

Anafilaxia por lactase exógena: quando o “sem lactose” não é seguro

Aline Lara Fonseca de Souza¹; Maicon Roberto Kwiecinski¹;
Eduarda de Aguiar da Rosa¹; Danilo Francisco da Silva Marçal¹;
Palloma Aparecida Andretta Gaspar¹; José Luiz Kracik¹; Jane da Silva¹

Introdução: A lactase objetiva facilitar a digestão da lactose ingerida por indivíduos com intolerância à lactose. Apesar de segura para a maioria dos indivíduos, casos raros de anafilaxia induzida por lactase exógena têm sido descritos. Este relato visa alertar para essa condição rara, porém, com manifestações potencialmente graves e risco de exposição inadvertida. **Relato de caso:** Mulher de 25 anos, previamente hígida, apresentou prurido oral, edema de língua, disfagia, dispneia e taquicardia segundos após mastigar comprimido de lactase após o consumo de sorvete. Essa era a segunda vez que ingeria lactase. Foi atendida em pronto-socorro e, após falha inicial do tratamento com anti-histamínico e corticosteroide, recebeu adrenalina intramuscular com melhora. Teste cutâneo com diluição do suplemento mostrou-se positivo, enquanto três controles saudáveis foram negativos. A paciente foi orientada a evitar a enzima e portar adrenalina autoinjetável. Três meses depois, apresentou nova reação com sintomas gastrointestinais, xerostomia e lipotimia após consumo inadvertido de alimento com leite sem lactose. Novo teste cutâneo foi positivo para creme de leite sem lactose. **Discussão:** O quadro sugere sensibilização IgE-mediada à enzima lactase. Este é um raro caso de anafilaxia por lactase exógena com confirmação por teste cutâneo. A forma de exposição (mastigada) no segundo uso parece ter aumentado o contato mucoso, favorecendo a reação sistêmica. A presença da enzima em alimentos rotulados como “sem lactose” representa risco para indivíduos sensibilizados. O caso destaca falhas na abordagem inicial, com uso tardio de adrenalina, além da necessidade de educação do paciente quanto à leitura de rótulos e risco de exposição oculta. A escassez de relatos na literatura contribui para a complexidade do diagnóstico. Reconhecer essa possibilidade é essencial para o diagnóstico, prevenção e manejo adequados.

1. Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago - Florianópolis - SC - Brasil.

Desafio diagnóstico em anafilaxia idiopática: relato de caso de Síndrome de Ativação Mastocitária

Amaralina Joyce Macedo Andrade¹; Jessica Cunha Almeida¹;
Lidiane Aita Boemo¹; Tatiana Pegoraro Postal¹; Arnaldo Carlos Porto Neto¹

A Síndrome de Ativação Mastocitária (SAM) é caracterizada por sintomas sistêmicos causados pela ativação anormal dos mastócitos, levando à liberação de mediadores inflamatórios como histamina, triptase, dentre outros. Pode se manifestar com urticária, hipotensão, dor abdominal, *rash* cutâneo e manifestações neuropsiquiátricas. Paciente, sexo masculino, 43 anos, previamente hígido, com relato de anafilaxia após a ingestão de pão com mortadela, presunto e geleia de morango durante café da manhã. Quadro iniciou 5 minutos após a ingestão com prurido difuso, *rash* cutâneo, evoluindo com desmaio após 40 minutos e foi levado ao pronto atendimento realizado medicação endovenosa, com reversão do quadro. Meses após ao quadro coletou exames, com seguintes **Resultados**: histamina urinária 14,5 mcg/24h, triptase sérica 4,5 ug/L, IgE para albumina de porco (E222), alfa-1,3- galactosa (O215), látex (K82) e ômega-5 (F416) todas negativas. Saiu da consulta com uso de levoce-tirezina e montelucaste, porém fazia de maneira irregular. Após 1 ano, apresentou novo episódio de anafilaxia. Estava em jejum, dirigindo, quando iniciou quadro de prurido, *rash* difuso, evoluindo com choque, que cedeu ao uso de adrenalina. Coletou exames após com C3 144 mg/dL, C4 23 mg/dL, C2 96%, triptase sérica 8,9 ug/L, histamina na urina superior a 4750 µg/24 h. Confirmando o diagnóstico de Síndrome de ativação mastocitária, baseado na combinação de anafilaxia recorrente, aumento da triptase sérica e aumento significativo da histamina na urina de 24 horas. A SAM é de difícil reconhecimento clínico devido à variedade de sintomas e sobreposição com outras doenças.. O diagnóstico baseia-se em manifestações típicas, resposta à terapêutica e elevação de mediadores como triptase sérica ou histamina urinária. O manejo adequado reduz significativamente os sintomas, reduz risco de mortalidade e melhora a qualidade de vida, como evidenciado neste caso.

