

Anafilaxia a mandioca em duas pacientes com alergia ao látex: diferenças na apresentação da síndrome látex alimentos

Juliana de Brito Lyra, Albertina Varandas Capelo, Norma P.M. Rubini,
Eliane Miranda da Silva, Fernando Samuel Sion, João Negreiros Tebyriçá, Clety Angulo,
Amanda P.M. Souza Lima, Flavia Ramos Pinto*

Mulher, 34 anos, branca, auxiliar de consultório odontológico há 2 anos, relata há 2 meses início de urticária diária, algumas vezes associada a angioedema labial e relacionada ao uso de analgésicos para cefaleia. Porém, relata história de dois episódios de urticária, dispneia e estridor com ingestão de mandioca, o primeiro ocorrido há mais de 2 anos. Nega reação a outros alimentos. A dosagem de IgE sérica específica para látex foi > 100 kU/L e o teste *prick-to-prick* foi positivo para mandioca cozida (5x6 mm) e manga (4x4 mm). Outra mulher de 68 anos de idade, branca, do lar, com relato de há 10 dias ter apresentado quadro de anafilaxia, e ter sido medicada com adrenalina após ingerir bolo de aipim. Há oito anos apresentou primeiro episódio de urticária, prurido nas mãos, pés, virilha e abdômen e edema em genitália após ingestão de mandioca frita. Relata antes desse episódio ter apresentado prurido conjuntival e manchas vermelhas em face após contato com luva de látex. Nega reação a outros alimentos. A dosagem de IgE sérica para látex foi 30,1 kU/L, IgE para coco e kiwi negativos. Teste *prick-to-prick* foi positivo para mandioca cozida (5x4 mm). A paciente apresentava história progressiva de 4 cirurgias dos 17 aos 34 anos de idade. Ambas as pacientes tinham na sua história frequência diária de alimentos a base de mandioca. **Discussão:** O primeiro alérgeno purificado da mandioca, Man e 5, demonstra reatividade cruzada com Hev b5 do látex, podendo desencadear reações, sem exposição prévia, sugerindo mecanismo envolvendo a síndrome látex-fruta. A reatividade cruzada látex e mandioca parece estar associada ao aumento do consumo da mandioca, variando a idade do início da reação, associação com sensibilização a outros alimentos, podendo se manifestar inicialmente como anafilaxia a mandioca. Devemos estar atentos a esta reatividade cruzada, uma vez que a mandioca tem sido consumida largamente no Brasil em dietas alternativas e hipoalergênicas.

* Hospital Universitário Grafree e Guinle.



Anafilaxia ao leite de vaca

**Beatriz Noronha Fernandes, Carolina Minarro Cremasco, Carolyn Trevisan Teixeira,
Débora Carinhato Thomaz, Rosa Aparecida Ferreira e Parreira***

V.H.G.B., masculino, branco, com história pregressa de prematuridade (32 s), fez uso de leite materno exclusivo até os 6 meses de idade, quando apresentou, minutos após ingestão de pequena quantidade de leite de vaca diluído, quadro de placas eritematosas na região do tronco e membros, acompanhado de edema em olhos, boca, nariz, genitália e choro intenso. Após esse episódio, foram tentadas várias fórmulas de leite de vaca, porém apresentou sintomas semelhantes, mas menos intensos. Com 1 ano de idade, o quadro cutâneo se repetiu apenas com o contato nas mãos com derivado do leite. Houve melhora dos sintomas com a exclusão do leite de vaca e derivados e substituição pelo leite de soja a partir de 1 ano e 2 meses. Aos 4 anos, após comer bolo, apresentou sintomas agudos cutâneos, respiratórios e neurológicos sendo: urticária em tronco, membros e face, angioedema, dispneia, disfonia e sonolência. Foi necessário serviço de urgência com a administração de adrenalina IM, oxigênio e corticoide oral com melhora total do quadro, diagnosticado como anafilaxia ao leite de vaca. Nesta época, iniciou seguimento no ambulatório de alergia, também com queixas de chiado no peito frequente desde lactente sem tratamento adequado. Foi iniciado corticoide inalatório oral com melhora progressiva até atingir o controle da asma. Realizado IgE específica para o LV = 0,27 KUA/L. Atualmente, aos 8 anos mantém-se em uso exclusivo de leite de soja, permanecendo assintomático, mas se recusa a fazer o TPO temeroso da anafilaxia. Segundo a literatura, cerca de 1-2% das manifestações clínicas mediadas por IgE podem cursar com quadro de anafilaxia, sendo considerado um quadro raro, sem correlação com os níveis de IgE específico. Já a APLV acomete principalmente os primeiros anos de vida, de modo que seu diagnóstico precoce, e consequente reconhecimento da sintomatologia, é de especial relevância para a eficiência do tratamento, promovendo melhor qualidade de vida e redução dos riscos de anafilaxia.

* Faculdade de Medicina Barão de Mauá.

Anafilaxia após incidente com calopsita

Paula Wanderley Leva Martin, Roberto Magalhães de Souza Lima,
Mariana Senff de Andrade, Nathalia Vitorino Bezerra, Sandra Lopes de Santana Silva,
Amanda Pinheiro Magalhães de Souza Lima*

G.W., 32 anos, grávida 2m, apresentou no início da gestação prurido faríngeo intenso durante a ingestão de pão com 12 cereais. Quadro evoluiu em 15 min para edema palpebral, dificuldade respiratória, rouquidão, vômitos. Foi medicada na UPA. Portadora de asma e rinite controladas. Nega reações anteriores a alimentos. Após 2 semanas teve reação leve e autolimitada de tosse, prurido cutâneo, nasal e ocular, dificuldade de deglutição logo após comer em restaurante comida a quilo. Após 5 dias, teve nova reação moderada de prurido oral e faríngeo comendo sanduíche em lanchonete *fast food*. Quadro aliviou após anti-histamínico e corticoide oral. Em decorrência da gestação, ginecologista pediu avaliação alergológica. Dosagens de IgEs positivas milho 4,9 KU/L, gergelim 28,2 KU/L, amendoim 2,8 KU/L, girassol > 100 KU/L, noz 1,6 KU/L, DP 14,9 KU/L, DF 15,8 KU/L. *Prick test* amendoim 8 mm, milho 5 mm, girassol 9 mm, DP 8 mm, BT 4 mm, DF 5 mm, cão 6 mm, gato 4 mm. IgE total: 622 KU/L. Paciente foi orientada a exclusão total de óleo de girassol, amendoim e gergelim, além de evitar refeições/lanches em restaurantes. Após 2 semanas, estava em sua residência alimentando uma calopsita com cereais quando foi bicada em dedo com leve sangramento. Após alguns minutos teve prurido nasal, oral, faríngeo com edema labial. Fez uso de desloratadine, mas o quadro evoluiu com dispneia, e ao chegar na UPA tinha urticária, tosse e hipotensão. Ficou internada por 48h com diagnóstico de anafilaxia. A alergia alimentar às sementes são raras, mas vem aumentando pela maior exposição dietética. A prevalência de alergia a gergelim é entre 0,1-0,2%, e não existem dados sobre anafilaxia ao girassol. A reação no *fast food* pode ter sido pelo pão com gergelim. Durante o incidente com a calopsita, o pássaro estava se alimentando de sementes de girassol, e com a bicada pode ter havido inoculação de uma quantidade proteica que absorvido via sanguínea desencadeou quadro anafilático. A dosagem de IgE para girassol já era extremamente alta, o que justificou a reação grave de hipersensibilidade.

* UFMG.

Anafilaxia induzida pelo frio: relato de caso potencialmente fatal em paciente pediátrico

Mayara de Castro Silva del Castillo, Renata Midori Chihara, Lara Tawil,
Carlos Alves Bezerra Filho, Daniandra Figueiredo de Moraes, Ana Luísa Barbosa Belarmino,
Veridiana Aun Rufino Pereira, Wilson Carlos Tartuci Aun*

Apresentação do caso: J.G.R.V.S., 13 anos, gemelar, em acompanhamento no ambulatório de alergia, com história de pápulas eritematosas, confluentes e pruriginosas que surgem minutos após exposição ao frio, desde 10 anos de idade. Refere 1 episódio de urticária disseminada associada a cianose labial, dispneia, fraqueza e síncope minutos após entrar na piscina. Houve melhora espontânea dos sintomas após aquecimento corporal. Paciente previamente hígido, portador de rinite alérgica persistente com IgE específica positiva para aeroalérgenos. Sem história de urticária ao frio na família. Na investigação do caso, foram realizados: teste com cubo de gelo e do autossoro sendo positivos; IgA 108,7; IgE 1.447,7; IgM 145; IgG 791; sorologias (hepatite A, B e C, toxoplasmose, CMV, sífilis, HIV), fator reumatoide, crioglobulina e crioaglutinina negativos. Foram realizados testes com cubo de gelo e autossoro no irmão gêmeo bivitelino, porém resultaram negativos. No momento, paciente em tratamento com levocetirizina 5 mg 1x/dia contínuo e, no inverno, de 12/12 horas com controle dos sintomas; orientado a evitar exposição ao frio e uso de adrenalina autoinjetável se anafilaxia. **Discussão:** Na faixa etária pediátrica são raros os casos de urticária e anafilaxia ao frio. A urticária pode ser classificada em primária (hereditária, início precoce) ou secundária a crioglobulinemia e infecções virais. O diagnóstico é feito com história clínica e teste com gelo (colocação de cubo de gelo em antebraço por 5 min, com observação do aparecimento de urticária após 10 min). O tratamento da urticária e da anafilaxia é feito com anti-histamínicos e adrenalina, respectivamente. A profilaxia é essencial, sendo recomendado evitar banho em água fria e epinefrina autoinjetável. **Comentários finais:** Embora a urticária ao frio seja benigna e autolimitada, reações sistêmicas potencialmente fatais podem ocorrer. Por isso, a importância de enfatizar a urticária ao frio como causa de anafilaxia.

