



Alergia múltipla às insulinas

Pâmella Diogo Salles, Amanda Rocha Firmino Pereira, Luana Pereira Maia,
Paula Quadros Marques, Antonio Abilio Motta, Marcelo Vivolo Aun, Pedro Giavina-Bianchi*

Homem, 59 anos, diabético tipo II há 15 anos, sem controle glicêmico adequado com hipoglicemiante oral. Iniciou insulina NPH há 1 ano, e referiu que desde o primeiro dia de uso notou surgimento imediato de pápula pruriginosa no local da aplicação. Após 1 mês, evoluiu com aparecimento de placas eritematosas e pruriginosas por todo corpo, sempre 5 horas após a aplicação do medicamento. Referia ter recebido insulina regular ocasionalmente no passado, sem reações. Encaminhado ao serviço de alergia com resultado de IgE específica sérica positiva para insulinas humana e bovina. Realizados testes de punctura com insulinas NPH e regular, que foram positivos, e com protamina, negativo. Testes cutâneos de leitura imediata para insulinas lispro e glargina também foram positivos, este último com teste intradérmico com glargina positivo em 1:10.000. Após avaliação multidisciplinar do caso com a equipe da Endocrinologia, iniciamos o uso apenas de hipoglicemiantes orais, obtendo bom controle glicêmico do paciente após ajuste da medicação. Desta forma, orientamos uso de premedicação caso haja necessidade de insulina regular de resgate, e, no futuro, se necessária a introdução de insulina para uso contínuo, programaremos dessensibilização.

Discussão: As reações de hipersensibilidade a insulinas humanas e seus análogos são raras, com incidência estimada de 0,1 a 3% dos pacientes. As reações classicamente começam nos locais da injeção, mas evoluem em dias a semanas para reações sistêmicas. O desenvolvimento de melhores técnicas de fabricação e purificação da insulina vêm contribuindo para a redução das reações. **Comentários finais:** A investigação diagnóstica na suspeita de alergia à insulina é uma urgência médica no paciente com diabetes. Descrevemos um caso de alergia múltipla às insulinas comercialmente disponíveis.

* Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo.



Alergias a corticosteroides, mito ou realidade?

Fernando Bizarria Aparecido, Ingrid Souza-Lima, Eduardo Souza-Lima,
Fernando Aarestrup, Roberto Souza-Lima, Luiz Cláudio Fernandes,
Bruno Teixeira da Silva, Erica Samantha Santos de Araújo*

M.D.N., 36 anos, feminina, portadora de rinite alérgica, apresentou eritema nasal e hiperemia conjuntival associada a angioedema nos olhos após uso de budesonida *spray* nasal há 10 anos atrás. Realizou depilação axilar a laser há 2 anos e usou pomada de corticoide, que não se lembra mais o nome, com irritação intensa na pele. Este ano foi prescrito budesonida nasal *spray* novamente com reação de angioedema intensa, logo após seu uso. Diagnosticada com artrite esclerodérmica, desde março deste ano, em uso de metotrexato desde então. Realizado teste de contato, bateria de corticoide, apresentando positividade intensa ao grupo B, budesonida, reações mais leves ao grupo A pivalato de tixocortol, e grupo D valerato de betametasona e grupo B acetinido de triancinolona. O grupo não positivo foi o grupo C, fosfato de dexametasona, tendo opção os corticoide desse grupo em caso de necessidade. As reações de hipersensibilidade ao corticoides incidem em torno de 5%. Trabalhos mostram que esta incidência está aumentando nas últimas décadas e que doenças inflamatórias cutâneas crônicas podem ser fator de risco para tal. Apesar dos corticoides serem amplamente empregados para o tratamento de doenças alérgicas, alguns indivíduos podem apresentar reações. As reações cutâneas ao corticoides são reações do tipo IV, estas aparecem devido às células de Langerhans essenciais para apresentação dos haptenos dos corticoides. A maioria das reações incluem eritema, ressecamento e irritação da mucosa nasal. Teste contato é um método importante para avaliar a hipersensibilidade ao corticoide tópico e pode detectar até 90% dessas hipersensibilidades. Apesar de incomum, a reação alérgica ao corticoide deve ser lembrada e considerada, e testes de contato devem ser realizados, como método diagnóstico seguro, e como maneira de achar um substituto seguro para esses pacientes.

* Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora - Suprema.



Anafilaxia intraoperatória: experiência de 5 anos

Débora Corazza Biazin, Julianne Alves Machado, Leilane Hoffman Nogueira,
Orlando Trevisan Neto, Mariana Paes Leme Ferriani, Janaina Michele Lima Melo,
Luisa Karla de Paula Arruda, Ullissis Padua de Menezes*

Introdução: Exposição a diversos fármacos no período perioperatório aumenta o risco de reações adversas. A anafilaxia intraoperatória (AIOP) é rara, porém pode ser fatal. Estudos mostram que a incidência da AIOP é de 1/6.000 a 1/20.000 procedimentos anestésicos e a mortalidade varia de 3,9 a 4,7%.
Objetivo: Avaliar causas de AIOP em pacientes em um centro de referência.
Método: Análise retrospectiva de prontuários de pacientes com suspeita de AIOP atendidos em ambulatório de alergia a fármacos (AFAR) entre abril de 2012 a março de 2017. **Resultados:** Quinze pacientes foram atendidos no AFAR com história clínica de AIOP, 9/15 (60%) do gênero masculino, com média de idade de 29 anos (6 a 67 anos). Os pacientes foram submetidos a testes cutâneos de hipersensibilidade imediata (puntura e intradérmico) para fármacos suspeitos e alternativos, conforme o ENDA (*European Network on Drug Allergy*) com os seguintes resultados positivos: 8 opioides (4 morfina, 4 fentanil); 5 benzodiazepínicos (BZD) (midazolam); 2 bloqueadores neuromusculares (BNM) (1 rocurônio, 1 atracúrio); 2 antibióticos (1 cefazolina, 1 cefalotina) e 1 propofol. Nove pacientes (60%) apresentaram positividade a pelo menos 1 fármaco suspeito e 4 pacientes (26%) a 2 ou mais. Anafilaxia ao látex ocorreu em 2 pacientes. Sete pacientes realizaram IgE específica para látex, com 3 resultados positivos. A causa de AIOP não foi identificada em 1 paciente (6%), apesar de investigação sistemática. **Conclusão:** Neste estudo a causa da AIOP foi identificada em 14 pacientes (93%). Os fármacos mais envolvidos foram opioides e BZD, enquanto que estudos internacionais ressaltam a predominância dos BNM e antibióticos. O reconhecimento precoce, tratamento imediato e uma investigação sistemática são fundamentais no prognóstico evolutivo e na escolha segura de um fármaco alternativo.

* Universidade de Passo Fundo - UPF.

Anafilaxia por inibidores de bomba de prótons

Marisa Rosimeire Ribeiro, Maria Helena Mattos Porter, Fernanda de Souza Komaroff,
Yara Arruda Marques Figueiredo Mello, Maria Teresinha Soares Rocha Malheiros*

Apresentação do caso: Paciente O.L.J., gênero masculino, 53 anos, relata eritema em face, prurido em couro cabeludo, tontura, diarreia e vômitos após uma hora do uso de omeprazol. Foi ao pronto-socorro e usou adrenalina IM, anti-histamínico e corticoide EV com melhora. Após alguns meses, iniciou tratamento para *H. Pylori* com esomeprazol, claritromicina e amoxicilina. Após 30 minutos, evoluiu com eritema facial difuso, prurido em couro cabeludo que se disseminou para todo corpo e edema de língua. Foi levado ao hospital e utilizou adrenalina IM e medicações EV. Como antecedente, tem apenas dislipidemia. A investigação foi realizada através de testes cutâneos com omeprazol e esomeprazol em hospital-dia, com concentrações padronizadas e ambos foram positivos no *prick test*. Testes cutâneos e de provocação oral com claritromicina e amoxicilina foram negativos. Após discussão do caso com gastro do paciente, optamos por exclusão dos inibidores de bombas de prótons (IBPs) e, caso necessite dessa classe de medicação, indicamos dessensibilização. **Discussão:** Os IBPs são os medicamentos mais prescritos para tratar doenças ácido-pépticas. Embora as reações de hipersensibilidade sejam raras, várias reações anafiláticas foram descritas, sendo a principal apresentação clínica (até 66,7% dos casos). A alta especificidade dos testes cutâneos, associada à história de anafilaxia, confirmam o diagnóstico em caso de positividade, embora o teste de provocação deva ser indicado caso os primeiros sejam negativos. Existe grande possibilidade de reação cruzada dentro do grupo, o que também pode ser verificado através dos testes. **Comentários finais:** O caso descrito demonstra a necessidade de maior atenção dada ao grupo dos IBPs, pois são amplamente utilizados e, embora as reações sejam raras, na maioria das vezes a apresentação clínica será anafilaxia. Os testes cutâneos sempre devem ser realizados em todos os casos suspeitos para confirmar o diagnóstico e/ou avaliar reatividade cruzada.

* Complexo Hospitalar Edmundo Vasconcelos.

Ausência de eosinofilia em caso DRESS: um fator de confusão para o diagnóstico?

Nathália Sousa Vital, Marcio Marinho Correa de Barros, Guilherme Truppa Giunzioni
Fabiana Yukie Sonehara Correa de Barros, Fabiana Regina Condini,
Saulo Duarte Passos, Maria de Fatima Valente Rizzo*

Apresentação do caso: Paciente de 9 anos, em uso de carbamazepina há 45 dias, com queixa de febre há 3 dias, lesões de pele e prurido há 10 dias. Ao exame apresentava xerose cutânea, exantema maculopapular disseminado e linfonomegalia inguinal. Apresentava atipia linfocitária, elevação de transaminases, leucocitose sem desvio e ausência de eosinofilia (que se manteve durante todo o quadro). Foi internada com hipótese diagnóstica de DRESS (*Drug Reaction With Eosinophilia And Systemic Symptoms* - Reação a droga com eosinofilia e sintomas sistêmicos), mas devido à ausência de eosinofilia, teve este diagnóstico descartado, sendo elaboradas outras hipóteses diagnósticas. Quando aplicados os scores diagnósticos RegiSCAR e J-SCAR, ficou definido o diagnóstico de DRESS. **Discussão:** A Síndrome de hipersensibilidade induzida por drogas (SHID) anteriormente denominada DRESS, é uma reação adversa a drogas rara, potencialmente fatal, caracterizada por erupção cutânea generalizada, acompanhada de envolvimento multissistêmico, com um período de latência que varia de 2 a 6 semanas. As drogas mais frequentemente envolvidas são: anticonvulsivantes aromáticos e alopurinol. Se apresenta como exantema associado a febre, linfadenopatia e acometimento sistêmico. As alterações laboratoriais mais frequentes são atipia linfocitária, eosinofilia e elevação de transaminases. **Comentários finais:** Apesar de o nome DRESS, sugerir que eosinofilia é critério obrigatório para o diagnóstico dessa patologia, cerca de 40% dos casos podem cursar sem esta alteração. Dessa forma, o conhecimento do quadro clínico bem como dos critérios diagnósticos são fundamentais para o reconhecimento e tratamento precoce da doença, evitando assim atraso no diagnóstico, como o que ocorreu no caso descrito. Pelo exposto, pode-se sugerir que a utilização do nome Síndrome de hipersensibilidade induzida por drogas em lugar de DRESS seja mais interessante a fim de evitar esse tipo de confusão acerca do diagnóstico.