1. Universidade Federal da Fronteira Sul - Passo Fundo - RS - Brasil.

Experiência de protocolo cluster na indução de imunoterapia para veneno de vespa e abelha em um hospital terciário pediátrico no Distrito Federal

Laísa Machado Bomfim¹; Ana Laura Stahlhoefer¹; Claudia França Cavalcante Valente¹; Mariana Graça Couto Miziara¹; Jeane da Silva Rocha Martins¹; Rayssa Ferreira Silva¹; Flaviane Rabelo Siqueira¹; Isabella Resende Coelho¹; Miguel Angel de Sá Nieto¹; Leticia Keiko Mori¹

Introdução: A alergia ao veneno de Himenóptera é uma reação de hipersensibilidade potencialmente fatal causada por componentes dos venenos da classe *Hymenoptera* (abelha, vespa e formiga). A imunoterapia veneno-específica é a única terapia eficaz capaz de prevenir futuras reações anafiláticas em indivíduos com sensibilização comprovada ao veneno do inseto agressor. Não há, na literatura brasileira, um protocolo cluster padronizado para veneno de abelhas e vespas, apenas para formiga. Os protocolos convencionais levam meses para atingir a dose de manutenção, dependendo maior tempo, recursos financeiros, hospitalares e menor taxa de adesão por parte do paciente. Este trabalho visa relatar a experiência com o protocolo cluster para indução de imunoterapia para venenos de abelha e vespa desenvolvido pelo serviço de alergia e imunologia pediátrico de um Hospital terciário do Distrito Federal. **Métodos:** O protocolo cluster foi elaborado baseado em dados da literatura internacional. Consiste em fase de indução, com duração de 5 semanas, e fase de manutenção, com injeções subcutâneas mensais por 3 a 5 anos. Os extratos utilizados no serviço são depot. Todos os pacientes realizaram a fase de indução em ambiente hospitalar de hospital-dia, receberam pré medicação com antihistamínico e corticoide oral durante as 4 primeiras semanas, foram monitorizados e seguidos em observação por um período de 1 hora após a última injeção. **Resultados:** Um total de 10 pacientes, entre 4 e 17 anos, completaram o protocolo cluster para abelha ou vespa. Apenas 1 paciente apresentou espirros e prurido em local de vacina, porém com resolução espontânea em menos de 10 minutos, sem alteração de sinais vitais, inclusive pressão arterial. Não houve reações sistêmicas durante a fase de indução. **Conclusão:** A imunoterapia veneno-específica, utilizando protocolo cluster para abelhas e vespas, em pacientes pediátricos, é eficaz e não está relacionada a maior frequência de reações adversas.

