
AULA ALERGIA

Anafilaxia na alergia alimentar

INTRODUÇÃO

Definição

Reação de hipersensibilidade sistêmica **grave**, em geral de **início rápido**, que pode ser **fatal**.

Início

Minutos a poucas horas após a exposição; nos alimentos, geralmente em até 30 minutos.

Multissistêmica

Pele e mucosas, vias aéreas, sistema cardiovascular, trato gastrointestinal e sistema nervoso.

Imprevisível

Uma reação prévia leve não garante que a próxima também será leve.

INTRODUÇÃO

Epidemiologia

No mundo

- Incidência e internações por anafilaxia em ascensão nas últimas décadas
- Alimentos são o principal desencadeante em crianças e adolescentes
- Letalidade baixa, concentrada em adolescentes, asmáticos e em quem recebe adrenalina tardiamente

Registro Brasileiro de Anafilaxia (ASBAI)

406

pacientes, jun/2021 a
fev/2026

~59%

receberam adrenalina

7%

usaram autoinjeter (28 de
406)

17

reações bifásicas registradas

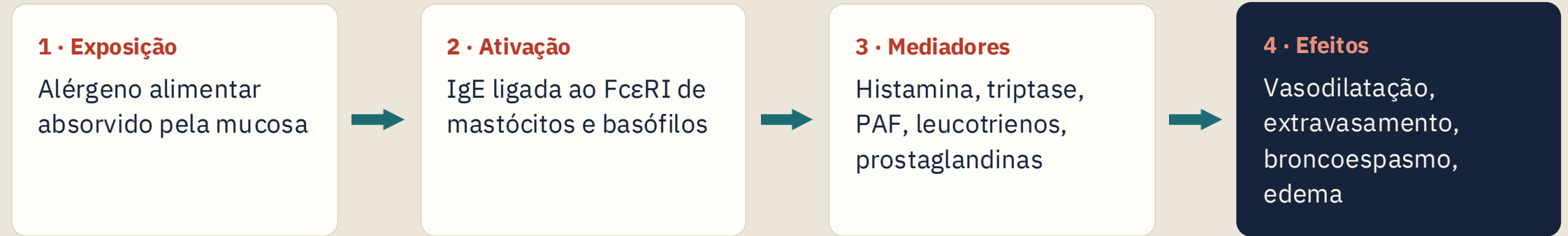
Gatilhos alimentares

Faixa etária	Alimentos mais envolvidos	Particularidades
Lactentes (<2 anos)	Leite de vaca, ovo	No Brasil e na América Latina, o leite de vaca se destaca; sinais inespecíficos
Pré-escolares e escolares	Leite, ovo, amendoim, castanhas, trigo	Exposições em escola, festas e lanches compartilhados
Adolescentes	Amendoim, castanhas, peixes, crustáceos, trigo	Maior risco de reação fatal; muitos não portam adrenalina



Causas emergentes: alfa-gal (carne vermelha, reação tardia de 3–6 h), proteínas de transferência de lipídeos (frutas) e trigo com exercício como cofator.

Fisiopatologia



PAF correlaciona-se com a gravidade; baixa atividade da PAF-acetil-hidrolase associa-se a reações fatais.

O extravasamento capilar pode deslocar grande parte do volume intravascular em poucos minutos.

Critérios diagnóstico

Critério 1

Início agudo (minutos a horas) com **pele e/ou mucosas** (urticária, prurido, rubor, angioedema de lábios, língua ou úvula) **E** pelo menos um:

- Comprometimento respiratório (dispneia, sibilância, estridor, hipoxemia)
- Hipotensão ou disfunção de órgão-alvo (hipotonia, síncope, incontinência)
- Sintomas gastrintestinais graves (cólica intensa, vômitos repetidos)

Critério 2

Início agudo de **hipotensão, broncoespasmo** ou **envolvimento laríngeo** após exposição a alérgeno conhecido ou altamente provável para aquele paciente.

Mesmo sem manifestações cutâneas.

Avaliação clínica

Hipotensão por idade (PAS)

Idade	PAS baixa
1 mês a 1 ano	< 70 mmHg
1 a 10 anos	< 70 + (2 × idade) mmHg
11 a 17 anos	< 90 mmHg

Ou queda > 30% da PAS basal. **Taquicardia** surge antes da hipotensão.