* UNIFESO.

Avaliação da tolerância ao paracetamol em pacientes com história de reação de hipersensibilidade não alérgica a anti-inflamatórios não esteroidais após teste com medicamento em ambulatório especializado

Luiz Alexandre Ribeiro da Rocha, Gladys Reis e Silva de Queiroz, Ana Maria Ferreira Cunha, Nilza Rejane Selaro Lira, Filipe Wanick Sarinho, Emanuel Sávio Cavalcanti Sarinho*

Introdução: Anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) têm sido relatados como a segunda causa mais comum de hipersensibilidade induzida por drogas. Embora alguns trabalhos já demonstrem que ocupem o primeiro lugar, superando os antibióticos. De acordo com a literatura, até 25% dos pacientes com hipersensibilidade não alérgica a AINEs que desenvolvem reatividade cruzada entre eles toleram o uso do paracetamol. **Objetivo:** Verificar a tolerância ao paracetamol através do teste com medicamentos (TM) em pacientes com diagnóstico de hipersensibilidade não alérgica a AINEs. **Método:** Selecionar pacientes atendidos no ambulatório de reação adversa a medicamentos de hospital universitário com diagnóstico de reação de hipersensibilidade não alérgica a AINEs, com ou sem história de tolerância ao paracetamol, e submetê-los ao TM com o próprio paracetamol. O diagnóstico de reação de hipersensibilidade não alérgica aos demais AINEs foi estabelecido pela história de reação a dois ou mais AINEs de classes químicas diferentes. **Resultados:** Foram incluídos 34 pacientes no estudo, 21/34 (61%) do sexo masculino, a mediana de idade foi de 13 anos. História pessoal de atopia esteve presente em 30/34 (88%) pacientes e história familiar de atopia em 18/34 (52%). A manifestação clínica mais encontrada foi angioedema palpebral em 31/34 (91%) pacientes, associado à urticária em 6/34 (17%) e ao exantema em 3/34 (8%). Apresentaram critérios de anafilaxia 13/34 (38%) pacientes. Reação a dois ou mais AINEs foi descrita em 28/34 (82%) pacientes, sendo o paracetamol implicado em 27 desses casos. Todos os 34 pacientes foram submetidos ao TM diagnóstico com o paracetamol e 4/34 (11%) tiveram resultado positivo. **Conclusão:** Apesar de elevada reação ao paracetamol na história clínica dos investigados, quando eles foram submetidos ao TM a grande maioria mostrou-se tolerante a esse medicamento, o que o torna uma opção para uso e nos alerta da necessidade do teste como instrumento importante de diagnóstico.

* Universidade Federal de Pernambuco - UFPE.



Broncoespasmo paradoxal após uso salbutamol

Sarah Sella Langer, Leticia Matushita*

Apresentação do caso: Menina de 3 anos, com crise de broncoespasmo leve, afebril e coriza nasal, radiografia de tórax com infiltrado intersticial, sem consolidações. Realizado resgate de nebulizações com salbutamol com melhora do quadro. Após uma hora e meia, retornou com crise grave de broncoespasmo, taquipneia, saturação de oxigênio 90% em ar ambiente, uso de musculatura acessória, dor abdominal e agitação psicomotora. Prescrita nova nebulização com salbutamol, fornecido oxigênio e prescrito prednisolona 2 mg/kg. Evoluiu com piora da ausculta respiratória, taquicardia, sudorese profusa, confusão mental e piora da dor abdominal. Realizada adrenalina intramuscular, por possível reação adversa ao salbutamol e evoluiu com melhora. Transferida para unidade de cuidado intensivo, onde foi realizada nova sequência de nebulizações com salbutamol, houve novamente piora importante de quadro sendo necessário início de terbutalina endovenosa e ventilação não invasiva (VNI). Após 4 dias evoluiu com melhora e iniciado salbutamol e desmame de terbutalina. Apresentou crise grave de broncoespasmo e foi reiniciada terbutalina e VNI. Após estabilização do quadro reiniciado desmame de terbutalina associado a nebulização com formoterol e anti-histamínico. Recebeu alta sem outras intercorrências. **Discussão:** O broncoespasmo paradoxal após uso de beta-2 agonistas é descrito em cerca de 1% das nebulizações com salbutamol e pode ser ameaçador a vida. É pouco conhecido dificultando a identificação e tratamento. As reações podem ser associadas aos dispositivos inalatórios utilizados. No caso, observou-se piora clínica com uso de nebulização com salbutamol e história prévia de internação por quadro semelhante após uso de *spray* de mesmo medicamento. **Comentários finais:** Em ambulatório de reação adversa a fármaco programada provocação com salbutamol, porém, a mãe recusou-se a autorizar o procedimento. Orientado uso de formoterol nas crises de broncoespasmo.

* USP Ribeirão Preto.



Caso de dessensibilização ao monoclonal sunitinibe

Paula Savioli Silveira, Caroline Danza Errico Jeronimo,
Talita Machado Boulhosa Aranha Pereira, Ana Flávia Faria de Camargos,
Thábata Chiconini Faria, Maria Elisa Bertocco Andrade, Wilson Carlos Tartuci Aun*

Apresentação do caso: C.T.J., 56 anos, feminina, branca, portadora de neoplasia renal de células claras metastática, procurou o ambulatório de alergia com queixa de lesões cutâneas eritemato-pruriginosas disseminadas depois de 12 horas do uso de malato de sunitinibe. Após 1 mês, a medicação foi reintroduzida e ocorreu recorrência das lesões, associadas a edema de lábio e língua após 20 horas do uso, mesmo com uso prévio de fexofenadina e prednisona. O oncologista realizou a substituição por tosilato de sorafenibe, que foi também suspenso, pois causou hepatite medicamentosa (TGO 593, TGP 798). A paciente retornou ao ambulatório de alergia para avaliar a possibilidade de dessensibilização com sunitinibe, visto que em seu caso não havia outra opção terapêutica. Foi realizado um protocolo de dessensibilização em 3 dias, usando 10 doses crescentes de sunitinibe, com a concentração variando de 0,05 a 50 mg e intervalo de 1 hora entre as doses. Foram medidos parâmetros (frequência cardíaca e respiratória, pressão arterial, *peak flow* e saturação de oxigênio), e preparo com fexofenadina 1 hora antes do procedimento. Paciente evoluiu sem intercorrências e segue em uso da medicação, assintomática. **Discussão:** Esquemas de dessensibilização estão disponíveis para vários anticancerígenos, porém em revisão sistemática somente encontramos um relato de caso relacionado ao medicamento Sunitinibe. Este é uma molécula biodisponível que inibe vários receptores de tirosina-quinase envolvidos no processo de crescimento tumoral, impede o crescimento das células de tumores específicos e dificulta a angiogênese tumoral. Estudos mostram maior sobrevida em pacientes que usam Sunitinibe em relação à interferon alfa. **Comentários finais:** Esse relato de caso mostra a possibilidade de dessensibilização oral por um anticancerígeno, importante medicamento associado ao tratamento de neoplasias.

* Complexo Hospitalar do Mandaqui.



Dessensibilização ao tocilizumabe em paciente com artrite idiopática juvenil sistêmica de difícil controle: relato de caso

Gladys Reis e Silva de Queiroz, André de Souza Cavalcanti,
Luiz Alexandre Ribeiro da Rocha, Tâmisia Carmeliana Cipfriano da Silva,
Luis Felipe Chiaverini Ensina, Carolina Sanchez Aranda, Emanuel Sávio Cavalcanti Sarinho*

Apresentação do caso: D.L.M.C., masculino, 2 anos de idade, acompanhado no ambulatório de reumatologia pediátrica por artrite idiopática juvenil sistêmica (AIJS). Inicialmente utilizou pulsoterapia com metilprednisolona e manutenção da prednisolona e metotrexate, mas persistiu com atividade clínica e laboratorial da doença. As infusões do TCZ iniciaram a cada 15 dias, durante o segundo, o terceiro ciclo de infusão o paciente apresentou angioedema em face e extremidades, vômitos e queda nos níveis pressóricos, foi então medicado e teve a infusão suspensa. Após discussão do caso com alergo-imunologista, com o diagnóstico de hipersensibilidade alérgica imediata foi decidido iniciar protocolo de dessensibilização (DSZ) com TCZ. Elaborado protocolo inicial em 12 etapas, o qual sofreu adaptações posteriores. Foram administradas pré-medicações rotineiramente: montelucaste de sódio, difenidramina, levocetirizina, anti-térmicos e ranitidina. Outros fármacos foram utilizados a depender das intercorrências apresentadas: adrenalina, hidrocortisona, difenidramina, ácido acetilsalicílico, petidina, salbutamol e antieméticos. A DSZ foi realizada a cada infusão, com poucas intercorrências. Foi concluída a DSZ, entretanto o paciente persistiu com atividade clínica e laboratorial da AIJS. Atualmente está realizando a terapia anti-interleucina-1 de forma irregular motivada pela dificuldade na aquisição da medicação. **Discussão:** Reações imunomediadas contra TCZ são descritas na literatura, assim como protocolos bem-sucedidos de DSZ aos anticorpos monoclonais. No entanto, não há descrição na literatura de DSZ com TCZ em crianças portadoras de AIJS. **Comentários finais:** O paciente chegou a uma DSZ adequada, porém provavelmente ocorreu formação de anticorpos contra o TCZ.

* Universidade Federal de Pernambuco - UFPE.

