

## Urticária solar: relato de caso

Alice d'Avila Costa Ribeiro<sup>1</sup>, Gabriela Andrade Coelho Dias<sup>1</sup>,  
Mara Morelo Rocha Felix<sup>1</sup>, Laura Vidal da Cunha Moreira<sup>1</sup>

**Introdução:** A urticária solar (US) é um subtipo raro das Urticárias Crônicas induzidas (UCInd), com impacto relevante na vida do paciente. **Relato do caso:** Masculino, 31 anos, relata há 6 meses, placas eritematosas com prurido e ardência após exposição solar, apenas nas áreas expostas, que somem em 5 a 10 minutos. Nega relação com atividade física/calor e surgimento espontâneo. Refere episódio anterior em 2018, com duração de 5 meses, tratado com anti-histamínico (anti-H1) diariamente com resposta parcial durante sua duração. Hipertenso em uso de atenolol. Avaliação laboratorial (hemograma, VHS, PCR e autoanticorpos tireoidianos), normal. Realizado teste de provocação, com exposição solar por 10 minutos. Surgiram urticas após 8 minutos, com duração de duas horas. Paciente foi orientado quanto a fotoproteção e uso de bilastina regular. **Discussão:** A US é um subtipo raro de UCInd, desencadeada pela exposição à luz solar (luz visível, UVA e UVB), mais comum no sexo feminino entre a 2<sup>a</sup> e a 4<sup>a</sup> décadas de vida. Seu diagnóstico costuma ser tardio, após 1 a 3 anos. Há surgimento de urticas de 5 a 10 minutos após a exposição acompanhadas de prurido e/ou queimação, com resolução em até 24 horas. Podem ocorrer manifestações sistêmicas como cefaleia, náuseas, vômitos, síncope e choque. A fisiopatologia ocorre por ativação de um foto autoalérgeno levando a degranulação de mastócitos. Pode ser primária ou causada por medicamentos e é comum a associação com outras fotodermatoses. Quanto ao tratamento, além da fotoproteção, a primeira linha são os anti-H1 de 2<sup>a</sup> geração, na dose padrão, podendo ser quadruplicada. Nos pacientes refratários, indica-se a adição de omalizumabe (*off label* para UCInd). Finalmente, nos pacientes sem resposta, troca-se omalizumabe por ciclosporina. A US tem grande impacto na qualidade de vida, que se reflete no comprometimento de aspectos da vida cotidiana como a limitação à locomoção ao ar livre, atividade física e lazer no período diurno.

1. Alergolife - Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

## Avaliar UCE autoimune conforme exames disponíveis na prática clínica

Alice Rocha de Magalhães<sup>1</sup>, Franciane Almonfrey Bruschi<sup>1</sup>,  
Dione Tavares<sup>1</sup>, Jorge Kalil<sup>1</sup>, Antônio Abílio Motta<sup>1</sup>, Rosana Câmara Agondi<sup>1</sup>

**Introdução:** As hipóteses de etiologia autoimune e autoalérgica para UCE, como entidades distintas, parecem justificar casos de resposta e/ou refratariedade ao tratamento de primeira linha (terapia alvo com omalizumabe). Estratégias para diferenciar tais mecanismos são necessárias e têm sido buscadas, sobretudo para que se tornem mais acessíveis para a prática clínica. **Métodos:** Trata-se de um estudo retrospectivo com dados obtidos do registro em prontuário eletrônico pacientes com UCE em acompanhamento em um centro terciário. Embora os testes de ativação e atividade de basófilos (BAT e BHRA) e detecção de autoanticorpos antirreceptor de IgE nos mastócitos sejam considerados como mais fidedignos para detecção de etiologia autoimune, não estão disponíveis na prática clínica. Foram avaliados os dados demográficos e exames complementares: autoanticorpos (anti-TPO), teste do autossoro (TAS), dosagem de IgE sérica total e eosinófilos séricos. **Resultados:** Foram selecionados 34 pacientes submetidos ao TAS. A média de idade foi de 51 anos e de duração de doença foi de 14 anos. A maioria dos pacientes (76,5%) apresentou angioedema e a associação com urticária crônica induzida foi de 17,6%. O TAS foi positivo em 58,8% dos pacientes. Apesar disso, o anti-TPO foi positivo na minoria dos pacientes (11,8%) e o FAN, em 38,2%. Entre os pacientes com TAS positivo, a média dos níveis de IgE sérico total foi de 188,5UI/mL. Já nos casos de TAS negativo, a média foi de 419 UI/mL. Quanto à resposta aos anti-histamínicos, 30% dos pacientes com TAS + foram classificados como refratários aos anti-histamínicos; a prevalência entre os pacientes com TAS negativo foi de 14,3%. Não foi realizada avaliação estatística devido ao pequeno tamanho amostral. **Conclusão:** O levantamento de tais informações e a avaliação de diferentes parâmetros se apresentam como aliados no sentido de melhor compreensão da doença e, sobretudo, na definição de condutas mais assertivas na prática clínica de vida real.

1. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - São Paulo, SP, Brasil.



## Uso de omalizumabe na urticária ao frio: relato de caso

Eduardo Cunha Souza Lima<sup>1</sup>, Marina Cunha Souza Lima<sup>1</sup>,  
Aline Pereira Araújo<sup>1</sup>, Gabriela Assunção Goebel<sup>2</sup>, Ingrid Pimentel Cunha Magalhães Souza Lima<sup>1</sup>,  
Eduardo Magalhães Souza Lima<sup>1</sup>, Maria Laura Pires de Carvalho Pereira<sup>2</sup>

**Introdução:** A urticária ao frio é um tipo de urticária física, crônica induzida, em que o contato com objetos, líquidos ou ar frio está envolvido no início dos sintomas. Alguns necessitam de terapias individualizadas para o controle da doença, como no caso relatado. **Relato do caso:** Paciente de 83 anos, com urticária após contato com água fria, piora dos sintomas com ar condicionado, sem sintomas quando ingeria água gelada. Pesquisado criofibrinogenio, crioglobulinas e crioaglutininas todas negativas e IgE total 137. Realizado teste do cubo de gelo, positivo. Prescrito antihistamínico de segunda geração e doxepina, com controle parcial. Aumentado a dose do antihistamínico e mantido doxepina, com bom controle. Porém, dois anos após, apresentou nova piora da urticária com água fria. Sem controle clínico satisfatório após aumento da dose do antihistamínico quatro vezes. Assim, prescrito omalizumabe (UAS7 30). Evoluiu com melhora clínica na terceira dose do imunobiológico (UCT 16 / UAS7 02). Novo teste do cubo de gelo após a sétima dose do mesmo, negativo. **Discussão:** A urticária ao frio acomete mais adultos jovens, 50% dos pacientes apresentam atopia associada e 25% outros tipos de urticárias induzidas. A frequência da urticária ao frio varia entre 5-34%. Os pacientes podem ter alterações laboratoriais, como na crioglobulinemia e crioaglutininas. Os sintomas geralmente são limitados à região exposta ao frio, mas o contato extenso, pode resultar em reações sistêmicas (urticária generalizada ou anafilaxia). Se história clínica sugestiva, é indicado o teste de provocação, como o teste do cubo de gelo. Se negativo, deve-se pensar em outros diagnósticos, como síndrome autoinflamatória e vasculite. É orientado evitar o contato com frio e o uso de antihistamínico. Se sintomas refratários com dose quadruplicada de antihistamínico, é indicado o uso de omalizumabe, como no caso. É de extrema importância diagnosticar o tipo de urticária, para o correto manejo terapêutico e melhora da qualidade de vida do paciente.

1. Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde - SUPREMA - Juiz de Fora, MG, Brasil.

2. Hospital das Clínicas - Belo Horizonte, MG, Brasil.

## Omalizumabe na urticária crônica: experiência de um serviço de referência

Gabriela Andrade Coelho Dias<sup>1</sup>, Mara Morelo Rocha Felix<sup>1</sup>,  
Alice D'Ávila Costa Ribeiro<sup>1</sup>, Laura Vidal da Cunha Moreira<sup>1</sup>

**Introdução:** O tratamento da urticária crônica (UC) é escalonado e se inicia com anti-histamínicos (anti-H1) de segunda geração em dose usual até dose quadruplicada. Nos pacientes refratários é indicado o omalizumabe. O objetivo deste estudo é descrever o perfil clínico e resposta ao omalizumabe dos pacientes com UC acompanhados em um centro de referência. **Métodos:** Estudo retrospectivo dos dados dos pacientes com UC submetidos a tratamento com omalizumabe. Foram avaliados: gênero, idade, tempo de doença, tipo de urticária, comorbidades, angioedema, questionário de vida na urticária crônica (CUQoL) e teste de controle da urticária (UCT). Foi avaliada a resposta como boa se UCT > 12, rápida, se após a primeira aplicação e tardia, após a segunda. **Resultados:** Foram avaliados 20 pacientes: quinze mulheres (75%), idade média de 39,4 (13,2) anos, todos com urticária crônica espontânea (UCE), sendo quatro com dermatografismo associado. Treze (65%) tinham angioedema; cinco (20%), hipotireoidismo e cinco (20%), rinite alérgica. A mediana do tempo de doença na indicação foi 24 meses (perc25-75 = 5,0-54,2). A dosagem sérica de IgE total e D-dímero apresentou as seguintes medianas: 65,2 UI/mL (perc25-75: 21,2-334,5) e 613,0 ng/mL (perc25-75: 290,0-1063,0). Na avaliação pré omalizumabe foram encontradas medianas dos escores do CUQoL = 74 (perc25-75: 51,7-8,27) e UCT = 3 (perc25-75: 1,0-5,0). Sete (35%) pacientes apresentaram resposta rápida e 11 (55%), resposta tardia, sendo que em 15 foi utilizada dose de 300 mg; em 2, 450 mg; e em 3, 600 mg. Os efeitos colaterais relatados foram: reação no local de aplicação e cefaleia. A mediana de uso foi de nove meses (perc25-75: 4-12). Não se observou correlação entre os níveis de IgE total, D-dímero, tempo de doença e qualidade de vida com resposta ao tratamento. **Conclusão:** O omalizumabe demonstrou ser eficaz e seguro para os pacientes com urticária refratária a anti-H1, embora com resposta mais tardia do que a observada em outros estudos.

1. AlergoLife - Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

## Anticorpo anti-peroxidase: um biomarcador da urticária crônica

Gabriela Andrade Coelho Dias<sup>1</sup>, Roberto Smith Jorge<sup>1</sup>,  
Danielle Lemos Brito<sup>1</sup>, Paula Pereira Rodrigues<sup>1</sup>, Denise Lacerda Pedrazzi<sup>1</sup>,  
Natalia Rocha Amaral Estanislau<sup>1</sup>, Anna Carolina Nogueira Arraes<sup>1</sup>,  
Maria Ines Perello<sup>1</sup>, Eduardo Costa<sup>1</sup>, Fabio Chigres Kuschnir<sup>1</sup>

**Introdução:** A dosagem do anticorpo IgG anti-peroxidase (anti-TPO) é recomendada nas diretrizes de urticária crônica (UC) para avaliação da autoimunidade do tipo IIb e sua presença foi associada a maior duração da doença. O objetivo deste trabalho foi descrever o perfil de pacientes com UC de acordo com a avaliação do anti-TPO. **Métodos:** Estudo retrospectivo com análise dos dados dos pacientes atendidos de 03/11 a 12/21. Foram analisadas as seguintes variáveis: sexo, idade, tempo de doença, tipo de UC, angioedema, doenças autoimunes, anti-tireoglobulina (TG), IgE total, D-dímero, PCR, FAN, eosinófilos, basófilos, TSH, T4 livre, teste do soro autólogo (TSA), omalizumabe, questionário de avaliação da qualidade de vida na urticária crônica (CUQoL), teste de controle da urticária (UCT) na primeira consulta. **Resultados:** Foram avaliados 236 pacientes, com idade média de 43,7 (17,3) anos; mediana de tempo de UC de 18 (IIQ: 6-60) meses, 80% são mulheres, sendo 36 (15,2%) com anti-TPO+. Correlacionando-se pacientes com anti-TPO positivo e negativo, observou-se maior prevalência de mulheres (94,5%x77,5%, p: 0,01), hipotireoidismo (41,6x7,0, p: 0,000), TSH elevado (23,0x9,1, p: 0,04), anti-TG (41,6x4,7, p: 0,00) e D-dímero (85,8x33,3, p: 0,009). Pacientes com anti-TPO+ apresentaram maiores escores no CUQoL (75,6x54,6) e pior controle (UCT: 4,6x7,3) da UC. As demais variáveis não demonstraram correlação significativa. Entretanto observou-se tendência a maior duração, com mediana de tempo de 30 meses (IIQ:12,0-69,2) nos pacientes com anti-TPO+ e 13,5 (IIQ 6-48) com anti-TPO – (p: 0,06) e para níveis séricos mais baixos de IgE total, com mediana de 93 UI/mL (15,0-166,0) e 128,5 UI/mL (30,5-437,2) (p:0,46), respectivamente. Não foi observada diferença em relação ao tratamento com omalizumabe e resposta terapêutica. **Conclusão:** O anticorpo anti-TPO demonstrou correlação com os níveis elevados de D-dímero e ser um preditor do impacto na qualidade de vida e pior controle da urticária.

1. Universidade do Estado do Rio de Janeiro - Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

## “Alergia ao Suor” - Urticária colinérgica (UCol): perfil de pacientes de um Centro de Referência e Excelência em Urticária (UCARE)

Guilherme Gomes Azizi<sup>1</sup>, Sérgio Duarte Dortas Jr<sup>1</sup>, Rossy Moreira Bastos Jr<sup>1</sup>, Kelielson Cardoso de Macêdo Cruz<sup>1</sup>, Omar Rosa Santos Lupi<sup>1</sup>, Solange Oliveira Rodrigues Valle<sup>1</sup>

**Introdução:** A UCol possui o suor como uma característica compartilhada entre todas as hipóteses fisiopatológicas, todavia, diferentemente, da urticária ao calor, a UCol está diretamente ligada ao aquecimento sistêmico, e não ao calor incidido sobre a pele. **Métodos:** Estudo retrospectivo realizado através de coleta de dados em prontuários de pacientes com UCol de ambulatório UCARE, no período de 2018-2023. Os pacientes foram caracterizados por dados demográficos, comorbidades, teste de provocação (Teste de provocação em urticária colinérgica HUCFF-UFRJ) e tratamento. **Resultados:** Doze pacientes identificados, 6 eram do sexo feminino e 6 do masculino. A idade média foi de 25,5 anos. O início dos sintomas ocorreu em uma idade média de 17 anos. Sete pacientes apresentaram atopia (6 com rinite alérgica e uma com asma). Nenhum apresentou hipotireoidismo ou outra autoimunidade. Três pacientes também apresentavam outra urticária crônica induzida (1 urticária vibratória, 2 dermatografismo), e um paciente apresentava urticária crônica espontânea. Anti-histamínicos na dose usual foram prescritos para três pacientes, duplicada para quatro pacientes e dose quadruplicada para cinco pacientes. Devido a sintomas refratários à terapia com anti-histamínicos, três pacientes foram tratados, adicionalmente aos anti-histamínicos (dose quadruplicada), com omalizumabe para controle da doença. Todavia, destes, apenas um apresentou bom controle, até o momento. **Conclusões:** A UCol ainda é subdiagnosticada e traz consequências à qualidade de vida, e, principalmente, à prática regular de atividade física pelo paciente. O teste de provocação é essencial para descartar diagnósticos diferenciais como a anafilaxia induzida pelo exercício e a vasodilatação reflexa ao exercício. Até o momento, não há tratamento específico aprovado além dos anti-H1, mas o omalizumabe pode ser uma opção eficaz. Maiores estudos são necessários para a melhor compreensão da prevalência e incidência desta patologia no Brasil.

1. Universidade Federal do Rio de Janeiro - Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

## Teste de provocação em urticária solar (US): viabilizando uma técnica acessível

Guilherme Gomes Azizi<sup>1</sup>, Solange Oliveira Rodrigues Valle<sup>1</sup>, Ana Paula Brito Dias<sup>1</sup>,  
Omar Rosa Santos Lupi<sup>1</sup>, Mayara Radi Ismail Jaber<sup>1</sup>, Sergio Duarte Dortas Jr<sup>1</sup>

**Introdução:** A US ocorre após a exposição da pele à luz solar. Pode apresentar sintomas de graus variados desde os mais leves e restritos ao local de exposição até anafilaxia. O diagnóstico de forma empírica é feito testando alguns comprimentos de luz através de lâmpada de projetor de slides (luz visível), luz negra ou solar fluorescente (UVA/UVB), ou lâmpada de comprimento infravermelho. **Método:** Teste de provocação realizado em hospital universitário para diagnóstico de US em paciente feminino, com histórico de dois episódios de anafilaxia, utilizando Mini Lâmpada UVA/UVB 50w 3.0 Intense Halogen. A paciente foi orientada a suspender anti-H1 e corticosteroides por 7 dias, assim como evitar imunossupressores e corticosteroides tópicos. Realizado exame físico e permaneceu em repouso por 30 minutos. A paciente foi instruída a vestir uma manga de ciclismo com proteção UVA/UVB, isolando mão, fossa cubital, parte de antebraço e braço. A manga foi adaptada com abertura de 5 cm<sup>2</sup> em face volar de antebraço. Posteriormente, a lâmpada acoplada a uma luminária de mesa foi direcionada a área exposta a uma distância de 15 cm, permanecendo durante 20 min. **Resultados:** O teste foi positivo após 15 min de exposição, apresentando lesão eritematoedematosa em toda a área exposta à lâmpada, além de eritema reflexo de 10 cm. Após 30 min houve desaparecimento completo da lesão. Não foi constatada queimadura ou incomodo a exposição. A paciente apresentou taquicardia (135 bpm), leve queda na saturação de O<sup>2</sup> (95%) e agitação cerca de 3 min antes da positivação do teste e durante este. Permaneceu em observação por 30 min e não apresentou evolução dos sintomas. **Conclusão:** O método descrito possui uma limitação, pois não apresenta distinção entre os raios UVA, UVB e as ondas de luz visível. Assim, não é possível a caracterização entre os espectros de onda e a US. Entretanto, o “Teste de provocação com mini lâmpada” foi capaz de confirmar o diagnóstico de US. Maiores estudos são necessários.

1. Universidade Federal do Rio de Janeiro - Rio de Janeiro, RJ, Brasil.  
2. Instituto Fernandes Figueira - Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

## Comorbidades em pacientes diagnosticados com urticária crônica em tratamento com omalizumabe

Joice Trigo Fonseca<sup>1</sup>, Joanelmile Pacheco Figueiredo<sup>1</sup>, Leila Vieira Borges Trancoso Neves<sup>1</sup>, José Carlison Santos Oliveira<sup>1</sup>, Régis de Albuquerque Campos<sup>1</sup>

**Introdução:** A urticária crônica (UC) é caracterizada por placas eritematosas e pruriginosas acompanhadas ou não de angioedema por mais de seis semanas. Estudos atuais têm relacionado diversas comorbidades à urticária crônica. O objetivo do estudo foi avaliar a presença de doenças sistêmicas associadas à urticária crônica em pacientes em tratamento com omalizumabe. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo e observacional que avaliou a associação entre UC e a ocorrência de múltiplas comorbidades em pacientes acompanhados em um centro terciário – UCARE – entre julho de 2019 e julho 2023, em uso de omalizumabe. **Resultados:** Dentre os 70 pacientes analisados, 85,7% (n = 60) eram do sexo feminino com média de idade de 43 anos, variando entre 6 e 85 anos, sendo mais prevalente entre elas (n = 18) a hipertensão arterial sistêmica (HAS), seguida de doenças do aparelho digestivo (n:10), obesidade (n = 8) e dislipidemia (n = 8), doenças autoimunes (n = 7), diabetes (n = 6) e por último as doenças psiquiátricas (n = 5). No sexo masculino (n = 10), as doenças autoimunes foram as mais prevalentes (n = 2), seguida de HAS (n = 1) e doenças psiquiátricas (n = 1). As demais não foram descritas neste gênero. No presente estudo, 9 pacientes (12,8%) apresentaram doença autoimune associada à UC, frequência maior do que a observada na população geral (em torno de 5%). Entre os 9 pacientes, a doença autoimune da tireoide estava presente em 4,2% (n = 3) deles. **Conclusões:** Múltiplas comorbidades estão associadas a maior risco de desfechos clínicos graves. Nas doenças de etiologia endócrina e vascular e nas doenças autoimunes, há aumento de fatores pró-inflamatórios, sendo hoje a UC considerada doença sistêmica inflamatória de baixo grau. O mecanismo fisiopatológico proposto seria a ativação constante ou contínua de mastócitos observada em pacientes com UC não controlada e que necessitam do uso de omalizumabe. Portanto, mais estudos devem se concentrar a fim de estabelecer associação entre comorbidades e UC.

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



## Registro Brasileiro de Angioedema Hereditário (REBRAEH): resultados dos primeiros 283 pacientes

José Eduardo Seneda Lemos<sup>1</sup>, Mariana Paes Leme Ferriani<sup>1</sup>, Fernanda Leonel Nunes<sup>1</sup>,  
Pérsio Roxo Júnior<sup>1</sup>, Gabriela Andrade Coelho Dias<sup>2</sup>, Fernanda Gontijo Minafra Silveira Santos<sup>3</sup>,  
Faradiba Sarquis Serpa<sup>4</sup>, Fernanda Casares Marcelino<sup>5</sup>, Jane da Silva<sup>6</sup>, Herberto José Chong Neto<sup>7</sup>,  
Rozana de Fátima Gonçalves<sup>1</sup>, Régis de Albuquerque Campos<sup>8</sup>, Pedro Francisco Giavina-Bianchi Junior<sup>9</sup>,  
Elia Cristina Toledo<sup>10</sup>, Iramirton Figuerêdo Moreira<sup>11</sup>, Solange Oliveira Rodrigues Valle<sup>12</sup>,  
Marina Mendonça Dias<sup>1</sup>, Davi Casale Aragon<sup>1</sup>, Luisa Karla Arruda<sup>1</sup>, Anete Sevciovic Grumach<sup>13</sup>

**Introdução:** Angioedema hereditário (AEH) é uma doença rara com herança autossômica dominante. **Métodos:** Registro multicêntrico de pacientes brasileiros com AEH foi estabelecido, e pacientes tiveram seus dados incluídos na plataforma REDCap por médicos especialistas. **Resultados:** 283 pacientes com AEH (69,3% do sexo feminino) foram incluídos até o momento. 216 (76,6%) pacientes têm diagnóstico de AEH-C1-INH (65 com variante identificada em SERPING1) e 66 (23,4%) têm AEH com C1-INH normal (54 com variante identificada em F12). 91,9% são sintomáticos e 70,8% já tiveram pelo menos 1 crise grave. 119 (47%) apresentaram crises laríngeas, e 1/5 pacientes falecidos teve óbito por crise de angioedema. Fatores desencadeantes mais comuns foram estresse (67,5%) e trauma (54%). A mediana de crises/ano antes do tratamento foi de 10 (interquartil 3-20). 74,2% necessitaram de atendimento em Pronto-Socorro e 10,3% internação em UTI. No grupo total, tempo médio entre o início dos sintomas e o diagnóstico de AEH foi de 12,5±12,8anos; entre os 41 pacientes abaixo de 18 anos foi de 0,8±3,3anos. 131/253 (51,8%) pacientes que realizaram tratamento para crises de AEH utilizaram medicamentos de primeira linha. Dentre 230 pacientes que utilizaram profilaxia a longo prazo, apenas 19 (8,3%) utilizaram terapias de primeira linha; 74,3% utilizaram andrógeno atenuado, com 27,3% de eventos adversos. Dentre os menores de 18 anos, 80,5% são sintomáticos; 57,6% já tiveram 1 crise grave; 21,2% tiveram pelo menos 1 crise laríngea e 84,8% dor abdominal; 36,7% utilizaram terapia de primeira linha para crises. Apenas 12,1% fizeram profilaxia a longo prazo com terapias de primeira linha; 66,7% utilizaram ácido tranexâmico e 30,3% nenhuma profilaxia. 42/152 pacientes (27,6%) tiveram AECT < 10 nos 3 meses previamente à inclusão no Registro. **Conclusão:** O diagnóstico e o tratamento das crises parecem ter melhorado no Brasil, entretanto a profilaxia a longo prazo ainda é um desafio para pacientes brasileiros com AEH.

1. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP - Ribeirão Preto, SP, Brasil.
2. Univ. do Estado do Rio de Janeiro - Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
3. Univ. Federal de Minas Gerais - Belo Horizonte, MG, Brasil.
4. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM - Vitória, ES, Brasil.
5. Hospital Regional da Asa Norte - HRAN - Brasília, DF, Brasil.
6. Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC - Florianópolis, SC, Brasil.

7. Universidade Federal do Paraná - UFPR - Curitiba, PR, Brasil.
8. Universidade Federal da Bahia - UFBA - Salvador, BA, Brasil.
9. Hospital das Clínicas FMUSP - São Paulo, SP, Brasil.
10. Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP - São José do Rio Preto, SP, Brasil.
11. Universidade Federal de Alagoas - UFAL - Maceió, AL, Brasil.
12. Univ. Federal do Rio de Janeiro - UFRJ - Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
13. Centro Universitário Faculdade de Medicina do ABC - FMABC - Santo André, SP, Brasil.



## Os desafios da urticária crônica na população brasileira

Larissa Silva Brandão<sup>1</sup>, Luis Felipe Ensina<sup>1</sup>, Dirceu Solé<sup>1</sup>

**Introdução:** A urticária crônica (UC) tem sido subestimada em sua importância para a população brasileira. **Objetivo:** Este estudo avaliou dados epidemiológicos e dificuldades no diagnóstico da UC no Brasil. **Método:** Foram incluídos 287 pacientes maiores de 12 anos de idade com UC, recrutados por redes sociais para responder um questionário *online*. **Resultados:** A maioria (90%) era do sexo feminino, 66% tinham UC espontânea (UCE) isolada ou associada à UC Induzida (27%). O diagnóstico ocorreu entre 18 e 39 anos (10% antes dos 18 anos) e tinham duração média de 2 a 5 anos. Angioedema ocorreu em 49% dos casos e 57,2% tiveram episódios anteriores de urticária. Foram comorbidades mais apontadas: ansiedade (41%), rinite alérgica (35%), obesidade (13%) e doenças da tireoide (12%). A maioria dos pacientes visitou de 3 a 5 médicos antes de ter diagnóstico confirmado que demorou de 6 meses a 1 ano. Acesso limitado a serviços especializados foi relatado por 74% dos pacientes. As especialidades mais buscadas foram alergia (79%), dermatologia (70%) e clínico geral ou médico da família (37%). Os principais obstáculos ao diagnóstico foram a falta de conhecimento médico sobre a doença (46%) além de outros diagnósticos e tratamentos (46%). As informações mais comuns recebidas pelos pacientes de seus médicos como causa da UC foram: alimentos (54%), estresse ou ansiedade (48%), produtos de limpeza ou de higiene pessoal (41%) e medicamentos (34%). **Conclusão:** Assim como em outros países, a UC no Brasil afeta mais mulheres jovens, dura de 2 a 5 anos e frequentemente está associada ao angioedema. No entanto, ainda há desafios e atrasos no diagnóstico devido à falta de acesso a serviços especializados e à desinformação sobre a doença.

1. Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) - São Paulo, SP, Brasil.

## Dor abdominal recorrente com boa resposta ao inibidor de C1-esterase, angioedema hereditário? Relato de caso

Morgana Vitor Rocha<sup>1</sup>, Evelyn Amorim Dias Passos<sup>1</sup>,  
Ytala Rodrigues Medeiros<sup>1</sup>, Marília Pereira Soares Marques Vieira<sup>1</sup>,  
Gabriel de Oliveira Souza<sup>1</sup>, Michele Ribeiro Rocha<sup>1</sup>, Vinícius Vital de Oliveira<sup>1</sup>,  
Stephany Abdias Varjão<sup>1</sup>, Rossana Teotônio de Farias Moreira<sup>1</sup>, Iramirton Figuerêdo Moreira<sup>1</sup>

**Introdução:** Angioedema hereditário (AEH) é uma doença autossômica dominante rara, que cursa com edema não inflamatório recorrente do tecido subcutâneo ou submucoso, pode acometer diversos órgãos. Em geral, o AEH possui deficiência de C1-INH (inibidor da esterase), entretanto os níveis de C1-INH podem estar normais em alguns casos. **Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, 33 anos, dá entrada em hospital com queixa de dor tipo cólica de forte intensidade associada a aumento e rigidez do volume abdominal. Tais crises são recorrentes, com início há 12 anos, coincidindo com o período em que iniciou uso de anticoncepcional oral (acetato de ciproterona + etinilestradiol). Relata piora dos sintomas após a menstruação. Histórico de diversas internações hospitalares com necessidade de morfina em todas as crises, que possuem duração de 1 a 2 meses. Nega antecedentes familiares com quadro semelhante. Fazia uso diariamente de tramadol e Paco<sup>®</sup> (paracetamol + fosfato de codeína) para controle das dores. Realizou-se diversos exames de imagem e não foram encontradas alterações que justificassem os sintomas. Possui frações C3 e C4 do complemento normais, assim como atividade do C1-INH. A partir da suspeita de AEH, iniciou-se Berinert<sup>®</sup> (inibidor da C1-esterase) como teste terapêutico a cada 7 dias e paciente teve alta hospitalar a partir da 5<sup>a</sup> dose, relatando ausência de dores sem necessidade de uso de opioides. Manteve-se o esquema do tratamento e a paciente está há 11 meses sem apresentar crises. Foi submetida a pesquisa de variantes do gene F12 (éxon 9) e não foram detectadas alterações. **Discussão:** A história clínica da paciente, especialmente o aparecimento do quadro após o início do uso de anticoncepcional oral, piora após o período menstrual e melhora dos sintomas com o Berinert<sup>®</sup>, sugere fortemente a hipótese diagnóstica de AEH com C1-INH normal, visto que o aumento dos níveis de estrogênio está relacionado como precipitante para o desencadeamento de crises da doença.

1. Universidade Federal de Alagoas - Maceió, AL, Brasil.

## Síndrome de Merkelsson-Rosenthal como diagnóstico diferencial de angioedema recorrente

Priscilla Filippo A. M. Santos<sup>1</sup>, Natalia Troncoso<sup>1</sup>, Naiane Scherer<sup>1</sup>,  
Davisson Tavares<sup>2</sup>, Danielle Mello<sup>1</sup>, Gabriela Higino<sup>1</sup>, Alexandre Carlos Gripp<sup>1</sup>

**Introdução:** A síndrome de Merkelsson-Rosenthal é rara, caracterizada por edema orofacial recidivante, língua fissurada e episódios recorrentes de paralisia facial periférica. A etiologia é desconhecida e de provável predisposição genética. O objetivo é relatar um caso, como diagnóstico diferencial de angioedema recorrente.

**Relato do caso:** Mulher, 58 anos, procurou nosso serviço por apresentar episódios recorrentes de edema no lábio superior e posteriormente facial, com sensação de queimação, não pruriginosos e assimétricos. Os episódios foram associados à paralisia facial periférica (dois episódios à direita e um à esquerda). O primeiro aos 9 anos, o segundo aos 46 anos e o terceiro aos 58 anos. Referia que o edema era mais frequente no mesmo lado da paralisia. Negava angioedema em outros locais, urticária e história de angioedema familiar. Durante os episódios fez uso de prednisona por 5 dias e algumas sessões de fisioterapia motora com melhora clínica. Em uma ocasião foi prescrito aciclovir por 5 dias. Ao exame físico, a paciente apresentava edema labial discreto, língua fissurada e grau II de paralisia pela classificação de House e Brackmann. **Discussão:** A paciente iniciou angioedema na infância, sendo o angioedema hereditário um diagnóstico diferencial, que deve ser excluído. O sintoma mais frequente e característico da síndrome é o edema orofacial. Apenas 20 a 30% dos casos apresentam paralisia facial, a paciente apresentou em três ocasiões, evoluiu com leve disfunção e discreta assimetria de boca. Os pacientes podem ter deficiência na movimentação facial, interferindo na alimentação, comunicação e alterações estéticas, com impacto negativo na qualidade de vida. A paciente obteve boa resposta com fisioterapia. Os especialistas devem estar atentos ao exame físico, principalmente da cavidade oral, observando a língua fissurada, as manifestações de angioedema e de paralisia facial periférica a fim de diferenciar de outras etiologias.

1. Hospital Universitário Pedro Ernesto - Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

2. Hospital Municipal Jesus - Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

## Urticária ao calor - Caracterizando pacientes de um Centro de Referência e Excelência em Urticária (UCARE)

Sérgio Duarte Dortas Junior<sup>1</sup>, Guilherme Gomes Azizi<sup>1</sup>,  
Maria Luiza Oliva Alonso<sup>1</sup>, Rossy Moreira Bastos Junior<sup>1</sup>, Solange Oliveira Rodrigues Valle<sup>1</sup>

**Introdução:** A urticária ao calor (UCal) é um tipo raro de urticária crônica induzida (UCInd) caracterizada por urticas que surgem logo após a exposição ao calor. O objetivo é descrever pacientes com UCal de um UCARE. **Métodos:** Estudo retrospectivo com pacientes encaminhados ao ambulatório de um UCARE e diagnosticados com UCal, no período de 2015-2022. Os dados de prontuários foram coletados. Os pacientes foram caracterizados por dados demográficos, comorbidades, testes de provocação para UCInd (TempTest<sup>®</sup>4.0) e tratamento. **Resultados:** Dos sete pacientes identificados, 6 eram mulheres. A idade média foi de 44,7 anos. O início dos sintomas ocorreu em uma idade média de 34 anos, sendo em duas antes dos 18 anos. Quatro pacientes apresentavam hipertensão arterial, 2 hipotireoidismo e 1 rinite alérgica. Quanto a dosagem de IgE total, em 6 foram superiores a 40 UI/mL e 2 com anti-TPO positivo. Seis (86%) pacientes também apresentavam outra UCInd (dermografismo) e urticária crônica espontânea (UCE). A temperatura média foi de 39 °C, variando de 37-44 °C. Anti-histamínicos na dose recomendada foram prescritos para uma paciente e dose quadruplicada para seis (86%) dos pacientes. Devido a sintomas refratários à terapia com anti-histamínicos, 3 pacientes foram tratados, adicionalmente aos anti-histamínicos (dose quadruplicada), com omalizumabe para controle da doença. **Conclusões:** A UCal é um tipo raro de UCInd, com cerca de 60 casos descritos na literatura internacional. A doença causa um impacto substancial na qualidade da vida dos pacientes. O teste de provocação ao calor e determinação do limiar são extremamente importantes para o manejo da doença. Até o momento, não há tratamento específico aprovado além dos anti-histamínicos, mas o omalizumabe tem se mostrado uma opção eficaz. Mais estudos são necessários para identificar fatores de risco e persistência da UCal. Destacamos a necessidade de estudos com omalizumabe e novos medicamentos para o tratamento da UCal refratária.

1. Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF-UFRJ) - Serviço de Imunologia - Rio de Janeiro, RJ, Brasil.