Lactentes: sinais que enganam

- Choro inconsolável e irritabilidade
- Sonolência súbita, hipotonia, "bebê largado"
- Vômitos repetidos logo após a ingestão
- Rouquidão, choro alterado, tosse
- Não sabem relatar prurido, dispneia ou mal-estar

Fatores de risco e cofatores

Risco de reação grave ou fatal

- Asma, sobretudo não controlada
- Adolescência e adulto jovem
- Amendoim, castanhas e leite de vaca
- Atraso ou ausência de adrenalina
- Doença cardiovascular e mastocitose (raras na infância)

Cofatores que amplificam a reação

- Exercício físico
- Infecção aguda e febre
- Anti-inflamatórios não esteroides
- Privação de sono e estresse
- Menstruação e álcool (adolescentes)

LABORATÓRIO

Triptase sérica

1 Coletar 30 min a 2 h após o início dos sintomas, sem atrasar o tratamento

2 Dosar a basal ao menos 24 h após a resolução

3 Elevação significativa: pico $> 1,2 \times \text{basal} + 2 \text{ ng/mL}$



Na anafilaxia alimentar pediátrica a triptase **frequentemente não se eleva.**

Valor normal não exclui o diagnóstico, que é clínico.

TRATAMENTO AGUDO

Adrenalina intramuscular. Imediatamente.

Primeira linha em todas as diretrizes. Não há contraindicação absoluta na anafilaxia.

TRATAMENTO AGUDO

Abordagem inicial

01

Remover o alérgeno

Interromper a ingestão; não induzir vômito

02

Pedir ajuda

SAMU ou equipe de emergência; avaliar ABCDE

03

Adrenalina IM

0,01 mg/kg na coxa; repetir em 5–15 min se necessário

04

Posicionar

Deitado com pernas elevadas; sentado se dispneia; lateral se vômitos. Nunca em pé.

05

Oxigênio e via aérea

O₂ em alto fluxo; preparar via aérea avançada se estridor

06

Acesso e volume

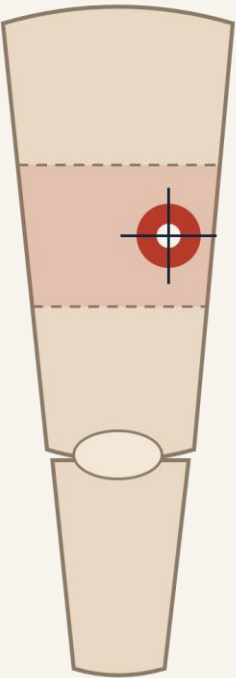
SF 0,9% 10–20 mL/kg em bolus, repetir conforme resposta; monitorizar

TRATAMENTO AGUDO

Adrenalina

Dose	0,01 mg/kg da solução 1 mg/mL (1:1.000) = 0,01 mL/kg
Máximo	0,3 mg em crianças · 0,5 mg em adolescentes
Via e local	IM no vasto lateral, terço médio da coxa
Repetir	A cada 5–15 min se não houver melhora
Autoinjeter	0,15 mg (≈7,5–25 kg) · 0,3 mg (≥25 kg) · 0,1 mg para lactentes, onde disponível

Nunca IV em bolus fora de ambiente monitorizado: risco de arritmia e morte.