Dessensibilização rápida ao infliximab em pediatria: relato de um caso

Sarah Sella Langer, Janaina Michelle Lima Melo, Leticia Matushita, Ullissis Padua de Menezes, Mariana Ferriani, Pêrsio Roxo Junior*

Apresentação do caso: Menina, 11 anos, previamente hígida, com diagnóstico de doença inflamatória intestinal (DII) desde os 8 anos quando iniciou sangramento e muco nas fezes associada a vômitos com restos alimentares e dor tipo cólica em região epigástrica. Em 2016, foi iniciado Infliximab (INF), na quinta dose apresentou exantema na região plantar, durante a sexta dose, palidez cutânea, sudorese, pulsos finos e hipotensão arterial (53 x 37 mmHg), caracterizando uma provável anafilaxia. Devido a reação grave e impossibilidade de troca de medicação optou-se por realizar protocolo de dessensibilização rápida. A dessensibilização ao INF foi realizada com a preparação de 3 bolsas de 250 mL de solução fisiológica 0,9%, contendo 1%, 10% e 100% da dose total preconizada (dose alvo: 200 mg), as concentrações foram respectivamente 0,008 mg/mL, 0,08 mg/mL e 0,8 mg/mL. Foram realizadas quatro etapas com cada bolsa, sendo aumentada a velocidade de infusão a cada 15 minutos. Sendo 2, 5, 10 e 20 mL/h na 1ª bolsa; 5, 10, 20 e 40 mL/h na 2ª; e 10, 20, 40 e 80 mL/h na última bolsa até atingir a dose final acumulada de 200 mg. O procedimento foi concluído em cerca de 6 horas. A paciente não apresentou qualquer alteração clínica durante ou após a realização da dessensibilização. Atualmente já realizou mais 3 infusões da dose preconizada de INF e em nenhuma delas apresentou qualquer alteração clínica. **Discussão:** O infliximab é um anticorpo monoclonal utilizado no tratamento de DII, artrite reumatoide e doenças de pele. Reações agudas são frequentes e podem variar de intensidade desde leves como tontura e cefaleia, a graves como dispneia e anafilaxia. Protocolos de dessensibilização tem se mostrado bem-sucedidos para fornecer a dose adequada nos casos de reações agudas. **Conclusão:** Os protocolos de dessensibilização são seguros, rápidos e eficazes para fornecer as doses preconizadas de medicação e o caso relatado mostra sua segurança também em pacientes pediátricos.

* USP Ribeirão Preto.

Erupção liquenoide induzida por anti-inflamatório não esteroidal

Jane da Silva, Alexandra Brugnera Nunes, Carolina Finardi Brümmer,
Oscar Cardoso Dimatos*

Apresentação do caso: A.S., 35 anos, feminina, relata lesões pruriginosas que iniciaram como vesículas, evoluindo como pápulas eritematosas, distribuídas em abdomen e disseminando-se para todo corpo, com predomínio em tronco e membros. História de quadro semelhante no ano anterior com melhora espontânea. Nega comorbidades, exceto rinite alérgica intermitente. Faz uso esporádico de analgésicos, anti-inflamatórios não-esteroidais (AINEs) e fluconazol. No exame apresentava pápulas violáceas, menores que 0,5 cm distribuídas em tronco e membros, fenômeno de Koebner sobre tatuagem em antebraço. Solicitadas sorologias para sífilis, HIV, hepatites B e C, todas negativas. Ao exame histopatológico observou-se dermatite de interface liquenoide, queratinocitos apoptóticos, hipergranulose em cunha, camada córnea com foco de paraqueratose, e na derme numerosos eosinófilos, sugestivas de erupção liquenoide por fármaco. A paciente teve melhora do quadro com uso de anti-histamínicos, corticosteroide tópico, e após cessar uso de AINEs. **Discussão:** Líquen plano (LP) é uma doença inflamatória idiopática da pele e membranas mucosas, e etiologia associada a múltiplas exposições ambientais, incluindo infecções, vacinas e medicações. Ocorre reação por células T contra queratinócitos da camada epitelial basal, em pessoas com predisposição genética. Acredita-se que nesse caso houve reação autoimune contra epítomos de queratinócitos, alterados por medicamentosos. Uma grande variedade de drogas têm sido relacionadas à erupção liquenoide induzida por drogas, incluindo AINEs. Além de suspender a medicação desencadeante, quando necessário, o tratamento inclui uso de corticosteroides, retinoides, inibidores tópicos de calcineurina, fototerapia, e em casos graves ou resistentes, imunossuppressores orais. **Comentários finais:** O LP apresenta remissão espontânea após tempo variável de evolução. Nesse caso, houve melhora após retirada da medicação suspeita, reforçando a hipótese diagnóstica.

* Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC.



Experiência com teste de contato em reações de hipersensibilidade não imediatas a drogas

Marina França de Paula Santos, Lara Tawil, Renata Midori Chihara, Vanessa Bosi Bissi, Veridiana Aun Rufino Pereira, Carlos Alves Bezerra Filho, Fátima Rodrigues Fernandes*

Introdução: O teste de contato de leitura tardia é um exame complementar de baixo custo, fácil execução e considerado seguro, por isso auxilia na determinação de medicamentos suspeitos. **Objetivo:** Avaliar sensibilidade e especificidade do teste de contato de leitura tardia para medicamentos durante 6 anos. **Método:** Análise de dados de prontuário dos pacientes que realizaram investigação para reações de hipersensibilidade a droga não imediata com teste de contato de leitura tardia para medicamentos de 2012 a junho de 2017. Os testes foram realizados com os medicamentos suspeitos após anamnese e as leituras foram realizadas após 48 e 96h da aplicação com concentrações, diluições e interpretação sugeridas pela literatura. **Resultado:** Foram realizados 73 testes em 42 pacientes, dos quais: 7 com anticonvulsivantes, 25 com antibióticos, 18 com anti-inflamatórios esteroidais e não esteroidais, 3 com antivirais, 4 com substâncias oftalmológicas, 3 com estatinas, 3 com vitaminas e 10 com outras medicações. Das reações tardias encontradas, 63 foram reações leves (32 exantemas maculopapulares, 23 dermatites de contato, 7 fotodermatoses e 1 eritema pigmentar fixo) e 10 graves (7 síndromes de Stevens-Johnson e 3 DRESS). Dos testes realizados, apenas 9 (12,3%) foram positivos, dos quais 3 (33,3%) positivos em anti-inflamatórios e 3 (33,3%) em antibióticos. A sensibilidade foi de 12,3% e a especificidade de 100%. Nas reações graves, a sensibilidade chegou a 20%. Nenhum paciente apresentou reação adversa ao teste. **Conclusão:** No presente estudo, o que se observou foi uma baixa sensibilidade do teste de contato de leitura tardia na confirmação do diagnóstico da droga suspeita, sendo necessários mais estudos para avaliar a concentração ideal para realização do teste.

* Clínica Alergos.



Experiência de um ambulatório de reação a medicamentos em hospital pediátrico terciário

Claudia França Cavalcante Valente, Ana Carla Borges de Oliveira Serafim,
Flaviane Rabelo Siqueira, Laísa Machado Bomfim, Monica Alvares Araujo Silva*

Introdução: As reações previstas e relacionadas às propriedades das drogas são chamadas tipo A. E as reações não previstas são as reações tipo B, que incluem as reações alérgicas, com mecanismo imunológico estabelecido, e as não alérgicas. As reações de hipersensibilidade a drogas nas crianças têm abordagem mais difícil pelo especialista devido à dificuldade de realização dos testes cutâneos. **Objetivo:** Demonstrar o perfil de pacientes pediátricos encaminhados a ambulatório especializado de alergia pediátrica para avaliação de reações adversas a medicamentos e vacinas. **Material e Métodos:** Estudo observacional retrospectivo através da análise de prontuário médico eletrônico de pacientes atendidos no ambulatório de alergia pediátrica no período de maio de 2015 a junho de 2017. **Resultados:** Foram realizados 93 testes diagnósticos em 69 pacientes no período. A maioria das reações suspeitas estavam relacionadas a medicamentos pertencentes à classe de antibióticos beta-lactâmicos, correspondendo a 39,7% do total e dos AINEs (ibuprofeno, dipirona, paracetamol e AAS) 25,8%, além das vacinas pentavalente, DTPa, HPV, tríplice viral, Influenza e febre amarela. Todos os pacientes realizaram testes diagnósticos, sendo 55 testes de punção, 37 intra-dérmicos, e 87 testes de provocação. Dos 93 testes realizados, 9 (9,6%) tiveram resultado positivo, sendo que em 5 (55,5%) deles para AINES, 3 (33,3%) deles houve confirmação diagnóstica de reação de hipersensibilidade a antibióticos beta-lactâmicos e 1 (11,1%) a cefalosporina. **Conclusão:** A maior prevalência de encaminhamento ao nosso ambulatório pediátrico foi por reação a antibióticos beta-lactâmicos, sendo a sua maioria não confirmada. A abordagem das reações a medicamentos em crianças necessita de protocolos diferenciados, e para isso são necessários mais estudos e publicações referentes à esta população em específico.

* Hospital da Criança de Brasília José de Alencar.

Experiência do serviço de alergia com farmacodermias graves na faixa etária pediátrica

Caroline Danza Errico Jeronimo, Mayara de Castro Silva Del Castillo, Talita Machado Boulhosa Aranha Pereira, Renata Midori Chihara, Diogo Costa Lacerda, Daniandra Figueiredo de Moraes, Isabela Vilanova Vale, Gabriela Aline Andrade Oliveira, Fátima Rodrigues Fernandes, Maria Elisa Bertocco Andrade, Andrea Pescadinha Emery de Carvalho*

Método: Estudo de casos de RCGM em crianças, realizado de 2002 a 2017, baseado na avaliação de prontuários e no seguimento ambulatorial neste serviço. Consideramos como RCGM a DRESS (*Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms*), Síndrome de Stevens Johnson (SSJ), Necrólise epidérmica tóxica (NET) e Pustulose exantemática aguda generalizada (PEGA).

Resultado: Estudamos 10 pacientes internados no ano de 2002 a 2017, com idade entre 9 meses e 18 anos, sendo 2 (20%) menores que 2 anos, 2 (20%) entre 2-4 anos, 1 (10%) entre 5-10 anos e 5 (50%) entre 11-18 anos. Em relação à classificação das reações, obteve-se: 2 (20%) DRESS, 5 (50%) SSJ, 2 (20%) NET, e 1 (10%) PEGA. Os medicamentos suspeitos foram: antibióticos 6 casos, seguido de anticonvulsivantes 5 casos e anti-inflamatórios 4 casos, sendo que em algumas reações mais de uma droga estava implicada. Todos os pacientes apresentaram febre e o sistema mais acometido foi o hepático. Em relação ao tratamento, 100% dos pacientes utilizaram corticoide; 8 (80%) anti-histamínicos; e 4 (40%) imunoglobulina (IgIV); destes, 2 (50%) eram NET, e 2 (50%) SSJ. O tempo de internação foi maior que 15 dias em 60% dos casos. Complicações ocorreram em três pacientes, sendo estas sepse, piodermite e colestase. Dentre os pacientes, dois desenvolveram doença autoimune após o quadro de RCGM, sendo vitiligo e doença de Behçet. **Conclusão:** Segundo a literatura, em crianças as RCGM são relacionadas mais frequentemente às infecções e a incidência média de reações alérgicas a medicamentos em crianças hospitalizadas é de 9,5%, sendo destas 12,3% reações graves. Concluimos que neste estudo os casos de SSJ foram os mais frequentes, e os antibióticos os medicamentos mais implicados. Não tivemos casos de óbito.

