

Alergia e Immunologia

AI 001 ALERGIA ALIMENTAR INFANTIL: FATORES ENVOLVIDOS E COMPLICAÇÕES

LUCAS OLIVEIRA MARQUES¹, ROBERTA COUTINHO VASCONCELOS¹, CHARLES ANACLETO¹

1. UNIVERSIDADE DE ITAÚNA

Introdução: A alergia alimentar é uma complicação adversa aos alimentos que pode ser mediada por IgE. Essa reação afeta cerca de 10 da população pediátrica e 6 dos casos persistem até a vida adulta. Cerca 50 dos casos levam a complicações fatais, como distúrbios respiratórios e anafilaxia. **OBJETIVO:** Revisar a literatura acerca da hipersensibilidade alimentar em crianças. **MATERIAIS E MÉTODOS:** Revisão da literatura nas bases de dados PubMed, utilizando os descritores food hypersensitivity e children. A busca foi limitada pelos parâmetros de relevância (descritores presentes no título e/ou abstract), data de publicação (a partir de 2016) e a possibilidade de seu acesso na íntegra. Foram encontrados 192 artigos no PubMed. O critério de inclusão foi baseado na análise do abstract dos artigos avaliando sua relevância para o objetivo do trabalho. **RESULTADO/DISSCUSSÃO:** Foram selecionados 8 artigos para a realização deste trabalho. Os estudos apontam que a alergia alimentar está associada a interação entre fatores genéticos e ambientais, incluindo o tempo e a via de exposição. A maioria das crianças é alérgica a leite de vaca (80), seguido por ovo branco de galinha (56-72), amendoim (29-50), soja (24-50), e peixe (28). Fatores como higiene, exposição diminuída a fatores microbianos, composição da microbiota intestinal, dieta, obesidade, quantidade de vitamina D e exposição química ambiental contribuem para o aumento da alergia alimentar. As manifestações clínicas são dependentes da idade dos pacientes, desenvolvendo-se em poucos minutos até 1-2 horas após a ingestão. Nos pacientes jovens são frequentes os sintomas gastroenterológicos (vômitos, diarreia e dores abdominais), manifestações cutâneas (40 dos casos), distúrbios respiratórios e anafilaxia (cerca de 50 dos casos). Ainda, observa-se que os sintomas gastrointestinais tendem a diminuir ao longo da idade enquanto os cutâneos e a anafilaxia aumentam. Por fim, a alergia alimentar afeta a qualidade de vida dos pacientes e também limita as atividades dos familiares, uma vez que a ingestão acidental dos alérgenos acontece frequentemente. **CONCLUSÃO:** Sendo assim, é importante que, perante sintomas de alergia alimentar, sejam realizados exames para encontrar o alérgeno específico, melhorando, assim, a qualidade de vida pediátrica, tanto a nível nutricional quanto na diminuição de estresse psicológico.

Palavra Chave: Alergia Alimentar. Complicações. Fisiopatologia

AI 003 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE ALERGIA À PROTEÍNA DO LEITE E INTOLERÂNCIA À LACTOSE

ANDREI PINHEIRO MOURA¹, BRUNA DE CASSIA SOIER¹, CAROLINA MILAGRES DE MORAIS¹, ISABELLE MARIA MARTINS WAJDOWICZ¹, SILVIO CESAR ZEPPONE¹

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Introdução: A alergia à proteína do leite (APL) é caracterizada por reação adversa a proteínas do leite, já a intolerância à lactose (IL) caracteriza-se pela deficiência da enzima lactase. Ambas possuem um diferente espectro de apresentação, sendo importante diferenciá-las. **Objetivo:** Explicar a APL e a IL no âmbito clínico, no que se refere à fisiopatologia, sintomatologia, diagnóstico, terapêutica e conduta geral, de forma a destacar a distinção entre ambos os quadros e a importância de fazê-la. **Métodos:** Foi feita uma revisão bibliográfica sobre artigos que explanam o espectro das duas doenças. **Resultados:** A alergia à proteína do leite (APL) é caracterizada por reação adversa a proteínas contidas no leite (caseína, lactoglobina, lactoalbumina e imunoglobulinas) dependente de componente imunológico. Pode ser subdividida em três tipos: IgE mediada, reações mistas e não IgE mediadas. Já a intolerância à lactose (IL) caracteriza-se pelo prejuízo na ação da enzima lactase, que é responsável por hidrolisar a lactose presente no leite em glicose e galactose. Apresenta componente genético e se subdivide em: deficiência primária, deficiência secundária, intolerância congênita à lactose e intolerância ontogenética à lactose. Os principais sintomas na APL são: náuseas, vômitos, dores abdominais, diarreia, baixo peso, cólicas, constipação intestinal crônica, manifestações cutâneas, respiratórias e refluxo gastroesofágico, enquanto na intolerância à lactose são: flatulências, distensão e dores abdominais, diarreia ácida, alterações na taxa de esvaziamento gástrico e desnutrição. Na APL o diagnóstico é dado com base nos seguintes critérios: avaliação clínica, prova de provocação oral, exames auxiliares (IGE específica ou testes cutâneos), exames endoscópicos, histológicos e outros, enquanto na intolerância à lactose os critérios são: avaliação clínica, restrição de lactose, biópsia via endoscopia digestiva alta, curva glicêmica após ingestão de lactose e hidrogênio expirado. A terapia da APL baseia-se na exclusão do leite e seus derivados. Já na intolerância à lactose, é possível utilizar leites com lactose parcialmente hidrolisada e reposição enzimática com lactase exógena. **Conclusão:** As causas e as repercussões se diferem entre os dois contextos, bem como os testes diagnósticos. Quanto ao tratamento, a exclusão total do leite da dieta só se aplica à APL. O possível erro no fechamento do diagnóstico traz impactos nos estados nutricionais, físico e psicológico do paciente.

Palavra Chave: Alergia, Intolerância, Leite, Lactose

AI 005 ESOFAGITE EOSINOFÍLICA: UM NOVO COMPONENTE DA MARCHA ATÓPICA?

RAQUEL PITCHON¹, ADRIANA REIS¹, HENRIQUE RIBEIRO¹

1. CLÍNICA DE PEDIATRIA E ALERGIA DRA. RAQUEL PITCHON

Introdução: A esofagite eosinofílica (EoE) é uma doença inflamatória crônica imunologicamente mediada e compartilha características fisiopatológicas e clínicas com outros componentes da Marcha Atópica (MA)(1). **Descrição Do Caso:** Um adolescente, 15 anos de idade, relatou há dois anos ter iniciado com a sensação de "estar entalado" após as refeições. Às vezes apresentava náuseas matinais, especialmente após ingerir o leite de vaca. O sintoma desaparecia espontaneamente com o passar do tempo. Negava dor epigástrica ou sensação de refluxo gastroesofágico. Afirmava apresentar prurido, congestão nasal e crises de asma intermitentes desde os sete anos de idade. Informava que sempre usou leite de soja devido a alergia a proteína do leite de vaca. Há dois anos reintroduziu o leite de vaca e seus derivados. Exame clínico sem alterações, teste cutâneo por punção foi fortemente positivo para aeroalérgenos e negativo para os alimentos testados. A endoscopia digestiva realizada identificou a mucosa do esôfago

AI 002 ESOFAGITE EOSINOFÍLICA EM GEMELARES: RELATO DE CASO.

KARINA AZA COELHO¹, ANA PAULA PESSOTTI CLARINDO¹, GUILHERME RHIS¹, THIAGO ANTÔNIO DA SILVA FONTOURA¹, WILLIANE COELHO DE FIGUEIREDO FERNANDES¹

1. UFJF-GV

Introdução: A esofagite eosinofílica (EEO) é uma doença crônica do esôfago mediada imunologicamente. Revisões recentes relatam o aumento da incidência e prevalência com associação familiar em até 8 dos casos. **Descrição do caso:** AFS, 6 anos, gemelar 1, apresentava suspeita de alergia alimentar e sintomas de Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) sem melhora com tratamento. Solicitado biópsia por endoscopia digestiva alta (EDA) que mostrou esofagite eosinofílica com 40 eosinófilos/campo. Iniciado tratamento com Fluticasona 500 mcg/dia e Omeprazol 20mg com melhora clínica, endoscópica e histológica. AFS, 6 anos, gemelar 2, após 1 ano do início do tratamento do irmão, começou com queixa de regurgitação e pirose após alimentação. Também submetido a biópsia por EDA e constatado esofagite eosinofílica com 30 eosinófilos/campo. **Discussão:** A EEO tem apresentações clínicas que variam com a idade, sendo que nas crianças menores há sintomas da DRGE, já nos maiores e adultos apresentam vômitos, dor abdominal e impação. Tais achados vão ao encontro aos apresentados pelos irmãos. Para o diagnóstico da doença é essencial a realização de EDA com infiltrado eosinofílico com 15 ou mais eosinófilos por campo. Os achados endoscópicos incluem exsudato granular em forma de pontilhado esbranquiçado, sulcos verticais, estreitamentos, estenose entre outros. O tratamento ideal é realizado com dietas de restrição, uso de inibidores de bomba de prótons 1 a 2 mg/kg/dia 2x/dia por 8-12 semanas quando a endoscopia e a biópsia forem repetidas, corticoides tópicos, sendo os mais utilizados fluticasona, 88-440 mcg 2x/dia e a budesonida viscosa 1mg para menores de 10 anos e 2mg para maiores. Corticoides sistêmicos devem ser utilizados em casos graves. O tratamento das crianças foi realizado conforme a literatura havendo assim, melhora clínica e histológica. A ocorrência de casos em outros membros da família sugere mutação gênica no cromossomo X com expressão clínica variável. **Conclusão:** A EEO apresenta diagnóstico diferencial com a Doença de Refluxo Gastro-Esofágico e deve sempre ser investigada quando os sintomas persistirem. Mais estudos são necessários para avaliação da história natural e melhor manejo da doença com métodos diagnósticos e de acompanhamento.

Palavra Chave: Esofagite Eosinofílica Pediátrica

AI 004 REAÇÃO MEDICAMENTOSA COM EOSINOFILIA E SINTOMAS SISTÊMICOS (DRESS)

MARIANA DE MAGALHÃES BORGES¹, FERNANDA DEODATO ROSA LIMA¹, ISABELA ALVES CAMPOS DE LACERDA¹, TALITA CARDOSO RIOS¹, GABRIELA LOPES TORRES¹, PATRÍCIA ANDRADE FREITAS DE MENEZES¹, FLAVIA LUCIANA VARGAS BARBOSA¹, FRANCIS MAGALHÃES GONÇALVES¹, FRANCISCO DE ANDRADE MACHADO NETO¹, JÚLIO ROCHA PIMENTA¹

1. HOSPITAL INFANTIL SÃO CAMILO UNIMED

Introdução: DRESS é uma reação de hipersensibilidade a fármacos rara, potencialmente fatal. É caracterizada por longa latência entre a exposição ao medicamento e o início dos sintomas, pode apresentar remissões frequentes. Há associação com reativação de infecções latentes por herpesvírus. **Caso:** M.C.O., 3a. 7m., 19 kg, sexo feminino, iniciou em 31/07 com exantema macular pruriginoso, progredindo para difuso, acometendo face e região exposta. Realizou tratamento recente de OMA com sulfametoxazol-trimetoprim (suspensão: 27/07). Em 02/08 evoluiu com vômitos, edema facial, febre de 38-39°C, hiporexia e hepatomegalia. Solicitado exames e iniciado ceftriaxona 100mg/kg/dia. Apresentou manifestações sistêmicas como piora do edema e exantema, com extensão para tronco e MMSS/MMIL, eosinofilia, linfocitose atípica, plaquetopenia, alteração de função e bioquímica hepática. Último pico febril em 04/08. Devido à ausência de sinais infecciosos e suspeita de DRESS síndrome, suspenso antibiótico em 08/08. Mantido anti-histamínico e iniciado prednisona. Com 3 dias de tratamento evoluiu com melhora importante do edema, prurido, prostração, lesões exantemáticas e regressão da hepatomegalia. **Discussão:** DRESS deve ser investigada nos pacientes que receberam tratamento medicamentoso nas 2-6 semanas anteriores ao início dos sintomas, principalmente aquelas de alto risco (alopurinol, drogas antiepilépticas) e apresentarem: Febre (38 a 40°C), linfadenopatia, erupção cutânea (morbiliforme ou difusa, conflúente e infiltrada) e edema facial. Alterações laboratoriais como, leucocitose com eosinófilos 700/microL, linfocitose atípica, elevação de AST. Em 90 dos pacientes pode haver acometimento renal, hepático ou pulmonar, podendo desenvolver complicações graves como insuficiência hepática. A identificação e suspensão imediata do medicamento desencadeante é a base do tratamento. Para o alívio do prurido e da inflamação, indica-se uso de corticosteróides tópicos de alta potência, os corticosteróides sistêmicos são reservados a aqueles com acometimento grave de órgãos. A maioria dos pacientes com DRESS recuperam-se completamente em semanas a meses após a retirada da droga. Eles devem ser instruídos sobre a necessidade de uma prevenção rigorosa ao uso de fármaco desencadeante, bem como medicamentos de reação cruzada. **Conclusão:** Os achados foram compatíveis com DRESS síndrome secundária ao uso do Sulfametoxazol-Trimetoprim.