* Hospital Santa Casa de Santos.

Anafilaxia induzida por exercício dependente de alimento: dificuldade no diagnóstico

Daniela Lima Campos, Raphael Coelho Figueredo, Bruna da Silva Lima, Leonardo Nascimento de Sousa Batista, Luana Maria Araujo Costa, Aramys Silva dos Reis, Marina da Silveira Medalha, Bruna Cunha Vieira, Eduardo Magalhães Souza Lima*

Introdução: A anafilaxia induzida por exercício dependente de alimento é rara e ameaçadora a vida, representando 2-5% dos casos de anafilaxia. O exercício associado à ingestão de alimento sensibilizante é essencial na indução dos sintomas. As principais manifestações incluem prurido, urticária, angioedema, broncoespasmo, dispneia, sintomas gastrointestinais, hipotensão, choque e edema laríngeo. **Apresentação do caso:** P.H.M., 19 anos, pardo, estudante. Em 2016 apresentou 3 episódios de urticária generalizada pruriginosa, edema em extremidades, tosse e dispneia, tendo que procurar o pronto socorro para ser medicado. Apresenta ainda rinorreia hialina, espirros e prurido nasal intermitente moderado. Exames: Hemograma: Eosinofilia de 9%; IgE total: 206 kU/L; IgE específica: *D. pteronissinus*: 5,0 kU/L, *D. Farinae*: 3,96 kU/L, B. Tropicales: 4,7 kU/L. Em março/17, relata crise de urticária, angioedema em lábios e pálpebras, dispneia e mal-estar, após a ingestão de pizza seguida de caminhada. Na 3ª consulta refere urticária generalizada, edema palpebral, tosse e dispneia após ingerir pão e andar de bicicleta, e na última semana evoluiu com crise após ingestão de pão de queijo e realização de caminhada 1 hora depois. Foi solicitado IgE específica para; Trigo: 1,06 kU/L; Omega-5-gliadina: 14,10 kU/L. O paciente relata não apresentar sintomas ao consumir derivados de trigo e manter repouso, e nem ao realizar exercício físico isoladamente (sem ingerir trigo ou seus derivados). **Discussão:** Assim é de suma importância que o diagnóstico seja feito corretamente, pois como toda anafilaxia, o quadro é grave e exige pronto tratamento imediato. **Comentários finais:** Embora ainda pouco conhecida pelos médicos generalistas, a Anafilaxia induzida por exercício dependente de alimento se torna um desafio diagnóstico até mesmo para o alergista, sendo cada vez mais importante uma boa anamnese e uma ótima organização cronológica entre o tempo de evolução dos sintomas e os fatores que antecederam a crise.

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

Anafilaxia induzida por exercício dependente de alimentos (AIEDA) em praticante de *parkour* em Belo Horizonte

Roberto Magalhães de Souza Lima, Amanda Pinheiro Magalhaes de Souza Lima, Paula Wanderley Leva Martin, Ana Carolina Oliveira Martins*

N.P.S.L., 20 a, portador de asma controlada, rinite alérgica, passado APLV e praticante de *parkour* há 4 anos. Há 9 meses tem tido sufocamento, dispneia, edema palpebral, prurido nasal, oral, ocular e cutâneo de moderada intensidade, rubor facial e urticária que surgem 30-40min após início do exercício. Faz lanches 2h antes do *parkour*. As crises iniciais eram de prurido cutâneo e dispneia autolimitados após 5 min. de repouso. As crises posteriores foram mais intensas com necessidade de ir para a UPA. Última crise foi internado por 48h. Faz uso somente de esomeprazol. Espirometria de repouso foi normal. O teste de esteira por 8 min sem alimentação prévia e posteriormente com alimentação prévia (pão) foram negativos. *Prick test* para trigo, amendoim, milho, castanha, noz, frutos do mar e banana foram negativos. IgEs específicas para os mesmos alimentos e ômega-5-gliadina foram negativos. A prova de esforço com a prática do *parkour* sem ingestão de alimentos 2h antes da atividade foi negativa. Mas após *parkour* 2h após comer 3 bananas e pão com queijo, evidenciou em 5 min o aparecimento de prurido facial com eritema, urticária, tosse intensa e sufocamento. Fez a medicação de emergência com evolução satisfatória. *Parkour* é uma atividade física de superar obstáculos e desafios urbanos através de saltos e corridas, com explosões de esforço muscular intenso que variam de 6-10 min. Sendo AIEDA uma entidade rara, o diagnóstico baseia-se em critérios clínicos e requer a combinação de ingestão alimentar e exercício para o aparecimento de sintomas sistêmicos, tendo em conta que na ausência de um dos fatores não ocorre reação. Na maioria dos casos, a AIEDA é dependente da ingestão de alimentos específicos traduzindo reações IgE mediadas (AIEDA específica), embora existam alguns casos de anafilaxia de exercício após ingestão de qualquer alimento, nestes casos dependentes de repleção gástrica e/ou hiperatividade parassimpática (AIEDA não específica). O diagnóstico deste caso é AIEDA não IgE-mediada inespecífica pós prandial.

* Serviço de Alergia do Hospital Maternidade Terezinha de Jesus - Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora - Suprema.

Anafilaxia induzida por exercício dependente de trigo de início após dessensibilização: relato de caso

Ana Flavia Bernardes de Sousa, Marina Costa Paschoalini, Eli Mansur, Ariana Yang*

Apresentação de caso: Paciente do sexo feminino, 23 anos, com diagnóstico de alergia IgE mediada para trigo, com antecedente de anafilaxia após ingestão de peixe empanado. Não estabelecia relação das reações com atividade física até então, pois ocorria após qualquer ingestão de alimentos com trigo. Na ocasião do diagnóstico apresentava dosagem de IgE específica para trigo de 1,10 kU/L e para Omega 5 Gliadina 4,8 kU/L. Foi submetida a dessensibilização para trigo por via oral, partindo de uma diluição da farinha de trigo de 1:100.000.000, com progressão de doses semanalmente até liberação da ingestão de alimentos com trigo após 5 meses. Após 3 meses do término do tratamento, já consumindo alimentos sem restrições, começou apresentar urticária durante atividade física realizada logo após ingestão de trigo. Em uso de fexofenadina 180 mg diariamente há 4 anos, porém o exercício continua sendo um cofator que reduz o limiar de reatividade para reação após consumo de trigo. Tanto o exercício, quanto a ingestão de trigo, isoladamente, não causam sintomas. A paciente mantém dieta sem restrições, porém com necessidade de repouso de pelo menos 4 horas após a ingestão do trigo. **Discussão:** Nos últimos anos, têm-se observado a importância e a frequência crescente de cofatores que reduzem o limiar de reação ou que aumentam a gravidade desta, sendo os mais conhecidos: exercício físico, infecções, álcool, medicamentos e alterações hormonais. Não existe literatura consistente em relação a eficácia e persistência da tolerância com o tratamento de dessensibilização para alergia alimentar, sendo a melhora na qualidade de vida o aspecto de maior impacto observado. São escassos os estudos de longo prazo, os quais são importantes para avaliar segurança da dessensibilização. **Comentários finais:** No caso relatado, identificamos o surgimento de uma sensibilidade a cofator que ainda não havia sido relacionada à dessensibilização.

* Universidade Estadual de Campinas.

Anafilaxia induzida por toxina botulínica tipo A

Mariana Senff de Andrade, Isabella Diniz Braga Pimentel,
Ana Carolina de Oliveira Martins, Nathalia Vitorino Bezerra, Eliane Valtes,
Priscilla Pessoa Parente Magalhães*

Paciente, 49 anos, natural de Belo Horizonte, MG, foi atendida na clínica de alergia Imunizar com história de anafilaxia após aplicação de toxina botulínica tipo A em vários pontos do rosto e testa. A reação ocorreu durante o retoque, 15 dias após a primeira aplicação. O quadro iniciou após 2 horas, com eritema e edema local sem prurido, que evoluiu com piora importante, associado a dores no peito e dificuldade respiratória. Foi atendida no hospital Life center, onde apresentava-se taquicárdica FC- 150, hipotensa PA80x50 mmHg e com estridor durante a inspiração, evoluindo para síncope. Foi medicada com Adrenalina injetável, além de corticoide e anti-histamínicos. Ficou em observação por 8 horas e foi liberada com melhora dos sintomas. Aplicação de toxina botulínica é uma prática bastante comum, tanto para fins estéticos quanto para tratamento de patologias como blefaroespasma essencial, contração esfínteriana involuntária e sudorese excessiva. O quadro de anafilaxia durante o procedimento é extremamente raro, tendo sido descrito apenas um caso na literatura e outros dois casos de anafilaxia local, estes últimos associados a anestésico durante a aplicação. Esse motivo levou-nos a pesquisar os vários componentes presentes nas formulações das toxinas liberadas pela Anvisa no Brasil, bem como alergia ao látex, presente na luva durante a aplicação. O excipiente da toxina aplicada era gelatina, dextrana 20 e sacarina. Solicitado então, dosagem sérica de IgEs específicas como diagnóstico diferencial. Com o resultado negativo de todos, acreditamos então, que a paciente foi sensibilizada na primeira aplicação, e, ao voltar para retoque, reagiu a própria toxina botulínica. O caso raro e grave busca salientar a importância de um diagnóstico preciso e rápido no tratamento da anafilaxia, evitando assim, danos maiores aos paciente. A aplicação da toxina deve ser feita em local seguro e por profissional treinado para reconhecer e agir perante a reação.

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



Anafilaxia num casal de criadores de papagaios

Paula Wanderley Leva Martin, Sandra Lopes de Santana Silva, Roberto Magalhães de Souza Lima, Eduardo Magalhães de Souza Lima, Ingrid Pimentel Cunha Magalhães de Souza Lima, Luiz Cláudio Fernandes, Fernando Monteiro Aarestrup, Amanda Pinheiro Magalhães de Souza Lima*

Esposa de 55a portadora de asma e rinite com 6 crises de anafilaxia relacionadas a ingestão de pão ou barras de cereais. Última crise após ingestão de castanha do Pará. Dosagens IgEs positivas para amendoim 1,2 KU/L, castanha do Pará 25,9 KU/L, gergelim 0,53 KU/L, girassol 36,4 KU/L, noz brasileira 0,29 KU/L, Dp > 100 KU/L, Bt 18,0 KU/L. *Prick test* foi positivo para girassol 9 mm, Dp 7mm, Bt 5mm e castanha do Pará 6 mm. Após receber plano de ação com medidas de controles ambiental e alimentar, teve mais 3 anafilaxias, uma com sanduiche, a segunda em restaurante e a terceira em sua residência quando ajudava cônjuge a cuidar de papagaios. O esposo de 59a, portador de rinite, teve quadro súbito de urticária há 1 ano com obstrução nasal intensa, prurido faríngeo intenso logo após comer *mix* de aveia, mel, girassol, castanha do Pará, linhaça, amêndoa, coco. Há 6 meses, enquanto cuidava de papagaios e outros pássaros, teve urticária e edema palpebral, rouquidão, tosse, dificuldade de engolir que evoluiu em minutos para desmaio. Foi atendido pelo SAMU com anafilaxia. IgE para girassol > 100,0 KU/L, Derp1 12,0 KU/L. *Prick test* girassol 6 mm, DP 5 mm. O casal observou que após levarem os papagaios para a fazenda, não houve anafilaxia, rinite ou asma. Apesar de alergia alimentar às sementes ser rara há um aumento de reações pela maior exposição dietética. Anafilaxia a girassol é rara pela sua ingestão e não existem relatos por inalação. Componentes moleculares proteicas de girassol-Hela1 é o alérgeno maior e Hela2 que são absorvidos por via inalatória além da LTP e a 2S albumina. Esta última tem reação cruzada com a castanha do Pará. Isto pode justificar as reações do casal com a castanha. Conclui-se que a sensibilização do casal ao girassol pode ter sido durante anos pela manipulação e inalação de partículas proteicas e que as reações posteriores de anafilaxia podem ter sido pela ingestão de óleo e alimentos de girassol como também pela inalação durante cuidados dos pássaros.

* Universidade Federal de Minas Gerais, UFMG.

Anafilaxia por castanhas e gergelim em crianças gêmeas univitelinas

Roberto Magalhães de Souza Lima, Nathalia Vitorino Bezerra, Paula Wanderley Leva Martin, Amanda Pinheiro Magalhães de Souza Lima, Eduardo Magalhães de Souza Lima, Ingrid Pimentel Cunha M. Souza Lima, Luiz Cláudio Fernandes, Fernando Monteiro Aarestrup*

Irmãos gêmeos, P.F.B., 4a, teve aos 2a. quadro de urticária, edema palpebral e labial após comer bombom que evoluiu em 10 minutos para edema de língua e dispneia. Aos 3a. comeu frango assado com gergelim e teve os mesmos sintomas anteriores. O segundo gêmeo, G.F.B., teve aos 3a. quadro de prurido intenso e rubor facial com sanduíche *fast food*. Após 15 dias estava na escola comendo biscoito e iniciou urticária intensa e edema de pálpebras. No seu aniversário de 4a. teve reação de vômitos, urticária, prurido intenso em olhos, tosse, dispneia intensa. Cerca de 1 hora após o quadro agravou sendo medicado com adrenalina, corticoide venoso e prometazina IM. Pais suspeitaram de bolo de chocolate com nozes e castanha. As crianças tem rinite alérgica, sem asma e dermatite atópica. Os exames do primeiro gêmeo: IgE total 1.371,0 KU/L, IgEs de Castanha de cajú 4,41 KU/L, castanha do Pará 4,66 KU/L, noz JUG R3, LTP negativos, noz JUG R1 0,58 KU/L, noz 0,56 KU/L, gergelim 7,70 KU/L, Derp1 46,30 KU/L, amendoim e cacau negativos. *Prick test* positivo para castanha do Pará 6 mm, castanha de cajú 6 mm, DP 8 mm. Para o segundo gêmeo IgE total 921,0 KU/L, IgEs de gergelim 8,89 KU/L, castanha do Pará 13,2 KU/L, castanha cajú 5,30 KU/L, amendoim, noz, cacau negativos, Derp1 63,9 KU/L. *Prick test* positivo para castanha do Pará 8 mm, Derp 7 mm. Pais receberam plano de ação com dieta de castanhas e gergelim, orientações sobre anafilaxia e com usar o EpiPen Jr. Alergia a castanha em crianças é rara e ao gergelim não há relatos. Alergia alimentar entre irmãos varia de 25-35%, mas entre gêmeos pelos mesmos alimentos, e na mesma idade, não há relatos. A reação alérgica ao gergelim pode ocorrer na primeira exposição mas o uso precoce em pães, bolos, biscoitos pode ter sensibilizado previamente. A castanha presente no bombom no caso do primeiro gêmeo e no bolo do segundo pode ter sensibilizado e também está presente, doces, biscoitos, barras de cereais. Concluindo, devemos estar alertas a novos alimentos provocando anafilaxia e principalmente em crianças antes dos 5 anos.

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

Anafilaxia por múltiplas picadas de abelha: a importância do tratamento precoce

Mariellen Wippel, Ana Júlia de Souza Alfieri, Eduarda Rovere Grill,
Claudia dos Santos Dutra Bernhardt, Phelipe dos Santos Souza*

Apresentação do caso: Paciente masculino, 50 anos, jardineiro, tabagista, etilista, sem comorbidades, é admitido no pronto-socorro cerca de 2 horas após múltiplas picadas de abelhas, apresentando disfonia, lesões com eritema e edema em áreas expostas. Evoluiu em minutos após admissão hospitalar com queda da saturação, edema de vias aéreas e insuficiência respiratória, necessitando intubação orotraqueal (IOT) e ventilação mecânica. Realizada administração de adrenalina, anti-histamínicos e corticosteroide somente após orientação do Centro de Informações Toxicológicas. Exames laboratoriais demonstrando leucocitose, elevação de transaminases, gama-GT, LDH e CPK (430 U/L). No dia seguinte apresentou elevação significativa de CPK (17756 U/L) e rabdomiólise. Após 10 dias progrediu com queda do estado geral, febre 39 °C, tosse e dispneia, havendo suspeita de pneumonia por IOT, iniciado antibioticoterapia, confirmada pela hemocultura de *K. Pneumoniae*. Evoluiu para choque séptico com lesão renal aguda e arritmia, necessitando de cardioversão. Permaneceu em mal estado geral, acidose metabólica e hipocalcemia, necessitando de hemodiálise, evoluindo com Síndrome da Angústia Respiratória Aguda, decorrendo em óbito após 20 dias na unidade de terapia intensiva. **Discussão:** A anafilaxia é um evento grave, com potencial risco de óbito, e exige identificação precoce de seus sinais e administração em tempo hábil da adrenalina. O atraso em procurar por atendimento em unidade de emergência, bem como falha do reconhecimento precoce e tratamento imediato do quadro anafilático, provavelmente ocasionaram neste caso, a evolução desfavorável com insuficiência respiratória, IOT e sepse. **Comentários finais:** A anafilaxia caracteriza uma reação sistêmica aguda grave, que acomete vários órgãos e sistemas simultaneamente, podendo levar rapidamente ao óbito uma pessoa previamente hígida. Por tanto, é essencial capacitar profissionais de pronto-socorro para uma abordagem adequada dos casos de anafilaxia.

* Universidade do Vale do Itajaí - UNIVALI.



Avaliação do conhecimento dos médicos do SAMU-SP sobre o diagnóstico e manejo da anafilaxia

Giovanna Hernandez y Hernandez, Fernando Gonzalez Corrêa, Celso José Lucas Neto, Fernando Anauate, Alberto Starzewski Junior, Cynthia Mafra Fonseca de Lima*

Introdução: Anafilaxia é uma reação sistêmica aguda potencialmente fatal e adrenalina intramuscular na face anterolateral da coxa é o tratamento de escolha. O atraso ou a não utilização desta droga, aumenta a mortalidade. Estudos prévios mostram que esta droga é pouco utilizada no ambiente hospitalar e pré-hospitalar devido à dificuldade dos clínicos em diagnosticar anafilaxia na ausência de choque circulatório, apesar desta condição não ocorrer em todos os casos de anafilaxia. **Objetivo:** Avaliar conhecimento dos médicos do Serviço de Atendimento médico de Urgência da cidade de São Paulo (SAMU-SP). **Método:** Estudo descritivo que avaliou médicos emergencistas. As respostas foram consideradas corretas de acordo com as diretrizes atuais para o diagnóstico e manejo de anafilaxia. **Resultados:** Vinte e sete médicos responderam ao questionário, com média de idade de 46 anos (33-66 anos) e média de tempo de trabalho no SAMU de 13 anos (18 meses-31 anos). Dezesesseis (59,26%) definiram corretamente anafilaxia e 24 (88,89%) responderam que anafilaxia é sinônimo de choque anafilático. Todos os voluntários relataram ter atendido casos de anafilaxia, mas 14 (51,85%) atenderam ao menos um caso de reação alérgica com acometimento de mais de um órgão sistêmico e sem choque circulatório que não foi diagnosticado como anafilaxia. A adrenalina foi citada por 19 (70,37%) médicos como droga de escolha, enquanto 7 (25,92%) referiram corticosteroide e 1 (3,7%) anti-histamínico. Nove (37,03%) citaram a dose correta e 10 (40,74%) o local correto de aplicação. Quinze (55,56%) desconheciam a reação bifásica. **Conclusão:** O grupo estudado possui experiência no atendimento pré-hospitalar de anafilaxia e a maioria reconhece adrenalina como droga de escolha. No entanto, a maioria errou a dose e local da aplicação e 51,85% não souberam diagnosticar anafilaxia na ausência de choque. Esses resultados demonstram a necessidade divulgar as diretrizes atuais entre os médicos que atuam no atendimento pré-hospitalar.

* Universidade Anhembi Morumbi.



Conhecimento de estudantes de medicina sobre o tratamento da anafilaxia-estudo multicêntrico

Giovanna Hernandez y Hernandez, Cintia Neiva Rodella Barbosa,
Izabelle De Lourdes Pereira Ribeiro, Kathiane Pereira de Jesus,
Andressa Carolina de Oliveira Mundim, Bruna de Sá Duarte Auto, Ana Paula França dos Santos,
Iramirton Figuerêdo Moreira, Maria Fernanda Malaman, Cynthia Mafra Fonseca de Lima*

Introdução: Anafilaxia é uma síndrome aguda, potencialmente fatal e representa uma das mais dramáticas condições clínicas de emergência médica. Estima-se que possa acometer entre 1,6 a 3% da população. O diagnóstico precoce e a aplicação imediata de adrenalina intramuscular na face anterolateral da coxa são fundamentais para um melhor prognóstico e sobrevida do paciente. Estudos prévios mostram que o tratamento da anafilaxia tem sido inadequado nos serviços de emergência. Faz-se necessário aprofundar o conhecimento sobre a definição, fisiopatologia, diagnóstico e tratamento da anafilaxia entre os estudantes de graduação em medicina. **Objetivo:** Avaliar o conhecimento sobre o tratamento de anafilaxia entre estudantes de medicina de três estados brasileiros. **Métodos:** Estudo transversal, através de questionário específico aplicado a estudantes de medicina de três universidades das cidades de Aracaju, Maceió e São Paulo. As respostas foram consideradas corretas de acordo com as diretrizes atuais para o diagnóstico e manejo de anafilaxia. **Resultados:** Responderam ao questionário 496 alunos, onde 143 (28,9%) alunos estavam no internato e 353 (71,1%) nos demais períodos da graduação. Em Aracaju, participaram 114 acadêmicos; em Maceió, 121; e em São Paulo, 261. Em todas as cidades, a proporção de alunos do internato foi menos expressiva que a de não internos, no entanto, os internos apresentaram mais acertos em todas as questões propostas. A adrenalina foi indicada como droga de primeira escolha por 268 (54%) alunos, 174 (35%) acertaram o local correto da aplicação, 109 (21,9%) acertaram a dose correta, e 225 (45,3%) erraram as medidas não farmacológicas. **Conclusão:** Mais da metade dos graduandos acertou a droga de escolha, mas a maioria errou o local de aplicação, a dose e as medidas não farmacológicas. Este resultado é semelhante ao de estudos prévios com médicos emergencistas, o que reforça a necessidade de divulgar as diretrizes atuais no ambiente acadêmico.

* Universidade Anhembi Morumbi.



Dermatite de contato e anafilaxia ao látex em um mesmo paciente

Maurício Domingues Ferreira, Luiz Piaia Neto, Dalton Luiz Bertolini, Rodrigo Gil Ribeiro*

Introdução: A borracha pode gerar dois tipos de reações alérgicas: a reação alérgica mediada por IgE (látex) - Hipersensibilidade do tipo I de Gel e Coombs, e a mediada por linfócitos T ou Hipersensibilidade do tipo IV de Gel e Coombs. A reação mediada por IgE causa degranulação mastocitária e basofílica e pode levar a quadros como urticária de contato, asma, edema e anafilaxia. A reação mediada por linfócitos T desencadeia dermatite de contato. **Relato de caso:** Descrevemos um borracheiro com 16 anos de profissão, 43 anos que desenvolveu uma dermatite de contato ao látex e depois uma anafilaxia ao látex. Começou a apresentar descamação e prurido nas palmas das mãos e nos dedos (face extensora) de surgimento intermitente e que se tornaram progressivamente persistentes e crônicos com liquinificação das lesões. Nos períodos que não trabalhava, o quadro desaparecia. Após esse momento começou a apresentar urticária, *rash* cutâneo, pinicação no corpo, dispneia e chiado quando entrava no trabalho. O quadro foi piorando e teve 2 quadros de hipotensão importante com perda de sentidos ao adentrar no ambiente de trabalho. Foi afastado do trabalho e assim mesmo apresentou mais dois episódios de anafilaxia ao colocar uma sandália de borracha e ao sentar em um banco com revestimento de borracha. Tinha anafilaxia ao ser exposto ao ambiente com látex e ao contato com o látex. O paciente tinha *patch test* positivo para Para-fenilenodiamina e teste de puntura e *rast test* positivo para proteínas do látex. **Discussão:** Apesar de terem mecanismos diferentes e sem relação uma com a outro, este é um raro caso de um mesmo paciente ter uma dermatite de contato ao látex e anafilaxia ao látex.