* IAMSPE.

Experiência do Serviço de Alergia e Imunologia com farmacodermias graves

Talita Machado Boulhosa Aranha Pereira, Ana Flávia Faria de Camargos,
Caroline Danza Errico Jeronimo, Thábata Chiconini Faria,
Gabriela Aline Andrade Oliveira, Mayara de Castro Silva del Castillo, Lara Tawil,
Daniele Maciel Alevato, Nathália Coelho Portilho, Fátima Rodrigues Fernandes*

Objetivo: Avaliar frequência, evolução e tratamento das reações cutâneas graves a medicamentos (RCGM). **Material e casuística:** Estudo de casos retrospectivos e prospectivos de RCGM realizado de 2002 a 2017, baseado na avaliação de prontuários e no seguimento ambulatorial neste serviço. Consideramos como RCGM a DRESS (*Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms*), Síndrome de Stevens Johnson (SSJ), Necrólise epidérmica tóxica (NET) e Pustulose exantemática aguda generalizada (PEGA). **Resultados:** Estudamos 82 pacientes internados no ano de 2002 a 2017, sendo 9 (11%) de 2002-2006, 31 (37,8%) de 2007-2011, 37 (45%) de 2012-2016, e 5 (6,2%) em 2017. Foram classificados em: 49 DRESS; 23 SSJ; 5 NET; e 5 PEGA. Os medicamentos mais implicados foram os antibióticos 37 casos (45,1%), seguido de anticonvulsivantes 32 casos (39%), e AINES 21 casos (25,6%). A idade dos acometidos variou de 9 meses a 89 anos, sendo 2 (2,4%) lactentes, 3 (3,6%) pré-escolares, 1 (1,2%) escolar, 5 (6,1%) adolescentes, 19 (23,1%) adulto jovem, 35 (42,7%) meia idade e 17 (20,7%) idosos. O acometimento sistêmico ocorreu em 96,7% dos pacientes, sendo o hepático 51 casos (62,1%) o mais relevante, seguido de mucosa 37 casos (45,1%). O tempo médio de internação foi maior que 15 dias em 58,5% dos pacientes. A maioria recebeu corticosteroides sistêmicos (92,7%). O uso de imunoglobulina humana intravenosa (IVIg) foi indicado em 11 pacientes (13,4%), sendo estes 7 SSJ, 3 NET, 1 DRESS e plasmaferese em 1 paciente com NET (1,2%). **Conclusão:** Os casos de DRESS e SSJ foram os mais frequentes e o período de maior incidência projetada foi de 2007-2011. Os antibióticos e os anticonvulsivantes foram os medicamentos mais implicados. O envolvimento hepático se mostrou o mais frequente. O tempo médio de internação foi prolongado. A mortalidade foi de 11% (9 pacientes).

* Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo - IAMSPE.

Fenótipos clínicos de pacientes com suspeita de reações de hipersensibilidade a AINES atendidos em ambulatório de reações a drogas

Mara Morelo Rocha Felix, Larissa de Souza Almeida, Camila Mendonça Gama, Débora Chaves Franco, Júlia Almeida de Sousa Barros, Raquel Grinapel, Andreia Albuquerque Garcês, Monica Soares de Souza*

Introdução: As reações de hipersensibilidade (RH) a drogas são reações adversas que se assemelham a reações alérgicas. Quando existe um mecanismo imune comprovado, as RH são consideradas alérgicas. As RH a AINES têm se tornado cada vez mais frequentes, inclusive na faixa etária pediátrica. Podem ser não alérgicas (por inibição da ciclooxigenase), levando a reações por múltiplos AINES, ou alérgicas (menos comuns), causando reações seletivas a AINES únicos. **Objetivo:** Descrever os fenótipos clínicos de pacientes com suspeita de RH a AINES atendidos em um ambulatório especializado de reações adversas a drogas (RAD) de um hospital terciário. **Métodos:** Estudo observacional retrospectivo através da análise de prontuários de pacientes atendidos no ambulatório de RAD do Hospital Federal dos Servidores do Estado-RJ entre janeiro de 2010 a maio de 2017. Foram avaliados dados sociodemográficos, informações a respeito das reações adversas a AINES e resultados de testes de provocação oral (TPO) presentes em questionários padronizados do ENDA (*European Network for Drug Allergy*) previamente preenchidos. **Resultados:** Foram avaliados 29 questionários (56,6% sexo feminino). A idade variou de 7 meses a 42 anos (mediana 12,5 anos). As principais drogas envolvidas foram: dipirona (93,1%), ibuprofeno (44,8%) e paracetamol (37,9%). A manifestação clínica predominante foi o angioedema (68,9%), principalmente nos olhos (75%). Dos sintomas associados, os respiratórios foram os mais frequentes (55,1%). A maioria dos pacientes (86,2%) foi incluída no grupo 3 da classificação do ENDA (urticária/angioedema induzidos por AINES). Do total, 14 foram submetidos ao TPO (21,4% positivos). **Conclusão:** As RH a AINES são comuns e necessitam de investigação apropriada. O diagnóstico requer uma abordagem sistematizada, através de questionários padronizados e TPO, que são úteis para confirmação da RH e também para estabelecer uma alternativa terapêutica para aqueles pacientes com reações a múltiplos AINES.

* Hospital Federal dos Servidores do Estado.



Hipersensibilidade a betalactâmicos em crianças: perfil clínico e investigação diagnóstica

Karine Bahri de Oliveira Penna, Naira Vanessa Anomal Gonzalez, Renata Monteiro Barros da Silva, Marcella Britto Boechat Arbex, Camila Koeler Lira, Maria Fernanda de Andrade Melo e Araújo Motta, Fernanda Pinto Mariz, Evandro Prado, Ekaterini Goudouris, Heloiza Helena Nunes da Silveira*

Introdução: Betalactâmicos são comumente prescritos em pediatria. Grande parte das suspeitas de reações de hipersensibilidade está relacionada a essa classe de antimicrobianos. Entretanto, estudos mostram que há um excesso de diagnóstico de hipersensibilidade a esses fármacos. **Objetivo:** Descrever o perfil clínico e a investigação diagnóstica em crianças com suspeita de hipersensibilidade a betalactâmicos atendidos em um serviço de alergia e imunologia. **Método:** Estudo descritivo retrospectivo com base na coleta de dados em prontuários utilizando o questionário ENDA, no período de março de 2015 a maio de 2017. **Resultados:** Foram analisados 30 pacientes com suspeita de reação a betalactâmicos, com um total de 35 reações, das quais 25 à amoxicilina, 3 à amoxicilina com ácido clavulânico, 1 à ampicilina, 5 à cefalexina, e 1 a cefaclor. Destes pacientes, 13 eram do sexo feminino e 17 do masculino. A idade à época da reação variou entre 3 meses e 10 anos, com mediana de 23 meses. A maioria das reações foi do tipo tardia (71,4%). Manifestações cutâneas foram as mais comuns: exantema maculopapular (40%), urticária (48,5%) e angioedema associado a exantema ou à urticária (20%). A investigação diagnóstica incluiu: testes cutâneos de puntura (nenhum positivo) e intradérmico (66,7% positivos) e, quando disponível, dosagem de IgE específica (negativa em 90%). Foram realizados 32 testes de provocação oral, afastando o diagnóstico de hipersensibilidade em 96,9%. O diagnóstico de alergia a betalactâmicos foi confirmado em três pacientes (10%): dois por TID e um por provocação oral. **Conclusão:** Apesar do grande número de casos suspeitos, observa-se que hipersensibilidade a betalactâmicos de fato é rara. Investigação adequada afasta o diagnóstico na maioria dos casos. A abordagem diagnóstica é complexa, o que contribui para que essas reações sejam superestimadas, acarretando em restrições desnecessárias aos pacientes.

* Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Hipersensibilidade ao paracetamol: efeito placebo ou excesso de diagnóstico?

Cláudia Castilho Mouco, Andressa Zanandréa,
Rafaella Amorim Gaia Duarte, Rebeca Mussi Brugnolli, Jorge Kalil,
Antonio Abilio Motta, Pedro Giavina Bianchi, Marcelo Vivolo Aun*

Introdução: O paracetamol é considerado seguro em pacientes com urticária ou angioedema desencadeados por anti-inflamatórios não-esteroidais (AINEs). Contudo, há pacientes que referem reação também a esta droga e ficam sem opção terapêutica. **Objetivo:** Avaliar a frequência de reações ao paracetamol e segurança dele no teste de provocação oral (TPO) em pacientes reatores a AINEs, incluindo o paracetamol. **Métodos:** Estudo retrospectivo, analisando prontuário eletrônico de pacientes avaliados de 2005 a junho de 2017. Foram incluídos pacientes portadores de urticária crônica exacerbada por AINEs (NECD) ou urticária/angioedema induzidos por AINEs (NIUA), submetidos ao TPO com paracetamol, que referiam reações a essa droga e no mínimo mais um AINE de classe diferente. Avaliamos características demográficas, quadro clínico desencadeado pelas drogas nas reações referidas e os resultados dos TPO com o fármaco. **Resultados:** Foram avaliados 116 pacientes (77% mulheres), com idade média de 38 anos, sendo 25 (21,6%) com NECD e 91 com urticária/angioedema induzidos. Encontramos 12 TPO positivos (10,3%), sendo 8 (6,9%) com reação ao paracetamol e 4 (3,4%) reações ao placebo. Dos pacientes com reações objetivas ao paracetamol, 5/8 tiveram urticária, 2/8 tiveram angioedema e 1/8 urticária e angioedema. Os reatores ao placebo apresentaram prurido sem lesão (2/4) e urticária (2/4). Não houve nenhuma anafilaxia. **Conclusão:** O paracetamol mostrou-se seguro em pacientes com urticária/angioedema induzidos ou exacerbados por AINEs, mesmo quando referiam reação prévia ao próprio. Dentre os TP positivos, 1/3 foram reações ao placebo, mostrando importância do componente emocional e a necessidade de utilização daquele antes do desafio.

* Hospital de Clínicas da Universidade de São Paulo.