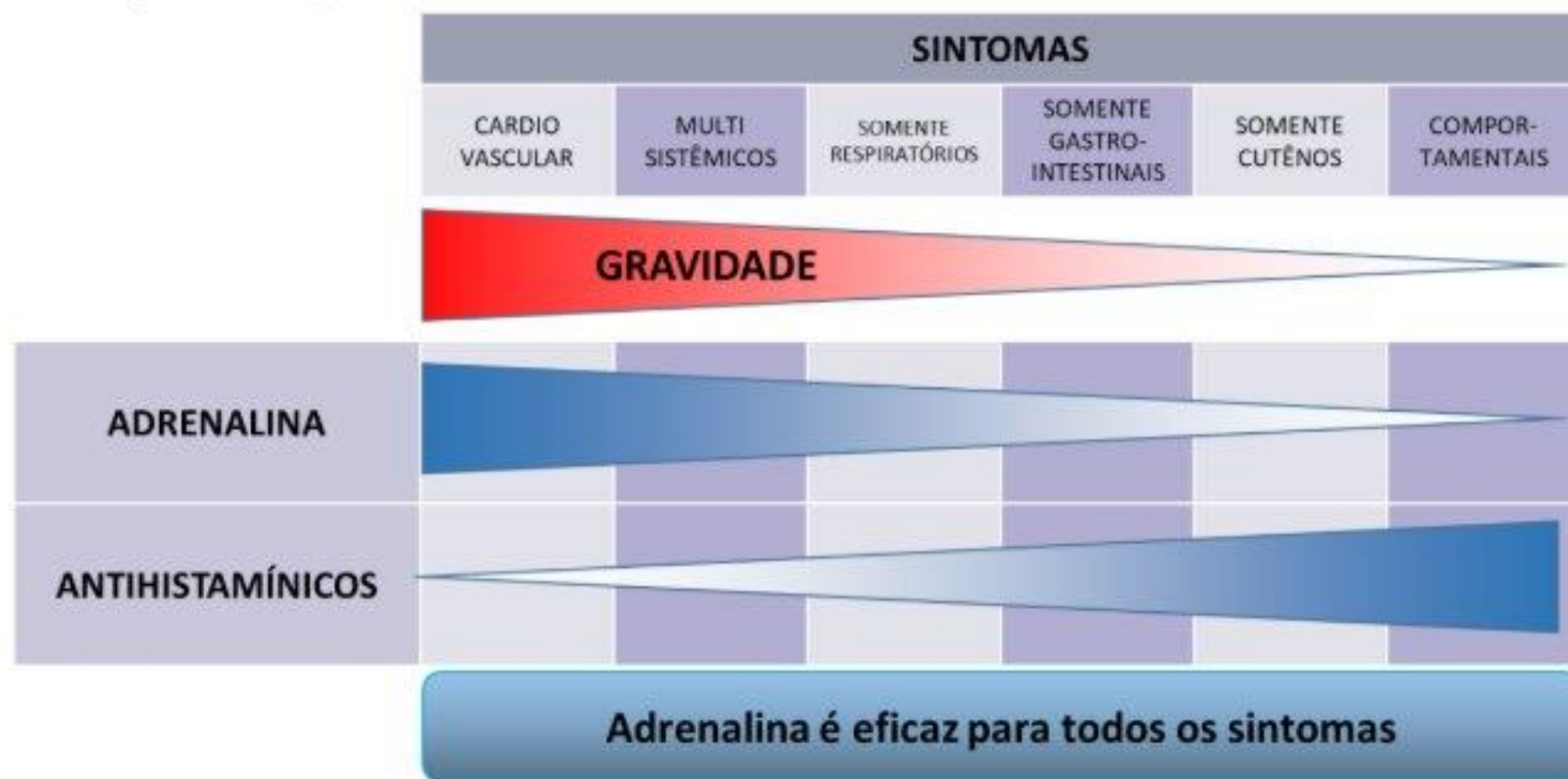
Alvo: terço médio, face anterolateral (vasto lateral)

TRATAMENTO AGUDO

Adjuvantes

Medicação	Papel	Atenção
Anti-histamínico H1	Alívio de prurido e urticária	Não trata obstrução de via aérea nem choque; não pode atrasar a adrenalina
Corticosteroide	Sem benefício comprovado na fase aguda nem na prevenção da bifásica	Não usar de rotina (AAAAI 2020/2023); considerar se asma associada
β2-agonista inalatório	Broncoespasmo persistente após adrenalina	Complementa, não substitui a adrenalina IM
Glucagon	Refratariedade em uso de β-bloqueador	Raro em pediatria; 20–30 mcg/kg IV (máx. 1 mg)

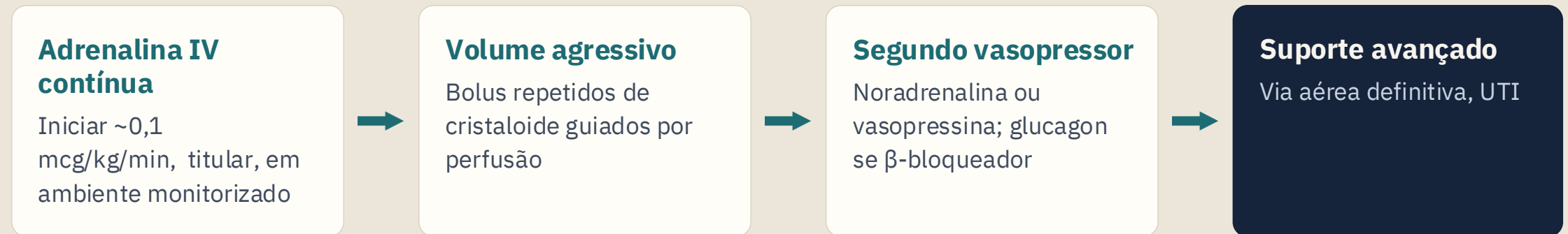
FIGURA 3: Efeitos da adrenalina e de anti-histamínicos sobre os sintomas de acordo com os sistemas acometidos e gravidade (1)



TRATAMENTO AGUDO

Anafilaxia refratária

Persistência de sintomas graves após **2 doses adequadas de adrenalina IM (2-3% das reações não respondem a 2 doses)** e suporte inicial.



Reação bifásica e tempo de observação

~5%

das anafilaxias têm recorrência sem nova exposição, em geral nas primeiras 12 h

Registro brasileiro: 17 de 406 (≈4%)

Maior risco de bifásica

Reação inicial grave · mais de 1 dose de adrenalina · adrenalina tardia · gatilho desconhecido

Resposta rápida a 1 dose, sem fatores de risco: observação curta (≥ 2 h segundo AAAAI; na prática, 4–6 h)

Grave, >1 dose, asma grave ou acesso difícil a cuidados: observação prolongada ou internação (12–24 h)

ALTA

Plano de ação

✓ **2 doses de adrenalina** prescritas, com dose em mL

✓ **Treino prático** de família, cuidadores e escola

✓ **Asma e comorbidades** controladas

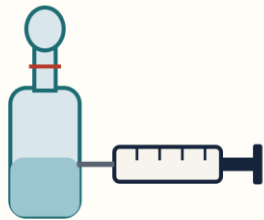
✓ **Plano de ação escrito** e personalizado

✓ **Evitação orientada:** leitura de rótulos (RDC Anvisa 727/2022)

✓ **Encaminhamento ao alergista** para confirmar o gatilho

ATUALIZAÇÕES NO TRATAMENTO

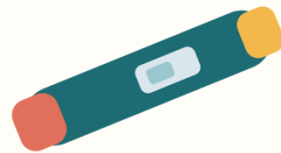
Dispositivos



Ampola + seringa

Disponível no Brasil, baixo custo; preparo demorado e risco de erro de dose

Brasil: disponível



Autoinjeter IM

Padrão internacional; 0,15 e 0,3 mg (0,1 e 0,5 mg em alguns países)

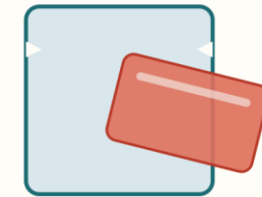
Brasil: sem registro



Spray nasal

Sem agulha; 2 mg (≥ 30 kg) e 1 mg (15– <30 kg). FDA 2024–2025, UE 2024

Brasil: indisponível



Filme sublingual

Pró-fármaco que se dissolve sob a língua; FDA pediu novos estudos de usabilidade

Em desenvolvimento

ATUALIZAÇÕES NO TRATAMENTO

Adrenalina em spray nasal

Aprovações	FDA: 2 mg (≥ 30 kg) ago/2024; 1 mg (≥ 4 anos, 15–<30 kg) mar/2025 · UE: ago/2024
Como funciona	Adrenalina com intensificador de absorção mucosa (dodecil maltosídeo)
Evidência	Farmacocinética e farmacodinâmica comparável à adrenalina injetável, inclusive em crianças; não testada em anafilaxia real
Uso	1 jato em uma narina; sem melhora em 5 min, 2ª dose com novo dispositivo
Limites	Custo, dados de vida real ainda escassos, indisponível no Brasil



~1/3

das prescrições pediátricas de adrenalina nos EUA são para crianças de 15–30 kg

ATUALIZAÇÕES NO TRATAMENTO

Filme sublingual e o que vem depois



Photo: Aquestive

Aquestive's Anaphylm epinephrine product.

Dibutepinefrina sublingual

Pró-fármaco para ≥ 30 kg; pico plasmático em mediana de ~12 min em adultos, farmacocinética comparável aos autoinjetores

Fev/2026: FDA não aprovou ainda

Motivo: fatores humanos — dificuldade de abrir o envelope e posicionamento incorreto do filme

No Brasil, ainda não há autoinjeter registrado

Sem registro na Anvisa: acesso por importação ou via judicial

Abr/2026: Anvisa determina apreensão de autoinjeter vendido irregularmente; ASBAI alerta para risco de produtos sem registro

Sem registro, sem SUS; fornecimento gratuito em debate no Congresso (PL 85/2024)

Na prática: ampola 1 mg/mL + seringa de 1 mL, dose escrita em mL (0,01 mL/kg) e treino com a família

7%

dos pacientes do Registro Brasileiro de Anafilaxia receberam adrenalina por autoinjeter

Conclusão

Mensagens finais

- 1 Diagnóstico é clínico
- 2 Adrenalina IM 0,01 mg/kg na coxa, sem demora; repetir em 5–15 min
- 3 Anti-H1 e corticoide são adjuvantes, nunca substitutos
- 4 Asma não controlada e adolescência aumentam o risco de óbito
- 5 Spray nasal amplia o acesso lá fora; aqui, kit ampola + seringa e luta pelo registro
- 6 Alta com 2 doses, plano escrito, treino e alergista; discutir terapias modificadoras



Obrigado pela atenção!



MODO FÉRIAS
ATIVADO

Perguntas agora, por favor. Daqui a pouco estarei fora da área de cobertura.