal em 6-9 m de tratamento e histológica em 12-18 m. **Conclusão:** Evolução clínica dos nossos pacientes, embora de caráter crônico, foi satisfatória. Aguardamos novos avanços na patogênese molecular da EE, possibilitando tratamentos específicos.

**119 - Caso clínico: lesão palpebral atípica em lactente associada a IgE específica para gema de ovo**

Becker, A L

**Objetivo:** Revisar um caso de lesão palpebral atípica em lactente atópico e revisão bibliográfica.

**Método:** Paciente de treze meses avaliado em consultório com lesão não diagnosticada em pálpebra superior há pelo menos quatro meses com diagnóstico presuntivo de tersol, sem resposta a eritromicina, cefalexina, sulfametoxazol mais trimetoprina, rifampicina ou corticóides; tendo consultado múltiplos profissionais especializados, e com exames: eritrócitos=4,18; hemoglobina=11,3; hematócrito=32,6; VCM=78,1; RDW=12,7; linfócitos=69% 5.853; VSG=37; IGG=356; IGM=94; IGE=1; IGA=24; PCR=0,5. Ao exame clínico apresentava lesão granulomatosa e escamativa na pálpebra superior direita, com discreta exudação purulenta. Não apresentava outras lesões na pele, rinite alérgica. Tinha desenvolvimento ponderoestatural normal e antecedentes pessoais e gestacionais normais. Foi solicitada citologia diferencial ocular com 93% mononucleares, 6% PMN, 1% eosinófilos. IGE específicas: para clara de ovo, leite, lactoalbumina, lactoglobulina, amendoim, soja, banana, trigo, negativas (menor que 0,35ku/l); gema de ovo, 8,29ku/l. Resultado: Após a retirada total do ovo e derivados, apresentou melhora significativa em duas semanas, normalizando o quadro em 30 dias.

**Conclusão:** O achado laboratorial foi compatível com a melhora clínica, mesmo com IGE total inferior a 1 ui/ml.

**118 - "Caracterização de pacientes brasileiros alérgicos à soja empregando-se técnicas de microarray"**

Cocco R<sup>1</sup>, Sole D<sup>1</sup>, Mallozi M<sup>1</sup>, Naspitz C<sup>1</sup>, Jacob C<sup>2</sup>, Wandalsen N<sup>3</sup>, Passeti S<sup>3</sup>, Mota J<sup>4</sup>, Sjolander S<sup>5</sup>, Poorafshar M<sup>5</sup>, Kober A<sup>5</sup>.

<sup>1</sup>Universidade Federal de São Paulo-Escola Paulista de Medicina, São Paulo-SP; <sup>2</sup>Universidade de São Paulo, São Paulo-SP; <sup>3</sup>Faculdade de Medicina do ABC, Santo André-SP; <sup>4</sup>Universidade Federal de Sergipe, Aracaju-SE, <sup>5</sup>Phadia AB, Uppsala, Suécia.

**Objetivo:** Analisar o perfil de pacientes brasileiros alérgicos à soja de acordo com a ligação de IgE a diferentes alérgenos: proteínas da soja, alimentos e aditivos à base de soja e outras proteínas encontradas em alimentos e plantas da mesma família. **Método:** Foram recrutados nove pacientes com alergia à soja, diagnosticada através de teste de provocação oral, bem como um grupo controle. As ligações de IgE específica com as proteínas recombinantes ou purificadas foram mensuradas através de um sistema de capilaridade baseado na técnica de *microarray*.

**Resultados:** a  $\beta$ -conglucina foi a proteína da soja mais reconhecida pelos pacientes alérgicos. A ligação de IgE a alimentos e aditivos à base de soja foi diretamente proporcional à ligação com a soja total, assim como as principais proteínas do amendoim. Reatividade a pólen foi encontrada em grande parte dos pacientes e cerca de metade deles apresentaram altos níveis de CCD.

**Conclusão:** Houve uma marcante diferença entre o grupo-estudo e o grupo controle em relação ao padrão de reconhecimento da IgE às diferentes proteínas testadas. Os pacientes alérgicos apresentaram uma alta reatividade aos principais alérgenos da soja e do amendoim e baixa reatividade aos pólenes. A técnica do *microarray* possibilita a análise simultânea de diversas proteínas em um grande número de pacientes, alérgicos ou sensibilizados.

**120 - Choque anafilático por látex – relato de caso**

<sup>1</sup>Carvalho JAB, <sup>1</sup>Mira AC, <sup>2</sup>Figueiredo JP, <sup>2</sup>Medeiros Jr M.

<sup>1</sup>Serviço de anestesiologia HUPES-UFBA; <sup>2</sup>Serviço de Imunologia HUPES-UFBA, Salvador Bahia.

**Objetivo:** Relatar um caso de choque anafilático durante procedimento cirúrgico, abordagem terapêutica e investigação diagnóstica. **Relato de caso:** M.J.S, 18 anos, masculino. No 2º dia de vida foi submetido a cirurgia para correção de mielomeningocele e no 1º e 2º mês, respectivamente, para colocação de derivação ventrículo-peritoneal a direita e à esquerda. Na idade pré-escolar realizou correção de criptorquidia e fimose. Aos cinco anos apresentou edema bi-palpebral após contato com bola de soprar. Em 24/07/07 foi submetido a cistolitotomia, sob anestesia geral venosa (midazolam 2mg; fentanil 100mcg e propofol 30mg *em bolus* e infusão contínua). Ao final do procedimento (onde se utilizou luvas de látex), desenvolveu choque circulatório hiperdinâmico com taquicardia (143 bpm) e sudorese associado a pressão arterial sem captação pelo monitor. Inicialmente suspeitou-se de efeito colateral por medicações anestésicas, sendo administrado cristalóide e antídotos (Naloxone 0.2 mg e Flumazenil 0.2 mg), sem sucesso. Foi realizada intubação orotraqueal, colocado em ventilação mecânica e administrado-se adrenalina, hidrocortisona (500 mg), prometazina (50mg), ranitidina (50mg) e, por fim, noradrenalina concentrada. A partir disso houve melhora do quadro, a PA média em torno de 80 e encaminhado a UTI. Permaneceu internado com melhora progressiva do quadro clínico recebendo alta da UTI no sétimo dia de internamento, totalmente recuperado. Testes cutâneos de leitura imediata e dosagem de IgE específica para látex foram positivos. **Conclusão:** Algumas condições mórbidas podem representar fator de risco para o desenvolvimento de alergia ao látex, que pode levar a situações de emergência em alergia, como a descrita neste caso. O médico, especialmente o alergologista deve estar preparado para lidar com situações de emergência que possam representar risco para a vida, como o choque anafilático.

**121 - O uso de corticosteróide inalatório em paciente com alergia à proteína do leite de vaca**

Blanco P, Oyama C, Valverde K, Menezes M, Forte W.

Setor de Alergia e Imunodeficiências da Irmandade da Santa Casa de São Paulo.

**Objetivo:** Descrever a exacerbação de crise de asma durante a inalação de corticosteróide em portador de alergia à proteína do leite de vaca.**Relato de caso:** WMP, 19 anos, pardo, sexo masculino, natural de São Paulo, iniciou acompanhamento no Setor de Alergia aos 6 anos de idade, com chiado no peito e coriza desde os 5 meses de vida. Ele esteve em aleitamento materno exclusivo até 8 meses de vida, quando foi introduzido leite de vaca evoluindo com piora dos sintomas respiratórios, além de distensão abdominal e vômitos. Foi retirado leite de vaca e derivados, sendo substituídos por leite de soja, com melhora dos sintomas. Dos exames realizados, mostraram-se alterados; IgE 465mg/dL; pico de fluxo expiratório 70% do esperado e teste cutâneo positivo para caseína e *D. pteronyssinus*. Diagnosticado asma persistente moderada, rinite alérgica e alergia à proteína do leite de vaca. Iniciado o tratamento com dieta de exclusão, anti-histamínico oral, corticosteróide tópico oral (spray). Após melhora dos sintomas mantido apenas a dieta de exclusão, mas quando o paciente ingeria o alérgeno piorava dos sintomas respiratórios. Aos 12 anos, após ingerir queijo ralado, evoluiu para anafilaxia. Desde então ao ingerir o alérgeno apresenta anafilaxia. Aos 18 anos, por piora da asma foi introduzida budesonida inalatória. Após dez minutos da inalação da medicação, o paciente iniciou dispnéia, com queda de 10 % do pico de fluxo expiratório em relação à medida antes de usar a medicação. Foi verificado que o medicamento inalado apresentava lactose e, segundo o fabricante, pode haver contaminação com caseína.**Conclusão:** Observamos aparecimento de broncoespasmo após inalação de medicamento tópico oral, contendo lactose, em portador de alergia ao leite de vaca. Acreditamos que esses fármacos possam desencadear quadros de hipersensibilidade nesses pacientes, por possível contaminação com caseína em seu excipiente.**123 - Relato de caso: alergia ao látex com reação cruzada ao maracujá.**

Barbosa, ECM; Saldanha, CT

Hospital de Referência Dr. Alfredo Barros, Paraíso do Tocantins, Tocantins, Brasil.

**Introdução:** Alergia ao látex é uma reação IgE mediada, que pode se manifestar desde urticária, rinite a reações sistêmicas graves, como anafilaxia. Muitos autores têm investigado uma associação dessa enfermidade há uma variedade de frutas, citando-se maracujá, abacate entre outras. Os profissionais de saúde, particularmente aqueles que são atópicos e/ou usam luvas de borracha regularmente, têm risco aumentado de sensibilização ao látex.**Objetivo:** Relato do caso de auxiliar de enfermagem, com história clínica de angioedema, urticária após ingestão de maracujá.**Materiais e métodos:** Estudo descritivo de anamnese e exame físico, na qual a paciente de 32 anos apresentava história compatível com sintomas rinosinusoconjuntivais durante período de trabalho e há 2 anos com piora do quadro e afastamento recorrente do trabalho. Por volta de 1 ano apresentou quadro de urticária após ingestão de mamão e há 8 meses apresentou edema periorbitário, labial, urticária e rouquidão, 05 minutos após tomar suco de maracujá. Realizados teste de leitura imediata para látex, maracujá, abacate e mamão; dosagem de IgE específica para dermatofagóides, fungo e látex além do teste do dedo de luva de látex.**Resultados:** O teste cutâneo de leitura imediata foi positivo para látex (11mm c/ pseudópodes) e prick to prick para mamão (5mm), maracujá (6mm), IgE sérica total, igual, a 98 e específica para látex classe IV (18, 5) e teste do dedo de luva positivo.**Conclusão:** Pacientes sensibilizados ao látex frequentemente apresentam reações cruzadas a vários alimentos, frutas conforme o caso relatado e também a legumes.**122 - Paciente com anafilaxia a maracujá e reação cruzada com o látex. relato de caso.**

Leite RMS, Leite AAC, Trevenzol FP, Brugnera PC, Pimentel LC.

Universidade Católica de Brasília, Brasília-DF

Relatamos o caso de uma paciente que apresentou urticária generalizada, edema de lábios e rouquidão evoluindo para dificuldade respiratória, tendo sido atendida em Pronto Socorro e tratada para anafilaxia após a ingestão de maracujá. A paciente havia sido submetida a procedimento cirúrgico 5 meses antes, com diagnóstico de anafilaxia em per-operatório de causa então desconhecida. A história clínica revelou o contato cirúrgico com luvas de látex. Foi realizada a pesquisa de IgE específica para látex e maracujá (CAP SYSTEM) na Mayo Clinics dos EUA com o diagnóstico de reações classe VI para ambos os antígenos testados. Não foi realizado teste de provocação prick-prick pelo risco de anafilaxia.

O diagnóstico de alergia ao látex é baseado na identificação de indivíduos com sintomas que possam ser consistentes com reação IgE mediada a produtos que contenham látex. Diversos relatos têm demonstrado a reatividade cruzada entre o látex e o abacate e em menor número a batata, banana, tomate, kiwi e mamão. Relatos de reação cruzada com o maracujá, apesar de raros, existem na literatura, o que justificaria o quadro clínico laboratorial da paciente em questão. A paciente trabalhou em setor de offset em gráfica no passado, com contato frequente com borracha utilizada em encadernamento de agendas, o que poderia ser o motivo da sensibilização da mesma.

O clínico deve estar atento para a possibilidade deste tipo de reação e da sua possível gravidade, além da questão da sensibilização muitas vezes poder estar associada ao ambiente de trabalho do paciente.

**124 - Síndrome látex-fruta com acerola**

Ribeiro, MR; Garcia, CLC; Aun, MV; Galvão, CES; Motta, AA; 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

**Introdução:** A síndrome látex-fruta ocorre em cerca de 35% dos alérgicos ao látex, sendo descritos vários alimentos no desencadeamento das reações: castanhas, banana, kiwi, abacate, além de legumes e raízes. Nos últimos anos, têm sido identificadas reações com outros alimentos até então desconhecidos quanto a reatividade cruzada com látex. **Objetivo:** Relatar o caso de uma paciente de 7 anos com alergia ao látex, que desenvolveu alergia a acerola. **Relato de caso:** Paciente de 7 anos, sexo feminino, com antecedente de rinite. A história de alergia ao látex iniciou aos 3 anos de idade, quando teve quadro de angioedema e dispnéia após encher bexiga. Esse diagnóstico foi reforçado com os resultados positivos para IgE específica ao látex através do teste de punção e da dosagem sérica. A paciente ficou bem controlada com exclusão de materiais de látex, porém aos 5 anos, apresentou placas urticariformes em tronco e braços após a primeira ingestão de suco de acerola, além de uma nova reação com angioedema labial após ingestão da fruta. A pesquisa de IgE para acerola foi realizada pelo teste de punção, com a técnica *prick to prick* com a fruta fresca, que resultou positivo para acerola (papúla de 5 mm). A história de reação imediata associada a IgE específica positiva para o alimento suspeito (acerola) tornaram o diagnóstico de alergia alimentar, nesse caso uma síndrome látex-fruta, bastante provável, e, assim, optou-se por não realizar a prova de provocação oral, considerando o risco desse procedimento. **Conclusão:** O maior consumo de frutas tropicais poderia justificar o aumento da prevalência de novas alergias alimentares antes não descritas na literatura. A síndrome látex-fruta deve ser considerada em todo paciente com alergia ao látex, pois seus alérgenos apresentam reatividade cruzada com vários alimentos. Nesse caso, mais um alimento que não consta entre os mais comuns, provavelmente faz parte da síndrome látex-fruta.

### 125 - Teste de Provocação Oral – Experiência do Ambulatório de Alergia – UNIFESP

Gavioli M, Lima SO, Baddini LF, Rodrigues CS, Souza FIS, Mendonça RB, Sarni ROS, Cocco RR, Mallozi MC, Sole D.

Disciplina de Alergia, Imunologia Clínica e Reumatologia – Departamento de Pediatria – UNIFESP.

**Objetivo:** Descrever a experiência do teste de provocação oral com alimentos no ambulatório.

**Métodos:** Foram submetidos ao teste de provocação oral 40 pacientes com idade entre 7 meses e 10 anos, 25 do sexo masculino, no período de agosto de 2005 a agosto de 2007. As queixas mais freqüentes foram: urticária (10 pacientes), diarreia (12), sibilância (3), angioedema e urticária associados (11). O desencadeamento foi simples cego. Inicialmente foi realizado teste cutâneo e, em seguida administradas porções crescentes dos alimentos.

**Resultados:** Entre os 40 testes de provocação oral realizados, 22,5% foram positivos, sendo que 90% destes foram positivos para leite de vaca. Nos pacientes com desencadeamento positivo, os sintomas encontrados foram de angioedema e urticária associados (5) e urticária isoladamente (4). Os 3 pacientes com história de sibilância tiveram desencadeamento negativo com leite de vaca.

**Conclusão:** O teste de provocação é o padrão-ouro para o diagnóstico de alergia alimentar, sendo o duplo cego o mais fidedigno. Na nossa experiência o teste simples cego demonstrou também ser eficaz no diagnóstico de reação adversa a alimentos.

### 127 - Urticárias físicas: Uma associação incomum.

Huback G I, Pires G V, Blanc E, Valle S O R, França A T.

Serviço de Imunologia - Hospital Universitário Clementino Fraga Filho / Faculdade de Medicina / UFRJ.

**Objetivo:** Relatar a presença de três formas distintas de urticária física em uma paciente.

**Método: Relato do caso:** MNO, pront. 455124, 49 anos, casada, professora, natural BA, reside atualmente no RJ. Início do quadro há 2 anos com lesões eritemato-papulosas, pruriginosas ao contato com água quente, banho quente e vapor, melhorando espontaneamente ou com banho frio. Progressivamente surgiu quadro cutâneo quando exposta ao sol, obtendo melhora somente com o uso de anti-H1. Nega asma e/ou rinite.

Na HPP: É diabética, hipertensa, faz tratamento psiquiátrico para síndrome do pânico. Asma até os 8 anos de vida.

Exames complementares solicitados: HC, VHS, TGO, TGP, Gama-GT, glicose, T4L, TSH, Anti-tireoglobulina, Anti-TPO, C3, C4, Anti-DNA, HIV, Sorologias para Hepatites, Uréia, Creatinina, EAS, MIF, Testes de Urticária Física, Fototeste.

Alterados: U. calor+, Dermografismo+, Fototeste+, TGO 40, G-GT 107, VHS 35, glicose 117.

**Conclusão:** As urticárias físicas são entidades clínicas distintas, porém diferentes formas podem coexistir no mesmo paciente. Neste caso, observa-se a associação de três tipos de urticárias físicas: dois raros, calor e solar, e o mais comum que é o dermatografismo. Este caso ressalta a complexidade e a importância da atenção que deve ser dada a cada paciente, haja vista o grande número de peculiaridades de cada condição que pode ser encontrada em um só indivíduo. Anamnese e exame físico detalhados e, minuciosos são de fundamental importância para o êxito diagnóstico e instituição de um tratamento eficaz.

### 126 - Validação de um questionário específico para Pacientes com Urticária Crônica (CU-Q2oL)

Andrade MSJ, Itokasu C, L, Martins LC, Machado CA, Grumach A, Criado RFJ

Disciplina de Dermatologia da Faculdade de Medicina do ABC. Instituto de Pneumologia e Imunologia do ABC

**Objetivo:** Validar o questionário CU-Q2oL para avaliação da qualidade de vida em pacientes com urticária crônica(UC)

**Métodos:** o questionário foi traduzido para a língua portuguesa sob a permissão do autor. Foi então aplicado em 30 pacientes com UC e 30 indivíduos sem nenhuma doença dermatológica.

A análise estatística utilizou o método de Mann Whitney para as variáveis quantitativas e o teste do qui quadrado para as variáveis qualitativas. Para verificar a consistência interna foi utilizado o coeficiente de Cronbach 's.

**Resultados:** 65,1% dos pacientes eram do sexo feminino e 34,1% eram do sexo masculino. A idade dos pacientes variou de 19 a 78 anos (36,37±16,91). Todas as questões obtiveram coeficiente de Cronbach 's com p>0,50, sendo consideradas com boa ou ótima consistência.

**Conclusão:** O questionário constitui uma ferramenta adequada para avaliação da qualidade de vida em pacientes com UC no Brasil.

### 128 - Urticária colinérgica associada a urticária ao frio – relato de caso.

Ensina LFC, Ferreira FMF, Matos RT, Gibelli SMAD, Koch TF, Camelo-Nunes IC

Disciplina de Reumatologia e Imunologia. Faculdade de Medicina da UNISA – São Paulo - SP

A urticária ao frio é caracterizada pelo aparecimento de urticária e/ou angioedema após exposição ao frio. A urticária colinérgica, por sua vez, é aquela desencadeada por situações em que há aumento da temperatura corporal, como atividades físicas e banhos quentes. Apresentamos um caso pouco freqüente, de urticária colinérgica associada a urticária ao frio.

J.A.S., masculino, 19 anos, técnico em eletrônica. Refere coceira intensa pelo corpo, com aparecimento de pequenas lesões avermelhadas, acompanhado de falta de ar, cansaço e sensação de escurecimento de visão há 3 anos, após nadar por alguns minutos em uma represa de água gelada. Foi atendido em nosso serviço onde realizou teste do cubo de gelo (negativo) e teste de esforço em esteira (com aparecimento de pápulas de 2mm disseminadas, acompanhadas de prurido generalizado). Dermografismo positivo. Foi tratado com hidroxizine, com melhora parcial do quadro. Desde então apresenta quadro semelhante sempre que joga futebol ou anda de bicicleta.

Após 2 anos, passou a se queixar de coceira e "vergoes" no corpo nas áreas expostas ao frio. Foi realizado novo teste do gelo, com aparecimento de pápula eritematosa e pruriginosa no local após 3 minutos.

As urticárias físicas são as urticárias desencadeadas por estímulos físicos (frio, calor, luz e mecânico). Correspondem de 20 a 30% dos casos das urticárias crônicas. A urticária colinérgica, atualmente, é classificada como um tipo especial de urticária, uma vez que o estímulo desencadeante não é externo. Sua prevalência em adultos é de 11,2%. Embora ambas, isoladamente, não sejam raras, sua associação é pouco comum. No caso descrito, a presença simultânea de ambos os tipos de urticária compromete significativamente a qualidade de vida do paciente. O diagnóstico correto permite orientar e tratar o paciente da forma mais adequada.

**129 - Urticária crônica e tireoidopatia – relato de caso**

Aguirre PPF, Amaral CSF, Mendes KAP, Ferreira MIPL, Janólio F., Seiler T, Odebrecht SA, Alonso MLO.

Serviço de Alergia e Imunologia Dermatológica – Instituto de Dermatologia Prof. Azulay. Santa Casa da Misericórdia do RJ e Pós-Graduação em Alergia e Imunologia da Pontifícia Universidade Católica –RJ

**Introdução:** A urticária é uma enfermidade freqüente que acomete 15 a 20% da população. A urticária crônica é uma entidade de difícil diagnóstico etiológico e tratamento. Há relatos de que em até 20% dos casos refratários ao tratamento, possam ser encontrados títulos elevados de anticorpos antitreóide. **Objetivo:** relatar o quadro de uma paciente com urticária crônica, a qual apresentou durante o período de acompanhamento no setor, títulos alterados de TSH e anti-TPO. **Relato de Caso:** E.S.R., 69 anos, feminina, branca, costureira. Há 3 anos apresentando episódios diários de urticária. Dermografismo positivo (++)/ (4+), mas sem angioedema. Fez uso de diferentes classes de anti-histamínicos com melhora parcial. Alguns cursos rápidos de corticóide sistêmico foram necessários em alguns episódios para controle da exacerbação. Foram afastados medicamentos suspeitos; mantido apenas o colírio Maleato de Timolol a 0,5% para controle do glaucoma. Todos os exames realizados foram normais (hemograma completo, provas de função reumática, hepática, renal, lipidograma), exceto o anti-TPO (368 UI/ml). Em determinado momento o TSH elevou-se para 6,5 (VR até 5,5) e a paciente começou a manifestar alguns aspectos clínicos de hipotireoidismo. Foi iniciada pela endocrinologia, levotiroxina 50mcg/dia. Houve redução gradativa das placas urticarianas até a remissão completa do quadro. **Conclusão:** A associação de tireoidopatia auto-imune e urticária crônica vem sendo descrita há anos, embora sejam desconhecidos mecanismos etiopatogênicos que expliquem a questão. Entretanto é importante acrescentar na pesquisa das urticárias crônicas, a avaliação da função tireoidiana, pois em determinados casos, como no da nossa paciente, a detecção do início do quadro de hipotireoidismo e a introdução da terapêutica específica, ajudaram de forma substancial para o controle clínico das lesões.

**131 - Urticária e anafilaxia como apresentação inicial de malária mista grave: relato de caso**

Pulici, G. A.<sup>1,2</sup>; Magalhães A.<sup>2</sup>

Universidade Federal do Acre – Faculdade de Medicina – Departamento de Ciências da Saúde; Fundação Hospitalar do Acre – Ambulatório de Alergia e Imunologia Clínica. Rio Branco – Acre

C.A.M.S. 42 anos, natural de Belo Horizonte – MG, previamente hígido, procurou serviço de saúde estadual da Fundação Hospitalar do Acre com queixa de prurido cutâneo generalizado há 2 dias com pápulas e placas urticariformes disseminadas por todo o corpo sem quaisquer outros sinais ou sintomas. Negou uso de medicações no último mês ou mesmo qualquer patologia infecto-contagiosa nos últimos meses. O paciente esteve, 3 semanas antes, em região endêmica para malária no interior do estado de Rondônia, de onde rumou para Rio Branco – AC. Ao exame físico notou-se bom estado geral, rubor cutâneo generalizado, dermatografismo, PA = 130 x 90 mmHg, T = 38°C, sendo então orientado e receitado anti-histamínico. Retornou no dia seguinte com febre elevada (T = 40°C), calafrios, mal estar, náuseas, vômitos, anorexia, dor abdominal, piora do prurido cutâneo e vertigem. Ao exame físico notou-se mal estado geral, taquidispnéico, FR = 32 rpm, PA = 90 x 60 mmHg, T = 39,5°C, uso de musculatura acessória, murmúrios vesiculares presentes com sibilos e estertores subcrepitantes e aumento do tempo expiratório. Após internação e administração de medicamentos, com normalização da PA e dos sintomas de Insuficiência Respiratória, os exames iniciais (Hemograma, Pesq. Plasmódio, Provas Reumatológicas, Transaminases, Função Renal) não revelaram quaisquer alterações. Apenas no 4º e 6º dia de hospitalização, respectivamente, foram isolados *P. vivax* (++++) e *P. falciparum* (++++) possibilitando o tratamento específico com antimaláricos. O paciente evoluiu, porém, com Insuficiência Renal Aguda e Malária Cerebral sendo transferido para UTI, onde recebeu hemodiálise e permaneceu em coma por 2 meses. Obteve alta hospitalar sem seqüelas neurológicas e com Insuficiência Renal Crônica Dialítica 2 semanas após extubação.

**130 - Urticária crônica recidivante em paciente alérgico a milho**

Criado RFJ, Itokasu C, Tegoshi LY, Machado CA, Grumach A,

Disciplina de Dermatologia da Faculdade de Medicina do ABC e Instituto de Pneumologia e Imunologia de São Bernardo do Campo

**Objetivo:** Relatar urticária crônica recidivante em uma paciente alérgica a milho.

**Relato de Caso:** Paciente do sexo feminino, 47 anos, procedente de Santo André, com história de urticária crônica há 2 anos e sensação de plenitude gástrica, recidivante, com aparecimento uma a duas vezes por semana e piora com a ingestão de vários alimentos, principalmente os derivados do milho. Realizou-se o imunocap para milho, o teste cutâneo com extrato comercial e pelo método prick-prick.

**Resultados:** O *imunocap* mostrou resultado de 3,4. O teste cutâneo com extrato comercial e pelo método prick-prick mostrou um diâmetro médio de 3 e 4 mm, respectivamente. A paciente foi orientada a restringir o milho e derivados e houve desaparecimento completo dos sintomas, mantido mesmo após dois anos de seguimento clínico.

**Conclusão:** Apesar da prevalência baixa de alergia alimentar na urticária (<3%) deve-se pesquisar esta correlação, considerando-se as diversas etiologias relacionadas com o a manutenção da urticária crônica. Este relato também é relevante no sentido de enfatizar que embora seja pouco freqüente, os alimentos podem estar associados às manifestações cutâneas.

**132 - Tireoidite de Hashimoto e Urticária Crônica em criança - relato de caso**

Di Gesu RW, Bernd LAG, Di Gesu G.

Hospital da Criança Santo Antonio; Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre – RS

**Objetivo:** ilustrar a associação de tireoidite e urticária crônica com 6 anos de evolução em criança de 12 anos de idade. **Relato de caso:** menina, 12a, apresenta urticária crônica recorrente desde 6a, necessitando vários cursos de corticosteróides orais associados à anti-H1 para controle do quadro clínico. Dor articular e cefaléia em investigação. Uso freqüente de AINES sem correlação nítida com as crises. Antecedentes Pessoais: uso de imipramina (déficit cognitivo). Exames anteriores: Ac anti-microsomas: reagentes 1:16.000; TSH: 3,84mg/L; T4: 0,84µUI/nL; IgE total: 13,9KU/L; IgA, IgG, IgM, C4: dentro da normalidade. ASLO, Hepatite B, FAN: não reagentes. EPF: negativo. Hist. Familiar: (?/adotiva). Exames solicitados: Hto: 40,3%; Hb: 14,1g; TSH: 6,18mg/l; T4: 0,8µUI/nL. EQU: normal. **Conduta:** associação Anti-H1 (1ª/2ª gerações), orientações p/ AINES e aditivos alimentares. **Evolução:** Manutenção de urticária, uso regular de anti-H1 e cursos curtos de prednisona (geralmente associado a IVAS). Aspecto carotenêmico 7m após 1ª consulta: T4: 0,9µUI/nL e TSH: 13,01mg/L. Encaminhada à endocrinologia, início de L-tiroxina e controle da urticária (TSH: 1,0mg/L e T4: 2,58µUI/nL). **Conclusão:** A urticária crônica é uma doença pouco freqüente em crianças, mas assim como em adultos, a determinação do(s) agente(s) etiológico(s) nem sempre é tarefa fácil. A urticária crônica / angioedema podem estar associadas às tireoidites auto-ímmunes (especialmente Hashimoto), ou à presença de auto-ac circulantes (anti-tireoperoxidase ou anti-microsomas) e função tireoideana normal. De maneira geral, estes pacientes apresentam urticária/angioedema com má resposta aos tratamentos usuais e evolução mais prolongada.

### 133 - Urticária não responsiva a anti-histamínicos tratada com leflunomida em paciente com artrite reumatóide

Gonzalez CCV, Machado CA, Grumach AS, Criado R F J

Disciplina de Dermatologia da Faculdade de Medicina do ABC e Instituto de Pneumologia e Imunologia de São Bernardo do Campo, São Paulo.

**Objetivo:** Relatar o tratamento com Leflunomide (Arava®) de uma paciente com artrite reumatóide e urticária não responsiva a anti-histamínicos.

**Relato de Caso:** ARA, natural e procedente de Santo André com diagnóstico de urticária crônica e artrite reumatóide. A paciente relatava piora da urticária com várias drogas incluindo anti-inflamatórios não hormonais e drogas imunossupressoras como o metotrexato. Devido à má evolução, indicou-se leflunomida. Como a paciente referisse piora da urticária inclusive com imunossupressores foi realizado dose supervisionada de 20mg até a dose máxima de 100mg que foi mantida semanalmente. Após a segunda dose semanal da medicação a paciente ficou livre dos sintomas de urticária permanecendo assintomática por 6 meses de acompanhamento.

**Conclusão:** A leflunomida é um imunossupressor com ação sobre o metabolismo de purinas, relativamente novo, utilizado com sucesso em pacientes com artrite reumatóide e com poucos efeitos colaterais. Alguns autores já sugeriram que possa ter efeito benéfico em casos de urticária de difícil controle. Este é o primeiro caso da literatura relatando melhora da urticária crônica com este medicamento.

### 135 - Urticária Solar – Relato de Caso

Osorio P, Amaral CSF, Ferreira MIPL, Mendes KAP, Janólio F, Noletto L, Casado AF, Mescka CM, Seiler T, Odebrecht SA, Alonso MLO.

Serviço de Alergia e Imunologia Dermatológica – Instituto de Dermatologia Prof. Azulay. Santa Casa da Misericórdia - RJ e Pós-Graduação em Alergia e Imunologia da Pontifícia Universidade Católica - RJ

**Introdução:** As urticárias físicas representam um capítulo específico dentro do estudo das urticárias. Os mecanismos através dos quais, os agentes físicos desencadeiam o quadro, não estão totalmente estabelecidos, mas sabemos que ele surge em função da aplicação de estímulo físico sobre a pele. **Objetivo:** Relatar um caso de urticária solar, cuja incidência é rara, menor do que 1% de todas as formas de urticária. **Relato de Caso:** R.C.S., 16 anos, feminina, branca, solteira, natural de Angra dos Reis. Há 3 anos iniciou quadro de placas eritemato-papulosas, pruriginosas, diárias, sempre após mínima exposição ao sol. Refere um episódio de angioedema. Compareceu à consulta sem lesões urticarianas. O dermatografismo era negativo. Foi realizado o fototeste com exposição à luz solar por 40 minutos. Ao término da exposição, evidenciamos edema discreto com pápulas nas áreas fotoexpostas. Nos 5 minutos seguintes, houve aumento progressivo do edema e após 20 minutos, já havia placas bastante edemaciadas, eritematosas, com prurido local intenso. Foi prescrito Hidroxizina 75 mg ao dia (a primeira dose foi administrada após o término do teste) e fornecida orientação quanto à fotoproteção. Na segunda consulta, a paciente referiu estar fazendo uso de 50 mg de Hidroxizina ao dia, e mesmo assim, apresentando controle completo das lesões. Mantivemos a dose e reforçamos a necessidade de proteção à luz solar. **Conclusão:** Descrevendo este caso, chamamos a atenção para a necessidade de se diagnosticar as urticárias físicas, diagnóstico este, baseado na história de aparecimento das lesões nas áreas expostas ao estímulo físico, no caso em questão, à luz solar. A reprodução da lesão pelo fototeste também é importante. São necessários ainda, o acompanhamento e orientação freqüentes destes pacientes, para que eles entendam que o curso natural da doença é prolongado. Esta compreensão é o primeiro passo para a adesão do paciente e para o controle da doença.

### 134 - Urticária não Responsiva a Anti-histamínicos: Tratamento baseado em Achados Histopatológicos

Criado R F J, Criado PR, Michalany N, Itokasu C, Valente N Y S, Machado CA

Disciplina de Dermatologia da Faculdade de Medicina do ABC; Instituto de Pneumologia e Imunologia do ABC; LIM-53 – Divisão de Dermatologia do Hospital das Clínicas da FM USP.

**Objetivo:** Analisar regimes terapêuticos baseados nos aspectos morfológicos das biópsias cutâneas dos pacientes com urticária crônica(UC) resistente ao tratamento com anti-histamínicos.

**Métodos:** 22 pacientes com UC resistentes ao tratamento com anti-histamínicos de primeira e segunda geração, isolados ou em associação, onde foi realizada avaliação clínica e laboratorial extensa para excluir alergia alimentar e aero-alérgenos, drogas, doenças internas ou agentes físicos. Após, foram realizadas biópsias cutâneas e foram alocados em três grupos: (I). Infiltrado dérmico perivasculares, com linfócitos, monócitos, neutrófilos e/ou eosinófilos (padrão misto); (II). Infiltrado perivasculares composto principalmente por neutrófilos;(III). Infiltrado perivasculares composto principalmente por eosinófilos. De acordo com o grupo histopatológico, os pacientes foram submetidos aos seguintes regimes terapêuticos ilustrados no esquema abaixo:(A)- Dapsona: 100 mg/dia para os pacientes grupo I ou II; (B)- Colchicina: 1,5 mg/dia para os pacientes grupo I ou II com contra-indicação ao uso de dapsona;(C)- Montelukaste: 10 mg/dia para os pacientes do grupo III.

**Resultados:** A idade dos pacientes variou de 19 a 62 anos (média 41.14 ±11.06), sendo 16 mulheres e 6 homens. 4 pacientes da classe A, 11 da classe B e 7 da classe C obtiveram o controle completo da urticária após 12 semanas do tratamento. Um doente da classe A e dois da classe C não responderam ao tratamento. Após dois anos de seguimento, 16 permaneciam livres da doença.

**Conclusão:** Este estudo aberto prospectivo não-controlado sugere uma abordagem alternativa ao tratamento da urticária crônica resistente aos anti-histamínicos, baseada na correlação das características histopatológicas com a escolha da droga adjuvante.

### 136 - Síndrome de Ekbom: relato de caso

Ronald R, Carvalho M O, Botelho E, Boechat-Barros R

Faculdade de Medicina do Planalto Central (FAMEPLAC) e Universidade de Brasília (UnB). Brasília DF Brasil

**Objetivo:** A síndrome de Ekbom (delírio de parasitose) é uma condição psiquiátrica que comumente tem o seu diagnóstico inicial na clínica de alergia. Este trabalho pretende discutir a etiologia de um caso com diagnóstico inicial de urticária crônica.

**Método:** MCRMRA, feminina, fototipo cutâneo III, 80 anos. Paciente lúcida, respondendo com facilidade às perguntas, queixando de prurido generalizado de média intensidade, principalmente noturno, gerando insônia. Durante o dia os sintomas praticamente desapareciam. Ela apresentava inúmeras lesões erosivas lineares principalmente nos membros superiores, região anterior do abdome e coxas. Não usava medicações. Referia que todas as manhãs tinha o corpo coberto por pequenos ácaros. Os ácaros eram tantos que caíam de seu corpo na forma de finíssima poeira branca. O chão, ao redor de sua cama, ficava com muito daquele pó, que ela varria. E a estes ácaros ela apontava como responsáveis por seus sintomas. O esposo dizia nada ver e era assintomático. Solicitamos que trouxesse à Clínica fronhas e um pouco da "poeira" que dizia recolher de manhã. Fomos a sua casa pela manhã e nada verificamos que pudesse confirmar suas observações. Da roupa de cama e de uma amostra da poeira obtida por varredura do chão de seu quarto observamos pouquíssimos Dermatophagoides sp e um Glyciphagus sp. Foi solicitado hemograma, glicemia, IgE sérica, T3, T4, TSH com resultados normais. A cintilografia de perfusão cerebral foi sugestiva de atrofia cerebral e a tomografia computadorizada de crânio mostrou dilatação do sistema ventricular e das cisternas da base com acentuação dos sulcos corticais; calcificações fisiológicas nos plexos coroídeos e na pineal.

**Conclusão:** A paciente foi encaminhada ao psiquiatra e medicada com cinarizina (75mg/dia), amitriptilina (25mg/dia) e donepezila (5mg/dia). Os sintomas desapareceram e permaneceram em remissão até hoje (um ano após a consulta), mantendo o tratamento psiquiátrico, com diagnóstico de demência provável.

**137 - Sensibilização a ácaros e dermatite atópica em adultos.**

Leite RMS, Leite AAC, Dos Santos CMG.

A dermatite atópica é uma doença inflamatória crônica e recorrente da pele, bastante pruriginosa, em geral benigna, contudo com prognóstico incerto. Trata-se de uma doença rara em adultos. A deflagração e a manutenção de crises da doença nos adultos parece ter uma relação direta com estresse, irritação cutânea, dermatite de contato irritativa ou alérgica, piorada pelo uso irregular de medicações. Existem, contudo, poucos trabalhos a respeito do tema em adultos. Autores franceses questionam se o contato com ácaros ambientais em uma superfície de barreira cutânea naturalmente alterada poderia ser um fator agravante ou desencadeador do eczema. Com o objetivo de avaliar o papel dos ácaros na dermatite atópica do adulto realizamos de Janeiro de 2007 a Julho de 2007 a pesquisa de sensibilização a ácaros ambientais (D. Farinae e D. pteronyssinus) através da dosagem de IgE específica (CAP- RAST) de 30 pacientes com dermatite atópica, comparado a um grupo de 78 crianças, todos com a doença confirmada pelos critérios diagnósticos de Hanifin e Rajka.

Do total de 30 adultos, 27 (90%) apresentaram sensibilização a ácaros, enquanto 55 das 78 (70,5%) das crianças pesquisadas apresentaram sensibilização ( $p < 0,05$ ), mostrando uma sensibilização maior naquele grupo etário, inclusive com maior número de pacientes adultos com níveis de sensibilização acima de classe IV.

O controle da dermatite atópica no adulto tem como base terapêutica a recuperação da barreira cutânea alterada, contudo fatores ambientais, como a presença de ácaros, apesar de não terem ainda seu papel estabelecido na doença, devem ser pesquisados e avaliados em relação a pacientes adultos com dermatite atópica.

**139 - Prevalência da positividade para resina tonsilamida e formaldeído nos pacientes com hipótese diagnóstica de dermatite de contato por esmalte**

Amaral CSF, Alonso MLO, Ferreira MIPL, Mescka CM, Osorio P, Noleto L, Casado AF, Duque-Estrada B, Tamler C, Janólio F, Seiler T, Odebrecht SA, Mendes KAP

Serviço de Alergia e Imunologia Dermatológica – Instituto de Dermatologia Prof. Azulay; Santa Casa da Misericórdia do RJ e Pós-Graduação em Alergia e Imunologia da Pontifícia Universidade Católica do RJ

**Objetivo:** Avaliar a prevalência da positividade para os grupos da resina tonsilamida e formaldeído, nos pacientes com história clínica sugestiva de dermatite de contato por esmalte, encaminhados ao ambulatório de Alergia Dermatológica da SCMRJ. **Materiais e Métodos:** Foram avaliados 71 pacientes, com hipótese de dermatite de contato por esmaltes. Todos submetidos ao teste cutâneo de leitura tardia ("patch test") com bateria padronizada, bateria específica para avaliação de reação aos cosméticos, e esmalte de unha. A colocação dos testes e as leituras foram realizadas de acordo com as normas preconizadas pelo Grupo Brasileiro de Estudos da Dermatite de Contato. **Resultados:** Dos 71 pacientes testados, 20 (28,1%), apresentaram teste positivo para resina tonsilamida, 2 pacientes (2,8%) teste positivo para formaldeído e 19 pacientes (26,7%) para esmalte de unha. Houve positividade simultaneamente para resina tonsilamida e formaldeído em apenas um dos pacientes testados. Em relação ao sexo, observamos o predomínio do sexo feminino (66 mulheres – 93%) em relação ao sexo masculino (5 homens – 7%). **Conclusão:** A dermatite de contato por esmaltes, permanece como uma das principais dermatites de contato a cosméticos. Embora tanto o grupo da resina tonsilamida quanto o grupo do formaldeído sejam considerados importantes sensibilizantes dos esmaltes, observamos o predomínio do primeiro grupo (resina tonsilamida), ressaltando a necessidade de associar a bateria padronizada para avaliação de sensibilidade a cosméticos, à investigação destes pacientes com suspeita clínica de dermatite de contato alérgica por esmaltes de unha.

**138 - Relato de caso de paciente com urticária de difícil manejo**

Autores: Almeida, MCF; Pacheco, JF; Oliveira, C; Lyra, AP; Simões, SM; Rosário, DAV; Almeida, LF; Meideiros Jr, M; Campos, RA.

Instituição: Hospital Universitário Professor Edgard Santos - Universidade Federal da Bahia

**Objetivo:** descrever o caso clínico de uma paciente de 34 anos portadora de urticária crônica de difícil manejo, sem período de remissão das lesões há treze anos, mesmo em uso de diversos tratamentos.

**Relato de Caso:** CLR, feminino, 34 anos, dona de casa, apresentando urticária de difícil controle associada à dermatografismo sintomático. Vem sendo atendida desde 23/04/2004 no Ambulatório de Alergia do Hospital Universitário Prof. Edgard Santos da Universidade Federal da Bahia com quadro persistente, diário de placas eritemato-pruriginosas disseminadas pelo corpo, com piora após o banho ou ingestão de milho, camarão e carne suína. Nega uso de inibidores da enzima de conversão ou analgésicos e anti-inflamatórios não hormonais. Vinha em uso de diversos anti-histamínicos associados a prednisona, sem melhora. Durante o acompanhamento no ambulatório fez uso de Hidroxizina (doses de até 200 mg ao dia), Prednisona (curtos períodos em momentos de crise), Cimetidina, Doxepina, Sulfasalazina, Cetirizina, Monteleucast, Metotrexate e Dapsona, sem remissão dos sintomas. Exames laboratoriais dentro dos padrões de normalidade incluindo a pesquisa de auto-anticorpos, hormônios tireoidianos e sorologias negativas para hepatite B e C. A biópsia da lesão não mostrou alterações.

**Conclusão:** trata-se de um caso de difícil controle de urticária crônica idiopática sem resposta a terapêutica habitual e a agentes imunossupressores enfatizando a necessidade de mais estudos e opções terapêuticas para esse subgrupo de pacientes

**140 - Prevalência da Positividade aos Testes Cutâneos de Leitura Tardia ("patch test") em Serviço de Alergia e Imunologia Dermatológica**

Alonso MLO, Amaral CSF, Ferreira MIPL, Mescka CM, Osorio P, Noleto L, Casado AF, Duque-Estrada B, Tamler C, Janólio F, Seiler T, Mendes KAP, Odebrecht SA.

Serviço de Alergia e Imunologia Dermatológica – Instituto de Dermatologia Prof. Azulay; Santa Casa da Misericórdia do RJ e Pós-Graduação em Alergia e Imunologia da Pontifícia Universidade Católica – RJ

**Objetivo:** Avaliar a prevalência da positividade às diferentes substâncias que compõem a bateria padrão de teste de contato de leitura tardia, nos pacientes atendidos no ambulatório de Alergia Dermatológica da SCMRJ. **Materiais e métodos:** Foram avaliados os resultados de 308 testes, realizados no período de 42 meses, nos pacientes com diagnóstico de eczema de contato. Utilizamos bateria padronizada de 30 substâncias. As etapas do teste (colocação, duas leituras e graduação das respostas positivas), foram executadas de acordo com as normas estabelecidas pelo Grupo Brasileiro de Estudos da Dermatite de Contato. **Resultados:** Verificamos positividade para pelo menos um dos grupos testados em 214 pacientes (69,5%). O percentual de positividade encontrado para cada grupo foi o seguinte: antraquinona – 0,5%, bálsamo do peru – 2,3%, PPD mix – 7%, hidroquinona – 3%, bicromato de potássio – 11%, propilenoglicol – 1,4%, butilfenol paraterciário – 0,5%, neomicina – 0,3%, irgasan – 1%, kathon CG – 1%, cloreto de cobalto – 10,2%, lanolina – 2,3%, tiamram mix – 4,6%, etilendiamina – 3,7%, perfume mix – 5,1%, mercapto mix – 1%, benzo-caína – 0,9%, quartenium 15 – 1%, quinolina mix – 4,2%, nitrofurazona – 4,2%, paraben – 3,2%, resina epóxi – 2,3%, thimerosal – 18,6%, terebintina – 1%, carba mix – 4,6%, prometazina – 1%, sulfato de níquel – 36,5%, colofônio – 3,7%, parafenilenodiamina – 5,1% e formaldeído – 1,8%. **Conclusão:** Observamos o predomínio de sensibilização ao sulfato de níquel, seguido do thimerosal, bicromato de potássio e cloreto de cobalto. Estes dados ratificam que estas substâncias continuam se destacando de forma importante, nos quadros de dermatite de contato alérgica, encaminhados ao nosso serviço.

**141 - Prednisona no tratamento do eritema multiforme muco-cutâneo.**

Bisaccioni C, Aun MV, Tanno LK, Ensina LFC, Cajuela E, Kalil J, Motta AA.

Disciplina de Imunologia Clínica e Alergia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Serviço de Imunologia Clínica e Alergia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Laboratório de Investigação Médica (LIM-60).

**Introdução:** Eritema multiforme (EM) é uma afecção cutânea aguda, autolimitada e às vezes recorrente de hipersensibilidade associada a infecções e drogas. Infecção por vírus Herpes simplex é a causa mais comumente identificada (50% dos casos), seguida por *Mycoplasma pneumoniae*, fungos e drogas. A abordagem é baseada no tratamento da causa de base e suporte, com aplicação de esteróides sistêmicos sendo controversa na literatura. Apresentamos um caso de EM tratado com prednisona que obteve melhora clínica.

**Relato do caso:** Paciente de 25 anos, sexo feminino, sem comorbidades, apresentou lesões cutâneas polimórficas, iniciadas nos membros superiores, com rápida disseminação pelo corpo. Apresentava máculas, pápulas, vesículas, bolhas, crostas e alvos típicos na pele, além de área de enantema no palato duro. Não tinha história de exposição a drogas ou quaisquer sintomas infecciosos. Investigação sorológica não elucidativa. Biópsia de lesão cutânea compatível com EM. Optado por iniciar prednisona 40mg ao dia, com melhora clínica importante. A partir do 14º dia de tratamento foi iniciada redução gradativa da dose de esteróide.

**Conclusão:** Eritema multiforme é afecção de diagnóstico sintomático clínico, mas às vezes de elucidação etiológica difícil. Embora haja controvérsias quanto à abordagem, casos mais graves podem ser tratados com corticosteróide sistêmico com bons resultados.

**143 - Mastocitose cutânea em adulto com 15 anos de acompanhamento.**

Loja C, Correa N, Garcês M, Garcês A, Machado C, Palis N.

Serviço de Alergia e Imunologia do Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro.

**Objetivo:** Relatar caso de mastocitose cutânea em adulto já com 15 anos de evolução e em acompanhamento no nosso serviço. **Caso clínico:** Paciente branco, sexo masculino, iniciou há 15 anos atrás, aos 48 anos de idade, quadro de máculas eritemato-acastanhadas nas regiões inguinal e axilar, pruriginosas apenas com a sudorese. Ao serem friccionadas produziam pápulas eritematosas que cediam espontaneamente. Negava qualquer outro sintoma, como alterações gastrointestinais, dor óssea ou astenia. Procurou serviço de alergia e imunologia do HSE onde realizou biópsia da lesão. O exame propiciou o diagnóstico de mastocitose cutânea. As lesões evoluíram de forma lenta para toda a extensão da pele, e não apresentou qualquer outro sintoma constitucional até o dia de hoje. O paciente vem desde então sendo acompanhado periodicamente. O último hemograma realizado mostrou leucócitos multinucleados sugerindo anemia perniciosa inicial, sem características malignas. Será acompanhado em conjunto com a hematologia. **Comentários:** A mastocitose cutânea ocorre predominantemente em crianças com aproximadamente 35% dos casos afetando adultos na 3ª e 4ª décadas de vida. O paciente apresenta a urticária pigmentosa típica, com máculas e pápulas acastanhadas, sinal de Darier (pápulas eritematosas após fricção da mácula), sem nenhuma manifestação sistêmica. A evolução para forma sistêmica é rara e 90 % têm curso indolente. A medula óssea é o segundo órgão mais acometido. Infiltração mastocitária de linfonodos, baço e fígado é muito freqüente. 10% dos casos podem apresentar doença hematológica associada, sendo a Leucemia de células mastocitárias a forma mais agressiva da doença. Recomenda-se que pacientes com infiltração extensa da pele realizem biópsia de medula óssea.

**142 - Positividade do teste do auto-soro em pacientes com urticária crônica de difícil controle**

Tegoshi LY, Itokazu C, Fiss E, Grumach A S, Machado CA, Criado RFJ

Disciplinas de Dermatologia e Pneumologia da Faculdade de Medicina do ABC, Santo André e Instituto de Pneumologia e Imunologia de São Bernardo do Campo, São Paulo.

**Objetivo:** Avaliar a positividade do teste do auto-soro na urticária crônica (> 6 semanas) de difícil controle nos pacientes do Ambulatório especializado.

**Método:** Foram avaliados 18 pacientes com urticária crônica, sem outras doenças associadas e pouco responsivos ao uso de anti-histamínicos em doses máximas. Realizou-se testes do auto-soro em 18 pacientes (agosto de 2006 à agosto de 2007) pelo método descrito por Grattan et al (1991). Foram excluídos pacientes em uso de anti-histamínicos que não pudessem ser suspensos e em gestantes

**Resultado:** Foram avaliados 18 pacientes, 16 F (89%): 2 M (11%), com idade entre 18 e 58 anos (média: 34 anos) e tempo de duração da urticária entre 2 meses e 9 anos (média: 2 a e 8 m). Foram positivos em 10 testes (55%) e em 8 foram negativos (45%).

**Conclusão.** A positividade no teste do auto-soro em urticárias de difícil controle no nosso serviço foi de 55%, valor este que não difere da literatura que varia de 30 a 60%.

**144 - Imunoterapia com extratos bovino e equino: relato de casos.**

Rabelo, L. F. D., Instituto de Alergia e Imunologia de Uberlândia; Rabelo, G. D., Universidade Federal de Uberlândia; Rabelo, T. D., Universidade Presidente Antônio Carlos - UNIPAC/Araguari. Cidade onde foi realizado o trabalho: Uberlândia/MG

**Objetivo:** Apresentar 4 casos de sensibilidade a epitélios de animais de grande porte tratados com imunoterapia para os mesmos. **Método:** Dois veterinários, um proprietário de frigorífico de abate bovino e um acadêmico de medicina, praticante de equitação, portadores de urticária crônica há pelo menos 15 anos foram exaustivamente investigados clínica e laboratorialmente ("in vivo" e "in vitro"), por apresentarem urticária, anafilaxia e/ou angioedema sempre que se expunham aos animais eqüinos ou bovinos. Após repetidas consultas na especialidade, decidiram optar por tratamento com imunoterapia subcutânea para os respectivos epitélios com extrato aquoso, mesmo sabendo que o resultado seria incerto. Os esquemas, diluições e concentrações foram os mesmos para IT indicadas para sensibilidade aos ácaros. Entretanto, as doses aplicadas foram bem menores e crescentes. Estes pacientes já não tinham qualidade de vida devido ao uso prolongado, às vezes abusivo, de anti-histamínicos de antiga e/ou nova geração. Bem como, corticosteróides (prednisona e outros) de uso oral e sistêmico freqüentes. **Resultados:** Três pacientes completaram o tratamento (3 anos). Aos 8 meses de imunoterapia iniciou-se o processo de retirada dos medicamentos com observação de melhora sintomática e laboratorial do quadro clínico. Ao final de 2 anos de tratamento, observaram-se várias re-exposições dos pacientes aos respectivos animais de forma assintomática. **Conclusão:** Obteve-se sucesso imunoterapêutico em 3 pacientes, sendo que, um deles abandonou o tratamento devido à mudança de endereço. Durante o tratamento foram observadas poucas reações locais e/ou sistêmicas. E, em uma única ocasião, foi feita adrenalina subcutânea quando o paciente apresentou broncoespasmo e urticária disseminada após a aplicação referente à terceira dose (0,5 ml) na concentração de 1:10.000. Concluímos que os critérios, as indicações e o manejo de imunoterapia para epitélios carecem de muito estudo e definições concretas.



### 145 - Hiperpigmentação residual pós dermatite de contato ao ácido azeláico em paciente com hepatite C – relato de caso

Casado SSM, Arcanjo LC, Diógenes VM, Carvalho LCP, Cordeiro NGB, Emerson MFE, Kuschinir F, Martins EAPR, Pereira NMMF, 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 infecção por hepatite C pode estar relacionada ao surgimento de hiperpigmentação cutânea. O vírus C é um importante desencadeador do distúrbio metabólico das porfirinas que pode se expressar clinicamente por esse sinal.

**Objetivo:** Relatar caso de Hiperpigmentação residual pós dermatite de contato ao ácido azeláico em paciente com hepatite C.

**Método:** Revisão do prontuário de paciente acompanhado no ambulatório de Alergia da PGRJ.

**Relato de caso:** ACV, masculino, melanodérmico, brasileiro, solteiro, 35 anos, natural/procedente do Rio de Janeiro. Paciente relata que há 02 meses estava em uso de ácido azeláico (Azelam®) e filtro solar, prescrito pela dermatologista, quando iniciou prurido e eczema em face, no local de contato com os mesmos. Levantou-se a hipótese de dermatite de contato ao Azelam®, e ou ao filtro solar, foi medicado com Prednisolona 60mg por 01 dia e 40mg por mais 04 dias; Desloratadina 5mg por 05 dias. Após melhora das lesões programou-se teste de contato com o filtro solar e Azelam®, além da bateria padrão. No teste de contato, apresentou na 1º leitura (48h) Azelam® (+); Euxyl K-400 (++); Toluensulfonamida (++). Segunda leitura (72h) Azelam® (+++); Euxyl K-400 (+++); Toluensulfonamida (+++), confirmando dermatite de contato ao Azelam®. Após o tratamento e melhora da lesão eczematosa, evoluiu com persistente hiperpigmentação residual em face. Durante investigação diagnóstica o paciente apresenta Anti HCV positivo. Foi solicitada biópsia da área hiperpigmentada da face, que por sua vez concluiu que: O quadro histopatológico e o da incontinência pigmentar podem corresponder a distúrbio pigmentar pós-inflamatório. Após o resultado da biópsia, o paciente foi devidamente orientado sobre a sua patologia, prescrito Fisiogel® associado a cuidados gerais com a pele, mantendo acompanhamento ambulatorial.

**Conclusão:** Trata-se de um caso incomum, em que paciente com hepatite C fez dermatite de contato ao ácido azeláico em face e evoluiu com pigmentação residual.

### 147 - Fotoeczema como apresentação inicial de infecção pelo HIV.

Mescka CM; Amaral CSF; Odebrecht AS; Janólio F; Ferreira MIPL; Alonso MLO; Seiler MT; Mendes KAP; Casado AF; Nolleto L; Osorio P.

Instituto de dermatologia prof. Rubem David Azulay, Escola médica de pós-graduação em Alergia e Imunologia PUC-RJ.

**Introdução:** A prevalência de problemas dermatológicos durante a infecção pelo HIV pode chegar a 92%, podendo ser o primeiro sinal da infecção em pacientes que desconhecem sua condição sorológica.

**Objetivo:** Evidenciar a possibilidade da infecção por este vírus similar as mais diversas situações clínicas. **Caso clínico:** CMN, feminino, 39 anos, cozinheira, natural Rio de Janeiro. Há 1 ano queixa de eritema descamativo nas áreas de fotoexposição como face, "V" do decote e braços, com prurido acentuado nos últimos 6 meses. Havia usado anti-histamínicos e ciclos curtos de corticóide oral e tópico sem melhora. Sem queixas de perda de peso, febre ou astenia. Usava captopril, e mesmo após 4 meses de suspensão manteve as lesões. Nega história pregressa ou familiar de atopia. Tabagista 20 anos/maço. Ao exame: Eritrodermia e xerose difusa, acentuada nas áreas de fotoexposição, vesículas nos lóbulos das orelhas e liquenificação cervical. Dermatite seborréica em placas no couro cabeludo e área cervical posterior e placas eritematosas sobre as articulações interfalangeanas das mãos. Laboratório: Hemograma, VDRL, FAN, anti-DNA, anti-SM, anti-RO e anti-LA: normais. PCR: 1.0, anti-HIV I e II positivo. Houve melhora após início da terapia anti-retroviral e proteção solar. **Conclusão:** Fotossensibilidade é definida como resposta anormal à radiação não ionizante, sendo decorrente de várias causas. Desde a descoberta do HIV reportam-se casos onde a ocorrência de fotoeczema e dermatite actínica precedem o diagnóstico. Testes de fotoexposição demonstram reprodução das lesões em comprimentos de banda entre 290-320 nm para UVB e 320-400 nm para UVA. Outras erupções associadas à luz e soropositividade ao HIV incluem a porfiria cutânea tardia, granuloma anular e líquen plano hipertrófico com sensibilidade UV-B e eritrodermia. O tratamento inclui o esteróides tópicos, emolientes e fotoproteção. Há relatos onde a terapia anti-retroviral reverte o quadro.

### 146 - Gênero feminino e dermatite atópica. Uma relação de risco ou cultural?

Leite AAC, Leite RMS

Universidade de Brasília- Brasília-DF.

A dermatite atópica é uma doença multifatorial. Alguns estudos referem o gênero feminino como fator de risco para a doença. Não existem dados, contudo, que comprovem uma predominância de gênero na dermatite atópica. Alguns estudos referem o predomínio feminino da doença, principalmente em escolares e adolescentes. Optamos por realizar um estudo caso-controle em um hospital universitário, objetivando questionar se há um real predomínio feminino, ou fatores confundidores que poderiam justificar este predomínio feminino encontrado em alguns trabalhos científicos.

**Métodos:** No período de Fevereiro a Dezembro de 2005, realizamos atividade ambulatorial direcionada para dermatite atópica em um hospital universitário. Todos os pacientes eram encaminhados de outras unidades. Neste período, 78 pacientes com dermatite atópica foram atendidos.

**Resultados:** Observou-se amplo predomínio de pacientes do sexo feminino no grupo analisado, sendo 53 meninas (68%) e 25 meninos (32%). Quando os pacientes foram avaliados conforme o gênero e a gravidade da dermatite atópica, observou-se uma proporção entre meninas e meninos de 29:9 para os casos leves, de 16:11 para os casos moderados e de 8:5 para os casos graves. Houve uma predominância mais acentuada das mulheres nos casos leves, em comparação aos casos moderados e graves.

**Discussão:** Os dados de proporção entre gêneros, com amplo predomínio do sexo feminino, demonstram que, quanto menor a gravidade, maior o número de pacientes do sexo feminino. Estes achados poderiam ser pelo menos parcialmente atribuídos a fatores culturais. Sendo a dermatite atópica em seu quadro mais leve menos incômoda do ponto de vista clínico, não ocorrendo o mesmo do ponto de vista estético, os pacientes do sexo feminino com doença leve poderiam ser mais frequentemente levados à consulta médica. Acreditamos ser o amplo predomínio feminino obtido em nosso estudo e em estudos citados em ambiente hospitalar ser simplesmente justificado por fatores culturais.

### 148 - Dermatose Bolhosa como diagnóstico diferencial de Urticária Crônica

Pires G.V., Jorge A.S., Dortas Jr S., Blanc E.

Disciplina/Serviço de Imunologia do HUCFF - Faculdade de Medicina - UFRJ

**Objetivo:** Relatar um caso de dermatose bolhosa por IgA linear cuja apresentação inicial foi urticária.

**Relato de caso:** EVPA, 27 anos, parda, casada, encaminhada pela Dermatologia para investigação de urticária crônica (UC) na Imunologia do HUCFF, pois relatava lesões pruriginosas em Joelhos e cotovelos, com posterior disseminação, desde junho/06. Há 4 meses, diarreia semanal. Exame físico: lesões urticariformes em dorso, tronco e MMSS e pápulas escoriadas, hipercrômicas em cotovelos e joelhos; restante s/ alterações. História pessoal e/ou familiar de alergias e/ou enfermidades negativa. Exames prévios: VHS=49mm e histopatológico com "dermatite perivasculare superficial leve". Solicitados: hemograma completo, IgE total, hepatograma, TSH, T4livre, anti-TPO, anti-tireoglobulina, prolactina, EAS e EPF, novo VHS, sorologia para HIV e Hep. B e C, pesquisa de urticárias físicas (frio, calor, dermatografismo e téc. de warin) e novo histopatológico. Destes, estavam alterados: leucometria:12.100/mm<sup>3</sup>, IgEtotal:356UI/mL e histopatológico: lesão em região ilíaca lateral direita: bolha subepidérmica associada a infiltrado predominantemente neutrofílico, com eosinófilos de perimeio; dorso: vacuolização da camada basal com infiltrado de difícil caracterização da derme papilar. Pedido parecer à gastroenterologia, anti-endomísio, anti-gliadina e IgA para investigação de diarreia.

**Discussão:** Este caso ressalta a importância de um minucioso acompanhamento dos pacientes com UC, devido à complexidade e diversidade dos diagnósticos etiológico e diferencial. Neste caso, o diagnóstico foi de dermatose bolhosa por IgA linear, doença auto-imune, rara, em que há depósito de IgA na junção dermo-epidérmica. Manifesta-se por meio de lesões cutâneas (placas eritematosas, bolhas, vesículas ou erosões), com ou sem prurido. Pode ser idiopática ou desencadeada por drogas, dentre as quais destaca-se a vancomicina. Pode estar associada à doença celíaca. Geralmente, há boa resposta terapêutica à dapsona.

### 149 - Dermatite de contato por irritantes primários em Serviço de Alergia Dermatológica – perfil atualizado

Mendes KAP, Odebrecht SA, Ferreira MIPL, Mescka CM, Duque-Estrada B, Tamler C, Noletto L, Osorio P, Casado AF, Janólio F, Seiler T, Alonso MLO, Amaral CSF.

Serviço de Alergia e Imunologia Dermatológica – Instituto de Dermatologia Prof. Azulay; Santa Casa da Misericórdia do RJ e Pós-Graduação em Alergia e Imunologia da Pontifícia Universidade Católica do RJ

**Objetivo:** Registrar a prevalência de testes cutâneos de leitura tardia ("patch test") negativos, nos pacientes encaminhados ao Ambulatório de Alergia Dermatológica com suspeita clínica de dermatite de contato alérgica.

**Material e métodos:** foram avaliados 308 pacientes, encaminhados ao ambulatório de Alergia Dermatológica da SCMRJ, com hipótese diagnóstica de dermatite de contato, ao longo de 42 meses. Todos foram submetidos ao teste cutâneo de leitura tardia ("patch test"), realizado de acordo com a normatização do Grupo Brasileiro de Estudos da Dermatite de Contato.

**Resultados:** Dos 308 pacientes submetidos ao teste cutâneo, observamos negatividade para todas as substâncias testadas em 51,3% dos casos (158 pacientes). Houve repetição do procedimento em alguns destes pacientes, confirmando o resultado negativo dos testes. É importante ressaltar que a validade do material, assim como sua conservação estavam corretas e que foi afastada na história clínica, o uso de qualquer medicação que pudesse interferir no resultado do procedimento, fosse ela de uso tópico ou sistêmico.

**Conclusão:** A dermatite de contato por irritação primária, ocorre pela ação de agentes irritantes primários ou secundários que agredem a pele provocando dano tecidual. Embora saibamos que os mecanismos envolvidos na dermatite de contato alérgica e na dermatite de contato por irritação primária sejam diferentes, é importante salientarmos que a orientação clínica e a conduta terapêutica fornecidas ao paciente, serão as mesmas, devendo este, afastar-se e/ou proteger-se do agente agressor, seja ele sensibilizante ou não.

### 151 - Dermatite de contato – prevalência de positividade ao sulfato de níquel em Serviço de Alergia Dermatológica

Ferreira MIPL, Odebrecht SA, Mendes KAP, Noletto L, Mescka CM, Osorio P, Casado AF, Duque-Estrada B, Tamler C, Janólio F, Seiler T, Alonso MLO, Amaral CSF.

Serviço de Alergia e Imunologia Dermatológica – Instituto de Dermatologia Prof. Azulay; Santa Casa da Misericórdia do RJ e Pós-Graduação em Alergia e Imunologia da Pontifícia Universidade Católica-RJ

**Objetivo:** Avaliar o percentual de positividade ao grupo do sulfato de níquel, nos testes cutâneos de leitura tardia ("patch test"), destacando sua prevalência em relação aos demais grupos de metais, constituintes da bateria padrão.

**Materiais e Métodos:** Foram avaliados 308 pacientes referidos ao Serviço de Alergia Dermatológica da SCMRJ, no período de 42 meses, com hipótese diagnóstica de dermatite de contato. Os testes cutâneos de leitura tardia foram realizados utilizando-se bateria padronizada, de acordo com as normas preconizadas pelo Grupo Brasileiro de Estudos em Dermatite de Contato.

**Resultados:** Dos 308 pacientes testados, 112 (36,5%), apresentaram positividade ao sulfato de níquel. Os demais grupos de metais constituintes da bateria padrão, bicromato de potássio e cloreto de cobalto, participaram com percentuais correspondentes a 11% e 10,2%, respectivamente. Verificamos predomínio do sexo feminino (74%) em relação ao masculino (26%).

**Conclusão:** Nossos dados evidenciam a importância que o grupo dos metais apresenta nos quadros de dermatite de contato alérgica. Ressaltamos, entretanto, a maior prevalência do grupo do sulfato de níquel em relação ao cromo e ao cobalto, resultados estes concordantes com outros estudos já realizados.

### 150 - Dermatite de contato ocupacional em motorista de transporte escolar causada pelo material da porta do veículo.

Loja C, Correa N, Garcês M, Garcês A, Machado C, Palis N.

Serviço de Alergia e Imunologia do Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro.

**Objetivo:** Relatar caso de sensibilização de contato em motorista pelo material da porta do veículo. **Caso clínico:** Paciente de 57 anos, sexo feminino, motorista de transporte escolar, iniciou um quadro de dermatite nas mãos quatro meses antes da primeira consulta em nosso serviço. Durante este período fez uso de luvas no sentido de se proteger de algum contato nocivo, porém não percebeu melhora das lesões. Já havia apresentado quadro semelhante anteriormente que cedeu com uso de luvas. O quadro evoluiu para os membros superiores, abdome e membros inferiores. Ao exame físico apresentava eczema nas mãos, pés e antebraços com exsudações, associados a importante xerodermia. Foi realizado, então, teste de contato com materiais extraídos de partes do veículo, da luva e outras 10 substâncias que se relacionavam com o caso (Formaldeído, Mercapto-mix, Parafenilenediamina, Paraben-mix, Tiuram-mix, Bicromato de potássio, Butil-fenolpara-terciário, Cloreto de cobalto, Colofônio, Etilenodiamina). Foram feitas leituras com 48h e 96h que apresentaram como resultado final positividade para Tiuram-mix +++++, Parafenilenediamina +++, Cloreto de cobalto +++, Etilenodiamina +++, Colofônio ++, Formaldeído ++ e material da porta do veículo ++.

**Comentários:** A paciente relatou que durante suas atividades laborativas deixava seu braço apoiado na porta do veículo por tempo prolongado, este contato se fez sob estímulos físicos como pressão, fricção e calor que propiciaram sua sensibilização. Ao relatar episódio precedente de dermatite de contato se mostrou uma paciente imunologicamente predisposta, o que explica o fato de um grande número de motoristas com o mesmo hábito não apresentarem essas reações alérgicas.

### 152 - Dermatite atópica em lactentes e sua associação com o desmame precoce.

Leite RMS, Leite AAC, De Moraes MB, Da Costa JAP, Reis PAK, Ribeiro RV, Talamonte D, Gomes CM, Ranzi VV.

Universidade Católica de Brasília, Hospital Regional de Taguatinga, Brasília-DF.

A dermatite atópica é uma doença multifatorial, manifestando-se devido a fatores genéticos e ambientais. Estudos relacionando o papel do aleitamento materno no desenvolvimento da dermatite atópica apresentam resultados conflitantes. O objetivo da presente pesquisa foi avaliar se lactentes acompanhados prospectivamente da maternidade até um ano de idade, caso apresentassem o diagnóstico de dermatite atópica, se apresentariam uma história associada de desmame precoce. Para atingir os objetivos propostos foi realizado um estudo prospectivo de coorte acompanhando 177 crianças, sendo 87 com história familiar de atopia e 90 sem história familiar de atopia, da maternidade até um ano de idade. Dentre os pacientes avaliados, 37(21%) apresentaram o diagnóstico de dermatite atópica realizado por exame físico até um ano de idade. Destes, 24(27,6%) com história e 13(14,4%) sem história familiar de atopia. O tempo médio de aleitamento materno exclusivo foi de 3,8 meses. Nos pacientes que desenvolveram dermatite atópica, o tempo médio de aleitamento materno exclusivo foi de 2,4 meses, enquanto no grupo de lactentes que não desenvolveu a doença, o tempo médio de aleitamento materno foi de 4,2 meses ( $p < 0,001$ ). O desmame precoce foi associado a uma maior incidência de dermatite atópica com um ano de idade, sugerindo que fatores ligados ao desmame, como a introdução de outros leites e sólidos, levando a contato com antígenos ambientais, assim como a ausência de fatores de proteção do leite materno, como IgA, ácidos graxos, CD14s, poderiam na sua ausência, inibir um eventual efeito protetor contra o desenvolvimento de dermatite atópica nos lactentes.

**153 - Caso Clínico: Eritema multiforme ou necrólise epidérmica tóxica?**

Simon C, Miele CF, Trombini AK, Melo VC, Roda KMO, Ensina LFC

Disciplina de Reumatologia e Imunologia – UNISA – São Paulo – SP

A síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) e a necrólise epidérmica tóxica (NET) são reações cutâneas graves, geralmente relacionadas ao uso de medicamentos. Anteriormente eram consideradas formas clínicas de uma mesma entidade, o eritema multiforme (EM), mas os conceitos atuais sugerem que o EM seja uma doença distinta, relacionado principalmente a infecções virais.

O objetivo deste trabalho é relatar um caso de difícil diagnóstico diferencial entre o EM e a NET. Paciente de 50 anos, do sexo feminino, deu entrada no pronto-socorro com queixa de diminuição do volume urinário há 2 dias e presença de lesões eritematosas nas mãos e nos pés há 4 dias. Apresentava antecedentes de acidente vascular cerebral com seqüelas graves, e fazia uso de fenitoína há 1 ano. No decorrer da internação, surgiram máculas eritematosas, com aspecto em alvo, bolhas e áreas de deslocamento epidérmico difuso, sem acometimento de mucosas. Foram suspensas todas as medicações e instituído tratamento de suporte. Após uma semana sem as medicações suspeitas, o quadro continuou evoluindo, com aparecimento de novas bolhas quase diariamente. O exame anatomo-patológico de duas das lesões sugeriu eritema multiforme bolhoso. A sorologia para herpes vírus foi positiva. Introduzimos tratamento com corticosteróide sistêmico e aciclovir, com regressão total das lesões e melhora do estado geral em poucos dias.

**Conclusão:** Os anti-convulsivantes aromáticos estão entre as principais causas de NET. No entanto, o eritema multiforme pode se manifestar de maneira pouco habitual, como em sua forma bolhosa. A sorologia para herpes vírus e a biópsia de pele, neste caso, foram decisivas para a instituição do tratamento.

**155 - Avaliação da qualidade de vida relacionada a saúde de pacientes com urticária crônica**

Grigulis I.B., Silveira H.H.N., Alves L., Costa E.

Serviço: Alergia e Imunologia – Hospital Universitário Pedro Ernesto / FCM / UERJ

**Introdução:** O reconhecimento da importância da avaliação do grau de saúde subjetiva estimulou o desenvolvimento de instrumentos padronizados, validados e com resultados reprodutíveis. A urticária crônica (UC), apesar de ser uma enfermidade primariamente manifestada na pele, tem uma fisiopatologia complexa e ainda não totalmente esclarecida, e causa impacto importante na vida dos indivíduos acometidos. **Objetivo:** Avaliar o impacto da UC sobre a qualidade de vida relacionada à saúde (QV) nos pacientes com este diagnóstico, acompanhados no Setor de Alergia e Imunologia do H. U. Pedro Ernesto em 2006. **Métodos:** Foram entrevistados 30 pacientes adultos com UC através do instrumento desenvolvido na Itália e validado para a língua inglesa, denominado *chronic urticaria quality of life questionnaire* (CUQ2oL), traduzido para a língua portuguesa. Todos assinaram termo de consentimento. Os resultados foram digitados em planilha eletrônica (*MS Excel*). As médias da soma de pontos das questões referentes aos sete domínios no total da amostra, e a distribuição da soma de pontuação por paciente foram descritas. **Resultados:** O questionário traduzido foi bem aceito e facilmente compreendido pelos participantes. Os domínios mais afetados na amostra foram restrições alimentares, reações emocionais e qualidade do sono. Os menos comprometidos foram limitação de atividades, limitação na escolha de objetos, sofrimento físico e isolamento social. Metade dos pacientes teve pontuação representativa de impacto moderado na QV, 40% de impacto pequeno e 10% de impacto grande. **Conclusão:** O questionário utilizado foi de fácil aplicação e forneceu dados indicativos de um comprometimento predominantemente moderado na QV de pacientes com UC na amostra estudada. Estudos de validação do instrumento em nosso meio serão úteis para sua aplicação em larga escala.

**154 - Avaliação por teste de contato de sensibilizantes em funcionários do setor de limpeza de uma universidade particular.**

Moura ACC, Campos CM, Costa ACAC, Leite RMS, Rocha DK, Valadão CV.

Universidade Católica de Brasília – Brasília D.F.

**Objetivo:** As doenças ocupacionais são freqüentes e os funcionários da limpeza formam grupo de risco dessas doenças. Foi realizado teste de contato alérgico em tais funcionários de uma universidade para observar a prevalência de dermatite de contato e identificar os alérgenos. **Métodos:** No período entre janeiro e maio de 2007 foram avaliados funcionários do setor de limpeza da Universidade Católica de Brasília os quais foram submetidos a exame clínico e a teste de contato com bateria padrão do Grupo Brasileiro de Dermatite de Contato. Fitas adesivas padrão finn chamber contendo 30 substâncias foram afixadas à região dorsal dos voluntários e, após 72 horas, removidas. A leitura dos resultados foi feita de acordo com padrões universalmente utilizados, os dados de positividade obtidos de acordo com critérios universais e os resultados analisados estatisticamente.

**Resultados:** No grupo de 49 funcionários, 36 tiveram testes positivos (73,4%). Entre os testes positivos e relevantes o Sulfato de Níquel teve prevalência de 34,6%, Thimerosal de 14,2%, Nitrofurasona de 12,2% e Cloreto de cobalto, Antraquinona e Perfume (MIX) de 10,2%. Observou-se a predominância do sexo feminino (75,51%) e idade média de 38,8 anos. O tempo de serviço médio é de 6,3 anos. Os dados obtidos neste trabalho sugerem alta prevalência de dermatite de contato (73,4%) e Sulfato de Níquel foi o agente mais importante (34,6%). O alto grau de sensibilização demonstra que a atividade de limpeza está relacionada a um maior risco de dermatite de contato profissional. **Conclusão:** Os dados obtidos neste trabalho sugerem alta prevalência de dermatite de contato. Segundo dados da literatura, o níquel é o principal causador de dermatite alérgica de contato no Brasil. A realização de estudos em grupos de trabalhadores submetidos a maior risco de sensibilização por condições de trabalho permite determinar medidas preventivas realmente eficazes que possam evitar o desenvolvimento deste tipo de doença do trabalho.