Hipersensibilidade imediata aos corticosteroides: série de casos

Natália Vieira Dias, Patricia Guerzet Ayres Bastos, Chayanne Andrade de Araújo,
Inês Camelo Nunes, Luis Felipe Ensina, Maria Fernanda Malaman, Sérgio Luiz Oliveira Santos,
Mara Morelo Rocha Félix, Ullissis Pádua de Menezes*

Introdução: As reações de hipersensibilidade aos corticosteroides são raras, mas tem um grande impacto na terapêutica de diversas doenças. **Objetivos:** Descrever uma série de casos confirmados de hipersensibilidade aos corticosteroides. **Método:** Análise retrospectiva de pacientes com suspeita de hipersensibilidade aos corticosteroides em 4 diferentes centros especializados. Os casos suspeitos foram investigados através de testes cutâneos e/ou de provocação. **Resultados:** Foram investigados 6 pacientes com suspeita de hipersensibilidade aos corticosteroides, sendo 5 do gênero feminino com média de idade de 27 anos (10-44 anos). Dois pacientes não sabiam o nome da droga utilizada no momento da reação, mas referiam ser um corticoide, as demais drogas suspeitas foram hidrocortisona (3 pacientes), prednisona (2 pacientes) e betametasona (1 paciente). Dois pacientes referiram reação a mais de um corticosteroide. Os testes cutâneos foram positivos para uma das drogas suspeitas em 4 pacientes (hidrocortisona 2; metilprednisolona 1; betametasona 1). Nos outros 2 pacientes com testes cutâneos negativos, o diagnóstico foi confirmado pelo teste de provocação com a droga suspeita (prednisona 1; metilprednisolona 1; hidrocortisona 1). Foi observada reatividade cruzada entre dois tipos diferentes de corticosteroides em 2 casos. **Conclusão:** A investigação adequada dos casos suspeitos de hipersensibilidade aos corticosteroides permite um diagnóstico correto, assim como a definição de alternativas seguras.

* Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP.

Investigação etiológica conclusiva apenas seis dias após reação perioperatória

Paula Quadros Marques, Ana Carolina D`Onofrio e Silva,
Pâmella Diogo Salles, Mariele Morandin Lopes, Christian Branco Boechat,
Luis Henrique Gowdak, Antonio Abílio Motta, Jorge Kalil, Pedro Giavina-Bianchi, Marcelo Vivolo Aun*

Apresentação do caso: Mulher, 64 anos, internada em enfermaria devido à infecção de ferida operatória de enxertotomia (cirurgia prévia de revascularização miocárdica). Foi submetida a cirurgia para drenagem de secreção purulenta e colocação de curativo a vácuo. Procedimento realizado sem intercorrências de acordo com ficha anestésica. Assim que acordou após o procedimento sentiu desconforto orofaríngeo, que foi atribuído à intubação oro-traqueal. Ao chegar ao quarto, uma hora após a cirurgia, evoluiu com angioedema importante de língua e região cervical. Feita adrenalina, corticoide e anti-histamínico intravenosos, com melhora discreta e lenta do quadro. Solicitada avaliação do quadro em caráter de urgência, pois a paciente teria nova abordagem após uma semana. Seis dias após a reação, foram realizados testes cutâneos para medicações usadas na cirurgia. Os testes de punctura foram negativos. O teste intradérmico foram negativos para etomidato, cisatracúrio, fentanil e rocurônio, mas foi positivo em duplicata para midazolam. A paciente foi submetida a nova cirurgia no dia seguinte apenas com substituição do midazolam e o perioperatório ocorreu sem intercorrências. **Discussão:** É descrito que a investigação de reações IgE-mediadas deve ser realizada após 4 a 6 semanas da reação índice para minimizar resultados falso-negativos. Descrevemos um caso clínico de reação de hipersensibilidade a um benzodiazepínico com teste cutâneo positivo após apenas 6 dias da reação alérgica. **Comentários finais:** Pacientes com reação imediata perioperatória que necessitem reabordagem precoce podem ser investigados mesmo em curto intervalo de tempo, pois um resultado positivo permite maior segurança na orientação para próxima anestesia.

* Hospital das Clínicas da USP.



Lobo em pele de cordeiro? Pacientes com história de reação ao paracetamol devem realizar testes?

Desirée de Brito Garcia, Fernanda Rodrigues Bonheur,
Marina Rigoni Costa Moreira, Nathalia Senra Santos, Bruno Debona Souto,
Larissa Malta Storte Ferreira Marcolino, Alfredo Alves Neto, Luiz Carlos Gondar Arcanjo,
Tânia Maria Gonçalves de Souza Gomes, João Bosco Magalhães Rios*

Introdução: O paracetamol é um medicamento indicado, na dose de 500 mg, como alternativa em casos de reações adversas a anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs). Reações de hipersensibilidade a esse fármaco são incomuns, segundo a literatura. **Objetivo:** Verificar a incidência de reações de hipersensibilidade ao paracetamol em pacientes com história de reações adversas a esse medicamento e outros AINEs. **Métodos:** Análise de prontuários de pacientes, de todas as faixas etárias, submetidos a testes com medicamentos no período de janeiro de 2009 até fevereiro de 2017, realizados na Policlínica Geral do Rio de Janeiro. Os testes foram baseados no protocolo da *European Network of Drug Allergy* (ENDA) da *European Academy of Allergy and Clinical Immunology* (EAACI). **Resultados:** Foram realizados 1039 testes para hipersensibilidade a medicamentos durante o período avaliado, sendo 41 para o paracetamol (3,9% do total de testes). Quatro pacientes tinham história de reações adversas apenas ao paracetamol (10%), e os 37 restantes tinham história relacionada ao paracetamol e a outros AINEs (90%). Dois testes foram positivos (4,8%), dos quais 1 teve reação imediata (angioedema), com história de angioedema pós-paracetamol, e 1 reação tardia (placas eritematosas e pruridermia após 4 dias), com história de reação a AAS, dipirona e paracetamol. **Conclusão:** Pela baixa positividade dos testes (< 5%), conclui-se que a história clínica sugestiva de reação alérgica ao paracetamol, por si só, não indica a restrição do uso desse medicamento. Destaca-se, então, a importância da realização de testes para o correto diagnóstico e ratifica-se a segurança e a boa reprodutibilidade dessa ferramenta, já que as reações positivas foram leves.

* Policlínica Geral do Rio de Janeiro - PGRJ.

Necrólise epidérmica tóxica (NET) em escolar após tratamento de meningite

Beatriz Macedo Menezes, Elisa Fontenelle de Oliveira, Maria Vitória Hadland Seidl, Bárbara Carvalho Santos dos Reis, Elisa Barroso de Aguiar, Tallita Oliveira Gomes da Silva, Igo Oliveira de Araújo, Vanessa Stefanie Araújo Silva Santana, Sandra Maria Epifanio Bastos Pinto*

Relato do caso: C.E.R.L., 10 anos, masculino, iniciou quadro de cefaleia, febre e convulsão tônico-clônica generalizada, foram prescritos, inicialmente, fenobarbital e dipirona. Posteriormente, foram introduzidos ceftriaxona, aciclovir e vancomicina por diagnóstico de meningite. Após 15 dias, apresentou *rash* cutâneo pruriginoso em face e tronco, além de edema bipalpebral e de pavilhão auricular direito. Foram suspensos os antimicrobianos e administrados prednisolona e dexclorfeniramina. Porém, evoluiu com máculo-pápulas purpúricas que progrediram para lesões bolhosas difusas em cerca de 35% da superfície corporal em 2-3 dias, afetando inclusive orofaringe, conjuntiva e glândula. A biópsia cutânea demonstrou necrose extensa da epiderme. Imunoglobulina IV, metilprednisolona e cuidados locais intensivos foram instituídos. Devido à infecção bacteriana cutânea em face, meropenem e teicoplanina foram prescritos. Alta com lesões cutâneas em processo de cicatrização, sem lesões mucosas ou sequelas neurológicas. **Discussão:** NET é uma reação mucocutânea grave deflagrada comumente por medicamentos, principalmente anticonvulsivantes, como fenobarbital, carbamazepina e lamotrigina, além de sulfametoxazol. Porém, outras drogas podem estar implicadas. Caracteriza-se por necrose extensa da epiderme com destacamento, que pode levar a uma série de complicações clínicas. O paciente citado desenvolveu o quadro em cerca de 15 dias após introdução de múltiplas drogas. Evoluiu com melhora após suspensão das medicações suspeitas, introdução de Imunoglobulina IV e metilprednisolona, além dos cuidados locais intensivos. **Comentários finais:** A NET acomete 2-7 pessoas/milhão/ano, podendo ocorrer em qualquer idade, com mortalidade acima de 30%. Na maioria dos casos o risco desta reação se limita às primeiras 8 semanas do uso do medicamento. É fundamental a suspensão da droga suspeita, além dos cuidados locais, a fim de minimizar a progressão do quadro e a ocorrência de complicações e sequelas.

* Instituto Fernandes Figueira.

Necrólise epidérmica tóxica (NET): experiência bem sucedida com tratamento imunossupressor combinado

Nathalia Maria da Mota Souza, Mariana Castiglioni, Lais Pereira Bueno Millan,
Ana Paula Beltran Moschione Castro, Mayra de Barros Dorna,
Cristiane de Jesus Nunes dos Santos, Antônio Carlos Pastorino*

Apresentação do caso: V.K.V., feminino, 6 anos, com diagnóstico de epilepsia, em uso de ácido valpróico e clobazam há 4 anos, sem controle das crises, sendo associada Lamotrigina. Após 2 semanas de uso, paciente apresentou febre (máximo 38,5 °C), hiperemia e pápulas em face. Em atendimento médico foi diagnosticada otite média aguda e introduzido amoxicilina com clavulanato. Persistiu com febre e houve surgimento de bolhas em face, sendo interrompida a Lamotrigina e introduzido anti-histamínico. No 5° dia após início do quadro, ainda febril, as lesões bolhosas disseminaram-se, com surgimento de úlceras orais. Paciente foi internada em UTI com hipótese de farmacodermia grave (Síndrome de Steven Johnson/NET), não apresentando alterações significativas em exames laboratoriais. Na admissão, iniciou esquema com metilprednisolona 1 mg/kg/dia (total 5 dias) e, após 3 dias, associada gamaglobulina 1 g/kg/dia (total 3 dias). No 4° dia de internação evoluiu com lesões oculares e genitais, piora das lesões de pele e descolamento de mais de 30% da superfície corpórea, compatível com o diagnóstico de NET. Iniciada ciclosporina 3 mg/Kg/dia por 7 dias, seguido de desmame por mais 10 dias e introduzida antibioticoterapia, devido sinais clínicos e laboratoriais de infecção secundária. Na pele, foram usados curativos não aderentes embebidos em óleos graxos essenciais, sulfadiazina de prata e gelatina de petróleo. Recebeu cuidados oftalmológicos intensivos com colírios lubrificantes, de dexametasona e ciprofloxacina. Usou sonda vesical de demora para prevenir cicatrizes uretrais. No 15° dia, houve parada do descolamento cutâneo. Paciente evoluiu com melhora progressiva, desmame da analgesia, repitelização da pele no 22° dia de doença, mantendo apenas hiperemia difusa, tendo alta hospitalar.

Discussão e comentários finais: Ressaltamos a importância do tratamento intensivo, multiprofissional e os benefícios da introdução precoce de imunossuppressores para o controle dessa grave farmacodermia.

* Instituto da Criança - ICR-FMUSP.



Perfil dos pacientes encaminhados ao ambulatório de reações a medicamentos do serviço de Imunologia Clínica

Rafael Esteves Carriço, Sérgio Duarte Dortas Junior,
Mariana Rosa de Castro Gomes, Ana Carolina Miranda Carvalho Ferreira Fernandes de Sousa,
Alfeu Tavares França, Solange Oliveira Rodrigues Valle*

Introdução: As reações adversas a medicamentos compreendem uma gama variada de manifestações clínicas e mecanismos imunológicos, podendo ter apresentação imediata ou tardia, intensidade variável e sintomas distintos. O diagnóstico de reações adversas a medicamentos vem crescendo nos últimos anos, evidenciando certos grupos de risco e medicações mais frequentemente associadas. **Objetivo:** Descrever o perfil dos pacientes encaminhados ao ambulatório de reações adversas a medicamentos do nosso serviço, que foi inaugurado em 2015. **Metodologia:** Em estudo retrospectivo observacional, foram avaliados 32 pacientes encaminhados ao ambulatório de reações adversas a medicamentos no período de 2015 a 2017. Foram avaliadas as variáveis: gênero, idade, sintomatologia, drogas suspeitas e o intervalo entre sua administração e a reação. **Resultado:** Dos 32 pacientes avaliados, a maioria era do gênero feminino (78,12% e 21,87% do gênero masculino), com mediana de idade de 55,5 anos. A maior parte dos pacientes apresentou sintomas cutâneos isolados (50%), seguidos por anafilaxia (28,57%) e sintomas respiratórios isolados (21,42%). Observamos maior prevalência de reações imediatas (85,71% contra 14,28% de reações tardias). As medicações mais implicadas foram AINEs (43,75%), antibióticos (34,37%) e indutores anestésicos (12,5%). **Conclusão:** Nosso estudo corrobora os dados epidemiológicos de que mulheres estão em maior risco para desenvolvimento de reações adversas a medicações, assim como a importante participação do uso de AINEs e antibióticos nos casos de reações alérgicas. Observou-se também que as reações de hipersensibilidade imediata são as mais comumente reconhecidas e diagnosticadas.

* Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ.



Perfil dos pacientes encaminhados para avaliação por risco de reação adversa a vacinas

Patricia Faddul de Almeida, Jorgete Maria e Silva, Persio Roxo Junior, Leticia Matushita, Soraya Regina Abu Jamra, Paula Alves Penna Correa, Mariana Peres de Lima Arcalá Rossini*

Introdução: Vacinas são importante instrumento de proteção a saúde individual e da população. Sua utilização com segurança deve ser uma preocupação constante garantindo a eficácia e o sucesso dos programas nacionais de imunização. **Objetivo:** Avaliar o perfil de reações adversas apresentadas por pacientes encaminhados ao serviço terciário de atenção à saúde. **Método:** Análise retrospectiva de 76 prontuários de pacientes avaliados por reação adversa a vacina ou a algum tipo de alergia relatada que contra indicasse vacinar. **Resultados:** A frequência maior do encaminhamento foi presença de algum tipo de alergia alimentar (76,3%), seguida de algum tipo de reação à vacina (19,7%) e outros (3,9%). A idade mediana dos pacientes foi de 1 ano (9 meses a 79 anos). Vacinas envolvidas: Febre Amarela (40%), Meningocócica C (33,3%), Influenza (33,3%) e Tríplice Viral (26,7%); o tipo mais comum de reação foi cutânea (46,7%), seguida de alterações do sistema nervoso central (20%), angioedema (13,3%), anafilaxia (13,3%) e manifestação respiratória (6,7%). Deste total, 41 (53,9%) pacientes realizaram vacina sob supervisão médica. Destes, 73,2% receberam vacina da Febre Amarela; 19,5% Tríplice Viral; 12,2% Influenza; e 4,8% Meningocócica C. Vacinação realizada com pré-medicação para pacientes com história típica de alergia alimentar IgE mediada ou reação alérgica provável. Assim, 51,2% receberam anti-histamínico; 26,8% anti-histamínico e corticoide; 14,6% não foram medicados. Todos tiveram boa evolução e apenas 1 paciente apresentou quadro de reação após a imunização com necessidade de adrenalina e observação hospitalar por 12 horas. **Conclusão:** Reações alérgicas a vacinas são causadas principalmente por componentes e proteínas presentes na sua fabricação. Vacinação supervisionada esta indicada nos casos de risco de reação adversa grave, principalmente anafilaxia. Cada caso deve ser avaliado individualmente quanto ao risco de reações garantindo assim a aplicação da vacina e a proteção e segurança do paciente.

* Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo.



Perfil epidemiológico dos pacientes submetidos a testes com fármacos no ambulatório de reação a medicamentos do Hospital Regional da Asa Norte - HRAN, Brasília, DF

Fernanda Casares Marcelino, Danúbia Michetti Silva,
Daniela Farah Teixeira Raeder, Flavia Alice Timburibá de Medeiros Guimarães,
Vanessa Gonzaga Tavares Guimarães, Haline Freitas Berbet*

Objetivo: Avaliar aspectos epidemiológicos e resultados de testes cutâneos e de provocação realizados no ambulatório de reação a medicamentos do Hospital Regional da Asa Norte/HRAN. **Métodos:** Estudo observacional, transversal e descritivo baseado na análise das respostas ao questionário recomendado pelo *European Network for Drug Allergy* (ENDA) e dos testes realizados no período de janeiro de 2016 a janeiro de 2017 no ambulatório referido. **Resultados:** Foram analisados os questionários de 80 pacientes submetidos a testes para investigação de reação de hipersensibilidade a fármacos, dos quais 68,75% eram do sexo feminino e 31,25% do sexo masculino. A idade dos pacientes variou de 2 a 74 anos, com média de 38 anos. Os pacientes estudados foram submetidos a 177 testes para confirmação diagnóstica ou para opções de fármacos alternativos. Os testes de provocação corresponderam a 54,23% (n=96), o teste cutâneo de leitura imediata (*prick test*) a 23,16% (n= 41), o teste intradérmico a 21,46% (n= 38) e o teste de contato (*patch test*) a 1,12% (n=2) do total de testes realizados. Em relação aos resultados, 13 testes de provocação tiveram resultado positivo, 69,23% deles aos AINES, mas nenhuma reação grave foi observada. Os testes cutâneos apresentaram 7 resultados positivos, 54,14% aos betalactâmicos, 28,57% ao propofol e 14,28% ao fentanil. O grupo farmacológico mais testado foi o dos AINES (63,2%), seguido dos antibióticos betalactâmicos (14,4%) e das drogas de indução anestésica (9,6%). **Conclusões:** A avaliação do paciente com reação a fármaco pelo especialista é de suma importância. O diagnóstico inadequado pode levar à exclusão desnecessária de agentes terapêuticos e ao uso de fármacos alternativos ineficazes e/ou de custo elevado. Os dados epidemiológicos e as drogas mais envolvidas são semelhantes a da literatura atual.

* Hospital Regional da Asa Norte - HRAN.

Protocolo de dessensibilização com anti-CD20 em uma criança com doença linfoproliferativa secundária

Tessa Rachel Tranquillini Gonçalves, Carolina Sanchez Aranda, Luis Felipe Ensina, Inês Cristina Camelo Nunes, Márcia Carvalho Mallozi, Vicente Odone Filho, Dirceu Solé*

A doença linfoproliferativa após transplante de órgãos sólidos (PTLD) tornou-se uma das formas mais comuns de proliferação linfática na infância. O tratamento da PTLD é a combinação de quimioterapia com rituximabe (RTX). O objetivo deste estudo é relatar o protocolo utilizado para dessensibilização ao RTX em uma paciente que apresentou anafilaxia durante sua infusão. **Descrição:** Paciente G.S., feminino, 9 anos, 7 meses após transplante cardíaco por miocardite sem causa definida, evoluiu com doença linfoproliferativa com EBV positivo, indicado tratamento com RTX. Na 1ª infusão apresentou sintomas leves de reação alérgica, sendo que na 3ª apresentou anafilaxia. Diante da necessidade do tratamento com RTX foi elaborado um protocolo de dessensibilização rápida. A paciente recebeu anti-histamínicos, anti-leucotrienos e meperidina. Não houve reações adversas durante as infusões e as 4 doses de RTX necessárias para o tratamento foram realizadas. Atualmente, a paciente está estável, com carga viral para EBV negativa. **Discussão:** O paciente pode não reconhecer epítopos dos anticorpos monoclonais (Mabs) como próprios e estimular o sistema imunológico a produzir principalmente IgE e ativar mecanismos, ocasionando diferentes manifestações clínicas. Testes cutâneos como o SPT e o ID positivos inferem presença de IgE, indicando sensibilização ao alérgeno. Para os medicamentos que considerados como única opção terapêutica, diversos protocolos de dessensibilização vêm sendo desenvolvidos, baseados num processo de indução de tolerância temporária por exposição sequencial a doses crescentes do fármaco. *In vitro*, a dessensibilização previne a degranulação de mastócitos e basófilos. Para nosso conhecimento, este é o 1º caso pediátrico, no qual uma criança foi submetida à dessensibilização ao RTX após manifestar anafilaxia.

* Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP.



Reação de hipersensibilidade tardia à budesonida *spray* nasal

Renata Midori Chihara, Mayara de Castro Silva del Castillo, Vanessa Bosi Bissi,
Ana Luísa Barbosa Belarmino, Marina França de Paula Santos,
Andrea Pescadinha Emery de Carvalho, Veridiana Aun Rufino Pereira*

Apresentação do caso: R.S.R.H., gênero feminino, 30 anos, arquiteta, em acompanhamento no ambulatório de alergia e imunologia devido quadro de rinoconjuntivite alérgica e asma, sendo prescrito mometasona 50 µg *spray* nasal 2 jatos 1x/dia, cloridrato de olopatadinacolírio de 12/12h, levocetirizina 5 mg por 10 dias e solicitado exames complementares para investigação. Foi realizada troca da mometasona para budesonida 50 µg 2 jatos 1x/dia, devido paciente referir piora dos sintomas com o primeiro. Paciente retornou em 2 dias no ambulatório, referindo que após 10h da aplicação nasal da budesonida apresentou eritema em sulco naso-labial, edema e prurido nasal e de lábio superior. Procurou primeiramente pronto-socorro onde foi prescrito prednisona 40 mg/dia por 5 dias e loratadina com melhora. Realizado teste de contato com budesonida 50 µg (+ em 48h e ++ em 96h) e mometasona 50 µg (negativo), com bateria de corticoides (budesonida 0,01% ++ em 48h e 96h), padrão e cosméticos (sulfato de níquel + em 96h e parafenilenodiamina ++ em 48h e 96h). No momento, paciente encontra-se em uso de mometasona nasal, fluticasona + vilanterol inalatória e imunoterapia alérgeno-específica, sem intercorrências, com boa resposta ao tratamento. **Discussão:** As reações de hipersensibilidade à budesonida são raras, conforme relatado na literatura, sendo poucos os efeitos secundários. Os eventos adversos associados à aplicação intranasal de budesonida em pacientes com rinite, alérgica ou não, mais frequentemente comunicados têm sido irritação cutânea transitória ao redor do nariz e nos locais de contato da aplicação. **Comentários finais:** Dentre os corticoides tópicos a budesonida é o corticoide considerado mais alergênico, sendo as principais reações relatadas do tipo IV, mediadas por células T, tendo como principal manifestação clínica a dermatite de contato.

* Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos.

Reações cutâneas graves adversas a drogas (RCGAD) por alopurinol em ambulatório especializado de hospital universitário

Maria Inês Perelló Lopes Ferreira, Anna Carolina Nogueira Arraes, Assunção de Maria Castro, Sonia Conte Costa, Denise Pedrazzi, Gabriela Coelho Dias, Eduardo Costa*

Objetivo: Descrever o perfil clínico-laboratorial de 10 pacientes com reações cutâneas adversas graves a drogas (RCGAD) por alopurinol acompanhados no ambulatório de reações adversas a medicamentos. **Métodos:** Estudo retrospectivo dos pacientes diagnosticados com RCGAD por alopurinol, entre março/2011 e junho/2017. Foram utilizados o Euro/RegisCAR para fenotipagem, algoritmos de causalidade e questionário ENDA para coleta de dados. Cor e raça foram descritas pelo método de autoatribuição. Foram feitos testes de contato com droga, tipificação HLA-A,B,DR (PCR-RSSO) e SSP alelo específico para detecção do HLA-B*58:01. Foi realizado acompanhamento clínico-laboratorial pós-reação. **Resultados:** Foram identificados 10 casos de RCGAD por alopurinol. DRESS/PEGA = 1, SSJ/NET = 8, PEGA = 1. Sete dos pacientes com SSJ/NET tinham acometimento < 10% e 1 entre 10-30% da superfície corporal. A maioria dos pacientes era feminina (n = 6/60%) e parda/negra (n = 6/60%). A mediana de idade foi 52,5 anos (perc25-75 = 49,5-62). A principal indicação de tratamento foi hiperuricemia assintomática. A mediana do período de latência foi 15 dias (perc25-75 = 8,25-27,5). O HLA-B*58:01 foi identificado em 4 pacientes. Polifarmácia foi o principal fator de risco em pacientes sem marcador genético. Nenhum tinha disfunção renal prévia. Dois pacientes apresentaram comprometimento renal durante a reação com recuperação posterior da função renal. Foram realizados testes de contato com alopurinol. A corticoterapia foi utilizada em 8 pacientes. A seqüela mais comum foi discromia cutânea e a mais grave foi sinéquia ocular em 2 pacientes. Reações adversas tardias a outras drogas ocorreram em 2 pacientes (DRESS/PEGA e SSJ/NET). **Conclusão:** A RCGAD por alopurinol pode trazer sequelas graves. A indicação criteriosa do alopurinol deve ser incentivada. A tipificação do HLA-B*58:01 permitiu reforçar a etiologia em casos de RCGAD por essa droga assim como a orientação farmacogenética do paciente e de seus familiares diretos.

* Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ.



Relato de caso de transtorno psiquiátrico induzido por montelucaste

Nelson Augusto Rosario Filho, Cristine Secco Rosario,
Herberto Jose Chong Neto, Carlos Antonio Riedi*

Introdução: Em 2008, o *Food and Drug Administration* (FDA) dos Estados Unidos emitiu um alerta sobre o risco elevado de eventos psiquiátricos com o uso de montelucaste. Estudos nacionais recentes de farmacovigilância na Suécia, França e Espanha detectaram risco para esta medicação. **Relato de caso:** Menina de 2 anos e 10 meses com história de dispneia e sibilância. Teste cutâneo para aeroalérgenos negativo. Diagnóstico de asma provavelmente atópica grave persistente, iniciado corticoide inalatório com beta-2 agonista de longa duração. Manteve seguimento clínico, com controle parcial dos sintomas. Em abril de 2012, com 7 anos, foi iniciado montelucaste. Em julho de 2012, passou a apresentar agressividade excessiva e uma tentativa de suicídio (7 anos e 4 meses). Impulsiva e pouco tolerante a críticas. Hetero e autoagressão; duas tentativas de suicídio: uma com instrumentos cortantes e outra tentativa de precipitação de altura. Diagnosticada pelo psiquiatra com transtorno de conduta. Após a suspensão da medicação, apresentou melhora do comportamento e não teve tentativas de suicídio. **Conclusão:** O montelucaste é utilizado na prática clínica diária de pediatras, pneumologistas e alergistas e pouco se sabe sobre os efeitos adversos da medicação. Os transtornos psiquiátricos associados ao uso de montelucaste podem variar de casos leves, como alterações no sono, a casos graves como o reportado, e isso deve ser considerado ao prescrever o medicamento. São necessários estudos epidemiológicos para melhor avaliação deste risco.

* Universidade Federal do Paraná - UFPR.



Relato de caso: hipersensibilidade à ondansetrona

**Jéssica Luna Junqueira Vasconcelos, Luis Felipe Ensina,
Alex Eustáquio de Lacerda, Bárbara Martins de Aquino, Inês Camelo Nunes,
Anna Paula Marques Mambraiz, Renan Augusto Pereira***

Os antieméticos antagonistas do receptor de serotonina raramente estão envolvidos em reações de hipersensibilidade. A ondansetrona é um antagonista seletivo do receptor 5-hidroxitriptamina muito utilizado como antiemético por seu perfil de eficácia e segurança. Mulher de 36 anos foi avaliada no serviço de alergia com história de reação durante parto cesariano há 2 anos. Havia feito uso das seguintes drogas: morfina, dipirona, hidrocortisona, cefazolina, ocitocina, bupivacaína, ondansetrona, ranitidina e cetorolaco, após 15 minutos evoluiu com angioedema de pálpebras e lábios. Foi medicada com epinefrina, prometazina e hidrocortisona, com melhora dos sintomas. Relata uso posterior de dipirona, não apresentando reação; porém, não foi reexposta às outras medicações. Após obtenção do termo de consentimento livre e esclarecido, foi submetida a testes cutâneos de leitura imediata para bupivacaína, cefazolina (dose padronizada) e ondansetrona (25 mg/mL), com leitura após 20 minutos, sendo todos negativos. Em seguida foi realizado teste intradérmico, com leitura após 20 minutos, resultando negativo para bupivacaína (0,5 mg/mL) e cefazolina (2 mg/mL) e positivo (pápula de 9 mm e halo eritematoso) para ondansetrona (0,2 mg/mL). Posteriormente, realizado teste subcutâneo com bupivacaína, com desfecho negativo. São raros os relatos na literatura de reação de hipersensibilidade à ondansetrona. Apesar disso, a sua ampla utilização em procedimentos médicos impõe atenção e pesquisa de seu eventual papel frente a uma reação.

* Hospital Municipal Campo Limpo.



Segurança dos testes de provocação e da dessensibilização de mulheres com sífilis gestacional e suspeita de alergia à penicilina

Paula Marchiori Damasceno, Albertina Varandas Capelo, Norma de Paula M. Rubini, Eliane Miranda da Silva, Carolina de Castro Gasperin, Juliana Brito Lyra, Amanda P.M. Souza Lima, Flavia Ramos Pinto, Mariana Lopes Domingues, Fernanda Tardelli Sanchez Tatsch, Natacha Lorena Lima Mafort Latini, Clety Angulo*

A sífilis gestacional implica em risco elevado de contágio ao feto em qualquer fase da doença, sendo a penicilina benzatina a única droga considerada eficaz para o tratamento adequado destas pacientes. No caso de suspeita confirmada ou de reações anafiláticas à penicilina, deve-se indicar a dessensibilização. **Objetivo:** Descrever a rotina do atendimento das gestantes com sífilis e história de alergia à penicilina atendidas no ambulatório de Alergia e Imunologia do HUGG. **Métodos:** Foram incluídas 40 pacientes com sífilis gestacional encaminhadas de janeiro de 2015 a junho de 2017 e solicitação de dessensibilização à penicilina. **Resultados:** 95% (38/40) das pacientes relataram alergia à penicilina benzatina, e o restante à amoxicilina. A média de idade foi de $26,25 \pm 7,07$ anos, média de idade gestacional de $16,10 \pm 13,43$ semanas, média da idade da reação de $18,38 \pm 11,31$ anos, sendo que 22,5% ocorreram há menos de 2 meses, 37,5% foram reações imediatas, 32,5% indeterminadas e 30% (12/40) tardias. 2 pacientes apresentaram Reação de Jarisch-Herxheimer, 4 reação local, 17,5% reações inespecíficas, 12,5% suspeita de anafilaxia, e o restante somente reações cutâneas. Somente uma paciente apresentou teste intradérmico positivo, com história recente e tempo de início indeterminado. 60% das pacientes foram submetidas a teste de provocação, sendo uma por reação tardia e 6 foram dessensibilizadas de acordo com o protocolo da Wendel et al., uma pela positividade ao teste cutâneo e as restantes pela história recente compatível com anafilaxia. Duas pacientes apresentaram reação leve, tendo sido tratada com penicilina benzatina ao término do procedimento, sem reação adversa. **Conclusão:** A anamnese e os testes alérgicos, incluindo testes de provocação oral, foram seguros e responsáveis por afastar alergia à penicilina em 87,5% dos casos. A dessensibilização mostrou-se segura e eficaz nas pacientes com teste cutâneo positivo e história de reação anafilática.

* Hospital Universitário Gaffrée e Guinle - HUGG.

Stevens Johnson (SJS) por dipirona

Daniandra Figueiredo de Moraes, Daniele Maciel Alevato, Isabela Vilanova Vale,
Gabriela Aline Andrade Oliveira, Maria Elisa Bertocco Andrade,
Wilson Carlos Tartuci Aun, Ana Luisa Barbosa Belarmino*

Apresentação: A.H.P., 40 anos, masculino, branco, solteiro. Antecedente de neuropatia por anoxia neonatal em uso contínuo de clorpromazina e prometazina. Internado pela cirurgia plástica, por Síndrome de Fournier. Após 3 dias iniciou placas eritematosas e pruriginosas em membros e tórax. Avaliado pela Alergia e Imunologia com suspeita de farmacodermia pelos seguintes medicamentos: dipirona, cetoprofeno, vancomicina, piperacilina e tazobactam. Sorologias virais negativas, eosinófilos (5,0%/300) e demais exames sem alterações. Orientada suspensão desses medicamentos e prescrito anti-histamínico e corticoterapia. No entanto, a dipirona foi mantida e um dia após apresentou piora do quadro com aftas orais, edema labial, hepatomegalia, lesões em alvo em toda extensão do corpo. Evoluiu com febre, leucocitose, eosinofilia (6,3%-700) e hematúria, sendo então suspensa a dipirona, prescrito imunoglobulina humana endovenosa (IVIG) por cinco dias. Apresentou melhora progressiva das lesões e exames laboratoriais. Após 20 dias ao ser inadvertidamente re-exposto à dipirona por febre, apresentou eritema difuso pelo corpo. **Discussão:** As drogas são as principais causa de SJS (50 a 80%), apesar de infecções e malignidades também poder desencadear. Existem mais de 100 medicamentos de várias classes associadas à ocorrência desta farmacodermia. Com base em arquivos RegisSCAR/EuroSCAR os medicamentos foram classificados como alto, moderado e baixo risco relacionados à ocorrência de SJS. Entre os analgésicos, encontramos paracetamol e ácido acetilsalicílico. A dipirona, em contraste, não está na lista de agentes envolvidos na etiologia de SJS; que pode ser desencadeada se for utilizada concomitantemente a doenças infecciosas. **Conclusão:** Esse relato de caso visa chamar atenção para os medicamentos suspeitos na Síndrome de Stevens Johnson. No caso relatado, temos a dipirona como principal suspeito, fugindo a regra de ser sempre os antibióticos e anticonvulsivantes os principais vilões.

* Hospital Santa Casa de Santos.



Superposição de necrólise epidérmica tóxica e DRESS em lactente com Síndrome de Zika congênita

Beatriz Macedo Menezes, Elisa Fontenelle de Oliveira, Maria Vitória Hadland Seidl, Bárbara Carvalho Santos dos Reis, Elisa Barroso Aguiar, Tallita Oliveira Gomes da Silva, Igo Oliveira de Araújo, Ludmila Alves Melgaço, Sandra Maria Epifanio Bastos Pinto*

Relato do caso: A.T.A., 1 ano, masculino, com síndrome de Zika congênita e epilepsia, admitido em hospital de referência por quadro respiratório. Na internação necessitou de gastrostomia, sendo necessárias 4 abordagens cirúrgicas por complicações no pós-operatório. Fez uso de diversos medicamentos, como antibióticos, sedativos, analgésicos e anticonvulsivantes, dentre eles, fenitoína. Após 1 semana da introdução desta última, apresentou febre baixa diária e exantema micropapular difuso, levando à suspeita de farmacodermia. Foi suspensa fenitoína e prescrito metilprednisolona. Também foram constatados leucocitose, eosinofilia e elevação de transaminases. Evoluiu, após 2 dias, com vesículas e edema de lábios, pálpebras, máculas violáceas e pápulas eritematosas difusas. Houve surgimento de bolhas e acometimento de mucosas oral, anal e conjuntival, além de descolamento epidérmico na face e no tronco com superfície corporal acometida de cerca de 85%. Realizada biópsia cutânea (necrose de queratinócitos) e adicionado Imunoglobulina IV, além de cuidados locais intensivos. Recebeu alta com melhora completa sem sequelas relacionadas ao quadro mucocutâneo. **Discussão:** A evolução do quadro é sugestiva de necrólise epidérmica tóxica, todavia, alguns achados laboratoriais, como leucocitose, eosinofilia e elevação de transaminases, o exantema inicial com lesões polimórficas e o edema facial, com predomínio periorbitário, sugeriam síndrome DRESS (*Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms*). A fenitoína é uma das drogas mais comumente associada a estas doenças, tendo sido a principal suspeita no caso relatado. **Comentários finais:** Não há evidência definitiva sobre a eficácia do tratamento com Imunoglobulina IV em ambas as doenças (NET e DRESS), porém quando associada à retirada da droga implicada, se mostrou efetiva no caso descrito. Destaca-se a possibilidade de superposição entre as diferentes formas de reações de hipersensibilidade às drogas, como no caso relatado.

* Instituto Fernandes Figueira.



Testes *in vivo* em pacientes com suspeita de reações de hipersensibilidade a drogas: experiência inicial de um ambulatório especializado

Sergio Duarte Dortas Junior, Mariana Rosa de Castro Gomes,
Rafael Esteves Carriço, Ana Carolina Miranda Carvalho Ferreira Fernandes de Sousa,
Gisele Viana Pires, Solange Oliveira Rodrigues Valle*

Introdução: Os testes *in vivo* com drogas testes cutâneos e de provocação são indicados para confirmar uma reação de hipersensibilidade a drogas e proporcionar alternativas terapêuticas. **Objetivo:** Descrever as indicações e resultados dos testes de provocação e cutâneos realizados nos pacientes encaminhados ao ambulatório de reações adversas a medicamentos do Serviço de Imunologia no período de 2015 a 2017. **Método:** 16 pacientes com suspeita de reação a drogas foram submetidos a testes *in vivo*, sendo 5 (31,25%) cutâneos e 11 (68,75%) de provocação oral simples cego placebo controlado. **Resultados:** Das 16 provocações realizadas, 9 foram para confirmação diagnóstica (5 com AAS, 1 com Vitamina E, 2 com penicilina e 1 com metformina) e 7 para proporcionar alternativa terapêutica (1 com mepivacaína, 3 com meloxicam, 1 com rocurônio, 1 com propofol e 1 com bupivacaína). 85,25% dos testes foram negativos e 18,75% positivos. **Conclusão:** Nesse estudo, obtivemos 18,75% de positividade nos testes *in vivo* realizados, mostrando baixa prevalência de hipersensibilidade a drogas na população estudada. A realização dos testes foi importante para afastar reações de hipersensibilidade nesses pacientes, garantindo o uso seguro dos medicamentos suspeitos, e proporcionar alternativas terapêuticas, levando a melhora da qualidade de vida dos pacientes.

* Hospital Universitário Clementino Fraga Filho.



Valor preditivo negativo do teste cutâneo no diagnóstico de hipersensibilidade a beta-lactâmicos

Fernanda Rodrigues Bonheur, Marina Rigoni Costa Moreira, Desirée de Brito Garcia, Nathalia Senra Santos, Paula Rodrigues Pereira, Patricia Aguiar Neves, Diener Frozi Schlinkert, Tânia Maria Gonçalves de Souza Gomes, Luiz Carlos Gondar Arcanjo, João Bosco Magalhães Rios*

Introdução: Os antibióticos da classe beta-lactâmicos são amplamente utilizados, em todas as faixas etárias, como primeira escolha para os principais processos infecciosos bacterianos. Ao mesmo tempo, são os antibióticos mais associados às reações de hipersensibilidade, imediatas ou tardias. **Objetivo:** Avaliar o valor preditivo negativo do teste cutâneo para antibióticos beta-lactâmicos. **Métodos:** Análise dos prontuários dos pacientes, adultos e pediátricos (até 18 anos incompletos), submetidos a testes medicamentosos na Policlínica Geral do Rio de Janeiro, no período de janeiro de 2009 a maio de 2017. Os testes foram baseados no protocolo da *European Network of Drug Allergy* (ENDA) da *European Academy of Allergy and Clinical Immunology* (EAACI). **Resultados:** Foram realizados 95 testes para antibióticos beta-lactâmicos nesse período. Dezesete (17,9%) testes foram positivos. Destes, 13 (76,5%) no teste cutâneo, e 4 (23,5%) na provocação oral. Nos testes cutâneos positivos, 1 deles foi na puntura, enquanto os demais foram no intradérmico. **Conclusão:** Embora os beta-lactâmicos sejam considerados os antibióticos mais frequentemente associados a reações alérgicas, observa-se uma baixa positividade dos testes em todas as faixas etárias. Justifica-se, então, a realização do teste cutâneo no protocolo diagnóstico de hipersensibilidade a beta-lactâmicos, tendo em vista seu alto valor preditivo negativo (95%), como demonstrado neste trabalho. Dessa forma, é possível evitar a exposição do paciente à provocação oral, que apresenta um risco maior de reações sistêmicas graves.

* Policlínica Geral do Rio de Janeiro.

Vasculite cutânea e exantema: uma reação de hipersensibilidade tardia a dimenidrinato

Larissa Prando Cau, Danilo Gois Gonçalves, Rosana Câmara Agondi, Pedro Giavina-Bianchi*

Apresentação do caso: Paciente feminina, 27 anos, desenvolveu após 14 dias de uso oral de dimenidrinato associado à piridoxina (DDP), exantema maculopapular discretamente doloroso com áreas de púrpura palpável, acometendo quase totalmente abdome e membros. Associaram-se cefaleia, náuseas e febre. A avaliação complementar evidenciou proteína C-reativa elevada de 7 mg/dL, sem outras alterações laboratoriais (realizados hemograma; funções renal e hepática; C3 e C4; sorologias para HIV, HBV, HCV e sífilis; pesquisa de crioglobulinas e FAN). A histopatologia das biópsias cutâneas revelaram dermatite de interface do tipo vacuolar, púrpura com leucocitoclasia, derrame pigmentar e imunofluorescência positiva para IgG nos núcleos dos queratinócitos da epiderme. A paciente foi tratada com prednisona 1 mg/kg/dia por um mês, com desmame gradual em 2 meses, evoluindo regressão completa. Foi realizado teste intradérmico com 0,03 mL de DDP a 0,1 mg/mL que resultou negativo na leitura de 20 minutos e 6 horas, mas positivo em 48h (10 voluntários hígidos apresentaram o teste negativo). **Discussão:** Dimenidrinato é um anti-histamínico H1 do grupo das etanolaminas, cujas reações alérgicas são raras. A reação de hipersensibilidade tardia relatada mostrou-se característica de mecanismo misto de Gell e Coombs, haja vista o quadro inicial caracterizado por exantema e teste cutâneo intradérmico de leitura tardia em 48h (reação tipo IV) e a biópsia compatível com vasculite cutânea e depósito de imunocomplexos (reação tipo III). Não há citações semelhantes ou padronização de testes cutâneos com DDP na literatura. **Comentários finais:** A avaliação propedêutica nas reações alérgicas à medicamentos é de grande importância para o diagnóstico etiológico. Descrevemos um caso de exantema e vasculite cutânea como reação adversa ao dimenidrinato. Assim, o teste intradérmico pode ser uma forma de confirmação etiológica em reações de hipersensibilidade tipo III ou IV a este fármaco.

* Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP.