

Necrólise epidérmica tóxica secundária a uso de dipirona como primeira manifestação de lúpus eritematoso sistêmico

Eduardo Cunha Souza Lima¹, Maria Laura Pires Carvalho Pereira²,
Marina Cunha Souza Lima², Aline Pereira Araujo², Regina Almeida Reis Vasconcelos¹,
Eduardo Magalhaes Souza Lima², Ingrid Pimentel Cunha Magalhaes Souza Lima²,
Jessica M. C. Sousa¹, Jose Luiz Faria¹, Ana Luisa Valle Martins¹

Introdução: A Necrólise Epidérmica Tóxica (NET) é uma doença potencialmente fatal que causa comprometimento grave da pele e mucosas, instabilidade hemodinâmica e respiratória, com taxas de mortalidade entre 4,8% e 14,8%, e metade dos casos está associada a um grupo específico de medicamentos. O Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) pode compartilhar a apresentação clínica da NET como primeira manifestação cutânea, sendo uma manifestação rara e um desafio diagnóstico para diferenciar a NET e o LES tipo NET. **Relato de caso:** Apresentamos o caso de uma mulher de 20 anos que apresentou cefaleia sendo admitida em um pronto atendimento e tratada com dipirona intramuscular. Evoluiu com lesões escurecidas generalizadas, com acometimento de mucosas, dias depois sofreu desconforto respiratório grave com necessidade de intubação e ventilação mecânica. As lesões cutâneas foram rapidamente progressivas, afetando aproximadamente 70% da superfície corporal. Considerando a NET como hipótese principal, foi utilizado imunoglobulina por cinco dias. Paciente foi submetida a desbridamento cutâneo diário e recebeu aloenxerto de pele de doador falecido com boa evolução. Foi implantada lente de simbléfaro, além de uso frequente e diário de pomada e colírio. Apresentava também disfunção cardíaca, com fração de ejeção baixa (33%) e foi diagnosticada com embolia pulmonar e trombocitopenia induzida por heparina, sendo escolhido Fondaparinux como tratamento. A biópsia de pele confirmou Lúpus Sistêmico Eritematoso. Foi necessária reposição diária de eletrólitos e líquidos devido à poliúria e perda cutânea. Tratada de choque séptico 4 vezes, sendo a última por *Klebsiella pneumoniae* (KPC, OXA-48, NDM, VIM, IMP). **Discussão:** Devido à fraqueza musculoesquelética, polineuropatia e altos níveis de drogas sedoanalgésicas, teve difícil desmame da ventilação mecânica com protocolo de treinamento de resistência respiratória. Teve recuperação cutânea e oftalmológica, e sem comprometimentos neurológicos centrais.

1. Rede Mater Dei de Saúde - Belo Horizonte - MG - Brasil.

2. Clínica de Alergia Souza Lima - Belo Horizonte - MG - Brasil.

Dessensibilização ao alopurinol em reação de hipersensibilidade tardia: é possível?

Leticia Marcela Faune Nunes¹, Ingrid Estefani Borrero Narvaez¹,
Isabela Ribeiro Ferraz dos Santos¹, Ana Carolina Donofrio Silva¹,
Diogo Costa Lacerda¹, Manoela Crespo de Magalhães Hoff¹, Marisa Rosimeire Ribeiro¹,
Jorge Kalil¹, Pedro Giavina-Bianchi¹, Marcelo Vivolo Aun¹

Introdução: O alopurinol está entre as medicações mais associada a reações de hipersensibilidade tardias (RHT) a drogas, inclusive farmacodermias graves. Apresentamos um caso de dessensibilização ao alopurinol numa RHT não grave.

Relato do caso: Paciente com hiperuricemia, com crises frequentes de gota, com exantema maculopapular leve recorrente com uso de alopurinol e sem resposta clínica com outras medicações, com recomendação de usar 300 mg/dia do fármaco. Indicada dessensibilização lenta, com o paciente hospitalizado, sendo iniciada com a dose de 0,01 mg (D1), sendo proposto esquema com administração a cada 3 horas, dobrando a dose a cada aplicação. Pouco antes de 2 h após atingir 0,03 mg evoluiu com exantema macular pruriginoso. Foi medicado com loratadina 20mg, com remissão após 20 min, repetida dose no D2. Repetida a dose anterior do alopurinol, sem recidiva do quadro cutâneo até atingir 0,07 mg. Não teve mais reações adversas, tendo atingido 100 mg no D4 em 3 tomadas. Teve alta no D5, mantendo 100 mg/dia em dose única ambulatorialmente por 7 dias e aumentamos 100 mg a cada semana sob supervisão ambulatorial por 4 horas, até atingir o alvo de 300 mg no D18, sem intercorrências. Paciente mantém seguimento com reumatologia em uso correto da medicação e mantém níveis de ácido úrico pela primeira vez no alvo e sem crises.

Discussão: Embora o alopurinol seja um dos maiores causadores de farmacodermias graves, ele também acarreta reações não imediatas leves. Em casos em que esse fármaco é insubstituível, a dessensibilização lenta pode ser uma opção para permitir ao paciente o melhor tratamento de sua comorbidade.

¹ Faculdade de Medicina da USP - São Paulo - SP - Brasil.

Hipersensibilidade a PEG-asparaginase: dessensibilizações bem-sucedidas em pacientes pediátricos com leucemia linfoblástica aguda

Letícia Valquer Trevisol¹, Larissa Silva Brandão¹, Luana Medeiros¹,
Fabiana Andrade Nunes Oliveira¹, Djanira Martins de Andrade¹, Chayanne Andrade de Araujo¹,
Alex Eustáquio de Lacerda¹, Carolinne Paioli Troli¹, Dirceu Solé¹, Luis Felipe Ensina¹

Introdução: A PEG-asparaginase (PEG-asp) é uma formulação peguilada da L-asparaginase indicada como tratamento de primeira linha para leucemia linfoblástica aguda (LLA) devido à sua eficácia na prevenção de recidivas e de acometimento do sistema nervoso central. O objetivo deste estudo é relatar três casos de reação de hipersensibilidade a PEG-asp em pacientes pediátricos com LLA que foram submetidos a protocolos de dessensibilização (DS) à droga bem-sucedidos, nos anos de 2019, 2021 e 2024. **Relato de casos:** Três pacientes com idades de 5, 6 e 8 anos com diagnóstico de LLA tipo B, em acompanhamento em hospital oncológico infantil de referência, apresentaram anafilaxia grau II (2/3 medicados com adrenalina IM) durante o tratamento com PEG-asp. Dois estavam na fase de consolidação do tratamento oncológico, e um estava em protocolo de recaída (reação ocorreu após a quarta exposição). Foi realizado teste cutâneo de leitura imediata com PEG-asp (pura) e teste intradérmico (20 U/mL), resultando negativo nos três casos. Os pacientes receberam como pré- medicação anti-histamínico H1 de segunda geração, anti-histamínico H2 e antagonista do receptor de leucotrienos de acordo com peso e idade. Corticosteroide endovenoso foi administrado conforme protocolo da oncologia como parte do tratamento. A DS com PEG-asp foi realizada em 13 etapas (3 bolsas), sendo a última bolsa com cinco passos. Nenhum dos pacientes apresentou reação adversa durante as infusões. Um deles concluiu o tratamento oncológico com sucesso; outro continua com o protocolo de DS sem reações; porém um veio à óbito por causa infecciosa durante o tratamento. **Discussão:** A superioridade da PEG-Asp no tratamento da LLA é demonstrada em estudos e o sucesso do tratamento depende da tolerabilidade do paciente à droga. Um protocolo de DS em 13 etapas para PEG-asp parece ser seguro e eficaz nos casos de anafilaxia, permitindo a manutenção do tratamento oncológico em pacientes pediátricos com LLA.

1. UNIFESP - São Paulo - SP - Brasil.

Anafilaxia a clorexidina: relato de dois casos

Liane Leão Santana¹, Carolina Arruda Asfora¹,
Natália Saraiva Carvalho Dias Bittencourt¹, Liliane Coelho Vieira¹, Livia Melo de Oliveira¹,
Bruno Gonçalves de Medeiros¹, Gabriela Maria Pimentel Chaves¹,
Maria Carolina Pires Lins e Silva Lima¹, Décio Medeiros Peixoto¹, Luiz Alexandre Ribeiro da Rocha¹

Introdução: A clorexidina é um antisséptico muitas vezes esquecido como causa de reações alérgicas. No entanto, a frequência de reações a essa substância vem aumentando, ocasionando desde reações leves a reações muito graves, como a anafilaxia. **Relato de casos: Caso 1:** Homem, 74 anos, coronariopata, hipertenso e diabético, fez uso de *spray* antisséptico a base de digliconato de clorexidina 1% (solução aquosa) em lesão cutânea e de imediato apresentou angioedema em lábios, urticária e prurido, com evolução para perda de consciência, hipotensão, queda de saturação e dispneia. Recebeu na emergência adrenalina intramuscular, suporte de oxigênio, corticoide, anti-histamínico e expansão volêmica. Negou uso de outras medicações ou alimentos prévios ao evento. Em investigação, os exames revelaram sensibilização positiva para clorexidina: IgE sérica total 252 KU/L / IgE clorexidina 7,89 KU/L. Demais IgE específicas para diversos alimentos e látex negativas. Triptase sérica basal normal. **Caso 2:** Homem, 72 anos, com história de urticária, eritema difuso e angioedema em face durante hernioplastia e exérese de cisto em face. O quadro se repetiu após o uso de enxaguante bucal composto por clorexidina 0,2%, com aparecimento imediato de angioedema em face, eritema e “sensação de garganta fechando”, com melhora após adrenalina intramuscular. Na revisão de prontuário e fichas anestésicas, observou-se o registro do uso de clorexidina durante a hernioplastia. A sensibilização foi confirmada com a dosagem de IgE específica para clorexidina de 39,3 KU/L. **Discussão:** Com base na história clínica e sensibilização confirmada, os dois pacientes apresentaram anafilaxia após o uso da clorexidina. Como observado nos casos relatados, a clorexidina pode estar presente em diferentes tipos de produtos, o que aumenta o risco de exposição a esse agente. Em anafilaxias perioperatórias, é importante ressaltar os antissépticos como possíveis agentes culpados.

1. Hospital das Clínicas UFPE - Recife - PE - Brasil.

Desafios diagnósticos nas doenças pustulares agudas

Gérlia Bernardes da Silveira¹, Maria Inês Perelló¹, Assunção de Maria Castro¹,
Sonia Conte¹, Mara Morelo Rocha Felix², Tatiana Guerra de Andrade Cavazzani¹,
Gabrielle Santos Chataque¹, Denise do Amparo Teixeira Bouço¹,
Eduardo Costa¹, Gabriela Andrade Coelho Dias¹

Introdução: A Pustulose Exantemática Generalizada Aguda (PEGA) e a Psoríase Pustular Generalizada (PPG) apresentam semelhanças e diferenças em suas características clínicas e histopatológicas. A Psoríase Pustular (PP) tem três formas arquetípicas: psoríase pustulosa generalizada (PPG), psoríase palmoplantar (PPP) e acrodermatite continua de Hallopeaux (ACH). Na PEGA surgem muitas pústulas < 5 mm não foliculares estereis em base eritemato-edematosa com preferência por flexuras. Causada em > 90% dos casos por drogas, tem na PPG um de seus principais diagnósticos diferenciais. **Relato do caso:** L.S., 28 anos, branca, com ferimento infectado, iniciou cetoprofeno e antibióticos betalactâmicos, sem melhora. Trocou por ciprofloxacino e clindamicina e, após 48 horas, surgiram pápulas, pústulas e vesículas não confluentes em MMSS que disseminaram para tronco e MMII. Foi internada, fez biópsia e iniciou ceftriaxona e prednisolona 60 mg. Após melhora inicial, teve reagudizações com pústulas confluentes em palmas das mãos e falanges distais dos quirodáctilos durante tentativa de regressão da corticoterapia. O resultado da biópsia sugeriu PEGA e a paciente foi encaminhada para investigação em nosso Serviço. **Discussão:** As pústulas não foliculares disseminadas durante antibioticoterapia levaram à suspeição de PEGA, reforçada pela histopatologia da lesão. Porém, a morfologia e distribuição atípicas das lesões cutâneas e a lenta resolução levaram a negatificação do escore de validação para PEGA (EuroSCAR). A evolução com recidivas e duração > 3 meses, as pústulas coalescentes em região palmar e acometimento ungueal sugerem sobreposição das 3 formas de PP. Segundo consenso *European Rare and Severe Psoriasis Expert Network* (ERASPEN) cada subtipo pode estar associado ou não com Psoríase vulgar e/ou inflamação sistêmica. Ressalta-se gatilhos potenciais a infecção e regressão de corticoterapia em pacientes predispostos para PP.

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

2. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, UNIRIO - Rio de Janeiro - RJ - Brasil.

Aparente reação de hipersensibilidade do tipo III induzida por aplicação de ácido poli-L-lático: um relato de caso

Andre Luiz Oliveira Feodrippe¹, Paola Boaro Segalla¹, Luciana Maragno¹, Raquel Sakamoto, Jorge Kalil¹, Pedro Giavina-Bianchi¹, Marcelo Vivolo Aun¹

Introdução: O ácido poli-L-lático (PLLA) é um polímero biocompatível, biodegradável e biorreabsorvível. O preenchimento de PLLA (Sculptra®) é aprovado há 20 anos nos Estados Unidos para a correção de perda de gordura associada à lipodistrofia induzida pela terapia antirretroviral em pacientes com HIV. Desde 2009, seu uso também é aprovado para pacientes imunocompetentes, com fim estético. As reações de hipersensibilidade tardia a PLLA são raras, porém em muitas oportunidades descritas envolvem reações do tipo IV, com ativação de célula T, sem relatos sobre reações envolvendo imunocomplexos. **Relato do caso:** Mulher, 69 anos, encaminhada pelo dermatologista após aplicação de PLLA com lidocaína, apresentou tardiamente reação com múltiplos nódulos eritemato-purpúricos principalmente em membros inferiores, um dia após o procedimento. Teve biopsia das lesões com histopatológico indicando vasculite leucocitoclástica. Após melhora clínica, foi submetida a teste cutâneo – inicialmente *prick* e intradérmico (ID) com Sculptra® e lidocaína 2% sem vasoconstritor com leitura imediata nas concentrações 1:100 e 1:1000, sendo reavaliada posteriormente após 7 horas. O *prick test* foi negativo, com ID de leitura semi-tardia (Arthus) mostrando formação de endurecimento de 16 x 15 mm na concentração 1:100 e 10 x 9 mm na concentração 1:1000. O teste com lidocaína veio negativo, com 0x0 na leitura semi-tardia e provocação negativa. **Discussão:** A descrição de reações imunológicas do tipo I e do tipo IV ao PLLA mostram a possibilidade de ativação celular, com reação adaptativa específica ao composto. Imunologicamente, portanto, reações do tipo III seriam possíveis. Nossa paciente desenvolveu clínica de vasculite, tendo como gatilho temporal a aplicação de PLLA, com melhora após suspensão do produto, com Reação de Arthus confirmada. Não há padronização para investigação para Sculptra®, sendo desafios o estabelecimento de concentrações não irritativas e modelos de provocação para reações sistêmicas.

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



Reação de hipersensibilidade tardia à Qdenga – relato de caso

Alanna Batalha Pereira Araújo Costa¹, Ronney Corrêa Mendes¹,
Ana Luiza de Castro Mendes¹, Felipe de Castro Mendes¹, Marcos Fernando Frazão Ferreira¹,
Laís Ferreira Mendes¹, Cianne Laura dos Reis Castro¹, Pyterson Campos Silva¹

Introdução: Com a aplicação da vacina Qdenga pela primeira vez em centenas de milhares de pessoas, as reações raras de hipersensibilidade tardia podem surgir e devem ser notificadas. **Relato de caso:** E.S.C., 46 anos, feminina, sem doenças prévias, sem sintomas de infecção nos últimos dias, recebeu a primeira dose da Qdenga e 48 h após evoluiu com as seguintes lesões pruriginosas: erupção maculopapulosa morbiliforme em tronco, MMSS e MMII; erupção eritemato-edematosa em cotovelos, joelhos e tornozelos e edema e máculas purpúricas nos pés. Sem sintomas sistêmicos. Discreta neutrofilia e monocitose. Funções hepática, renal e provas inflamatórias normais. Sorologia IgM negativas: Herpes Vírus 1/2, Dengue, Zika, CMV, rubéola, sarampo, Epstein-Baar, eritrovírus. Sorologia IgM indeterminada: Chikungunya. Exame AP: Derme - infiltrado linfocítico perivascular. Usou prednisona e fexofenadina por 7 dias, evoluindo com regressão completa das lesões. **Discussão:** Pelo tempo entre a vacinação e as lesões: Reação de Hipersensibilidade Tardia (RHT) e disseminada. Afastamos ser pela viremia vacinal, pois ela ocorre cerca de 7 dias pós aplicação. A maioria das RHT são mediadas por células T. Os sintomas e sinais começam em 6 horas a semanas e variam desde sintomas cutâneos localizados até erupções disseminadas com sintomas sistêmicos e/ou bolhas na pele e mucosas. A presença de infecção antes ou durante a vacinação e do desenvolvimento destas RHT é relatada nestes casos. A sorologia IgM Indeterminada para Chikungunya sugere essa relação neste caso. A paciente não repetiu o exame. Os testes cutâneos intradérmico e/ou *patch test* poderiam estabelecer a relação causal entre este ESAVI e a vacinação, mas a paciente não os aceitou. **Conclusão:** Classificamos como alto nível de causalidade a relação vacinação e este ESAVI. A possível virose em curso pode ter afetado a resposta imunológica e levado às reações. A segunda dose foi contraindicada. A notificação foi feita ao fabricante. Registramos com fotos.

1. Alergocenter - São Luis - MA - Brasil.



Avaliação diagnóstica de alergia à vitamina B12: o desafio da desrotulação do paciente com sensibilização a cobalto

Andre Luiz Oliveira Feodrippe¹, Alice Rocha Magalhães¹,
Sara Sousa Braga¹, Pedro Giavina-Bianchi¹

Introdução: A vitamina B12, também conhecida como cobalamina, tem papel fundamental no metabolismo celular, principalmente na síntese de DNA, metilação e metabolismo mitocondrial. A deficiência e por conseguinte necessidade de reposição exógena dessa vitamina tem incidência crescente em todas as faixas etárias. A hipersensibilidade a cobalamina é descrita como rara, sendo sua investigação padronizada ainda uma necessidade não atendida. **Relato do caso:** A.S., feminina, 53 anos, deficiência de vitamina B12, alterações neurológicas, parestesia em mãos e pés, além de alteração de memória. Encaminhada para avaliação de reação com Citoneurin 5000 µg e Cobavital (cobamamida). As reações ocorreram em 2010, a primeira no terceiro dia após a primeira aplicação IM. Optado por troca da formulação, iniciando composto oral. Após 15 dias de uso da formulação oral, iniciou mesmo padrão de lesões. As lesões se caracterizavam por máculas eritematosas, evoluindo com pápulas/pústulas, pruriginosas, na região malar, fronto-temporal e dorso. Dermatite de contato alérgica com sensibilização definida para níquel e cobalto. O teste epicutâneo com a cobalamina cromoativa 5000 µg foi negativo (0x0), histamina 5x4 e controle 0x0. Teste intradérmico (ID) 1:10 e 1:100, com resultados de leitura imediata e tardia negativo. Submetida a provocação em 2 etapas com cobalamina IM, observada por 60 minutos e liberada. Ausência de reações tardias a partir de checagem remota. **Discussão:** Reações de hipersensibilidade a vitamina B12 são um desafio na prática do alergista. Apesar de descrito em muitos manuais de testes de contato a reação cruzada do cobalto com a vitamina B12, são poucos os casos descritos. A investigação e a desrotulação daqueles sensibilizados a cobalto com reações adversas não são padronizadas na literatura. Visto a estatística entre os sensibilizados a cobalto e aqueles que tomam vitamina B12, vale-se questionar a real associação entre reação cruzada e as orientações atuais.

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



Reação cruzada nitazoxanida e anti-inflamatórios não esteroidais: uma série de casos

André Luiz Oliveira Feodrippe¹, Marcelo Vivolo Aun¹,
Elaine Gagete¹, Jorge Kalil¹, Pedro Giavina-Bianchi¹

Introdução: Nitazoxanida foi inicialmente desenvolvida como um anti-helmíntico veterinário. Estruturalmente é um derivado da salicilamida, combina uma porção de nitrotiazol e uma porção de ácido salicílico. A anafilaxia, uma reação alérgica imediata sistêmica grave (iHSR), pode ser induzida por medicamentos, sendo os AINEs (anti-inflamatórios não esteroides) culpados comuns. Inexistem descrições anteriores de iHSR, incluindo anafilaxia, associadas à Nitazoxanida, nem reações cruzadas com AINEs. **Relatos de casos:** **Caso 1:** Médico de 38 anos teve urticária, angioedema e tosse, espirros, obstrução nasal e prurido ocular, 30 minutos após primeira dose de Nitazoxanida 500 mg em janeiro de 2023. O tratamento incluiu antihistamínico e corticosteroide. Tinha reação não seletiva a AINEs, com urticária, angioedema, obstrução nasal e tosse. **Caso 2:** Médica de 30 anos apresentou urticária e angioedema cerca de uma hora após a segunda dose de Nitazoxanida prescrita para diarreia em julho de 2019. Foi tratada com antihistamínico e corticosteroide. Possuía urticária e angioedema com AINEs. **Caso 3:** Médica de 28 anos teve duas ocorrências de urticária e angioedema, 30 minutos após tomar Nitazoxanida, em 2008 e 2011. Tratamento com antihistamínicos. Reação múltipla a AINEs, com urticária, angioedema, espirros e coceira nos olhos. **Caso 4:** Mulher de 58 anos após tratamento com Nitazoxanida desenvolveu angioedema facial e de língua, urticária generalizada e dificuldade respiratória 30 minutos depois. Tomou nimesulida três horas antes. A provocação com Nitazoxanida induziu angioedema labial e urticária. Tratada com adrenalina e fexofenadina, recuperando-se em uma hora. **Conclusão:** A ocorrência repetida de iHSR à Nitazoxanida em pacientes com iHSR não seletiva a AINEs, somada a semelhança das moléculas, destaca a necessidade de vigilância no monitoramento das reações a medicamentos e pode inclusive sugerir a inclusão da Nitazoxanida na lista de medicamentos a serem evitados para esses pacientes.

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

Síndrome de Stevens-Johnson: uma revisão epidemiológica global

Jéssica Manami Seki¹, Beatriz Castro e Silva de Albergaria Barreto²,
Vanessa do Nascimento Ladeira³, Letícia Hanna Moura da Silva Gattas Graciolli⁴,
Camilla Roberta de Melo Lobo Bessa⁵, José Ferreira de Oliveira Neto⁶,
Rafael Mehmeri Gusmão Santos Silva², Luana Mendes dos Santos⁷, Mariana Sampaio Guterres⁸

Introdução: A Síndrome de Stevens-Johnson é uma rara e grave condição dermatológica que resulta de reações de hipersensibilidade, na maioria das vezes, medicamentosas. Ela se manifesta com lesões ulcerativas em mucosas, necrólise e descamação epidérmicas generalizadas. Nesse sentido, é importante avaliar sua epidemiologia devido à gravidade e à gama de compostos químicos e infecciosos que podem desencadeá-la. **Métodos:** Para o estudo foram realizadas pesquisas na plataforma PubMed, utilizando os descritores [“Stevens-Johnson syndrome” AND “epidemiology”, “Stevens-Johnson syndrome” AND “incidence”, “Stevens-Johnson syndrome” AND “prevalence”, “Stevens-Johnson syndrome” AND “risk factors” AND “drugs”]. Foram aplicados filtros para artigos publicados entre 2019 e 2024. A busca inicial resultou em 269 artigos. Ao final, foram escolhidos 7 artigos, os quais embasaram o estudo. **Resultados:** A partir das pesquisas realizadas, constatou-se que, com o aumento da idade ≥ 65 anos, o envolvimento de mais de 10% da área de superfície corporal, a presença de infecção bacteriana e de comorbidades, há aumento das chances de mortalidade dos afetados. Há possivelmente questões étnicas envolvidas, pois brancos e hispânicos possuem menor mortalidade. Ademais, o uso de antibióticos, anticonvulsivantes e fenitoína foram os medicamentos que mais implicam em danos, como lesões oftalmológicas e perdas auditivas. **Conclusão:** Conclui-se que o desenvolvimento dessa síndrome é mais grave em indivíduos que possuem idade avançada e comorbidades, além de aparentemente ser desencadeada por meio de reações medicamentosas. Dessa forma, é imprescindível que a abordagem e o tratamento sejam adequados aos pacientes que apresentam maior risco de desenvolver a síndrome. Destaca-se também a necessidade do desenvolvimento de políticas que previnam e auxiliem a redução do impacto global desta condição.

1. Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Porto Alegre - RS - Brasil.
2. Universidade Salvador, UNIFACS - Salvador - BA - Brasil.
3. Universidade Federal de Juiz de Fora - Juiz de Fora - MG - Brasil.
4. Faculdade de Medicina de Jundiaí - Jundiaí - SP - Brasil.

5. Universidade Federal do Paraná - Curitiba - PR - Brasil.
6. Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista, FMB/UNESP - Botucatu - SP - Brasil.
7. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - São Paulo - SP - Brasil.
8. Escola Superior de Ciências da Saúde - Brasília - DF - Brasil.

Dessensibilização a medicamentos em pacientes pediátricos – uma abordagem desafiadora, eficaz e segura

Maura Helena Braun Dalla Zen¹, Leila Batista Pena¹, Thaís Costa Lima de Moura¹,
Nayara Maria Furquim Nasser¹, Ana Paula Beltran Moschione Castro¹,
Mayra de Barros Dorna¹, Antonio Carlos Pastorino¹, Beni Morgenstern¹

Introdução: A alergia a medicamentos é um problema comum na prática clínica e, quando confirmada, leva à exclusão de medicamentos que podem não ter alternativas adequadas. A dessensibilização rápida a medicamentos (DRM) tem se mostrado um método seguro e eficaz, mas com poucos dados disponíveis em pacientes pediátricos. O objetivo deste estudo foi avaliar a segurança e eficácia desse método nessa população. **Método:** Descrição de série de casos com base em revisão de prontuários de DRM realizada em centro terciário pediátrico desde 2023. **Resultados:** Relatamos 7 DRM realizadas em 5 crianças diferentes (4F:1M), com idades variando de 9 meses a 17 anos, sendo que um paciente realizou 3 DRM. Em quatro pacientes as reações índice foram imediatas (sendo duas anafilaxias) e uma paciente apresentou reação cutânea tardia (reprodutível após a interrupção do medicamento e readministração). Quatro pacientes tinham comorbidades graves (dois eram transplantados de órgãos sólidos) e, em todos os casos, o medicamento envolvido era considerado primeira linha de tratamento - antibióticos (2), anticorpos monoclonais (2) e agente quimioterápico (1). Cinco DRM foram realizadas na unidade de terapia intensiva, 6 receberam pré-medicação e o número de etapas variou entre 12 e 16. Apenas um paciente teve duas reações imediatas: uma reação cutânea leve com boa resposta a anti-histamínicos durante a primeira DRM e febre durante a segunda DRM; nenhum teve reação tardia. Três pacientes continuaram a receber o medicamento na dose completa sem complicações ou necessidade de anti-histamínicos. **Conclusões:** A DRM foi realizada com sucesso nesta série de casos, demonstrando sua segurança e eficácia na população pediátrica. O desafio de realizar DRM em crianças reside na escassez de protocolos bem estabelecidos. As evidências na literatura apoiam que a DRM deve ser considerada uma boa opção, especialmente em crianças com doenças crônicas e/ou condições médicas graves.

1. Instituto da Criança e do Adolescente- Hospital das Clínicas FMUSP - São Paulo - SP - Brasil.



Dessensibilização a rituximabe: experiência de 26 casos

Gabriel Veloso Araújo Neto¹, Maria Tereza Oliveira Garcia Stein¹,
Ana Letícia Mozzato Romanini¹, Laís Matuda¹, Lais Fukuda Cuoghi¹,
Nathalia Ventura Stefli¹, José Eduardo Seneda Lemos¹,
Ullissis Padua de Menezes¹, Maria Eduarda Trocoli Zanetti¹, Luísa Karla Arruda¹

Introdução: Reações de hipersensibilidade ao rituximabe podem exigir que ele seja descontinuado. Para pacientes com doenças oncológicas, hematológicas e inflamatórias crônicas, a mudança para um medicamento de segunda linha pode impactar negativamente na qualidade e expectativa de vida do paciente. A dessensibilização a medicamentos tornou-se alternativa inovadora para o manejo de reações de hipersensibilidade a drogas, permitindo a manutenção do tratamento de primeira linha. **Metodologia:** Análise retrospectiva dos prontuários de pacientes submetidos a dessensibilização ao rituximabe, em hospital terciário. **Resultados:** Avaliados 26 pacientes, 17 sexo feminino e 9 sexo masculino, com média de idade de 49 anos. As doenças de base descritas foram: esclerose múltipla (5 casos), miastenia gravis (5 casos), polineuropatia (3 casos), mielite (3 casos), pênfigo vulgar, linfoma não-Hodgkin, lúpus eritematoso sistêmico, leucemia linfocítica crônica, polimiosite, síndrome de Eaton-Lambert e síndrome de Sjögren. O tempo médio para surgir sintomas após a administração do rituximabe foi de 224 minutos, sendo os sintomas cutâneos e respiratórios os mais prevalentes e, o menos comum, gastrointestinal. Anafilaxia ocorreu em 12 pacientes. O protocolo de dessensibilização mais utilizado foi de 12 etapas com diluição da medicação em 3 bolsas, o que permitiu que todos os pacientes fossem dessensibilizados com sucesso, resultando na continuidade do tratamento. Não houve nenhum óbito. **Conclusão:** Nosso estudo corrobora com a literatura atual em relação a dessensibilização com rituximabe: predominância do sexo feminino, idade média de 50 anos e sintomas cutâneos mais prevalentes. O protocolo em doze etapas mostrou-se seguro e eficaz na maioria dos casos, promovendo tolerância transitória em 26 pacientes estudados em um único centro.

1. Departamento de Alergia e Imunologia do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto - USP - Ribeirão Preto - SP - Brasil.

Uso do AAS em gestantes alérgicas através da dessensibilização: o alergista ajudando a reduzir complicações obstétricas

Cynthia Mafra Fonseca Lima¹, Mariana Gonçalves Ferreira Moreira Portela²

Introdução: Devido a sua ação de inibição da agregação plaquetária, o ácido acetilsalicílico (AAS) é utilizado na prevenção primária de eventos cardiovasculares, inclusive em gestantes para prevenir complicações como pré-eclâmpsia. Estudos recentes demonstraram a segurança e eficácia da dessensibilização ao AAS em gestantes alérgicas, com indicação de uso para prevenção de complicações obstétricas. No entanto, muitas ainda deixam de receber o benefício do uso do AAS porque a dessensibilização ainda é pouco conhecida entre a comunidade médica. Faz-se necessário mais estudos sobre o uso do AAS em gestantes alérgicas através da dessensibilização. **Objetivo:** Descrever os procedimentos de dessensibilização ao AAS em gestantes alérgicas realizados em hospital privado durante o período de 1 ano. **Resultados:** Estudo transversal aprovado pelo comitê de ética que envolveu 7 gestantes submetidas à dessensibilização para dose alvo de 100 mg de AAS, em ambiente hospitalar, no período de maio de 2023 a junho de 2024. O protocolo utilizado foi embasado em publicações recentes, com doses crescentes em intervalos de 15 minutos, começando com uma dose de 1 mg de AAS, até a dose alvo. A média de tempo gestacional foi 16 semanas. As indicações para uso de AAS foram estenose de artéria uterina e risco de pré eclâmpsia. A história de alergia prévia aos AINEs foi avaliada através de questionário dirigido baseado no *European Network of Drug Allergy*. Uma voluntária apresentou urticária e angioedema durante o procedimento e 2 apenas angioedema palpebral. Todas atingiram a dose alvo e nenhuma apresentou reação sistêmica. Todas foram acompanhadas durante o período gestacional e utilizaram o AAS até o final da gestação, sem intercorrências. **Discussão:** Os resultados observados corroboram a eficácia e segurança do uso do AAS em gestantes alérgicas através da dessensibilização. A intervenção do médico alergista pode contribuir para a diminuição de complicações obstétricas nessa população.

1. Hospital Universitário Professor Alberto Antunes - Maceió - AL - Brasil.

2. UNIMA - Afya - Centro Universitário de Maceió - AL - Brasil.



Anafilaxia por medicamentos em uma população pediátrica

Fabiana Andrade Nunes Oliveira¹, Camila Mendonça Lopes¹,
Daniella Vello Abdelmalack¹, Katherine Maciel Costa Silvestre¹,
Dirceu Solé¹, Luis Felipe Chiaverini Ensina¹

A anafilaxia é uma reação alérgica grave pouco estudada na população pediátrica nacional. **Objetivo:** Este estudo avalia características dos casos de anafilaxia por medicamentos em menores de 18 anos. **Método:** Estudo transversal, retrospectivo e observacional, baseado em registro de anafilaxia em pacientes pediátricos em um centro especializado de junho de 2011 a dezembro de 2022. **Resultados:** Registraram-se 49 casos de anafilaxia por medicamentos entre 147 casos pediátricos, com mediana de idade de 8 anos (IQR 7 anos), sendo 57% meninos e 43% meninas. Sintomas cutâneos foram vistos em 94% dos casos, com angioedema (59%) e urticas (55%) predominantes. 90% apresentaram sintomas respiratórios, sendo os principais dispneia (59%) e sibilância (18%). Sintomas gastrointestinais ocorreram em 24%, com vômitos (83%) predominando, e 29% tiveram sintomas cardiovasculares, com sonolência (50%) e hipotensão (43%). O tempo para início da reação foi rápido: 33% em menos de 10 minutos e 31% entre 11-30 minutos; apenas 6% relataram reação após 4 horas. Reações bifásicas foram raras (2%) e não houve fatalidade. Doze pacientes (24%) tinham história de reações anteriores ao mesmo desencadeante, dos quais um teve anafilaxia prévia. Anti-inflamatórios não esteroidais foram responsáveis pela maioria dos casos (49%), sendo 44% à dipirona. Antibióticos representaram 18%, sendo 89% penicilinas. 12% foram associados à vacinas. Outros foram associados a anestésicos locais, opioides, quimioterápicos e biológicos. 65% dos pacientes tinham comorbidades, como asma (65%) e dermatite atópica (38%). Cofatores incluíram infecção aguda (8%) e estresse psicológico (14%). **Conclusão:** A maioria dos casos de anafilaxia pediátrica por medicamentos foi causada por anti-inflamatórios, com alta taxa de comorbidades atópicas, como asma. O tempo de exposição-reação foi rápido, com 64% em menos de 30 minutos. Além disso, quase um quarto dos casos teve reação anterior ao mesmo desencadeante, destacando a necessidade de vigilância e estratégias preventivas.

1. UNIFESP - São Paulo - SP - Brasil.



Teste de provocação oral direto na desrotulagem da alergia a betalactâmicos

Mara Morelo Rocha Felix¹, Laira Vidal da Cunha Moreira¹,
Gabriela Andrade Coelho Dias¹, Alice d'Avila Costa Ribeiro¹

Introdução: A Alergia a Betalactâmicos (BL) impacta de forma significativa as opções de tratamento antimicrobiano. Cerca de 90% dos pacientes podem ser desrotulados através de testes diagnósticos, entre eles, o teste de provocação oral (TPO) direto (sem testes cutâneos prévios) com BL. O objetivo deste trabalho foi avaliar a segurança e eficácia do TPO direto na desrotulagem da alergia a BL. **Métodos:** Estudo observacional retrospectivo baseado na análise de prontuários de pacientes com história de alergia a BL. Foram incluídos aqueles com reação cutânea benigna (exantema maculopapular ou urticária) submetidos ao TPO direto com BL entre jul/23 a abr/24 num Centro de Alergia a Medicamentos. Foram excluídos os com história de reação imediata grave (anafilaxia) e tardia grave (ex. doença do soro-símile, SDRIFE, SSJ/NET, DRESS, PEGA). Os testes foram realizados após assinatura do TCLE. Utilizou-se amoxicilina (AMX) oral 50 mg/kg/dia, fracionada em etapas: placebo, 10% e 90%, e observação por 1h após a última dose. Aqueles com história de reação tardia foram submetidos ao TPO estendido por 3 dias. **Resultados:** Foram analisados 28 pacientes (19 feminino), sendo 16 crianças/adolescentes e 12 adultos. Destes, 8 (todos pediátricos) realizaram o TPO direto (7 negativos e 1 positivo tardio). Uma paciente foi desrotulada pela história; 8 foram excluídos por história de reação anterior grave; e 11 (5 adultos/6 crianças) recusaram o teste. Os antibióticos envolvidos nas reações eram: AMX (11), AMX-clavulanato (11), penicilina (3), cefazolina (1), cefalexina (1) e piperacilina-tazobactam (1). A paciente com resultado positivo apresentou exantema leve cerca de 24 h após a 1ª dose, tratada com fexofenadina. Posteriormente, foi submetida ao TPO com cefuroxima, que foi negativo. **Conclusões:** O TPO direto é uma opção segura e efetiva para desrotulagem da alergia a BL após estratificação de risco adequada. Houve receio para realização do TPO por parcela significativa da amostra.

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



Experiência em dessensibilização a medicamentos de um serviço de Alergia e Imunologia em hospital terciário pediátrico de Brasília

Rayssa Ferreira Silva¹, Flaviane Rabelo Siqueira¹, Jeane da Silva Rocha Martins¹, Laísa Machado Bomfim¹, Marcella Stival Lemes¹, Thales da Silva Antunes¹, Mariana Graça Couto Miziara¹, Mônica de Araújo Álvares da Silva¹, Mariana Bomfim Teixeira¹, Claudia França Cavalcante Valente¹

Introdução: A dessensibilização a medicamentos é definida como a indução de estado temporário de tolerância a um fármaco responsável pela reação de hipersensibilidade. O procedimento é realizado com a administração de doses crescentes do medicamento envolvido até que a dose terapêutica seja atingida e tolerada. Está indicada em reações mediadas ou não por IgE, sendo contraindicada nos pacientes com história clínica de reações graves como a síndrome de Stevens-Johnson ou necrólise epidérmica tóxica. **Métodos:** Análise retrospectiva dos prontuários de pacientes assistidos em um hospital terciário no período de julho de 2018 a julho de 2024, com análise das classes de medicamentos, classificação das reações de hipersensibilidade apresentadas e descrição das reações ocorridas no processo de dessensibilização. **Resultados:** Foram incluídas 43 dessensibilizações referentes a nove pacientes, sendo cinco do sexo feminino e quatro do masculino com idade entre quatro e 17 anos. Foi utilizada pré-medicação com corticoide, antileucotrieno e anti-histamínico na maioria dos casos. A principal classe de medicamentos foi a quimioterápicos, com 19 (48,83%) dessensibilizações, com destaque a pegaspargase; 12 (27,9%) para antibiótico (penicilina); 12 para anticorpos monoclonais: sete a infliximabe (16,27%) e cinco a rituximabe (11,62%). Foram observadas reações em 15 dessensibilizações (34,88%), sendo dois (13,3%) casos caracterizados como anafilaxia (com reação nos passos 7 e 16 dos procedimentos). Em apenas uma dessensibilização não foi possível atingir a dose alvo. **Conclusões:** A dessensibilização a medicamentos é uma ferramenta que possibilita a realização do tratamento de escolha para o paciente, ainda que tenha apresentado reação de hipersensibilidade, como demonstrado em nossa série de casos. A atuação do especialista em alergia e imunologia possibilita que a medicação de primeira linha para a doença seja utilizada com boa segurança e garantindo melhor prognóstico.

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



Perfil dos testes de provocação com medicamentos na população pediátrica realizados em um centro de referência

Liliane Coelho Vieira¹, Maria Carolina Pires Lins e Silva Lima¹,
Caroline Maria da Silva Wanderley Gadêlha², Liane Leão de Santana¹,
Luiz Alexandre Ribeiro da Rocha¹, Bruno Gonçalves de Medeiros¹,
Natália Saraiva Carvalho Dias Bittencourt¹, Edjane Burity¹,
Emanuel Sávio Cavalcanti Sarinho¹, Almerinda Maria do Rêgo Silva¹

Introdução: As Reações Adversas a Medicamentos (RAM) na população pediátrica são um problema de saúde pública e o teste de provocação com drogas (TPD) é o padrão ouro para diagnóstico das reações de hipersensibilidade. O objetivo do trabalho é descrever o perfil dos TPD em crianças realizados em um centro de referência em alergia e imunologia. **Métodos:** Avaliação retrospectiva dos TPD realizados em pacientes com idade entre 0 e 18 anos no período de 2018 a 2023. Os dados foram avaliados por análise descritiva. **Resultados:** Foram analisados 136 TPD, 52,9% em pacientes do sexo masculino e 47,1% do sexo feminino, com mediana de idade de 12 anos (variando de dois a 17 anos). A patologia suspeita mais prevalente foi a hipersensibilidade não alérgica a múltiplos antiinflamatórios não esteroidais (AINEs) (n = 98; 72,1%), seguida de hipersensibilidade a antibióticos (n = 26; 19,1%), notadamente betalactâmicos (88,4% dentre o total de antibióticos suspeitos). Dentre as drogas testadas, destacam-se o paracetamol (n = 48; 35,3%), o etoricoxibe (n = 26; 19,1%), a amoxicilina (n = 13; 9,6%) e outros AINEs: ibuprofeno, ácido acetilsalicílico e dipirona (esses três, em conjunto, representando 20,6% do total de testes). Apenas oito testes (5,9%) foram positivos, sendo cinco com paracetamol, dois com amoxicilina e um com levotiroxina. Três pacientes (2,2%) apresentaram sintomas subjetivos (dois com amoxicilina e um com etoricoxibe) e serão submetidos a nova provocação. **Conclusão:** A hipersensibilidade a múltiplos AINEs foi a patologia mais frequente nessa pesquisa, seguida de hipersensibilidade aos antibióticos. O teste de provocação foi muito importante para descartar o diagnóstico de hipersensibilidade na maioria dos pacientes testados e para encontrar alternativas seguras quando necessário, visto que mais de 90% das provocações foram negativas.

1. Hospital das Clínicas - UFPE - Recife - PE - Brasil.

2. Hospital Infantil Maria Lucinda - Recife - PE - Brasil.