Palavra Chave: Dress, Hipersensibilidade

Agradecimentos: Aos nossos preceptores, aos pais do paciente e ao Hospital Infantil São Camilo UNIMED

espessada e brancacenta a partir do terço médio com estrias transversais e longitudinais no terço distal. Aspecto da mucosa do estômago e duodeno sem alterações. Teste da urease: negativo. Exame histopatológico do esôfago identificou a presença de 22 eosinófilos/campo examinado e hiperplasia epitelial. **Discussão:** A EoE se caracteriza por disfunção esofageana progressiva e pode ocorrer em qualquer idade(2). A MA refere-se à história natural das doenças alérgicas na infância. Uma parte dos atópicos, classicamente evoluirão com um quadro inicial de dermatite atópica (DA) e progredirão para alergia alimentar mediada pela Imunoglobulina E, asma e rinite (2). Em um estudo recente com 449 pacientes com EoE, 46,1 apresentavam DA, 39 tinham asma, 61,9 rinite alérgica e 21,6 tinham todos as três doenças(2). As opções de tratamento para EoE são flexíveis e podem ser modificadas de acordo com as necessidades, preferências individuais, recursos e circunstâncias evolutivas da doença(3). **Conclusão:** A EoE, como outras condições atópicas, apresenta diferentes endótipos(4). No entanto, compartilha mecanismos imunológicos, clínicos e é responsiva ao controle de alérgenos e terapia com corticosteroides, como os outros membros da Marcha Atópica(5). Portanto é razoável supor que ela possa ser considerada um "quinto componente", mas serão necessários mais estudos para confirmar esses achados(1).

Palavra Chave: Esofagite Eosinofílica, Alergia Alimentar, Rinite, Asma

AI 006 ALERGIA A OVO E VACINA DE FEBRE AMARELA: ESTUDO TRANSVERSAL DESCRITIVO

ISABEL LAGES RIBEIRO¹, SÍLVIA LAGES RIBEIRO², ALEXANDRE SAMPAIO MOURA³, MARCOS EVANGELISTA DE ABREU⁴, JOSÉ GERALDO LEITE RIBEIRO⁵, CÁTIA DE CASSIA XAVIER PAULA⁶, EVANDRO MAGALHÃES NUNES⁷, MARIA DE FÁTIMA PEREIRA BATISTA⁸, MARISA LAGES RIBEIRO⁹

1. Universidade Federal de Juiz de Fora
2. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais
3. Médico infectologista da gerência de assistência à saúde
4. Chefe da pediatria do Hospital Municipal Odilon Behrens
5. Assessor Técnico de Imunização da Secretaria Estadual de Saúde
6. Enfermeira da Unidade Municipal de Referência Secundária Saúde
7. Coordenação técnica de imunização da secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
8. Gerente da Unidade Municipal de Referência Secundária Saúde
9. Médica pediatra, alergologista e pneumologista infantil da URS Saúde e Hospital Infantil São Camilo Unimed.

Introdução: A alergia ao ovo constitui contraindicação à vacina de febre amarela (VFA). Em situações de surto da doença, questiona-se o risco-benefício da VFA em crianças com hipersensibilidade ao ovo. **Objetivo:** A alergia alimentar consiste na reação adversa do organismo decorrente da resposta imunológica a determinados alimentos. A alergia ao ovo é, geralmente, devido à hipersensibilidade às proteínas da clara. A VFA é elaborada com vírus vivo atenuado cultivado em embrião de galinha, podendo ocasionar reação cruzada em alérgicos a ovo por conter traços do mesmo. Apresenta-se segura a partir dos 9 meses de idade, sendo recomendada a residentes e viajantes para áreas endêmicas. A VFA é atualmente contraindicada para pessoas com história de anafilaxia comprovada em doses anteriores ou relacionada a substâncias presentes na mesma. Devido à gravidade e o número crescente de casos, pretende-se avaliar a possibilidade de aplicação da vacina em pacientes com história de alergia ao ovo. **Método:** Estudo transversal descritivo avaliando crianças com suspeita de alergia a ovo, encaminhadas pelo posto de saúde para avaliação clínica e realização de teste alérgico à VFA em unidade municipal de referência secundária (URS) em Belo Horizonte no período de junho de 2017 a março de 2018. **Resultados:** O estudo envolveu 44 crianças, 59% gênero masculino, com idade média de 2 anos e 3 meses, encaminhadas devido histórico de alergia ao ovo. Avaliou-se clinicamente através de anamnese estruturada, exame físico e, teste cutâneo de leitura imediata utilizando-se a VFA e controles positivo (histamina) e negativo. Teste foi negativo em 91% dos casos. 38 crianças receberam a vacina na URS e foram liberadas após uma hora de observação, sem apresentarem intercorrências. Duas crianças não foram vacinadas por insegurança dos responsáveis. 4 crianças que tiveram teste positivo foram encaminhadas para vacinação em ambiente hospitalar. Todos os pacientes foram convidados a realizar seguimento no ambulatório de alergia alimentar. **Conclusão:** A imunização é a forma ideal de prevenção da febre amarela. Durante surtos de doença, recomenda-se que crianças alérgicas a ovo sejam avaliadas pelo especialista e submetidas à teste cutâneo com a vacina já que a grande maioria consegue ser vacinada com segurança.

Palavra chave: alergia a ovo, vacina febre amarela