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

Paciente portadora de doença de Von Willebrand com história de reação anafilática causada por fator VIII de coagulação

Fernando Monteiro Aarestrup, Matheus Fonseca Aarestrup, Paula Fonseca Aarestrup, Ingrid Pimentel Cunha Magalhães de Souza Lima, Roberto Magalhães de Souza Lima, Marina Cunha de Souza Lima, Eduardo Cunha de Souza Lima, Luiz Claudio Pereira Fernandes, Eduardo Magalhães de Souza Lima*

Introdução: A doença de von Willebrand é o distúrbio hemorrágico hereditário mais comum e afeta tanto homens como mulheres, sendo sua prevalência mundial superior a 1%. A doença ocorre devido a uma mutação no cromossomo 12 que causa a diminuição do Fator de von Willebrand. Esse fator participa da adesão plaquetária e do transporte do Fator VIII. **Apresentação do caso:** R.A.M.C., 13 anos, sexo feminino portadora de doença de von Willebrand apresenta história de reação anafilática ao emprego de Fator VIII plasmático. A história clínica revelou três episódios de anafilaxia com necessidade da administração de adrenalina. O histórico familiar revelou outros casos da mesma doença na família, sendo a paciente relatada aqui, a única a apresentar reação alérgica. A impossibilidade de administrar o Fator VIII na paciente gerou difícil situação dada a impossibilidade no controle de eventuais sangramentos, agravados pela recente menarca da paciente. A paciente foi encaminhada a um serviço de alergia e imunologia de referência regional. **Discussão:** Questionou-se qual componente do Fator VIII administrado causava reação à paciente. O Fator VIII plasmático é obtido através do fracionamento do sangue de doadores saudáveis, apresentando assim proteínas intrínsecas. Foi utilizado o Fator VIII recombinante em busca de alternativa terapêutica. Este fator é produzido inteiramente em laboratório a partir da biotecnologia, não possuindo outros antígenos plasmáticos. Foi realizado *prick test*, teste intradérmico e administração subcutânea (1 mL). Os testes não evidenciaram sensibilização ao fator administrado. **Comentários finais:** Deste modo, os resultados sugerem que a reação anafilática não foi causada pelo Fator VIII, e sim, provavelmente, por outros antígenos plasmáticos presentes no Fator VIII convencional. Finalmente, recomendamos a utilização do Fator VIII recombinante nesta paciente.

* Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO.



Reação de hipersensibilidade tipo I e tipo III ao sêmen

Anne-Rose L. Wiederkehr Bau, Gustavo Soltadeli, Edelson Flávio Morato,
Maria Madalena Luz, Jane da Silva*

Apresentação do caso: R.M.S.P., feminina, 50 anos, do lar, casada. Procurou atendimento por apresentar há 6 meses sintomas alérgicos após relação sexual com ejaculação vaginal. Inicialmente tinha rinoconjuntivite; a partir do segundo episódio observou também tosse seca e lesões cutâneas pruriginosas pelo corpo. Em algumas ocasiões ocorreu angioedema de pálpebras. Foi medicada com anti-histamínico, corticoterapia e adrenalina em emergência, várias vezes. Nega sintomas vaginais após ejaculação. Nega sintomas ao usar preservativo. História de rinite intermitente. Trouxe fotos mostrando pápulas eritematosas na face, tronco e eritema facial de minutos após a ejaculação intravaginal. Foram solicitados exames de autoimunidade, sorologias para hepatites, clamídia, sífilis, citomegalovírus, HIV e IgE específica para sêmen, todos negativos. Exames do parceiro também negativos. *Prick test* positivo para ácaros e negativo para epitélios de gato e cão. *Prick test* com plasma seminal puro do marido e teste intradérmico (ID) foram positivos. Imediatamente após o teste ID apresentou espirros, tosse seca, prurido e *rash* facial; e horas após houve reação de Arthus no local testado. **Discussão:** Hipersensibilidade ao sêmen se manifesta com sintomas locais e/ou sistêmicos e muitas vezes é subdiagnosticada, principalmente quando a sintomatologia está restrita a sintomas locais. Nesse caso, houve reação sistêmica, inclusive após realização dos testes cutâneos. Sabe-se que há risco de irritabilidade no local do teste ID, devido principalmente à presença de enzimas do sêmen. No entanto, surpreendentemente houve também reação de hipersensibilidade tardia tipo III (RH tipo III) nesse caso. **Comentários finais:** O sêmen desencadeou sintomas de anafilaxia leve, minutos após os testes cutâneos, e reação de Arthus horas após, confirmando o diagnóstico de hipersensibilidade. Na literatura não há relato de RH tipo III pelo contato com sêmen.

* Hospital Universitário - Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC).