

A importância do placebo nos testes de provocação oral em crianças com alergia à proteína do leite de vaca não mediada por IgE

Maria Rosa Rêgo de Oliveira, Marjorie Araujo Monteiro, Thatiana Ferreira Maia, Valéria Botan

Introdução: O teste de provocação oral duplo-cego controlado por placebo é considerado o padrão-ouro no diagnóstico de alergia alimentar (AA). Este teste não é de rotina comum devido as várias limitações práticas, sendo mais realizados os testes abertos. **Objetivo:** Avaliar o efeito placebo durante teste de provocação oral (TPO) simples cego realizado em crianças com alergia à proteína do leite de vaca (APLV) não mediadas por IgE, em um ambulatório de Alergia Alimentar (AA). **Metodologia:** Tratou-se de um estudo descritivo, de corte transversal, retrospectivo, de abordagem quantitativa. Foram incluídas crianças entre 0 a 18 anos incompletos que realizaram TPO simples cego em etapas diferenciadas com leite de vaca sem lactose e placebo com cheiro, aspecto e gosto semelhante. Na primeira fase, o placebo era ofertado e as crianças com seus responsáveis retornavam para informar os efeitos ocorridos ao longo de 7 dias. Todos os critérios de um TPO foram respeitados tanto na fase placebo quanto na fase com leite de vaca. **Resultados:** Realizou-se 92 TPO s simples cegos, sendo 51% no sexo feminino, com média de idade de $2,9 \pm 1,9$ anos. Observou-se que 32% ($n = 30$) dos pacientes apresentaram sintomas durante a fase placebo, sendo diarreia (33%) o sintoma mais frequente, seguido de micropápulas eritematosas (20%) e distensão abdominal (16%). Dos pacientes que reagiram, somente 37% ($n = 11$) confirmaram AA na fase ativa com leite de vaca, ou seja, 63% teriam apresentado um resultado falso positivo se o TPO fosse aberto. **Conclusão:** Estudos demonstram aumento na prevalência de AA nos últimos anos, entretanto, estamos diante de excessos de diagnósticos sem comprovações com TPOs. O placebo tem papel fundamental, principalmente nas alergias não mediadas por IgEs, e é uma importante ferramenta na exclusão de testes falso-positivos.



A importância do teste de provocação oral nas fobias alimentares

Valeria Botan, Thayse Fernandes Borba, Lara Arrais Chaves,
Claudia França Cavalcante Valente

F.P.A., 13 anos, compareceu ao Ambulatório de Alergia Alimentar (AA) com história de reações alérgicas aos seguintes alimentos: leite de vaca, ovo, soja, amendoim, castanhas, banana, abacaxi, maracujá, laranja, manga, mamão, kiwi, morango, limão, feijão, carne vermelha e peixe. Já havia comparecido à emergência mais de 15x para uso de adrenalina. Ingeria somente chás, biscoito água e sal, verduras, arroz e frango, sempre com uso de anti-H1 para evitar edema de língua. Exame físico: Baixo peso e estatura, língua com fissuras e queilite angular. No histórico, somente a reação ao ovo, aos 12 meses, havia sido anafilática. Os demais alimentos, não preenchiam critérios para reações alérgicas. Possuía também IgEs específicas que fortaleciam o diagnóstico de anafilaxia para mãe e o menor: clara do ovo: 58,2 kU/l; leite de vaca > 100 kU/l; soja 38,3 kU/l; carne de boi 24,0 kU/l. Foram realizados *prick test* para todos alimentos suspeitos, sendo positivos somente kiwi, castanhas, carne e peixe crus. Genitora e menor necessitaram de acompanhamento psicológico prévio para início dos testes de provocação oral (TPO), que foram negativos. Menor encontra-se em recuperação nutricional, com acompanhamento multidisciplinar. O caso chama atenção para a importância de uma equipe multidisciplinar nos ambulatórios de AA, com alergistas, nutricionistas e psicólogos atuando para corroborar diagnósticos que nem sempre serão AA. Fobia alimentar é um fenômeno que afeta 77% das crianças e pode mimetizar sintomas de reações alérgicas confundindo pais e médicos. Além disso, reforça que IgEs positivas não devem ser utilizadas de forma isolada para diagnóstico. Havia uma simbiose entre mãe e filho desviando a história para um quadro de AA, com importante prejuízo nutricional e psicossocial para a criança e somente com auxílio do TPO, que é padrão-ouro, o diagnóstico diferencial correto entre anafilaxia e fobia alimentar, pode ser realizado, evitando dietas restritivas desnecessárias.

A positividade do teste cutâneo foi capaz de prever o desfecho do teste de provocação oral para ovo?

Gabriela de Oliveira Ferreira, Pedro Henrique Meireles Vieira, Bruna Polese Rusig, Bruna Pultrini Aquilante, Beni Morgenstern, Clarissa Moraes Busatto Gerhardt, Antonio Carlos Pastorino, Mayra de Barros Dorna, Ana Paula Beltran Moschione Castro

Racional: A alergia ao ovo (AO) é uma das alergias alimentares mais prevalentes na infância, mas o diagnóstico pode ser superestimado por uma história não sugestiva ou interpretação inadequada dos testes diagnósticos. O nosso objetivo foi correlacionar os resultados do teste de punção (TP) de pacientes com suspeita de AO com o desfecho no teste de provocação oral (TPO). **Métodos:** Estudo retrospectivo incluindo pacientes com provável AO acompanhados em ambulatório terciário de referência. Todos foram submetidos ao TPO para ovo, nas formas cozida e/ou crua, entre abril de 2017 e abril de 2019. Os resultados do TP para clara, ovomucoide (OM), ovoalbumina (OA) e ovomix 5% (OX) foram descritos pela média dos diâmetros das pápulas e correlacionados com o desfecho do TPO. Foram considerados positivos os TPOs com sintomas compatíveis com reação IgE mediada. **Resultados:** Foram avaliados 42 pacientes (35M:7F), mediana de idade de 6,8 anos (2-13). Em 26 pacientes, o TPO foi positivo, 15 para ovo cozido e 9 para ovo cru. 4 pacientes apresentaram anafilaxia no TPO. 31 pacientes apresentaram sensibilidade a pelo menos um dos extratos; 25/42 para OM, 25/42 para OA, 24/42 para clara e 19/34 para OX. Considerando os TP, não houve diferenças entre o VPP e VPN entre os extratos avaliados bem como maior positividade do OM nos pacientes que apresentaram anafilaxia ao TPO. A mediana do diâmetro da pápula para clara e OX foi maior nos pacientes com TPO positivos com significância estatística ($p=0,02$ e $p=0,04$, respectivamente) o mesmo não ocorreu com OM e OA. Na análise de risco pelo teste de Fisher, apresentar TP positivo para ovo ou frações não foi fator contribuinte para desfecho positivo no TPO ($p > 0,05$). **Conclusão:** Testes cutâneos para Clara e OX foram úteis para prever o desfecho do TPO quanto maior a pápula apresentada, mas não a gravidade da reação. A combinação de ferramentas diagnósticas é fundamental para melhorar a acurácia do diagnóstico e evitar restrições dietéticas desnecessárias.

Alergia a alfa-gal e anafilaxia tardia a carne vermelha - Relato de caso

Thyago Alves Nunes, Raísa Gusso Ulaf,
Denise Leite Caldeira, Elie Mansour, Ariana Campos Yang

Apresentação do caso: Masculino de 15 anos, morador de zona urbana, histórico de urticária, tosse e dispneia, iniciado horas após comer carne de carneiro, relata episódio semelhante 2 horas após comer carne bovina, ambos iniciados cerca de 30 minutos de exercício físico, em um deles chegou a necessitar atendimento de urgência, com uso de adrenalina. Consome carne bovina diariamente, porém sem sintomas na ausência de exercícios. Nega uso de medicações. Refere alergia a camarão recente. Com hipótese de alergia a alfa-gal com anafilaxia tardia, solicitamos: IgE carne de carneiro 0,80 kU/L; alfa-gal 20,3 kU/L; *Prick test* - carne de carneiro 4x4 mm de pápula, negativo para carne bovina e porco. Foi orientado a restrição de carne de carneiro, evitar o cofator exercício após ingestão de carnes. Será submetido ao teste de provocação oral com carne vermelha, com e sem exercício físico, e teste de exercício com jejum de 4 horas. **Discussão:** Alergia a alfa-gal, decorrente da resposta IgE ao carboidrato galactose- α -1,3-galactose (alfa-gal) após exposição a picadas de carrapato, é caracterizada por sintomas tipicamente IgE mediados, após 3 a 6 horas da ingestão de carne ou vísceras de mamíferos não primatas (bovinos, suínos, caprinos). Os testes cutâneos nem sempre são positivos. O tratamento se baseia na restrição de carne de mamíferos não primatas. Este tipo de alergia foi conhecida recentemente. No Brasil, há poucos relatos de pacientes com reações tardias a ingestão de carne vermelha. O atraso no diagnóstico e tratamento coloca em risco a vida do paciente. Os sintomas tardios dificultam a percepção clara de causa e efeito, e aumenta o leque de possibilidades de diagnósticos diferenciais, neste caso, o exercício como possibilidade de atuar como cofator ou como causa isolada. A fisiopatologia da alergia a alfa-Gal, envolvendo fatores relacionados à digestão, justificaria ausência de reprodutibilidade de sintomas em todas as exposições, dificultando ainda mais a suspeita clínica.

Alergia à clara de ovo: apresentação clínica não usual

Rebeca Mussi Brugnolli, Luis Mauricio Batalin Júnior, Henrikki Gomes Antila,
Ana Carolina Marins Pinto Swensson, Verônica de Souza Silva Guasti, Martti Anton Antila

Apresentação do caso: Paciente de 8 anos, sexo feminino, relata que ao se alimentar apresentava coriza intensa e obstrução nasal, sem outros sintomas. Não havia queixas de rinite em outras ocasiões e em algumas refeições não havia esses sintomas. Procurou alergista que solicitou teste de puntura para aeroalérgenos e alimentos. O resultado foi: controle positivo 3x3 mm, controle negativo 0x0 mm, *Dermatophagoides pteronyssinus* 4x4, leite 0x0, trigo 0x0 e clara de ovo 22x15 mm. Optou-se por provocação oral aberta com supervisão. Na ocasião, após 10% da porção de ovo cozido, paciente apresentou coriza e obstrução nasal importante, caracterizando a positividade do teste. Paciente foi orientada a suspender ovo da dieta, além de tratar rinite com corticoide nasal, e os sintomas nasais não aconteceram mais. **Discussão:** Alergias alimentares IgE mediadas têm como sintomas cutâneos a urticária e angioedema; como sintomas gastrointestinais a dor abdominal e diarreia; como sintomas cardiovasculares a hipotensão e como sintomas respiratórios os sibilos e a obstrução nasal. Esta, por sua vez, quando isolada, é considerada rara, mas deve ter os mesmos cuidados que qualquer outra alergia alimentar. Os mecanismos pelos quais um indivíduo tem sintomas alérgicos diferentes de outro permanece desconhecido, mas não se pode descartar evolução para maior gravidade. **Comentários finais:** Este caso evidencia a importância de se atentar para sintomas não usuais de alergias, principalmente alimentares. Deve-se fazer o correto diagnóstico a fim de realizar tratamento adequado e evitar exclusões inadequadas. Uma boa anamnese e testes cutâneos bem indicados são arma poderosa no diagnóstico de alergias que soam como desafio diagnóstico.



Alergia à proteína do leite: apresentação tardia não usual

Rebeca Mussi Brugnolli, Henrikki Gomes Antila, Verônica de Souza Silva Guasti,
Ana Carolina Martins Pinto Swensson, Martti Anton Antila

Paciente do sexo masculino, 42 anos, é encaminhado ao alergista depois de apresentar uma anafilaxia. Refere que após comer 2 fatias de queijo branco e tomar iogurte de cenoura, laranja e mel, em 20 minutos apresentou urticária e angioedema de lábios. Automedicou-se com loratadina, mas evoluiu com dispnéia, perda de sensibilidade de extremidades e pediu para ser levado a pronto-socorro. No caminho, teve síncope e hipotensão (PA 70 x 20 mmHg). Houve melhora do quadro com tratamento de adrenalina intramuscular, hidrocortisona e prometazina intravenosas. Refere que os sintomas desapareceram em 4 horas após a administração de adrenalina. No histórico de antecedentes, teve o mesmo episódio porém mais leve por 5 ocasiões prévias. É tabagista e nega outras comorbidades, bem como uso de medicamentos, infecções e exercícios no dia do episódio. Solicitadas IgE específica para os alimentos envolvidos no dia da reação e a IgE para leite resultou em 23,7 (classe 5), caseína 24 (classe 5), betalactoglobulina e alfalactoalbumina negativas. Optou-se por suspender leite e derivados de dieta, orientar plano de ação, prescrito adrenalina autoinjetável e omalizumabe. Paciente está em programação para dessensibilização de leite de vaca. A alergia a proteína do leite de vaca é muito comum, principalmente nas faixas etárias mais baixas. Na vida adulta, leite e derivados encontram-se comumente em alimentos consumidos diariamente, fato que está relacionado a maior tolerância e a menos ocorrência de alergias. A alergia a proteína do leite de vaca tem diversos mecanismos, sendo o mais comum, o IgE mediado, caracterizado por anafilaxia quando exposto a proteína. Esse caso demonstra evidência o cuidado com pacientes que evoluem com anafilaxia, investigando também fatores que não são comuns na faixa etária. Casos assim podem ser cada vez mais comuns a medida que dietas de restrição sem indicação ocorrem em indivíduos desinformados ou assistidos por profissionais de caráter duvidoso.

Alergia alimentar após transplante hepático

Mariane Fátima Ladeira, Emanuelle Ferreira Xavier, Wilson Rocha Filho

Caso clínico: Pré-escolar, três anos de idade, sexo feminino com história de hepatite neonatal autoimune, submetida a transplante em 09/2016, tendo o pai, previamente hígido, como doador. Procedimento ocorreu sem intercorrências com paciente atualmente em uso contínuo de inibidor de calcineurina. Dois anos após o transplante, a criança, sem história prévia de alergia alimentar, apresentou quadros de anafilaxia minutos após a ingestão de ovo e amendoim.

Discussão: Atualmente são descritos casos de alergias alimentares que se desenvolvem após o transplante de órgãos sólidos de doadores sem história prévia de alergia alimentar. Isso foi observado com maior frequência após o transplante hepático e os principais alimentos envolvidos são o ovo, soja, trigo e amendoim. Acredita-se que as alergias alimentares pós transplante podem se desenvolver seja por transferência passiva de IgE ou, mais comumente, pela perda de tolerância a proteínas alimentares. Nos casos de transferência passiva de IgE é provável que os níveis de IgE e os sintomas alérgicos diminuam com o tempo, devido à perda dos linfócitos do doador. São vários os mecanismos propostos em relação à perda de tolerância a proteínas alimentares após transplantes de órgãos. Estes incluem alteração na resposta imunológica e alterações na barreira gastrointestinal. Os inibidores de calcineurina parecem prejudicar o funcionamento de linfócitos T reguladores (Treg), além de gerar um aumento da permeabilidade gastrointestinal. Trata-se de apenas um dos fatores possíveis implicados no desenvolvimento de alergias alimentares pós transplante. A frequência de alergia alimentar em crianças que recebem inibidores de calcineurina é maior (6% a 20%), especialmente após enxertos hepáticos. **Conclusão:** Todos os receptores de órgãos devem ser monitorados para o desenvolvimento de alergias alimentares, especialmente após o transplante hepático.

Alergia alimentar e síndrome de Munchausen por procuração: uma realidade nos serviços de alergia alimentar

Samuel de Souza Sales, Lívia Isabela de Oliveira, Gabriela Mattos Barros, Wilson Rocha Filho

Relato do caso: Criança do sexo feminino, 6 anos, iniciou nesta idade episódios recorrentes de urticária, angioedema e diarreia. Seu pai havia falecido há poucos meses. Mãe atribuiu o quadro ao de leite de vaca, suspendendo-o da dieta. No período de 1 ano, criança foi internada 8 vezes por oligúria, vômitos, diarreia e desidratação. Em uma das internações houve a suspeita de alergia a múltiplos alimentos, sendo suspenso os alimentos potencialmente alergênicos. Realizou propedêutica para imunodeficiência, doenças reumatológicas e IgEs específicas, todas negativas, e colonoscopia sem alterações. Internada aos 8 anos para realizar teste de provocação duplo-cego. Durante teste, evoluiu com diarreia em dias variados, tanto com alimentos suspeitos e placebo. Durante conversa a sós com a criança, foi encontrado laxante e furosemida entre seus pertences. Repetida provocação sem o conhecimento da mãe, foi negativa para todos os alimentos, sendo então diagnosticada Síndrome de Munchausen. **Discussão:** Doença que consiste em um cuidador que produz sintomas em outro indivíduo de forma intencional, fazendo que este seja considerado doente, colocando-o em risco ou numa situação que requeira investigação e tratamento. A síndrome pode ser por exagero/simulação na história clínica, sintomas, exames ou ainda indução de sintomas por uso de medicamentos, sufocamento, entre outros. Na alergia alimentar as manifestações digestivas são as mais frequentes, sendo o leite de vaca o principal envolvido. Os meios de simulação podem ser por uso de laxantes, diluição excessiva de alimentos, adição de sangue nas fezes, ferimento retal e vômitos provocados. O tratamento se baseia em psicoterapia, suporte físico e social. **Conclusão:** A Síndrome de Munchausen por Procuração deve ser suspeitada em casos de evolução atípica de alergia alimentar, quando exame físico e laboratoriais não condizem com história clínica. Deve ser um diagnóstico de exclusão e é relativamente comum nos ambulatórios de alergia alimentar.



Alergia à tainha - Relato de caso

Cloves Domingos Rufino, Andrezza Fabrízia Bertoli, Vinícius Boaventura,
Anne-Rose Leopoldina Wiedekehr Bau, Jane da Silva

Caso clínico: W.L., 34 anos, masculino, refere sensação de aperto na garganta e dispneia após ingerir sushi de salmão cru, com melhora após 30 minutos. Comeu novamente salmão e outros peixes (tainha, peixe-espada e peixe-porco), apresentando novos episódios de sensação de aperto na garganta. Nega angioedema associado. Assintomático ao ingerir camarão. História prévia de rinite e sopro cardíaco em acompanhamento. *Prick test* positivo para carne de porco 3 mm; peixe 5 mm; tainha 13 mm (*prick-to-prick*), aguardando RAST para parvalbumina, orientado a excluir peixe da dieta. **Discussão:** A alergia ao peixe é uma alergia alimentar rara, com prevalência de 0,2 a 2,29% na população. A exposição aos alérgenos ocorre via manuseio, ingestão ou inalação de vapores de cozidos. As principais espécies envolvidas são salmão, atum, bacalhau, anchova, cavala, linguado e truta. Até 67% dos alérgicos a peixes possuem sensibilidade para múltiplas espécies, relacionada à reação cruzada com o alérgeno maior parvalbumina, responsável por reações em 90% dos pacientes. A parvalbumina apresenta homologia entre espécies e varia em quantidade e isoformas nos peixes alergênicos. Geralmente os sintomas ocorrem na primeira exposição, entre 11-16 anos. As principais manifestações incluem vômitos, diarreia, anafilaxia, além de dispneia, sibilância, angioedema se proteínas aerossolizadas. O diagnóstico é feito por *prick test* e RAST para parvalbuminas. Pode ser feito *prick-to-prick*, como a tainha do caso, dependendo da disponibilidade de RAST para os peixes consumidos localmente. Porém, o padrão-ouro ainda é o teste de provocação oral. O tratamento consiste em evitar peixes de todas as espécies na dieta, de maneira crônica, além de manejar reações agudas que porventura ocorram. **Considerações finais:** A alergia à tainha possui reação cruzada com outras espécies devido às parvalbuminas e, com a falta de ensaios específicos para a variedade de tipos de peixe, o *prick-to-prick* torna-se a solução para diagnóstico.



Anafilaxia induzida por exercício após dieta extensamente aquecida: relato de caso

Ludmila Houara Castro Machado, Natália Nicolai Gomes,
Kathy Marilyn Silva Tavares, Wilson Rocha Filho

Apresentação do caso: Paciente, 12 anos, com diagnóstico de anafilaxia ao leite de vaca (LV) desde os seis meses de idade. O IgE específico para LV em 08/02/18 era de 8,14 KU/L. Teste de provocação com alimento contendo LV extensamente aquecido foi negativo em 01/03/18. Iniciado dieta extensamente aquecida, pelo menos 3 vezes na semana, sem sintomas associados. Em 13/03/18 evoluiu com exantema generalizado, tosse, dispneia e coriza durante atividade física, 15 minutos após ingerir pão de queijo. Atendido na urgência, medicado com corticoide e anti-histamínico. **Discussão:** Anafilaxia induzida por exercício dependente de alimentos (AIEDA), é caracterizada por sintomas sistêmicos desencadeados pelo exercício quando este é executado nas primeiras duas horas após a ingestão alimentar. Tal variante pode ocorrer em indivíduos com antecedentes de alergia alimentar mesmo após o desenvolvimento de tolerância imune. Verifica-se que o exercício, além de aumentar a permeabilidade intestinal à proteína alimentar, diminui o limiar de degranulação dos mastócitos, mesmo se a ingestão isolada é tolerada. A clínica pode variar desde reações leves a graves. O tratamento é conduzido como anafilaxia. Trata-se de um caso raro. Não temos conhecimento de anafilaxia induzida por exercício após alimentos extensamente aquecidos. **Comentários finais:** Dieta extensamente aquecida é uma nova forma de tratamento de pacientes com alergia alimentar. Constitui uma mudança de paradigma no tratamento de crianças com alergia a leite de vaca e ovo. Alergistas envolvidos com alergia alimentar devem ficar atentos para a possibilidade de anafilaxia induzida por exercício após ingestão de alimentos extensamente aquecidos.

Análise dos protocolos clínicos de dispensação de fórmulas infantis especiais para APLV destinados a pacientes atendidos na rede SUS: quanto à utilização dos recursos públicos

Marilucia Alves da Venda¹, Ana Beatriz Franco-Sena², José Luiz de Magalhães Rios³

Introdução: As fórmulas infantis especiais (FIE) possuem alto custo e tornam-se inacessíveis à maior parte da população. Cabe ao Ministério da Saúde, Estados e Municípios as fornecer aos usuários do SUS, com alergia às proteínas do leite de vaca (APLV) de acordo com sua necessidade. **Objetivo:** Avaliar protocolos clínicos de dispensação de FIE elaborados pelo Ministério da Saúde (MS), Secretarias de Saúde de Estados e Municípios brasileiros (SES, SMS), para pacientes com suspeita ou diagnóstico de APLV, quanto à utilização dos recursos financeiros na compra de FIE. **Método:** Análise documental. Foram selecionados documentos governamentais da área da saúde, acessados por meio digital nas páginas eletrônicas do MS, SES e SMS, utilizando-se os termos: protocolo, alergia alimentar, diretriz e fórmula. Foram considerados somente os estados e municípios com mais de 500 mil habitantes. **Resultados:** Foram encontrados 56 protocolos clínicos de dispensação exclusivos ou que incluíssem APLV. Desses, 22 preencheram os critérios de inclusão, sendo: 2 federais, 8 estaduais e 12 municipais. Os protocolos padronizaram os tipos de FIE e desenvolveram parâmetros para distribuição e compra. O principal critério de inclusão dos protocolos é a idade: 2 protocolos abrangem crianças até 36 meses, 13 até 24 meses, 1 até 18 meses, 4 até 12 meses e 2 não citam idade. Outros critérios são: avaliação técnico-científica especializada, adequação clínica das indicações, dose e tempo de uso previsto. Com isso, objetivou-se a padronização das prescrições e a aquisição de produtos semelhantes, a menores custos. **Conclusão:** Os estados e municípios que não desenvolveram protocolos de dispensação compram FIE de modo emergencial para suprir demandas judiciais, por valores semelhantes aos do varejo; enquanto os que têm programas estruturados, conseguem estimar o número de crianças com APLV e tipo de FIE necessária, com potencial de negociação para obter melhores preços e assim economizar os recursos públicos.

1. Hospital Central do Exército.

2. Universidade Federal Fluminense.

3. Faculdade de Medicina de Petrópolis - FMP/FASE.

Características clínicas e laboratoriais de crianças com alergia alimentar submetidas a teste de provocação oral (TPO)

Nairana Freitas Albuquerque, Juliana Fernandez Santana e Meneses,
Raquel Bicudo Mendonça, Tulio Konstantyner, Roseli Oselka Saccardo Sarni

Racional: Alergia alimentar (AA) é decorrente de resposta imunológica anômala após contato com alérgeno. A prevalência de AA tem aumentado na faixa etária pediátrica e o TPO é considerado o padrão-ouro como ferramenta diagnóstica. O objetivo do estudo foi descrever o perfil clínico e laboratorial de pacientes submetidos ao TPO em serviço de referência pediátrica. **Métodos:** Estudo retrospectivo utilizando prontuários de pacientes submetidos ao TPO no ano de 2018. Registrados dados clínicos (sexo, idade, antropometria, data da última reação, sintomas e tempo de reação, via de contato), dosagem sérica de imunoglobulina E (IgE) específica, teste de puntura (TP), tipo de TPO, alimento testado, processamento e resultado após observação clínica por 2 horas. **Resultados:** Foram realizados 126 TPO em 94 crianças (55 masculinos) com média de 4,4 anos (1-10 anos). Avaliação nutricional revelou eutrofia (77,8%) e estatura adequada (95,5%) para idade. Reações prévias ao TPO (92% dos casos) foram: cutâneas (70%), imediatas (64,6%), anafilaxia (25,8%), por ingestão (95%) e última reação com média de 20 meses. Leite de vaca (LV) foi o alimento mais testado (54%), seguido por ovo (27%), soja (10%) e outros (9%). Houve dosagem de IgE específica em 95,2% e teste de puntura (TP) em 18,2%. Dos testes: 85,7% negativos, 0,8% inconclusivo e 13,5% positivos. Dos positivos: LV (59%) e ovo (35%), TPO aberto (94,1%), avaliação de tolerância (70,6%) com alimentos crus (53%); sintomas gastrointestinais objetivos (76,4%), anafilaxia (59%) e alergia múltipla (41,2%); IgE específica para alimento ou frações > 0,1 kU/L (88,2%) e TP > 3 mm (17,6%). **Conclusões:** O LV e o ovo foram os alérgenos prevalentes na faixa etária pediátrica com manifestações clínicas predominantemente IgE mediadas. Neste grupo, o TPO positivo confirma o diagnóstico corroborando a dieta de restrição e o negativo permite a reintrodução e tolerância de alimentos de alto valor biológico visando redução do risco nutricional.

Características da alergia à proteína do leite de vaca (APLV) IgE mediada associada à esofagite eosinofílica (EOE)

Grazielly de Fátima Pereira, Pablo Torres Cordova, Laís Souza Gomes, Priscila de Abreu Franco, Larissa de Queiroz Mamede, Alex Isidoro Ferreira Prado, Juliana Guimarães, Claudia Leiko Yonekura Anagusko, Fábio Fernandes Morato Castro, Ariana Campos Yang

Racional: Cerca de 15 a 43% dos pacientes com EoE tem alergia alimentar IgE mediada. Nosso objetivo foi avaliar as características de gravidade e sensibilização nos pacientes com APLV que apresentam EoE. **Métodos:** Revisão de prontuários de pacientes com diagnóstico de APLV que evoluíram com EoE. Foram avaliados os dados demográficos, clínicos, eosinofilia periférica e doenças alérgicas associadas. **Resultados:** Foram avaliados 10 pacientes, dos quais 7 eram homens (70%). A idade atual foi em média de 12,9 anos, a idade de início dos sintomas de EoE foi de 6 anos, já a do diagnóstico foi aos 8 anos. O perfil de APLV era grave, todos com história de anafilaxia, com idas frequentes à emergência, uso de adrenalina e sintomas com mínimas quantidades. O início dos sintomas da APLV foi de 5 meses de idade, em média. Observamos altos níveis de IgE para as proteínas do leite: IgE específica para leite média de 76,1 kU/L (29,3-100), alfa lactoalbumina de 31,9 kU/L (1,13- 97,8), beta lactoglobulina de 33,1 kU/L (0,58-100), caseína de 68,9 kU/L (3,08-100). Todos apresentaram eosinofilia periférica, com média de 806,9 (420-1330). Outras manifestações atópicas foram observadas, sendo a asma e rinite presentes em 80% dos pacientes e dermatite atópica em 20%. Em 1 caso havia história familiar de EoE. O diagnóstico da EoE foi possível através da busca ativa de sintomas, pois a maioria apresentava comportamentos compensadores da disfagia: uso excessivo de líquido em 50% e alimentação prolongada em 30%. **Conclusões:** Pacientes com APLV podem ter os sintomas de EoE e demais atopias subestimados, pois a atenção se volta para a doença mais ameaçadora. Embora, eosinofilia periférica seja comum nas atopias, na alergia alimentar IgE mediada, não é usual. Observamos eosinofilia em todos os casos, o que poderia ser um alerta para possibilidade de EoE. A investigação precisa e atenta de sintomas de EoE possibilita diagnóstico e tratamento precoce, implicando em menor risco de complicações.

Conhecer o hábito alimentar dos pacientes saudáveis: um passo inicial para construção da introdução escalonada dos alimentos

Gabriela de Oliveira Ferreira, Mayara Lorena de Souza,
Bruna Pultrini Aquilante, Glauce Hiromi Yonamine, Antonio Carlos Pastorino,
Mayra de Barros Dorna, Ana Paula Beltran Moschione Castro

Racional: A reintrodução escalonada de um alimento no processo de tolerância é parte importante do tratamento de pacientes com alergia alimentar. Importar recomendações internacionais pode não ser eficaz, visto as diferenças no perfil de consumo dos alimentos de cada país. O objetivo deste trabalho é avaliar o hábito de consumo de ovo no Brasil visando a reintrodução escalonada e personalizada deste alimento em pacientes com alergia a ovo (AO), auxiliando na melhora da qualidade de vida. **Métodos:** Aplicação de um questionário em pacientes pediátricos, sem AO, sobre o consumo de ovo ou preparações feitas a partir deste alimento. O questionário incluiu perguntas de relato espontâneo de ingestão de ovo e questões específicas referentes ao conhecimento de preparações incluídas em introduções escalonadas presentes em outros países. **Resultados:** Incluídos 100 pacientes (50M:50F), 11m-17a. 98% relatou ter o hábito de consumir ovo ou preparações com ovo (média 3 ovos/sem). Os alimentos de consumo semanal mais citados foram pão/bisnaga doce (82%), biscoitos/bolachas (75%), ovo frito (47%) e pão de queijo (45%). Torta (42%), pudim (40%) e mousse (37%) foram os alimentos menos consumidos (<1 vez/mês). Nas recomendações internacionais de introdução escalonada são incluídos alimentos desconhecidos ou conhecidos porém não consumidos. Gemada (68%), quindim (57%) e preparações com ovo cru (tartar, sukiyaki) (54%) foram os mais não consumidos e marzipã (65%) e Kanikama/kamaboko (61%) os mais desconhecidos. Mais de 50% dos pacientes entrevistados não consomem ou desconhecem 16 dos 36 alimentos propostos. **Conclusão:** O desconhecimento de alguns alimentos e o predomínio de consumo de outros evidencia as diferenças no hábito alimentar brasileiro em relação a outros países. O sucesso na reintrodução destes alimentos em pacientes com AO depende de uma estratégia baseada no perfil de consumo da nossa população, de forma que mudanças da dieta sejam facilmente incorporadas na rotina da família.

Esófagite eosinofílica por amendoim associada à anafilaxia ao peixe: relato de caso

Andrezza Fabrízia Bertoli¹, Cloves Domingos Rufino¹, Vinícius Boaventura¹,
Jane da Silva¹, Mikaelle Tainá Bertoli²

Apresentação do caso: J.F., 26 anos, masculino, filho de produtor de amendoim, há 10 anos com disfagia para sólidos, sensação de parada de progressão, uma vez indo à emergência por carne impactada no esôfago. Desde criança refere prurido quando mãe frita peixe e, há 3 anos, ao ingerir a carne, evoluiu com dispneia e hiperemia cutânea. Há 1 ano, teve angioedema labial e queimação oral após comer peixe. Tem rinite alérgica controlada. EDA mostrou estenose subesofágica e anéis em terço médio/distal do esôfago. Anatomopatológico do esôfago com 65 eosinófilos/CGA e microabscessos eosinofílicos. Hemograma com 5% de eosinófilos, IgE 695, IgE grupo peixe 0,74. *Prick test* de carne de peixe 12,5 mm; amendoim 7 mm; milho 4 mm. Orientada dieta excluindo milho, amendoim e peixe, uso de pantoprazol e fluticasona. Em seguimento há 2 anos, com melhora da disfagia e da EDA, porém ainda com escapes eventuais da dieta.

Discussão: A esófagite eosinofílica afeta mais homens e relaciona-se à atopia, com prevalência de 1,7/100 mil pessoas. Destas, 40% possuem sensibilização a alimentos. Já a alergia ao peixe ocorre em 0,7% da população geral, o que mostra a raridade em apresentar as 2 condições simultaneamente, ambas com *prick test* positivo, como no caso relatado. Além disso, o paciente consultou-se por disfagia; porém, na anamnese, observou-se anafilaxia ao peixe, doença mais grave, de risco à vida, o que demonstra: 1) necessidade de anamnese detalhada, obtendo informações para diagnóstico correto; 2) que a percepção pessoal do paciente sobre sua saúde nem sempre corresponde à análise médica; 3) importância de esclarecer tratamentos (riscos e benefícios) para maior adesão; 4) diagnósticos raros não devem ser excluídos das hipóteses de um caso. **Considerações finais:** Mesmo diferentes, tanto esófagite eosinofílica quanto anafilaxia são formas de sensibilização alimentar e a otimização do manejo depende da suspeição clínica e da isenção de alérgenos da dieta, ainda que difícil para o paciente.

1. Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC.

2. Universidade Federal de Pelotas - UFPel.

Imunoterapia em alergia a leite de vaca - série de casos

Ana Maria Ferreira Cunha, Nilza Rejane Sellaro Lyra, Liane Leão de Santana,
Tâmisa Carmelitana Cipriano da Silva Dantas, Filipe Wanick Sarinho,
Maíra Maria Sá Vasconcelos de Alencar, Gabriela Camêlo Oliveira,
Luiz Alexandre Ribeiro da Rocha, Décio Medeiros, Emanuel Savio Sarinho

Racional: A imunoterapia oral (ITO) vem despontando como uma possível alternativa de tratamento quando há persistência de alergia à proteína do leite de vaca. **Metodologia:** Série de casos de 4 crianças, sexo masculino, com alergia à proteína do leite de vaca (APLV), não anafiláticos, sem outras doenças alérgicas, que persistiam com sintomas mesmo com idade superior a 6 anos. O nível de IgE específica ao leite de vaca (LV) variou de 7 a 64 uK/L e de caseína de 8 a 23 uK/L. Antes da dessensibilização foi realizado *prick-to-prick* com leite pasteurizado nas diluições de 1:1, 1:10, 1:100, 1:1000 e 1:10.000, sendo positivo até 1:100. A dose inicial na avaliação do nível de tolerância foi 1 mL da diluição de 1:100, dobrando a dose, até atingir os 100 mL desta diluição chegando a 1 mL de leite diluído em 99mL de água quando foram liberados para iniciar a ITO. A exposição foi feita de forma progressiva e controlada, bem como associados outros alimentos com leite (bolo e biscoito) quando os pacientes toleraram 64 mL de leite. O período foi de 6 meses para chegar na dose esperada de 100 mL. Anti-histamínico foi usado preventivamente nos primeiros 30 dias. **Resultado:** Os quatro pacientes toleraram o leite e não apresentaram sintomas adversos durante todo o processo de ITO. As IgEs séricas e o *prick-to-prick* não se alteraram durante os seis meses de dessensibilização. Este protocolo foi aplicado com a finalidade de dessensibilizar um grupo de pacientes que estavam sem ingerir leite há vários anos, e cujos pais não se dispunham à realizar o teste de provocação oral aberto (TPOA) para avaliar a tolerância. **Conclusão:** Esse protocolo foi bem sucedido neste grupo de pacientes com alergia exclusiva ao leite de vaca sem anafilaxia, como forma alternativa ao TPOA, já que este causava medo e insegurança tanto no paciente como em seus familiares, e demonstrou-se ser uma maneira aceita e segura por estes pacientes e familiares para a introdução gradual do leite na dieta destes pacientes.

Padrões endoscópicos e complicações da esofagite eosinofílica

Laís Souza Gomes, Pablo Torres Córdova, Larissa de Queiroz Mamede, Grazielly de Fátima Pereira, Amanda Brolio de Souza, Jorge Kalil, Fabio Fernandes Morato Castro, Ariana Campos Yang

Racional: A esofagite eosinofílica (EoE) é uma doença inflamatória crônica esofágica, sendo a primeira causa de disfagia e impactação alimentar na população geral. A EoE apresenta a estenose como a mais temida complicação. Embora ainda não estejam estabelecidos os fatores prognósticos de evolução, sabe-se que os padrões endoscópicos variam dependendo do tipo de inflamação, gravidade e cronicidade. O objetivo deste trabalho foi avaliar os padrões endoscópicos e sua associação com idade, tempo de doença e atraso de diagnóstico. **Métodos:** Análise retrospectiva de pacientes com EoE acompanhados em ambulatório de imunologia clínica e alergia de um Hospital Terciário de janeiro 2013 a janeiro 2018. Avaliamos características gerais e endoscópicas, dividindo macroscopicamente em padrão inflamatório constituído por exsudatos esbranquiçados, estrias longitudinais e edema; e padrão fibroestenótico, com anéis e estenoses. **Resultados:** Foram avaliados 71 pacientes com diagnóstico de EoE, dos quais 70% são do gênero masculino, com média de idade de 23 anos, idade do diagnóstico de 19 anos, sendo que o tempo entre diagnóstico e tratamento foi em média de 3 anos. O padrão endoscópico mais observado em nossa casuística foi inflamatório com 79%. A complicação de estenose foi observada em 10% e, presente somente dentro do grupo que apresentava padrão endoscópico fibroestenótico ao diagnóstico. Observamos diferenças na média de idade dos pacientes sendo 22 anos no padrão inflamatório e 28 anos no padrão fibroestenótico; assim como, o atraso do diagnóstico foi maior no padrão fibroestenótico com 6 anos enquanto que no inflamatório foi de 2 anos. **Conclusões:** Em nosso grupo, o maior tempo de doença sem diagnóstico e tratamento foi associado a alterações endoscópicas de padrão fibroestenótico. A EoE tem evolução crônica e o atraso no diagnóstico ou a falta de controle adequado da doença está associado a maior risco de complicação.



Perfil clínico de crianças com suspeita de alergia a amendoim e castanhas em Serviço Universitário de Alergia em 2018

Luiza Moulin Marino, Ana Carolina Rozalem Reali, Isabella Burla Manhães, Marília Magalhães Moraes, Fernanda Pires Cecchetti Vaz, Carolina Sanchez Aranda, Renata Rodrigues Cocco, Marcia Carvalho Mallozi, Dirceu Solé

Racional: Descrever as principais características clínicas dos pacientes com suspeita de alergia a amendoim e castanhas acompanhados durante o ano de 2018 em ambulatório universitário de Alergia e Imunologia Pediátrica. **Métodos:** Avaliação retrospectiva de prontuário eletrônico com análise de dados clínicos e laboratoriais. **Resultados:** Entre os 135 pacientes com suspeita de alergias alimentares (AA), 17 (12%) relacionavam os sintomas à ingestão de amendoim ou castanhas, 65% deles do gênero masculino. Os mecanismos imunológicos compreenderam 80% de reações mediadas por IgE e 20% mistas. A mediana da idade de início dos sintomas foi de 2 anos e da primeira consulta, 4 anos. Mais da metade dos pacientes (n = 11) referiram sintomas cutâneos (urticária, angioedema e/ou piora da dermatite atópica) e 35% já haviam apresentado ao menos um episódio de anafilaxia. Oitenta por cento dos pacientes apresentam asma e/ou rinite, 76% diagnóstico médico de Dermatite Atópica e 90% referem alergias a outros alimentos. Oitenta por cento dos pacientes apresentavam IgE sérica específica positiva, com valor médio absoluto de 21 kU/L. A mediana da idade atual é de 9 anos e nenhum paciente remitiu a alergia alimentar nesta idade. **Conclusões:** Embora a alergia a amendoim e castanhas não esteja entre as mais prevalentes em nossa população, sua incidência é notadamente crescente, com altas taxas de reações graves e possivelmente fatais. O conhecimento das características clínicas dos pacientes alérgicos é essencial para entender as necessidades de cada população. Diagnóstico mais precoce, instituição da alimentação adequada, orientações sobre riscos e o acompanhamento periódico são importantes fatores para um adequado controle da doença.

Perfil dos testes de provocação oral em alergia alimentar: experiência de hospital terciário no Rio de Janeiro

Gabriel Deveza Gomes, Christiane Mendonça Valente, Pâmela Figueiredo Moraes Bressan, Rafaela Lopes Bisson, Ana Paula Main Lucas, Carolina de Almeida Luna, Liziane Nunes de Castilho Santos, Sandra Maria Epifanio Bastos Pinto

Racional: O teste de provocação oral é o padrão-ouro para confirmar ou excluir o diagnóstico de alergia alimentar e para avaliar a tolerância ao alimento testado. **Métodos:** Estudo transversal, observacional e descritivo, a partir da análise de prontuário dos pacientes com diagnóstico sugestivo de alergia alimentar IgE mediada que foram submetidos ao teste de provocação oral entre janeiro de 2016 e dezembro de 2018. **Resultados:** Foram realizados 37 testes em 29 pacientes sendo 69% (20) do sexo masculino, com mediana de idade de 6 anos [2 - 17] e 100% com outra forma de atopia associada. Dentre os testes realizados, 5% (2) foram com ovo cozido. Os pacientes apresentavam IgE específica negativa para gema e fraco reator para clara (0,1 e 0,59 kU/L), sendo ambos os testes negativos. Em relação aos pacientes com Alergia à Proteína do Leite de Vaca, foram realizados 35 testes, sendo 12 (34,3%) com leite de vaca *in natura*, 12 (34,3%) com biscoito com leite, 6 (17,1%) com muffin e 5 (14,3%) com pizza de mussarela. Dois pacientes não concluíram o teste por ausência de cooperação. Apenas 4 testes (11,4%) apresentaram reações, sendo que todos possuíam valores de IgE específica para leite de vaca muito forte reatores (> 17,5 kU/L). Dos 29 testes negativos, 4 (14%) também apresentavam IgE específica para leite de vaca maior que 17,5 kU/L, sendo o valor mais alto 66,5 kU/L e apenas 1 paciente não tolerou a ingestão da proteína do leite após o teste, apresentando quadro de urticária e angioedema cinco dias após a realização da provocação. **Conclusões:** O número de reações observadas neste estudo reafirma a importância do teste como padrão-ouro no diagnóstico de alergia alimentar. Os valores de IgE específica não são consensuais nem reproduzíveis em populações distintas, não devendo ser utilizado como parâmetro isolado na definição de conduta do paciente.



Persistência de níveis elevados de caseína em criança de 4 anos com quadro de alergia ao leite: um relato de caso

Lilian Maria de Araújo Porto, Ana Cláudia Tenório Ferreira de Araújo, Maria Regineide de Araújo

Apresentação do caso: M.F.H.M., sexo feminino, durante aleitamento materno exclusivo apresentou aos 4 meses raios de sangue nas fezes. Tendo sido prescrito fórmula infantil extensamente hidrolisada de proteína do soro do leite sem lactose, que após 20 mL apresentou quadro de tosse, sibilância e angioedema. Orientado aleitamento exclusivo até os 6 meses com exclusão de leite na dieta materna. Posteriormente, foi iniciado fórmula infantil à base de aminoácidos livres, que fez uso até os 3 anos. Atualmente, aos 4 anos e 9 meses, faz uso de leite de amêndoas e leite de coco. Com 1 ano, ao ser administrado a vacina tríplice viral, após 5 minutos, apresentou tosse, coriza nasal, prurido e leve edema palpebral superior, sendo atendida em pronto-socorro. História familiar: Mãe com quadro de rinite alérgica, irmão com quadro de rinite alérgica e asma. A criança atualmente apresenta quadro de dermatite atópica, rinite alérgica e alergia alimentar. Exames: 5 meses: IgE Total: 52,5 KU/L; IgE alfa-lactoalbumina: 0,52 KU/L; IgE beta-lactoglobulina: 6,50 KU/L 1 Ano: IgE leite: 17,8 KU/L; IgE alfa-lactoalbumina: 0,36 KU/L; IgE beta-lactoglobulina: 10,4 KU/L; IgE caseína: 7,96 KU/L 2 anos e 9 meses: IgE total: 252 KU/L; IgE Leite: maior que 100 KU/L; IgE alfa-lactoalbumina: 52,6 KU/L; IgE beta-lactoglobulina: 5,2 KU/L; IgE caseína: 42 KU/L 3 anos e 2 meses: IgE total: 331 KU/L; IgE leite: 95,2 KU/L; IgE alfa-lactoalbumina: 59,1 KU/L; IgE beta-lactoglobulina: 13,4 KU/L; IgE caseína: 72,5 KU/L. **Discussão:** Pode-se observar a persistência de níveis elevados de caseína com o crescimento da criança, o que implica na persistência e gravidade das reações. Como consequência, não há como inserir o alimento na dieta, pois, até o momento não há tolerância alimentar ao leite. **Comentários finais:** Com base nas informações obtidas na história clínica da paciente e resultados laboratoriais, é fundamental que o nível sérico de caseína diminua para que ocorra a introdução do alimento.



Protocolo de dessensibilização por alimentos *baked* em pacientes com alergia alimentar ao leite de vaca e ao ovo

Giovanna Lucy Cortez Aliaga, Pablo Torres, Juliana Guimarães,
Patricia Salles Cunha, Jorge Kalil, Fabio Morato Castro, Ariana Yang

Racional: A maioria dos casos de alergia alimentar ao leite de vaca e ovo evoluem para tolerância. Porém, para casos mais persistentes, estudos mostram que a introdução de alimentos processados em altas temperaturas (*Baked*), poderia auxiliar a tolerância e melhorar a qualidade de vida. **Objetivo:** Avaliar eficácia e eventos adversos após protocolo *Baked* em pacientes com Alergia à proteína de leite de vaca (APLV) e Alergia ao ovo (AO). **Método:** Análise de prontuários de pacientes com APLV e AO IgE mediada submetidos ao Protocolo *Baked*. **Resultados:** Avaliados 89 pacientes, média de idade 10,2 anos, 57 do sexo masculino (64%). 71 pacientes com APLV, 12 com APLV e AO, 6 apenas com AO. História de anafilaxia em 29 pacientes, 25 deles com uso de adrenalina (> 1 vez). O protocolo foi eficaz em permitir tolerância ao leite ou ovo em 64 pacientes (72%); porém 9 suspenderam o leite e/ou ovo puros por motivos próprios (aceitação), e mantiveram consumo apenas de alimentos derivados assados. Esofagite Eosinofílica (EoE) observada em 13 pacientes (14,6%): 9 durante o tratamento, e 4 após o término do mesmo (média de 3 meses pós). Dermatite atópica (DA), observada em 5 pacientes, com melhora após exclusão de leite e/ou ovo, porém com tolerância de alimentos processados. 12 pacientes (13,4%) não terminaram o tratamento por má aderência, escapes e anafilaxia no início do protocolo em 1 deles. **Conclusões:** O Protocolo de dessensibilização pela introdução de alimentos *Baked* foi uma alternativa eficaz no tratamento da alergia alimentar da maioria dessa casuística. Entretanto, eventos adversos ocorreram tanto durante o protocolo quanto no seguimento pós liberação da dieta. EoE foi uma complicação importante durante e após o tratamento, alertando que monitorar a doença é importante, questionar sobre seus sintomas, até mesmo antes de iniciar o tratamento. Somente se houvesse endoscopia digestiva prévia seria possível afirmar se esses casos já apresentariam eosinofilia esofágica pré-tratamento.

Reação clínica com albumina sérica bovina em paciente com esofagite eosinofílica: relato de caso

Rayra Carvalho Maia¹, Renata Rodrigues Cocco², Bruna Luísa Leite¹, Ana dos Santos Linhares¹, Marcela Haydée Gomes Azevedo¹

Caso clínico: L.F.F.M., masculino, 45 anos, sem história pregressa de atopias, há 8 anos, iniciou sintomas de edema labial durante a ingestão de carne bovina mal passada; negava sintomas com outros tipos de carne. IgE específica (ImmunoCAP) para carne de vaca 3,43 kU/L e alfa gal 0,44 kU/L. Após orientação de exclusão da carne de sua dieta, o paciente iniciou com dificuldade para deglutir e sensação de entalo. Foi submetido a endoscopia digestiva alta que evidenciou mais de 15 eosinófilos por campo de grande aumento em mais de uma porção do esôfago. Nova avaliação laboratorial apontou para IgE específica para leite de vaca de 1,03 kU/L e albumina sérica bovina (ASB) de 1,11 kU/L, levantando a hipótese de reatividade cruzada entre leite e carne bovina com reação clínica à ASB. Após restrição do leite os sintomas desapareceram e o paciente ingere carne bem passada sem reações. **Discussão:** Apesar dos alérgenos alimentares serem mais relacionados com esofagite eosinofílica (EoE) em crianças, o paciente mostrou forte relação causal com o leite. A hipótese inicial de alergia à alfa-gal foi reavaliada pelo fato dos sintomas se apresentarem de forma imediata. A anamnese tem papel fundamental na condução dos exames laboratoriais. **Comentários finais:** O leite de vaca deve ser suspeito como fator de piora de EoE independentemente da idade do paciente. Apesar de raro, a ASB pode acarretar em sintomas clínicos em pacientes alérgicos ao leite.

1. Hospital Israelita Albert Einstein.

2. Faculdade Israelite de Ciências da Saúde Albert Einstein.

Remissão profunda na esofagite eosinofílica

Larissa de Queiroz Mamede, Pablo Torres Cordova, Laís Souza Gomes,
Grazielly de Fátima Pereira, Allyne Moura Fé e Sousa Araújo, Iandra Leite Perez,
Amanda Brolio de Souza, Fábio Fernandes Morato Castro, Ariana Campos Yang

Racional: Remissão profunda é um novo conceito definido como a combinação de remissão clínica, endoscópica e histológica (< 5 eosinófilos/CGA). É relevante estudar esses pacientes para identificar características para alcançar a remissão profunda. **Objetivo:** Descrever a frequência de pacientes que alcançaram remissão profunda e principais características. **Métodos:** Realizada análise retrospectiva de 71 pacientes com Esofagite Eosinofílica (EoE) de Janeiro de 2013 a Janeiro de 2018. Avaliamos o tempo para alcançar remissão profunda, evolução, histórico de tratamentos, dados demográficos, história familiar de EoE, início dos sintomas e idade do diagnóstico. **Resultados:** Encontramos 4 pacientes em remissão profunda do total de 71. Média de idade foi de 27 anos. Média de idade do diagnóstico foi de 22,25 anos. Predominância de sexo (2 homens - 2 mulheres). Dois pacientes obtiveram remissão profunda com inibidores da bomba de prótons (IBPs), um paciente com IBPs e terapia com corticoide tópico deglutido e um paciente com corticoide tópico deglutido. Tempo médio de tratamento para atingir a remissão profunda foi de 12,25 meses. Sintomas mais comuns antes de atingir a remissão profunda foram: pirose, regurgitação, náuseas e vômitos. Características endoscópicas e histológicas mais frequentes antes de atingir a remissão profunda foram: placas esbranquiçadas da mucosa esofágica, eosinofilia esofágica e a fibrose da lâmina própria respectivamente. **Conclusão:** Uma minoria de pacientes com EoE obteve remissão profunda apesar de um tratamento a longo prazo com corticoide tópico deglutido e/ou IBPs. Também observamos que os pacientes em terapia com corticoide tópico deglutido atingem a remissão profunda mais rapidamente do que os pacientes tratados com IBPs. Dados a longo prazo são importantes e mais pacientes são necessários para estabelecer os objetivos e tratar o que parece ser uma doença vitalícia.

Risco aumentado de alergia IgE mediada na introdução alimentar tardia ou restrição dietética em pacientes sensibilizados

Denise Leite Caldeira, Raisia Gusso Ulaf, Thyago Alves Nunes,
Eli Mansur, Ariana Campos Yang

Relatamos 2 casos de crianças em consumo assintomático ou introdução alimentar tardia, submetidos a restrição dietética com sensibilização IgE, que evoluíram alergia IgE mediada. G.F.R., feminino 3 anos, desmame precoce com FI de leite, iniciou com eczema nos 3 primeiros meses de vida e sibilância pós-viral. Aos 6 meses, apresentou urticária generalizada após primo-ingestão de ovo. Sob orientação médica, realizou dosagens IgE específicas, e diante da positividade para leite, ovo, soja e trigo, iniciada restrição dos referidos alimentos. Passado 1 ano, desenvolveu anafilaxia com ovo e leite de vaca, por ingesta acidental, e urticária com trigo nunca consumido. Segundo caso, Y.A.M., feminino, 10 anos, com eczema manifestado aos 4 meses de idade, persistente e gravidade progressiva, além de sibilância no primeiro ano de vida. Por orientação médica, com 1 ano e 1 mês foi submetida a dieta restritiva de leite, ovo e trigo pós positividade IgE específica para estes. Evoluiu com anafilaxia ao ingerir leite de vaca, após 4 meses de restrição, e, adicionalmente, com consumo acidental de ovo aos 5 anos. **Discussão:** Estudos sugerem que em indivíduos geneticamente susceptíveis, a alteração integridade do tecido (mucosa e barreira epitelial) permite a penetração de alérgenos (aeroalérgenos e antígenos alimentares), toxinas bacterianas e outras partículas através da epiderme, pulmão e epitélio sinusal, favorecendo à sensibilização imunológica, com produção de IgE. A provocação oral é padrão-ouro para diagnóstico de alergia alimentar, sendo necessário correta interpretação do teste de IgE específico. Na situação de sensibilização alimentar assintomática, o consumo regular pode ser um fator de manutenção da tolerância existente. **Conclusão:** São indicações recentes para provocação oral supervisionada, a introdução alimentar tardia ou reintrodução de alimentos restritos com sensibilização IgE positiva. Essas indicações têm base no aumento de relatos de alergia IgE mediada nessas situações.



Sensibilidade a múltiplos alimentos *versus* alergia alimentar

Celso Taques Saldanha, Pablo de Souza Peres,
Marilucia Rocha de Almeida Picanto, Gilca Ribeiro Starling Diniz,
Mariana Pimentel Saldanha, Pedro Guimarães Cândido Freire,
Henrique Pereira Castro, Yvna Vilela Moreira Salles,
Diego Augusto Alves Rosa, Iuri Shen de Lacerda

Apresentação de caso: Genitora em ambulatório de alergia refere que seu filho, 2 anos e 9 meses de idade, encontra-se sob exclusão de uma variedade de alimentos, incluindo ovo, leite, trigo, amendoim, soja e peixe. Durante a anamnese clínica foi constatado que há 1 ano, ao ingerir peixe de água doce (pacu), verificou-se o aparecimento imediato de urticárias generalizadas e vômitos. Na ocasião, foram solicitadas IgE específicas que evidenciaram: Caseína = 1,5 KU/L; Betalactoglobulina = 2,47 KU/L; Alfalactoalbumina = 1,55 KU/L; Soja = 2,07 KU/L; Trigo = 2,19 KU/L; Ovomucoide = 1,4 KU/L; Ovalbumina = 2,89 KU/L; Amendoim = 6,98 KU/L; Painel peixe e frutos do mar = 21,5 KU/L. (O Grau de sensibilidade caracteriza-se por: 0,1 a 0,69 KU/L: Baixa; 0,7 a 3,5 KU/L: Moderada e > 3,5 KU/L: Alta). Como o paciente vinha consumindo quase que rotineiramente todos alimentos citados acima, com exceção do peixe, acrescido ao fato que somente este nutriente estava associado com a reação alérgica alimentar, sendo inclusive compatível com anafilaxia e também que o mesmo não tem o hábito em consumir frutos do mar, optou-se por afastar apenas o peixe de sua alimentação. **Discussão:** Na busca pelo diagnóstico de alergia alimentar a determinado nutriente, uma história clínica minuciosa, juntamente com o auxílio de exames laboratoriais (dosagens de IgE específicas), tem-se conseguido identificar, na maioria das vezes, qual o alimento está mais envolvido nas sintomatologias alérgicas, evitando-se, dessa forma, restrições alimentares desnecessárias. **Comentário final:** O peixe de água doce foi caracterizado como o alimento responsável pela alergia alimentar. Isso foi possível a partir da observação de uma boa relação de causa-efeito na história clínica, juntamente com o suporte do painel de IgE específicas.

Síndrome gato-porco: relato de caso

Vinícius Boaventura¹, Andrezza Fabrízia Bertoli¹, Cloves Domingos Rufino¹,
Anne-Rose Leopoldina Wiederkehr Bau², Jane da Silva¹

Apresentação do caso: I.K., 28 anos, feminina, relata prurido em garganta pós ingestão de copa; pigarro, parestesia em língua e edema em lábio minutos após comer salame e peperoni, além de um episódio de dispneia logo após ingestão de carne bovina. Nega urticária e angioedema. Nega reação prévia a bacon, carne de porco ou outros alimentos. Além disso, tem prurido em nariz, garganta, ouvidos e olhos diário há 4 anos, que piora com mofo, poeira e pelos de gato, além de lesões de pele pápulo-eritematosas na presença do animal. Apresentou asma até 7 anos e sibilância durante gestação. Exame físico apenas com hipertrofia de cornetos. *Prick test* positivo - gato 3,5 mm, cão 5 mm e carne de porco 6,5 mm. Aguarda RAST de carne de porco, gado e gato. Orientada a evitar carne de porco/gado e iniciados fluticasona e epinastina colírio, com boa resposta.

Discussão: A síndrome gato-porco, descrita em 1994, é uma doença rara IgE mediada, em pacientes sensibilizados a epitélio de gato na qual ocorre reatividade cruzada posterior com carne de porco, vaca ou javali, devido à proteína soroalbumina (SA) do gato, homóloga à SA porcina/bovina. Pode haver urticária, angioedema, sintomas abdominais, anafilaxia, 30-45 minutos após ingestão de carne. A rinite alérgica precede o surgimento da alergia alimentar, iniciada geralmente apenas quando adulto. Principalmente carne crua, defumada gera sintomas - alguns pacientes ficam assintomáticos com carne bem cozida, caso da nossa paciente. É variável a sensibilidade concomitante à carne bovina. O diagnóstico consiste em clínica, *prick test*, RAST para porco, carne bovina, gato e alfa-gal; podem ser feitos western-blot, eletroforese de proteínas. O tratamento se baseia em dieta isenta de carne suína e/ou bovina. **Considerações finais:** Em quadros de rinite, urticária ou angioedema deve-se investigar a fundo fatores desencadeantes, para que diagnósticos mais raros, como síndrome gato-porco, sejam identificados e recebam tratamento adequado.

1. Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC.

2. Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago - HU/UFSC.

Síndrome tricohepatoentérica como diagnóstico diferencial de alergia alimentar múltipla

Denise Leite Caldeira, Raisia Gusso Ulaf, Thyago Alves Nunes, Eli Mansur, Ariana Campos Yang

A.L.R., feminino, 2 anos e 5 meses, história de diarreia crônica e impossibilidade de introdução alimentar. Aos 2 anos em uso exclusivo de fórmula de aminoácidos (FAA). Aos 15 dias de vida, após FI de leite, evoluiu com vômitos e diarreia, seguido por sucessivas trocas de FI, até chegar na FAA aos 41 dias de vida, com aceitação variável e melhora pouco expressiva das evacuações líquidas. Aos 5 meses com ingesta fruta e legume apresentou com sintomas imediatos (urticária), diarreia com sangue e distensão abdominal. Aos 9 meses apresentou FPIES agudo após ingesta de ovo. Provável anafilaxia aos 11 meses durante EDA. Sete pneumonias relatadas, em duas ocasiões após receber antibioticoterapia endovenosa apresentou vômitos incoercíveis com hipotermia. Evoluiu com diarreia, distensão, refluxo gastroesofágico mesmo em dieta elementar, que melhoraram após uso empírico de Budesonida deglutida e entérica. Com 1 ano e 8 meses submetida a provocação oral com Mandioca, e no segundo dia, iniciou com distensão abdominal, diarreia com laivos de sangue e assadura. Tem queda de cabelos difusa, DNPM bom, atraso na fala, hepatomegalia. Investigação: hipogamablobulinemia variável, discreta linfopenia B e NK limítrofe. Sequenciamento genético, variante patogênica no gene TTC37 em heterozigose, associado a Síndrome tricohepatoentérica de herança autossômica recessiva.

Discussão: Alergia alimentar caracteriza-se como reação anormal do sistema imunológico frente ao contato com proteínas. Habitualmente os sintomas desaparecem após a cessação do contato com o desencadeante. Muitas vezes, o diagnóstico e manejo da alergia alimentar é um desafio. A persistência dos sintomas mesmo após uso de fórmula elementar, aparente reatividade com múltiplos alimentos e associação com sinais e sintomas não usuais na alergia alimentar como hepatomegalia, alterações em fâneros e infecções alertaram para investigação de diagnósticos diferenciais e permitiram o diagnóstico de uma rara condição genética.



Tolerância a alimentos assados em pacientes com alergia ao ovo

Cecília de Freitas Santos Ferreira, Lisis Karine Vilar, Ana Laura Franzão Ferreira, Ana Flávia Cândido Mariano da Paixão, Anna Paula Cardoso Martins, Karla Pereira Fernandes, Marina Fernandes Almeida Cheik, Gesmar Rodrigues Silva Segundo

Racional: Avaliar a frequência de tolerância a alimentos assados com ovo em pacientes com alergia ao ovo IgE mediada por meio do teste de provocação oral (TPO) e verificar a capacidade de predição de tolerância de diferentes testes de contato de leitura imediata, conhecidos como *skin prick test* (SPT) e de IgE específicas a proteínas do ovo. **Métodos:** Estudo transversal, 42 pacientes com diagnóstico de alergia ao ovo foram submetidos a realização de SPT com ovo (*in natura*, cozido, bolinho, ovoalbumina e ovomucoide), IgE específica para clara de ovo, ovoalbumina e ovomucoide e ao TPO com alimento contendo ovo extensamente assado em matriz de trigo. **Resultados:** Dentre o total, 66,6% dos pacientes toleraram a ingestão do alimento contendo ovo durante o TPO. Não encontramos diferenças em relação a idade, gênero, outras alergias alimentares ou mesmo, entre os valores dos SPT e IgE específicas na análise comparativa entre os grupos com TPO positivo e TPO negativo. **Conclusões:** Foi demonstrada uma elevada frequência de pacientes tolerantes a ingestão de alimentos assados contendo ovo em matriz dentre aqueles com alergia a ovo IgE mediada, uma alternativa mais viável que a dieta de exclusão total tradicional. Nenhum dos marcadores testados, SPT ou IgE específica, demonstraram ser bons preditores para identificar os pacientes tolerantes. Consideramos que a realização dos TPO com alimentos contendo ovo extensamente assado em uma matriz seja fundamental para a introdução dos alimentos assados precocemente, melhorando a qualidade de vida e a ingestão de nutrientes dos pacientes e famílias.



Tolerância a alimentos assados em pacientes com alergia à proteína do leite de vaca

Ana Laura Franzão Ferreira, Lisis Karine Vilar, Cecília de Freitas Santos Ferreira, Anna Paula Cardoso Martins, Ana Flávia Cândido Mariano da Paixão, Karla Pereira Fernandes, Marina Fernandes Almeida Cheik, Gesmar Rodrigues Silva Segundo

Racional: Avaliar a frequência de tolerância a alimentos assados com leite em pacientes com alergia ao leite IgE mediada por meio do teste de provocação oral (TPO) e verificar a capacidade de predição de tolerância de diferentes testes de contato de leitura imediata, conhecidos como *skin prick test* (SPT) e de IgE específicas a proteínas do leite. **Métodos:** Estudo transversal, 76 pacientes com diagnóstico de alergia ao leite foram submetidos à realização de SPT com leite (*in natura*, cozido, bolinho, α -lactoalbumina, β -lactoglobulina, caseína), IgE específica para leite, α -lactoalbumina, β -lactoglobulina e caseína; e ao TPO com alimento contendo leite extensamente assado em matriz de trigo. **Resultados:** Dentre o total, 72,2% dos pacientes toleraram a ingestão do alimento contendo leite durante o TPO. Não foram encontradas diferenças em relação a idade, gênero, outras alergias alimentares. Apenas as medianas de IgE específica ao leite ($p = 0,028$) e o SPT para caseína ($p = 0,027$) apresentaram diferenças estatísticas. **Conclusões:** Foi demonstrada uma elevada frequência de pacientes tolerantes a ingestão de alimentos assados contendo leite em matriz, uma alternativa mais viável que a dieta de exclusão total tradicional. Nenhum dos marcadores testados, SPT ou IgE específica, demonstraram ser bons preditores para identificar os pacientes tolerantes. Importante considerar que a realização do TPO com alimentos contendo leite extensamente assado em uma matriz seja fundamental para a introdução dos alimentos assados precocemente, melhorando a qualidade de vida e a ingestão de nutrientes dos pacientes e famílias.

Tolerância do protocolo de dessensibilização *baked* em pacientes com esofagite eosinofílica associada a alergia alimentar ao leite de vaca ou ao ovo

Giovanna Lucy Cortez Aliaga, Pablo Torres, Juliana Guimarães,
Patricia Salles Cunha, Jorge Kalil, Fabio Morato Castro, Ariana Yang

Racional: Esofagite eosinofílica (EoE) é uma doença crônica imunomediada do esôfago, caracterizada por disfunção esofágica e inflamação eosinofílica local. Seis grupos principais de alimentos são desencadeantes de EoE: leite, ovo, soja, trigo, amendoim, castanhas e frutos do mar. Porém, leite de vaca e ovo são os responsáveis pela maioria das alergias alimentares. Estudos investigam tolerância para alimentos processados em altas temperaturas (*Baked*). **Objetivo:** Avaliar a tolerância para alimentos do Protocolo *Baked* em pacientes com Alergia à proteína do leite de vaca (APLV) e/ou Alergia ao ovo IgE mediadas, tendo como comorbidade a EoE. **Métodos:** Análise de prontuários de pacientes com APLV e Alergia ao ovo, e EoE como comorbidade, submetidos ao Protocolo de dessensibilização *Baked*. **Resultados:** Avaliados 8 pacientes, idade média de 12,2 anos, 6 do sexo masculino (75%). 5 pacientes com APLV, 2 com APLV mais Alergia ao ovo, e 1 apenas Alergia ao ovo. Todos apresentavam controle clínico e endoscópico da EoE, com tratamento medicamentoso. Após iniciado o protocolo foi observado que 2 pacientes conseguiram tolerar o leite e/ou ovo e tiveram dieta liberada, mantendo consumo atual de leite e alimentos processados, sem agravamento da EoE. Durante o tratamento, 3 pacientes conseguiram tolerar os alimentos processados, porém com piora da EoE em contato com o leite e/ou ovo puro. 3 pacientes não conseguiram tolerar o Protocolo, apresentando reações durante o consumo de alimentos processados e piora significativa da EoE. **Conclusões:** Nesse grupo, o protocolo *Baked*, embora não tenha permitido a liberação geral da dieta dos pacientes alérgicos ao leite ou ovo, foi uma alternativa que tornou possível a ampliação da dieta, através da introdução de alimentos assados com leite ou ovo. Esse aumento no limiar de tolerância aos alergênicos, pode ser importante quando se considera risco de reações com mínimas quantidades e qualidade de vida, uma vez que ameniza o grau de restrição alimentar.

Vacina da gripe em alérgicos à proteína do ovo: experiência de um serviço especializado

Ana Maria Ferreira Cunha, Nilza Rejane Sellaro Lyra, Liane Leão de Santana, Tâmis Carmelitana Cipriano da Silva Dantas, Kiara Lília Araújo Braga, Priscila Coutinho Duarte, Larissa Monique Lima Vasconcelos Fidelis, Filipe Wanick Sarinho, Luíz Alexandre Ribeiro da Rocha, Emanuel Savio Sarinho

Racional: O objetivo deste estudo foi avaliar a adesão à vacina da gripe em pacientes com alergia à proteína do ovo, atendidos em serviço especializado. **Metodologia:** Foi realizado um estudo de série de casos de pacientes com alergia à proteína do ovo, atendidos em serviço especializado, no período de janeiro a maio de 2019. Os dados foram coletados de formulário padronizado, preenchido na consulta ambulatorial. As informações sobre a vacina da gripe foram obtidas via ligação telefônica. **Resultado:** Foram avaliados 31 pacientes, sendo 16 /31 (48,4%) masculinos com mediana de idade de 45 meses. O diagnóstico foi estabelecido pela história clínica, *prick test* ou *prick-to-prick*, dosagens de imunoglobulinas específicas e teste de provocação oral aberto (TPOA). A média da IgE de clara de ovo foi 27,6 kU/l e (desvio padrão de 33,7). Destes pacientes, 11/21 (62%) realizaram a vacina para gripe e não apresentaram reações; 4/21 (19%) não realizaram a vacina porque os pais não se sentiram seguros, mesmo recebendo as orientações do serviço; 3/21 (14,2%) não conseguiram realizar porque os serviços se recusaram, mesmo com solicitação de médico especialista; 1/21 (4,7%) não realizou porque estava doente; 8/31 (26%) estavam fora da faixa etária para realizar a vacina. Quanto à dieta de restrição, 12 /21 (57%) não ingerem nenhum alimento com ovo; 6/21 (33,3 %) ingerem traços e 2/21 (9,5%) ingerem ovo cozido a 30 minutos. Quanto a ter alergia a outros alimentos, 21/31 (67,7%) tinham alergia a leite de vaca. **Conclusão:** Este trabalho mostra que a vacina para gripe é segura nos pacientes com alergia à proteína do ovo, porém mesmo com todas as orientações fornecidas por um serviço especializado, um grupo significativo de crianças está sendo privada deste benefício.