

Alergia alimentar, dermatite atópica e provável Síndrome hiper IgE em criança com 6 anos: relato de caso

Caroline Schleiffer Buoniconti, Daniela Silva Galo, Ana Cristina Schleiffer*

Apresentação do caso: V.F.S., sexo masculino, cinco anos, nascido a termo, leite materno exclusivo até seis meses. Apresentou com 1 ano e quatro meses xerodermia e eritema em dobras de cotovelos e joelhos, além de lábios com crostas secas após introdução ao leite de vaca. Alfa lactoglobulina e beta lactoglobulina elevadas, diagnosticado com dermatite atópica e alergia à proteína do leite de vaca, que foi suspenso e substituído pelo leite de soja e iniciado corticoterapia. Com 2 anos e 5 meses, apresentou novamente eritema generalizado e prurido nasal. Solicitado IgE (2.000) e diagnosticado com rinite alérgica e alergia ao leite de soja, clara e trigo. Prescrito tacrolimus tópico e hidratação corporal. Hepatite medicamentosa aos cinco anos em consulta de rotina, suspenso corticoterapia. Relato de três internações devido a pneumonia comunitária. Desenvolvimento neuropsicomotor adequado para a idade. Baixa estatura não familiar. História materna de alergia à proteína do leite de vaca. Atualmente, dermatite atópica de difícil controle e IgE acima de 5.000. **Discussão:** A Síndrome Hiper IgE ou Síndrome de Job é uma doença com manifestações imunológicas e não imunológicas devido a uma mutação genética. Esta interfere na produção de citocinas reguladoras e, por isso, podem ocorrer anormalidades esqueléticas, predisposição a infecções, eosinofilia extrema e alterações neurológicas. Além disso, há elevação da imunoglobulina IgE com a participação de linfócitos, eosinófilos e citocinas causando uma reação mista que pode predispor à alergia alimentar. **Comentários finais:** Devido ao difícil diagnóstico, à baixa incidência, cerca 1/1.000.000 de casos anualmente, esta é uma síndrome pouco descrita na literatura e que deve ser difundida entre os médicos e especialistas, pois a alergia alimentar e a dermatite atópica são tanto diagnósticos diferenciais como consequências. Portanto, uma abordagem precoce reduz consequências em longo prazo, como tendência ao suicídio e atraso neurológico.

* Universidade José do Rosário Vellano.

Anafilaxia à vacina de febre amarela em paciente com esofagite eosinofílica

Grazielly de Fatima Pereira, Pâmella Diogo Salles,
Rafaella Amorim Gaia Duarte, Amanda Rocha Firmino Pereira,
Pablo Torres Cordova, Fabio Fernandes Morato Castro, Ariana Campos Yang*

Apresentação do caso: M.L.D., feminino, 3 anos e 6 meses, natural e procedente de Campinas/SP. Recebeu aleitamento materno exclusivo até os 6 meses, quando foi introduzida fórmula infantil e apresentou urticárias e vômitos em jato de imediato. Aos 10 meses, mãe procurou auxílio do otorrinolaringologista que orientou exclusão total de leite e soja. Neste momento, apresentava IgE específica para leite de 3,65 kU/L, alfa-lactoalbumina 0,4 kU/L, beta-lactoglobulina 0,58 kU/L e soja 1,72 kU/L. A medida que a mãe introduzia novos alimentos e a criança cursava com disfagia e tosse durante as refeições, os mesmos eram retirados, chegou a restrição total de 14 alimentos. Com 1 ano e 11 meses, após avaliação com alergista foi feito diagnóstico de esofagite eosinofílica (EoE), e gradativamente reintroduziu-se a maior parte dos alimentos na dieta, mantendo restrição apenas de leite e trigo, devido sintomas imediatos e IgE específicas, para leite de 14,1 kU/L, caseína 3,89 kU/L e trigo 1,4 kU/L. Aos 3 anos de idade recebeu vacina de febre amarela, e após 10 minutos evoluiu com anafilaxia com insuficiência respiratória. Foi medicada com corticoide endovenoso, prometazina e adrenalina intramuscular com melhora clínica. A suspeita está em investigação, sendo que a principal hipótese é de reação à gelatina, uma vez que consome ovo regularmente. **Discussão:** A anafilaxia à vacina da febre amarela é rara, e a maioria está relacionada a primeira aplicação, sugerindo que os excipientes possam apresentar maior papel na resposta alérgica que o próprio antígeno viral. Os alérgenos mais relacionados são ovo, gelatina, eritromicina e canamicina. **Comentários finais:** A esofagite eosinofílica é uma doença de mecanismo misto que cursa com disfunção da barreira epitelial do esôfago, favorecendo a múltiplas sensibilizações, e pode resultar em reações alérgicas IgE mediadas.

* Universidade Estadual de Campinas.



Doença cardíaca eosinofílica: aspectos clínicos e de imagem

João Paulo de Assis, Raísa Borges de Castro, Carolina Tavares de Alcântara,
Jorge kalil, Clóvis Eduardo Santos Galvão*

Introdução: As síndromes hipereosinofílicas (SHE) são caracterizadas por eosinofilia prolongada (> 1500 eosinófilos/mm³), sem uma causa primária e com evidência de danos em órgãos mediados por estas células, incluindo o coração. A anormalidade cardiovascular mais característica na SHE é a fibrose endomiocárdica levando a cardiomiopatia restritiva. **Objetivo:** Discutir um caso de SHE com comprometimento cardíaco, enfatizando seus aspectos clínicos e evolutivos. **Caso:** Paciente do sexo feminino, 67 anos, tabagista de 54 anos/maço, apresentando quadro de perda ponderal de 5 quilos em 2 semanas, dispneia e edema de membros inferiores. Durante investigação encontrada eosinofilia em sangue periférico de 2314/mm³. Prosseguiu-se com investigação e no ecocardiograma transtorácico foi visto sinais de obliteração dos ápices ventriculares por componente infiltrativo, sugestivo de Endocardite de Loeffler e insuficiência de valvas tricúspide e mitral. Diante do quadro clínico e exames optado por iniciar tratamento para Insuficiência Cardíaca Diastólica. Paciente evolui com descompensação da doença de base, entrando em Edema Agudo de Pulmão e insuficiência respiratória refratária a medidas terapêuticas. Evoluiu ao óbito. **Discussão:** Sabe-se que a infiltração eosinofílica do compartimento intersticial dos tecidos cardíacos é prejudicial. A paciente apresentava como principal manifestação da SHE a Endocardite de Loeffler que se refere à inflamação do endocárdio caracterizada por infiltração de eosinófilos levando a fibrose. Os sinais clínicos e ecocardiográficos da doença cardíaca eosinofílica podem variar amplamente entre os pacientes e o tratamento precoce pode limitar danos irreversíveis. **Conclusão:** as manifestações cardiovasculares são causa de morbidade e mortalidade na SHE. Ressalta-se a importância da investigação de eosinofílicas persistentes sem causa aparente como diagnóstico diferencial para que se possa tratar precocemente o quadro melhorando prognóstico e sobrevida.

* Hospital das Clínicas USP - São Paulo.

Esofagite eosinofílica assintomática e persistência de eosinofilia nas biópsias esofágicas

Dandara Morena Gonçalves Silveira, Lorena Bonotto Horvatic,
Pollyana Moreira Schneider, Vanessa Cristina Leite Mick, Herberto Jose Chong Neto,
Carlos Antonio Riedi, Nelson Augusto Rosario*

Apresentação do caso: Masculino, 8 anos, encaminhado pelo Gastropediatra por diagnóstico de Esofagite Eosinofílica (EoE) com persistência de eosinofilia nas biópsias esofágicas, apesar de assintomático e em uso de corticoide inalado por via oral. Realizado TCA para aeroalérgenos, Dp (8x4 mm), Bt (3x3 mm), IgE total: 1529 mg/dL, alimentos (leite de vaca, ovo, trigo e soja), positivo apenas para leite de vaca (LV) (7x6 mm). Contato com LV aos 4 meses de idade com aparecimento de placas eritematosas ao redor da boca após contato aos 6 meses de idade com aparecimento das mesmas lesões, onde o pediatra suspendeu LV. Aos 4 anos, reintroduziu LV sem orientação médica e sem intercorrências. Orientamos dieta de exclusão do LV, corticoide inalado por via oral e solicitada nova endoscopia digestiva alta após 7 meses de dieta de exclusão. Nas endoscopias pré-exclusão do LV apresentava exsudato esbranquiçado e formação de linhas verticais com número de eosinófilos variando de 35 até >60 por campo de grande aumento (CGA). Endoscopia pós-exclusão não apresentou sinais de esofagite e presença de até 3 eosinófilos por CGA. **Discussão:** A EoE é caracterizada por infiltração isolada do esôfago com eosinófilos, que não acomete outras partes do trato gastrointestinal. Os sintomas são vômitos, dor abdominal, regurgitação e disfagia. O diagnóstico é definido por ≥ 15 eosinófilos por CGA após uso de inibidor da bomba de prótons por 8 semanas. Pacientes com EoE frequentemente têm história de atopia, níveis elevados de IgE sérico, eosinofilia, doenças alérgicas (asma, DA ou rinite), e sensibilização para alimentos e aeroalérgenos. **Comentários finais:** Após confirmado sensibilidade mediada por IgE para LV e realizada dieta de exclusão, foi evidenciada redução significativa de eosinófilos na mucosa esofágica, evidenciando o diagnóstico de EoE por LV.

* Hospital de Clínicas da UFPR.

Manejo da Doença de Kimura com azatioprina

Orlando Trevisan Neto, Débora Corazza Biazin, Julianne Alves Machado,
Letícia Matushita, Persio Roxo Junior*

Apresentação do caso: Paciente do sexo feminino, 16 anos, procurou auxílio médico aos 9 anos por apresentar dermatite atópica. Perdeu seguimento e retornou aos 11 anos após diagnóstico de tumor cerebral e de glândula lacrimal. Na investigação do quadro, foi detectado nódulos cervicais, IgE total 930 KU/L e eosinofilia periférica 600/mm³. Foi submetida à biópsia de linfonodos cervical e axilar, bem como das tumorações, revelando ausência de malignidade e presença de eosinófilos, confirmando o diagnóstico de doença de Kimura (DK). Aos 15 anos apresentou tumor de órbita. Realizou-se ressecção cirúrgica dos tumores e tratamento com corticoide sistêmico para o controle da doença. Devido aos efeitos colaterais (alopecia e ganho ponderal) foi feita a redução gradual do fármaco e introdução de ciclosporina, mas a paciente evoluiu com nefrotoxicidade, com resolução após sua suspensão. Desta forma, há 2 meses iniciou com a azatioprina (1,8 mg/kg/dia), com redução das massas. A paciente não apresentou reações adversas clínicas ou laboratoriais, até o momento. **Discussão:** A DK é uma doença rara e prevalente em jovens do sexo masculino de origem asiática. É caracterizada por uma tríade de massas subcutâneas indolores de cabeça e pescoço, eosinofilia no sangue periférico e aumento dos níveis séricos de IgE. A patogênese ainda é incerta, mas a doença é considerada de origem alérgica e parece ser um distúrbio imunológico sistêmico. O diagnóstico diferencial com hiperplasia angiolinfoide com eosinofilia deve ser realizado. O tratamento consiste em ressecção cirúrgica e, como opções terapêuticas, há a radioterapia, o corticoide sistêmico, os agentes citotóxicos, a ciclosporina e a pentoxifilina. **Considerações finais:** A paciente não se enquadra nas características mais prevalentes da doença, por ser do sexo feminino e não ser asiática, todavia apresenta a tríade do diagnóstico de DK, que foi confirmado por exame histopatológico. Azatioprina vem sendo uma opção eficaz e segura.

* USP - Ribeirão Preto.