**156 - A manipulação precoce de recém nascidos de baixo peso e a incidência de dermatite atópica.**

Leite RMS, Leite AAC, Gomes CM, Ranzi VV, Chaves LAT, Mendonça ACS.

Universidade Católica de Brasília, Hospital Regional de Taguatinga, Brasília-DF

O desenvolvimento das doenças atópicas depende de diversas variáveis, com influência de fatores genéticos e ambientais. O nascimento pré-termo está associado a diversos problemas de saúde e crianças prematuras de baixo peso estão susceptíveis ao contato com diversos antígenos que podem influenciar o sistema imune neonatal. Nós investigamos a prevalência de dermatite atópica até um ano de idade em um estudo prospectivo de coorte, comparando crianças nascidas a termo com crianças baixo peso, em relação ao desenvolvimento de dermatite atópica. Trinta e dois lactentes com menos de 2500 g ao nascer e um grupo controle com 177 lactentes de peso adequado ao nascimento foram examinados aos 3,6 e 12 meses entre Março de 2005 e Abril de 2006. Dermatite atópica foi diagnosticada por critérios de Hanifin e Rajka. Dois (6,25%) dos 32 recém nascidos de baixo peso desenvolveram dermatite atópica, enquanto 37 (20,9%) dos 117 controles desenvolveram a doença ( $p=0,05$ ; OR 0,86: 0,78-0,96) até 12 meses de idade. A manipulação precoce destas crianças com um sistema imune imaturo e a exposição a bactérias e estímulos antigênicos ambientais poderiam gerar tolerância imunológica, em um momento onde estes indivíduos ainda deveriam estar em um ambiente intra-uterino, com um provável estímulo de uma resposta imunológica do tipo Th1. Este estudo demonstra que apesar da tendência genética ser o fator mais importante da dermatite atópica, que fatores ambientais poderiam alterar a possibilidade de desenvolvimento da doença em recém nascidos de baixo peso até um ano de idade.

### 157 - Abscessos em paciente com dermatite atópica em uso ciclosporina: relato de caso

Cajuela E, Bisaccione C, Vivolo Aun M, Sayuri Watanabe A, Motta AA, Castro FFM, 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

**Introdução:** A dermatite atópica é dermatose inflamatória crônica e recidivante associada à maior suscetibilidade a infecções cutâneas causadas por bactérias, vírus e fungos, dentre as quais se destacam o papel do *Staphylococcus aureus*, do molusco contagioso e herpes simples bem como os fungos do gênero *Malassezia SSP*. A frequência aumentada de infecções pode estar aumentada tanto pelo comprometimento da imunidade cutânea, característica da doença, quanto pelo uso de medicações imunossupressoras.

**Objetivo:** Descrição do caso de uma paciente com dermatite atópica grave em uso de ciclosporina que apresentou na evolução o surgimento de abscessos cutâneos múltiplos.

**Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, 7 anos em acompanhamento no ambulatório de imunologia da FMUSP por apresentar diagnóstico de Dermatite Atópica Grave, Rinite Alérgica, Ceratoconjuntivite atópica e provável Alergia alimentar a ovo. Paciente em uso de ciclosporina desde novembro de 2006 apresentou quadro de abscessos cutâneos disseminados pelo corpo oito meses após início do tratamento. Em razão disso, foi descontinuado o uso de ciclosporina e iniciado antibioticoterapia sistêmica, evoluindo com regressão do quadro após 7 dias. Realizamos avaliação de sua função fagocitária através do exame de Dihidrorodamina (DHR) que foi normal. Apesar da resolução da infecção cutânea, a dermatite atópica evoluiu com dificuldade para se manter estável após a suspensão da ciclosporina.

**Discussão:** Abscessos cutâneos não constituem manifestação frequente associada à dermatite atópica, assim como, a literatura também não aponta esse tipo de infecção como uma complicação comum ao uso de ciclosporina. Entretanto, sabemos que a conjunção de múltiplos fatores pode ter determinado o quadro apresentado.

### 159 - Amiloidose de laringe associado a angioedema e urticária?

Levy SAP; Aguiar AA; Elabras Filho J; Huback GI; Correia TS; França AT

Serviço de Imunologia Clínica - HUCFF - FM - UFRJ.

Este artigo tem como objetivo relatar um caso clínico de paciente portador de amiloidose de região subglótica com urticária e angioedema.

**Relato do caso:** ID.: Z.B., 67 anos, feminino, parda, solteira, doméstica aposentada, natural do RS, residente no RJ.

QP.: Rouquidão e urticária

HDA.: Há 1 ano iniciou quadro de tosse seca, com agravamento progressivo por cerca de seis meses, levando a dispnéia, rouquidão e culminou com a necessidade de traqueostomia de urgência. Foi então encaminhada à Otorrinolaringologia e submetida a laringoscopia, sendo diagnosticado, por biópsia, amiloidose de região subglótica.

Há cerca de três meses, apresentou edema de lábio não pruriginoso, seguido de placas pápulo-eritematosas pruriginosas e fugazes, com duração de algumas horas, medindo cerca de 5 centímetros, localizadas em tronco e membros superiores. Usou anti-histamínicos associados a corticóides orais com regressão do quadro.

Refere ter apresentado, há 24 anos, quadro de edema labial associado a placas pápulo-eritematosas em face, de tons variados, com duração de algumas horas e regressão com uso de antihistamínicos. Nega espirros, coriza ou obstrução nasal.

HPP: Diabetes há cerca de 25 anos, atualmente em uso de metformina e insulina NPH.

Hipertensão arterial há 25 anos, atualmente em uso de Captopril, Atenolol, AAS.

Dislipidêmica em uso de sinvastatina.

Histerectomia há 8 anos (hiperplasia glandular com atipias).

HF.: HAS (irmã); Asma (irmã); Diabetes (irmã).

HS.: Nega tabagismo. Refere etilismo social.

Solicitados exames: Hemograma(normal), VHS (19mm), C4 (29mg/dL), IgA (420mg/dl), IgE (397UI/mL), IgG (1280mg/dL), IgM (50mg/dL); Testes de urticária física - demografismo: positivo; testes de urticária ao frio, ao calor e teste de Warin: negativos. Os demais exames complementares foram normais. Instituído tratamento com anti-histamínico oral.

### 158 - Acrodermatite enteropática como diagnóstico diferencial de dermatite atópica: relato de caso

Ain A C M, Santos Valente E, Mallozi M C, Sarni ROS, Furquim M, Solé D

Disciplina de Alergia, Imunologia e Reumatologia Pediátrica da UNIFESP – São Paulo - SP

**Objetivo:** Descrever a história e evolução de uma criança com Acrodermatite Enteropática (AE) encaminhada com suspeita de Dermatite Atópica (DA) associada a alergia ao leite de vaca. **Relato de caso:** Trata-se de um lactente com 11 meses, amamentado exclusivamente até o sexto mês com posterior introdução de leite de vaca. Após 2 meses de uso desse leite, iniciou quadro cutâneo com exantema papulo-eritemato-descamato-exsudativo associado à vesículas e crostas, em região cervical, axilar, glútea, inguinal e perioral, com períodos de melhora e piora. O médico que acompanhava a criança ao constatar que o mesmo apresentava IgE específico p/ alfa-lactoalbumina – 0,38 recomendou a exclusão do leite de vaca e derivados da dieta. Foi então oferecido o extrato de soja para o lactente por 3 meses com piora progressiva das lesões, inclusive as orais, o que limitou sobremaneira a ingestão de outros alimentos, especialmente as refeições principais. O paciente foi então encaminhado ao nosso serviço para investigação, apresentando desnutrição crônica (P/I = 85% e E/I = 93,4%), evidente erro alimentar e alterações cutâneas sugestivas de AE (predominando lesões periorificiais e orais). Durante a investigação laboratorial observou-se: Zn sérico < 40 mcg/dL (70 a 120); Zn eritrocitário 414 mcg/dL (440 a 860) e superóxido dismutase 6,3 U/mg Hb (6,5 a 14,5). Procedeu-se a orientação nutricional com fórmula a base de proteína isolada de soja e alimentos complementares apropriados para a idade, suplementação de zinco (2 mg/kg/dia) e polivitamínico. Em uma semana de evolução o menor apresentou melhora importante da pele e do humor, com remissão em 2 semanas. Após remissão das lesões foi realizado desencadeamento com leite de vaca com sucesso. **Conclusão:** Saliencia-se a importância do diagnóstico diferencial da DA associada a alergia ao leite de vaca e da importância na orientação nutricional correta evitando assim, o aparecimento de carências como a deficiência de zinco.

### 160 - Autoimunidade em esclerodermia de forma queloidiana extensa cutânea

Leite RMS, Leite AAC, Matsunaga ET, Matsunaga T.

Universidade Católica de Brasília, Hospital Regional de Taguatinga, Brasília-DF.

A esclerodermia queloidiana é a variante mais rara da esclerodermia, tendo sido descrito até 2003 somente 18 casos na literatura mundial. Representa uma resposta cicatricial a processo inflamatório autoimune, no qual, pacientes predispostos poderiam desenvolver as lesões em áreas de maior risco de cicatriz queloidiana, como o tórax. Os relatos são predominantemente em pessoas brancas e sem história familiar. Alguns pacientes demonstram a forma clínica sem aparente doença sistêmica. A sua patogênese é desconhecida, mas o resultado final é a formação de fibrose. Fatores como um distúrbio no metabolismo do colágeno pós-inflamatório são aventados. Não existem tratamentos efetivos para a doença. Paciente, 42 anos, feminino, com história de dificuldade respiratória e hiperestesia em quirodactilos de ambas as mãos. O diagnóstico de esclerodermia sistêmica foi estabelecido e a paciente iniciou regime terapêutico com prednisona oral. As provas inflamatórias se mos-travam em níveis normais. Um ano após o início do quadro, começou a desenvolver diversos nódulos firmes à palpação, ocupando a região posterior do tórax e a região abdominal. Havia ao exame, esclerodactilia e estrias radiais em região bucal. Progressivamente apresentou o surgimento de dezenas de nódulos com aspecto queloidiano, endurecidos isolados e confluentes, entre 1 e 10 cm em toda superfície do tronco. Biópsia de um nódulo mostrou material fibrinoso acelular em derme, com característica de cicatriz queloidiana. A paciente realizou diversos regimes terapêuticos, com colchicina, azatioprina, penicilamina, bleomicina intralesional, infiltração de triancinolona após excisão de lesões, fototerapia, sem melhora do quadro. A esclerodermia nodular é uma entidade clínica rara de apresentação cutânea dramática, que parece refratária aos tratamentos conhecidos. Um melhor conhecimento da patogênese parece ser necessário para obtenção de respostas terapêuticas adequadas.