1. Hospital da Criança de Brasília - Brasília - DF - Brasil.

Mastocitose: um desafio no tratamento da alergia ao veneno de insetos

Paula Lazaretti Morato Castro¹; Luana Souza Oliveira¹; Luisa Haddad Franco¹;
Fábio Pires de Souza Santos²; Pedro Giavina-Bianchi³; Clovis Eduardo Santos Galvão¹;
Ana Paula Moschione Castro¹; Alexandra Sayuri Watanabe¹; Fábio Fernandes Morato Castro¹

Introdução: A relação entre mastocitose e alergia ao veneno de insetos já foi descrita na literatura. No entanto, na prática clínica, essa associação não é frequentemente observada. Descrevemos um caso de mastocitose sistêmica diagnosticada após uma reação anafilática ao veneno de formiga. **Relato de caso:** Homem, 32 anos, sem comorbidades, apresentou síncope ao pisar em formigueiro (50 ferroadas). Ao tentar levantar, paciente evoluiu com crise convulsiva rápida. Médico evidenciou hipotensão e dessaturação, com reposição volêmica, oxigênio e adrenalina intramuscular. Orientado quanto ao plano de ação com corticoide, anti-histamínico, beta2-agonista e adrenalina autoinjetável. IgE específica para formiga 1,21, abelha 0,39 e vespa 0,82 e teste cutâneo com extrato da formiga positivo no *prick* na concentração 1:10 (Immunotech®), iniciando imunoterapia na concentração 1:10.000. Pela gravidade da reação, dosada triptase basal de 31 ng/mL e comprovada mastocitose sistêmica em biópsia de medula. Na segunda e quarta dose de manutenção paciente foi ferroadado por formiga sem reação. Antes da 12ª manutenção, paciente foi ferroadado por formiga e apresentou mal-estar, palidez e sudorese, realizando 3 adrenalinas autoinjetáveis. Em dose subsequente de imunoterapia teve nova reação com eritema, mal-estar e sudorese realizando 2 adrenalinas autoinjetáveis. Em novos exames triptase de 32 ng/mL e plaquetopenia 126000/μL. **Discussão:** A prevalência de mastocitose em pacientes com anafilaxia ao veneno de insetos varia de 1-7,9%. A mastocitose é descrita como fator de risco relacionado à gravidade da reação, sugerindo-se solicitar triptase. Além disso, há descrição de que pacientes com mastocitose possuem risco de reação sistêmica maior durante a imunoterapia, porém não há descrição da existência de componentes do veneno da formiga que desgranulariam diretamente o mastócito e da causa para uma perda de tolerância durante a imunoterapia por piora da mastocitose.

1. Clínica Croce - São Paulo - SP - Brasil.

2. Hospital Albert Einstein - São Paulo - SP - Brasil.

3. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP - São Paulo - SP - Brasil.

Prevalência de anafilaxia e suas etiologias nas mastocitoses sistêmica e cutânea

Daniel Oswaldo Torres Arias¹; Marina França de Paula Santos¹; Rosana Câmara Agondi¹; Jorge Kalil¹; Pedro Giavina-Bianchi¹

Introdução: A mastocitose é um grupo de doenças neoplásicas caracterizadas pela proliferação e acúmulo de mastócitos clonais na pele e/ou em diversos órgãos internos, como medula óssea, baço, linfonodos e trato gastrointestinal. A Organização Mundial da Saúde classifica a mastocitose em duas formas principais: cutânea e sistêmica. A mastocitose sistêmica (MS), mais comum em adultos, envolve múltiplos órgãos e apresenta risco de anafilaxia de aproximadamente 50%. Já a mastocitose cutânea, restrita à pele, ocorre predominantemente na infância e tem risco de anafilaxia inferior a 10%. **Método:** Estudo observacional, transversal e analítico, conduzido com uma população composta por crianças e adultos com diagnóstico confirmado de mastocitose, acompanhados no Ambulatório de Mastocitose do Serviço de Imunologia Clínica e Alergia do HC-FMUSP. **Objetivo:** Determinar a taxa de anafilaxia em nossa coorte de pacientes com mastocitose e correlacionar características clínico-laboratoriais com as reações observadas. **Resultados:** Entre os 54 pacientes incluídos até o momento, a prevalência de anafilaxia foi de 15% na forma cutânea e 53% na forma sistêmica. Os principais agentes desencadeantes foram: anti-inflamatórios não esteroidais (38,1%), estresse (28,6%), atividade física (23,8%), banho quente (19%) e calor (14,3%). Nos pacientes com anafilaxia, o nível médio de triptase foi significativamente mais elevado naqueles com mastocitose sistêmica (38,7 ng/mL), em comparação com os pacientes com mastocitose cutânea (1,8 ng/mL). **Conclusões:** Este estudo demonstra uma alta prevalência de anafilaxia na mastocitose, especialmente na forma sistêmica, ressaltando a importância de medidas preventivas, como a orientação para evitar fatores desencadeantes e garantir que os pacientes estejam sempre munidos de adrenalina autoinjetável para o manejo adequado das crises.

1. Hospital de Clínicas da FMUSP - São Paulo - SP - Brasil.

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

Mara Morelo Rocha Felix¹; Dirceu Solé²; Herberto José Chong-Neto³;
Ekaterini Simões Goudouris¹; Alexandra Sayuri Watanabe²;
Raquel Prudente de Carvalho Baldaçara⁴; Norma de Paula Motta Rubini¹;
Fábio Chigres Kuschnir¹; Gustavo Falbo Wandalsen²; Fátima Rodrigues Fernandes²

Introdução: A anafilaxia é uma reação de hipersensibilidade sistêmica grave, potencialmente fatal. O impacto da anafilaxia vem crescendo nos últimos anos, entretanto existem poucos dados sobre sua epidemiologia no nosso meio. O objetivo deste trabalho foi avaliar os principais achados relacionados ao aconselhamento dos pacientes após as reações anafiláticas, cujos dados foram inseridos no Registro Brasileiro de Anafilaxia da ASBAI (RBA-SBAI) até julho/25. **Métodos:** O RBA-SBAI é um registro nacional de anafilaxia obtido através do preenchimento de um questionário *online* por seus médicos atendentes. Esse questionário contém dados demográficos, desencadeantes suspeitos, manifestações clínicas, atendimento prestado durante a reação anafilática, investigação diagnóstica e aconselhamento após a reação. O estudo teve aprovação do CEP do Instituto Pensi (Nº5.145.239). A análise estatística foi realizada através do Jamovi® (Versão 2.3). **Resultados:** Foram avaliados dados de 366 pacientes, com predominância do sexo feminino (192; 52,4%). A mediana de idade do grupo geral foi 26 anos e a média $29,6 \pm 20,3$ anos. Boa parcela dos pacientes já havia sido referenciada a especialista (45,3%) ou foi encaminhada neste episódio (46,4%). O autoinjetor de adrenalina (AIA) foi prescrito a 65% dos pacientes. Quanto ao aconselhamento, observou-se que: a maioria foi ensinada a usar o AIA (67,7%); foi instruída sobre o desencadeante (95,3%); sobre a prevenção (96,2%) e sobre a conduta após a reação (96,1%). A maior parte recebeu plano escrito de emergência (78,9%), porém a minoria recebeu identificação (bracelete/medalha) de anafilaxia (30,1%). Quanto à imunoterapia, 39,6% receberam aconselhamento para realizá-la. **Conclusão:** O uso do AIA foi estimulado por sua prescrição e instruções de como usá-lo. O aconselhamento quanto à prevenção e ao tratamento em caso de nova reação foi feito na maior parte dos casos, entretanto a identificação através de bracelete ou medalha ainda é pouca utilizada.

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

2. ASBAI - São Paulo - SP - Brasil.

3. ASBAI - Curitiba - PR - Brasil.

4. ASBAI - Palmas - TO - Brasil.

Relato de caso: Síndrome látex-fruta em estudante de medicina com polissensibilização alimentar e esofagite eosinofílica

Giovane Luz Alves¹; Maria da Conceição Santos de Menezes¹;
Caleb Rodrigues Segatti¹; Izabella Cordeiro Freire Saad Rached¹; Aline Hernandez Marquez Sarafyan¹;
Danilo Silva de Moraes¹; Marcelo Fabio Lancia Barbosa¹; Tainá Mosca¹

Introdução: A síndrome látex-fruta resulta de reatividade cruzada entre alérgenos do látex de *Hevea brasiliensis* e proteínas homólogas de frutas. Em indivíduos com potencial exposição ocupacional em bloco cirúrgico, a estratificação de risco é mandatória para prevenção de anafilaxia e para orientação de carreira. **Relato de caso:** Homem, 26 anos, estudante de medicina, apresentava prurido orofaríngeo, disfagia e tosse minutos após ingestão de banana, kiwi, melão e laranja desde os 14 anos. Aos 23 anos, realizou endoscopia digestiva alta com biópsia compatível com esofagite eosinofílica (EoE) (60 eosinófilos por campo de grande aumento), com melhora clínica e histológica após uso de inibidor de bomba de prótons e dieta de exclusão de soja, leite, ovo, trigo, amendoim, castanhas, peixe e frutos do mar, mas sem reintrodução programada dos alimentos por perda de seguimento. *Prick test* positivo para soja, sensibilização para ovo e amendoim; *prick to prick* positivo para laranja, melão, kiwi e banana. *Prick test* para látex negativo, porém imunoglobulina E (IgE) específica sérica para látex positiva com valor de 2,79 (moderado). **Discussão:** A síndrome látex-fruta é frequente pela reatividade cruzada das proteínas identificada tanto no látex quanto nas frutas com kiwi e banana. Apesar do *prick* negativo a história clínica suspeita com IgE sérica positiva confirma hipótese diagnóstica. A EoE pode coexistir e confundir a avaliação sendo crucial distinguir sintomas imediatos IgE-mediados quando reação alérgica a látex/fruta daqueles atribuíveis à doença. Medidas profiláticas “latex-safe” reduzem risco ocupacional. Educação, plano de ação e prescrição de adrenalina autoinjetável são indicados conforme a estratificação. Como paciente profissional de saúde com exposição aumentada ao látex, deve-se avaliar o risco de alergia à substância devido a alergias às frutas bem como manter acompanhamento com gastro para reintrodução programada dos alimentos evitando restrições desnecessárias.

1. Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - São Paulo - SP - Brasil.

Reações adversas da imunoterapia com venenos de insetos em centro de referência

Bruna Fava Reis¹; Albertina Varandas Capelo¹; Camila Martins Chieza¹;
Maria Clara Mazzinghy¹; Patricia Motta Yoshino¹; Mara Morelo¹; Erica Azevedo¹

O extrato de venenos de himenópteros é usado em imunoterapia para pessoas alérgicas com objetivo de reduzir a sensibilidade e prevenir reações alérgicas graves. Até o momento são poucos os dados na literatura sobre protocolos, particularmente com formiga de fogo, com número limitado, reações e eficácia do tratamento, variando muito as espécies de insetos entre as várias áreas geográficas no mundo. **Objetivo:** Descrever as características e resultado do tratamento com imunoterapia específica para himenópteros em serviço de referência. **Resultados:** Foram avaliados 7 pacientes, 57% do sexo masculino, média de idade de 33,28 anos, variando de 6 a 68 anos de idade. Todos os pacientes apresentaram reação anafilática grave grau III de Muller. Todos moravam em zona urbana, quatro em tratamento com veneno de formiga, 2 com vespa/marimbondo e 1 abelha. Média de IgE de 449,8 kU/L, IgA de 79,7 mg/dL, IgM 99,34 mg/dL e IgG de 964,75 mg/dL e triptase de 5,29 ng/mL e IgG4 40.42. Foram tratados com protocolo cluster. Três pacientes tratados com veneno de formiga apresentaram reação local importante na fase de indução e manutenção. Um terceiro paciente alérgico a formiga, apresentou urticas na fase de indução e outra paciente urticas na fase de manutenção, no quarto mês com veneno de polistes. Nestes casos foi iniciado anti-histamínico preventivo e corticoide, compressa fria local, com melhora dos sintomas sistêmicos, porém permanecendo as reações locais. A maioria das reações foram locais e duas reações sistêmicas, porém leves tanto na fase de indução quanto de manutenção. Concluimos, o tratamento com venenos de insetos com protocolo cluster é seguro, porém os pacientes necessitam monitorização contínua em ambiente especializado, uma vez que as reações podem ocorrer em qualquer fase do tratamento. Estudos sobre a eficácia dos protocolos cluster, *rush* e ultra *rush* ainda são limitados, particularmente no Brasil.

1. Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG-UNIRIO) - Rio de Janeiro - RJ - Brasil.

Registro Brasileiro de Anafilaxia (RBA) – Associação Brasileira de Alergia e Imunologia: atualização da etiologia e cofatores de pacientes registrados

Mara Morelo Rocha Felix¹; Dirceu Solé²; Herberto José Chong-Neto³; Ekaterini Simões Goudouris¹; Alexandra Sayuri Watanabe²; Raquel Prudente de Carvalho Baldaçara⁴; Norma de Paula Motta Rubini¹; Emanuel Sávio Cavalcanti Sarinho⁵; Gustavo Falbo Wandalsen²; Fátima Rodrigues Fernandes²

Introdução: A anafilaxia é uma reação de hipersensibilidade sistêmica grave, potencialmente fatal. O impacto da anafilaxia vem crescendo nos últimos anos, entretanto existem poucos dados sobre sua epidemiologia no nosso meio. O objetivo deste trabalho foi avaliar os principais desencadeantes e cofatores de reações anafiláticas cujos dados foram inseridos no Registro Brasileiro de Anafilaxia da ASBAI (RBA-SBAI) até julho/25. **Métodos:** O RBA-SBAI é um registro nacional de anafilaxia obtido através do preenchimento de um questionário *online* por seus médicos atendentes. Esse questionário contém dados demográficos, desencadeantes suspeitos, manifestações clínicas, atendimento prestado durante a reação, investigação diagnóstica e aconselhamento após a reação. **Resultados:** Foram avaliados 366 pacientes, com predominância do sexo feminino (192; 52,4%). A mediana de idade do grupo geral foi 26 anos e a média $29,6 \pm 20,3$ anos. O desencadeante foi apontado por 325 pacientes (88,8%). Os alimentos foram os desencadeantes mais comuns (43,7%), principalmente: leite de vaca - LV (13,4%); mariscos (10,9%); ovo (5,5%); amendoim (3,8%) e trigo (2,7%). Os medicamentos foram responsáveis por 28,4%, com predominância dos agentes biológicos (9,3%); AINEs (7,9%), e antibióticos (3,6%). Os himenópteros oram a terceira causa (21,9%), sendo a formiga mais frequente (9,3%). O látex foi responsável por 13 casos. Os alimentos predominaram entre as crianças e os fármacos entre os adultos. Os alimentos mais comuns entre as crianças foram LV, ovo e amendoim, e entre os adultos, mariscos. Entre os cofatores, observou-se: exercício (5,7%), medicamentos (4,6%), infecção (1,6%), estresse (1,6%) e álcool (0,8%). **Conclusão:** Os agentes mais frequentes foram: alimentos, fármacos e ferroada de insetos e entre eles predominaram: LV, agentes biológicos, AINEs e formiga, respectivamente. O melhor conhecimento sobre a etiologia da anafilaxia nos permitirá adotar medidas mais efetivas de prevenção.

1. ASBAI - Rio de Janeiro - RJ - Brasil.
2. ASBAI - São Paulo - SP - Brasil.
3. ASBAI - Curitiba - PR - Brasil.
4. ASBAI - Palmas - TO - Brasil.
5. ASBAI - Recife - PE - Brasil.

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

Mara Morelo Rocha Felix¹; Dirceu Solé²; Herberto José Chong-Neto³; Ekaterini Simões Goudouris¹; Alexandra Sayuri Watanabe²; Raquel Prudente de Carvalho Baldaçara⁴; Norma de Paula Motta Rubini¹; Emanuel Sávio Cavalcanti Sarinho⁵; Gustavo Falbo Wandalsen²; Fátima Rodrigues Fernandes²

Introdução: A anafilaxia é uma reação de hipersensibilidade sistêmica grave, potencialmente fatal. O impacto da anafilaxia vem crescendo nos últimos anos, entretanto existem poucos dados sobre sua epidemiologia no nosso meio. O objetivo deste trabalho foi avaliar os principais achados demográficos de pacientes com história de reações anafiláticas, cujos dados foram inseridos no Registro Brasileiro de Anafilaxia da ASBAI (RBA-SBAI) até julho/2025. **Métodos:** O RBA-SBAI é um registro nacional de anafilaxia obtido através do preenchimento de um questionário *online* por seus médicos atendentes. Esse questionário contém dados demográficos, desencadeantes suspeitos, manifestações clínicas, atendimento prestado durante a reação anafilática, investigação diagnóstica e aconselhamento após a reação. **Resultados:** Foram avaliados dados de 366 pacientes, com predominância do sexo feminino (192; 52,4%). Foram incluídos pacientes de 21 dos 27 estados brasileiros, sendo a maioria de estados do Sul e Sudeste: SP (27,3%), PR (16,1%), MG (15,3%), e RJ (11,7%). Os pacientes foram assim categorizados: 136 crianças/adolescentes (<18 anos); 204 adultos (18-64 anos) e 26 idosos (65-93 anos). Houve predomínio do sexo masculino entre crianças e adolescentes (56,6%; $p = 0,007$) e de mulheres entre os adultos (56,9%; $p = 0,05$). A mediana de idade do grupo geral foi 26 anos e a média $29,6 \pm 20,3$ anos (variação 1 ano a 93 anos). Para 131/366 (35,8%) esse foi o primeiro episódio e para 122/366 (33,3%), foi o terceiro ou mais. A residência foi o local mais frequente em que ocorreu a reação (177/366; 48,4%) seguidos por hospital/unidade de saúde (50/366; 13,7%), parque/campo (42/366; 11,5%), restaurante (35/366; 9,6%), espaço público (23/366; 6,3%) e trabalho (12/366; 3,3%). **Conclusão:** Houve diferença de sexo nas faixas etárias pediátrica e adulta. A residência foi o local mais frequente de ocorrência da reação anafilática, ressaltando a importância da educação adequada do paciente e do kit de adrenalina.

1. ASBAI - Rio de Janeiro - RJ - Brasil.
2. ASBAI - São Paulo - SP - Brasil.
3. ASBAI - Curitiba - PR - Brasil.
4. ASBAI - Palmas - TO - Brasil.
5. ASBAI - Recife - PE - Brasil.

Registro Brasileiro de Anafilaxia (RBA) – Associação Brasileira de Alergia e Imunologia: investigação e tratamento de pacientes registrados

Mara Morelo Rocha Felix¹; Dirceu Solé²; Herberto José Chong-Neto³;
Ekaterini Simões Goudouris¹; Alexandra Sayuri Watanabe²;
Raquel Prudente de Carvalho Baldaçara⁴; Emanuel Sávio Cavalcanti Sarinho⁵;
Fábio Chigres Kuschnir¹; Gustavo Falbo Wandalsen²; Fátima Rodrigues Fernandes²

Introdução: A anafilaxia é uma reação de hipersensibilidade sistêmica grave, potencialmente fatal. O impacto da anafilaxia vem crescendo nos últimos anos, entretanto existem poucos dados sobre sua epidemiologia no nosso meio. O objetivo deste trabalho foi avaliar a investigação e os principais tratamentos de pacientes com história de reações anafiláticas, cujos dados foram inseridos no Registro Brasileiro de Anafilaxia da ASBAI (RBA-SBAI) até julho de 2025. **Métodos:** O RBA-SBAI é um registro nacional de anafilaxia obtido pelo preenchimento de questionário *online* por seus médicos atendentes. Esse questionário contém dados demográficos, desencadeantes suspeitos, manifestações clínicas, atendimento prestado durante a anafilaxia, investigação diagnóstica e aconselhamento após a reação. **Resultados:** Foram avaliados dados de 366 pacientes, com a seguinte distribuição: 136 crianças/adolescentes (<18 anos); 204 adultos (18-64 anos) e 26 idosos (65-93 anos). Quanto à investigação, 26 (7,1%) realizaram a dosagem de triptase sérica; 296 realizaram outros exames com a seguinte frequência: dosagem de IgE sérica específica (204/366; 55,7%), testes cutâneos (75/366; 20,5%) e/ou testes de provocação (17/366; 4,6%). Com relação ao tratamento, 96,2% dos pacientes receberam algum tipo de tratamento, sendo que 58,2% receberam adrenalina (50,8% administrada por profissional e 7,4% via kit). Apenas 44 pacientes portavam o kit. O uso de adrenalina foi maior em adultos do que em crianças (54,9% vs. 41,9%, $p = 0,009$), respectivamente. Anti-histamínicos foram utilizados por 89,6%, corticosteroides (78,9%), broncodilatador (29,5%), oxigenioterapia (28,9%) e reposição volêmica (31,1%). Dezesete pacientes foram entubados (12 adultos/3 idosos/2 crianças) e dez foram reanimados (6 adultos/3 idosos/1 criança). **Conclusão:** O uso da adrenalina continua abaixo do ideal no Brasil, enquanto tratamentos de terceira linha, como anti-histamínicos e corticosteroides são utilizados pela maioria dos pacientes.

1. ASBAI - Rio de Janeiro - RJ - Brasil.
2. ASBAI - São Paulo - SP - Brasil.
3. ASBAI - Curitiba - PR - Brasil.
4. ASBAI - Palmas - TO - Brasil.
5. ASBAI - Recife - PE - Brasil.

When the use of epinephrine in anaphylaxis becomes a challenge: algorithm for the management of refractory anaphylaxis and anaphylaxis in patients with acute ischemic cardiomyopathy and/or ventricular arrhythmias

Celso Henrique Binotti de Oliveira¹; Luisa Carolina Borges Keiralla¹

Objective: To present a new management algorithm for cases of refractory anaphylaxis and anaphylaxis in patients with acute ischemic cardiomyopathy and/or ventricular arrhythmias. **Methods:** A bibliographic review was conducted on the current approach and treatment of refractory anaphylaxis (defined as lack of response after two doses of epinephrine). A new algorithm was proposed for the management of refractory anaphylaxis cases (including those in patients using adrenergic blockers) and situations where the use of epinephrine is considered risky, such as in patients with severe cardiac conditions like ventricular tachycardia or conditions like prolonged QT interval, Kounis Syndrome (coronary events triggered by anaphylaxis), and Takotsubo Syndrome (stress-induced cardiomyopathy). **Results:** The review highlighted the need for a new approach to the treatment of refractory anaphylaxis and patients with suspected cardiomyopathy or ventricular cardiac arrhythmias. An electrocardiogram should be performed in all patients with anaphylaxis as soon as possible, and a defibrillator/cardioverter should be available throughout the treatment, as cardiac complications may occur or be exacerbated by the sequential use of epinephrine. Progressive “crescendo” reactions were particularly notable, with 100% of cases progressing to loss of consciousness, 40% resulting in cardiorespiratory arrest, and 26% leading to death. **Conclusion:** In cases where epinephrine fails after its second administration or when its use is contraindicated—such as in severe cardiopathies or ischemic events—alternative medications such as glucagon, norepinephrine, methylene blue, and vasopressin, in that order, may be used as viable treatment options for anaphylaxis. Additionally, Extracorporeal Membrane Oxygenation (ECMO) may be considered. Patients with “crescendo” anaphylactic reactions require faster and more intensive treatment, including early cardiac monitoring and ventilatory support.

1. Hospital Vera Cruz - Campinas - SP - Brasil.