AULA ALERGIA

Caso Clínico

Pedro Campolina Nahass
Residente de Pneumologia Pediátrica do HIJPII

CASO CLÍNICO · APRESENTAÇÃO

Identificação

Sexo masculino, **7 anos e 7 meses**

Sem comorbidades e sem medicações de uso contínuo

Internação

Queimadura de **2º grau superficial** em face anterior da coxa direita e abdome superior

Superfície corporal queimada: 5%

Antecedente alérgico

Reação cutânea à **dipirona EV** em 3 ocasiões

Nenhuma outra alergia conhecida

> Em 30/09, evoluiu com **choque anafilático** cerca de 15 minutos após o banho para troca de curativo.

CASO CLÍNICO · 30/09

Exposições antes da reação

1 · Sedação
Cetamina e **midazolam** IM

→

2 · Banho
Clorexidina sobre pele queimada

→

3 · Curativo
Aquacel® Ag (contém prata)

→

4 · Analgesia
Morfina via oral

→

5 · ~15 min
Início dos sintomas

Também presente: luvas de látex nos cuidados de enfermagem.

CASO CLÍNICO · EVOLUÇÃO

Evolução clínica

#	Quadro clínico	Conduta
1	Tosse, estridor, esforço respiratório, taquipneia, sibilos e SpO_2 89%	O_2 por cateter, salbutamol 6 jatos, dexametasona EV 0,3 mg/kg
2	Queda persistente da saturação	Máscara com reservatório 6 L/min, ipratrópio
3	Edema periorbitário progressivo	Adrenalina IM 0,01 mg/kg
4	Hipotensão: PA 74 × 38 mmHg	Expansão com SF 0,9% 500 mL
5	Choque anafilático	Vaga de CTI para monitorização

CASO CLÍNICO · DISCUSSÃO

Principais suspeitos

Agente	Mecanismo possível	Dado do caso	Hipótese
Clorexidina	IgE-mediado	Banho sobre pele queimada, sem barreira	Mantida
Midazolam	IgE-mediado (raro)	IM, antes do banho	Mantida
Morfina	Não IgE: ativação direta de mastócitos	VO, após o banho	Mantida
Aquacel® Ag	IgE-mediado (muito raro)	Curativo; provocação negativa	Descartada
Cetamina	—	Reexposição sem reação	Descartada
Látex	IgE-mediado	Luvas nos cuidados, sem nova reação	Improvável

CASO CLÍNICO · INVESTIGAÇÃO

Testes realizados na internação

01/10 ·

Prick-to-prick

Aquacel® Ag, midazolam, sulfadiazina de prata e clorexidina

Leitura em 20 min: **negativo** para todos

02/10 ·

Provocação com o curativo

Aquacel® Ag em pele sã (40 min) e em área queimada (60 min)

Sinais vitais estáveis: **negativo**

⚠ **Por que o prick negativo não exclui alergia:** feito no período refratário (24 h), em uso de anti-histamínico e corticoide sistêmico e sem controles positivo e negativo — risco de falso negativo.

CASO CLÍNICO · DESFECHO

Hipóteses e conduta

Hipóteses diagnósticas

1. Queimadura de 2º grau superficial, 5% de superfície corporal

2. Choque anafilático

Prata (Aquacel® Ag): **descartada**

Midazolam ou clorexidina, IgE: **em aberto**

Morfina, não IgE: **em aberto**

Conduta

- Se algum suspeito for indispensável: dose baixa, aumento gradual e preparo para reação grave
- Acompanhamento em ambulatório especializado de alergia após a alta

AULA ALERGIA

Anafilaxia perioperatória

EPIDEMIOLOGIA E MECANISMOS

Rara, grave e de mecanismo variado

1:353 a 1:18.600

≈1:10.000
reações alérgicas com agente identificado (França)

até 4,7–9%
mortalidade

>7:10.000
Brasil, por questionário (sem confirmação)

Três caminhos para o mesmo quadro

Alérgico: IgE (principal) — recorre a cada exposição

Não alérgico: MRGPRX2 (opioides, BNM, quinolonas), complemento, COX-1, cininas

Não imune: efeito farmacológico ou complicação anestésico-cirúrgica

Mertes PM, et al. SFAR/SFA Guidelines 2025. Anaesth Crit Care Pain Med. 2026;45:101867 · Spindola MAC, et al. (SBA/ASBAI) Arq Asma Alerg Imunol. 2019;3(4):363-81 · McNeil BD, et al. Nature. 2015;519:237-41

AGENTES CAUSAIS

Distribuição mundial

% dos casos	França	R. Unido	EUA	Espanha
BNM	60,6	32,7	23	37
Antibióticos	18,2	47,2	59	44
Clorexidina	—	7,7	—	—
Azul patente	5,4	4,5	—	—

Brasil: sem estudos confirmados; BNM citados em 37,6% por anestesiologistas

WAO 2026: antibióticos > BNM > AINEs;

Crianças: BNM e antibióticos; látex em multioperados

Capelo AV. Reações intraoperatórias: como investigar? CBAI 2024 · Gonzalez-Estrada A, et al. World Allergy Organ J. 2026;19:101362 · Solé D, et al. (SBA/ASBAI) Arq Asma Alerg Imunol. 2020;4(1):35-60

MEDICAMENTOS

Classe de medicamentos

Classe	Pontos-chave
BNM	Reatividade cruzada frequente e imprevisível; trocar de BNM não garante segurança — só o teste define. Cisatracúrio: menor risco
Antibióticos	Cefazolina lidera; cadeia lateral única, sem cruzar com outros betalactâmicos. Rash leve com penicilina antes dos 6 anos: cefazolina liberada
Hipnóticos	Propofol é seguro na alergia a ovo e soja. Midazolam raro, mas frequente em testes positivos no Brasil
Opioides	Morfina e codeína liberam histamina (MRGPRX2), quadro cutâneo. Fentanil, alfentanil e remifentanil não liberam
AINEs	Principal causa de anafilaxia por drogas no Brasil, rara no intraoperatório; alternativas: paracetamol, inibidor de COX-2
Anest. locais	Menos de 1% das reações; ésteres mais antigênicos que amidas; vasovagal e toxicidade imitam alergia

Solé D, et al. (SBA/ASBAI) Arq Asma Alerg Imunol. 2020;4(1):35-60 · Mertes PM, et al. SFAR/SFA 2025. Anaesth Crit Care Pain Med. 2026;45:101867

MEDICAMENTOS

Antígenos ocultos

Clorexidina

Antisséptico, géis uretrais, cateteres impregnados, colírios, curativos. Absorção maior em mucosa e pele lesada

Látex

Reação tardia na cirurgia, após contato com mucosas. Risco em multioperados e na síndrome látex-fruta

Corantes azuis

Azul patente e de metileno; início tardio; falsa queda na oximetria

Gelatinas

Coloides e hemostáticos; evitar na síndrome alfa-gal

Excipientes

PEG, polissorbato 80, carboximetilcelulose, manitol, povidona

Óxido de etileno

Gás esterilizante; risco em diálise e derivação ventriculoperitoneal

Solé D, et al. (SBA/ASBAI) Arq Asma Alerg Imunol. 2020;4(1):35-60 · Capelo AV. CBAI 2024 · Mertes PM, et al. SFAR/SFA 2025. Anaesth Crit Care Pain Med. 2026;45:101867

RELAÇÃO TEMPORAL

O momento da reação aponta o suspeito

Indução	Até 30 min	Após 30 min	Fim e recuperação
• Hipnóticos IV	• Clorexidina	• Sangue e derivados	• AINEs e dipirona
• BNM	• Látex	• Cimento ósseo	• Opioides
• Antibióticos IV	• Coloides	• Liberação do torniquete	• Agentes reversores
• Cateter impregnado	• Contrastes e corantes		

Via IV: minutos. Pele, mucosa, linfa e torniquete: reação mais tardia. Considerar tudo até **2 h antes** do início.

Spindola MAC, et al. (SBA/ASBAI) Arq Asma Alerg Imunol. 2019;3(4):363-81, Tabela 4 · Capelo AV. CBAI 2024 · Ewan PW, et al. Clin Exp Allergy. 2010;40(1):15-31

RECONHECIMENTO E GRAVIDADE

Classificação de gravidade

Grau	Ring & Messmer modificada
I	Pele e mucosas: eritema, urticária, com ou sem angioedema
II	Multissistêmico moderado: hipotensão (queda >30%), taquicardia, tosse, dificuldade ventilatória
III	Risco de vida: colapso, taqui ou bradicardia, arritmia, broncoespasmo; pele pode faltar
IV	Parada cardiorrespiratória

Por que atrasa

- Não há queixa de prurido ou mal-estar
- Campos cirúrgicos escondem a pele
- Hipotensão atribuída ao anestésico
- Broncoespasmo atribuído à asma
- Queda do $EtCO_2$ é sinal precoce

Spindola MAC, et al. (SBA/ASBAI) Arq Asma Alerg Imunol. 2019;3(4):363-81, Tabelas 1–2 · Mertes PM, et al. SFAR/SFA 2025 (R4.1, R4.2). Anaesth Crit Care Pain Med. 2026;45:101867

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Nem toda instabilidade é anafilaxia

Hipotensão isolada

- Excesso de anestésico
- Bloqueio do neuroeixo
- Sangramento, sepse
- Embolia pulmonar
- Cimento ósseo

Broncoespasmo isolado

- Asma não controlada
- Hiper-reatividade viral
- Anestesia superficial
- Tubo mal posicionado
- Aspiração

Angioedema

- Intubação traumática
- IECA
- Angioedema hereditário ou adquirido

Só pele

- Liberação direta de histamina
- Urticária crônica
- Tração mesentérica
- Mastocitose

Capelo AV. CBAI 2024 · Spindola MAC, et al. (SBA/ASBAI) Arq Asma Alerg Imunol. 2019;3(4):363-81, Tabela 3

CONDUTA AGUDA · PEDIATRIA

Tratamento

Grau	Adrenalina IV na criança	Cristaloide
I	Não indicada; vigiar progressão	—
II	1 µg/kg (máx. 10 µg) a cada 2 min	≥10 mL/kg
III	1 µg/kg, até 5–10 µg/kg (máx. 100 µg) a cada 2 min	20 mL/kg em até 30 min
IV	10 µg/kg, conforme protocolo de PCR pediátrica	20 mL/kg, repetir

Sem acesso ou enquanto dilui: adrenalina IM 0,01 mg/kg na coxa

Junto: pedir ajuda, O_2 100%, retirar o suspeito, interromper estímulo cirúrgico

Mertes PM, et al. SFAR/SFA 2025 (R4.3.1–R4.4.4). Anaesth Crit Care Pain Med. 2026;45:101867 · Spindola MAC, et al. (SBA/ASBAI) 2019, Tabelas 5, 7 e 9

CONDUTA AGUDA · PEDIATRIA

Anafilaxia refratária

Fazer

- Adrenalina em infusão: 0,05–0,1 µg/kg/min, titular
- Procurar antígeno ainda presente: cateter com clorexidina, látex, coloide
- Ecocardiograma para guiar volume
- Vasoplegia: noradrenalina, vasopressina ou azul de metileno
- PCR: considerar ECMO

Não fazer

- Sugamadex para tratar reação ao rocurônio
- Noradrenalina no lugar da adrenalina
- Anti-H1 IV ou IM em crianças
- Corticoide como tratamento de 1ª linha

Depois de estabilizar

- Cirurgia pode seguir, após discussão
- Não repetir a classe suspeita
- Ambiente sem látex e outro antisséptico
- Graus III–IV: UTI, ≥24 h após resolução

Mertes PM, et al. SFAR/SFA 2025 (R4.3.7, R4.5–R4.7). Anaesth Crit Care Pain Med. 2026;45:101867 · Spindola MAC, et al. (SBA/ASBAI) 2019, Tabelas 8–10

ANTES DE SAIR DA SALA

A investigação começa no centro cirúrgico

1. **Triptase aguda** entre 30 min e 2 h; **basal** ≥24 h após a resolução
2. **Registrar tudo** com horário: fármacos, antissépticos, géis, cateteres, corantes
3. **Relatório escrito** à família, com o que evitar até a investigação
4. **Encaminhar** ao alergista, idealmente com o anestesista

FÓRMULA DA TRIPTASE

Aguda > 1,2 × basal + 2 µg/L

VPP 94% · VPN 53% · sensibilidade 75% · especificidade 86%

Normal não exclui.

WAO 2026: só 46% coletam na janela de 2 h

Mertes PM, et al. SFAR/SFA 2025 (R1.3–R1.8). Anaesth Crit Care Pain Med. 2026;45:101867 · Gonzalez-Estrada A, et al. World Allergy Organ J. 2026;19:101362 · Vitte J, et al. Allergy. 2019;74:1157-65

ALGORITMO DE INVESTIGAÇÃO

Do centro cirúrgico ao laudo do alergista

Na sala
Triptase aguda, histamina; registro completo

→

Primeiros dias
IgE específica

→

≥ 4 semanas
Prick e intradérmico com todos os expostos + látex + clorexidina

→

2ª linha
BAT; provocação em centro de referência

Teste positivo
Alergia confirmada: evitar o agente e os de reação cruzada. BNM positivo: testar todos os BNM

Todos negativos
Baixa probabilidade: reintroduzir. Alta: rever ficha com a equipe, antígeno oculto, mastocitose

Impossível testar
Evitar suspeitos; anestesia regional; sem látex; outro antisséptico

Mertes PM, et al. SFAR/SFA 2025 (R1.6–R1.11). Anaesth Crit Care Pain Med. 2026;45:101867 · Garvey LH, et al. Allergy. 2019;74:1872-84 · Capelo AV. CBAI 2024

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 gastrintestinal e sistema nervoso.

Imprevisível

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

Cardona V, et al. World Allergy Organization Anaphylaxis Guidance 2020. World Allergy Organ J. 2020;13(10):100472

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 autoinjetor (28 de 406)

17
reações bifásicas registradas

ASBAI. Registro Brasileiro de Anafilaxia, atualização 2026 · Muraro A, et al. EAACI Guidelines: Anaphylaxis (2021 update). Allergy. 2022;77(2):357-77

INTRODUÇÃO

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.

Solé D, et al. Consenso Brasileiro sobre Alergia Alimentar: 2018 (SBP/ASBAI). Arq Asma Alerg Imunol. 2018;2(1) · Muraro A, et al. EAACI Anaphylaxis Guideline (2021 update). Allergy. 2022;77:357-77

FISIOPATOLOGIA

Fisiopatologia

1 · Exposição

Alérgeno alimentar absorvido pela mucosa

→

2 · Ativação

IgE ligada ao FcεRI de mastócitos e basófilos

→

3 · Mediadores

Histamina, triptase, PAF, leucotrienos, prostaglandinas

→

4 · Efeitos

Vasodilatação, extravasamento, broncoespasmo, edema

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.

Reber LL, Hernandez JD, Galli SJ. The pathophysiology of anaphylaxis. J Allergy Clin Immunol. 2017;140(2):335-48 · Vadas P, et al. N Engl J Med. 2008;358:28-35

DIAGNÓSTICO · WAO 2020

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.

Cardona V, et al. WAO Anaphylaxis Guidance 2020. World Allergy Organ J. 2020;13:100472 · SBP, Departamento Científico de Alergia. Guia Prático de Anafilaxia, 2021

PARTICULARIDADES PEDIÁTRICAS

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

Simons FER, et al. WAO Guidelines for the assessment and management of anaphylaxis. World Allergy Organ J. 2011;4:13-37 · Cardona V, et al. WAO Anaphylaxis Guidance 2020

GRAVIDADE

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)

Muraro A, et al. EAACI Anaphylaxis Guideline (2021 update). Allergy. 2022;77:357-77 · Golden DBK, et al. Anaphylaxis: a 2023 practice parameter update. Ann Allergy Asthma Immunol. 2024;132(2):124-76

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 × basal + 2 ng/mL

⚠

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

Valor normal não exclui o diagnóstico, que é clínico.

Muraro A, et al. EAACI Anaphylaxis Guideline (2021 update). Allergy. 2022;77:357-77 · Valent P, et al. Int Arch Allergy Immunol. 2012;157(3):215-25 (fórmula 20% + 2)

TRATAMENTO AGUDO

Adrenalina intramuscular. Imediatamente.

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

Cardona V, et al. WAO 2020 · Muraro A, et al. EAACI 2021. Allergy. 2022;77:357-77 · Golden DBK, et al. Ann Allergy Asthma Immunol. 2024;132:124-76

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

O_2 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

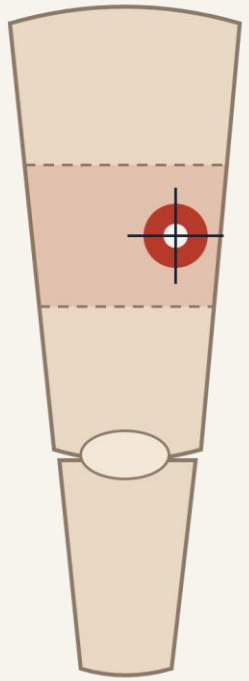
Cardona V, et al. WAO Anaphylaxis Guidance 2020 · Resuscitation Council UK. Emergency treatment of anaphylaxis: guidelines for healthcare providers, 2021

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
Autoinjetor	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)

Cardona V, et al. WAO Anaphylaxis Guidance 2020 · Golden DBK, et al. Anaphylaxis: a 2023 practice parameter update. Ann Allergy Asthma Immunol. 2024;132(2):124-76

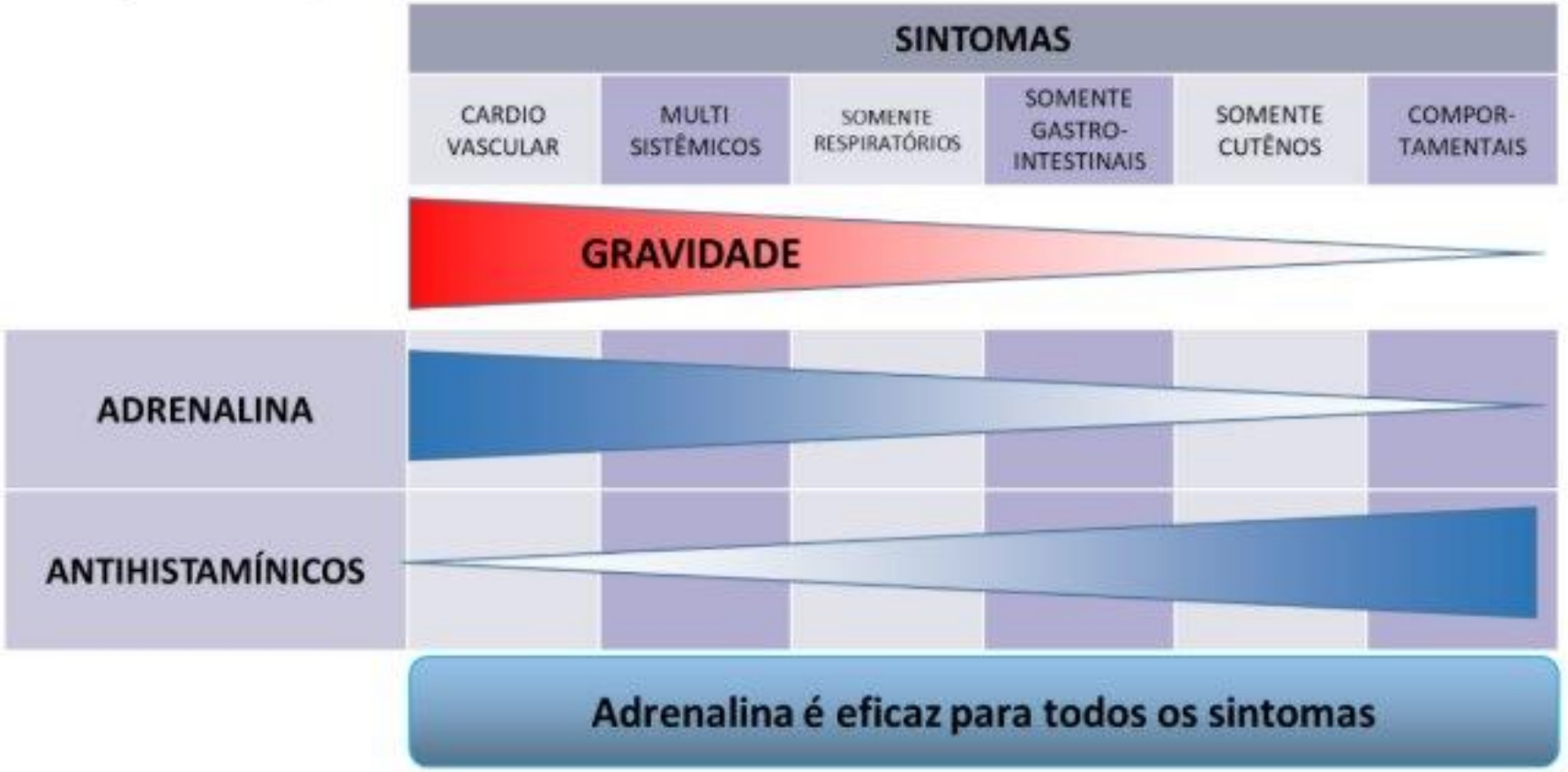
TRATAMENTO AGUDO

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)

Golden DBK, et al. Ann Allergy Asthma Immunol. 2024;132(2):124-76 · Shaker MS, et al. Anaphylaxis—a 2020 practice parameter update. J Allergy Clin Immunol. 2020;145(4):1082-123

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.

Adrenalina IV contínua

Iniciar ~0,1 mcg/kg/min, titular, em ambiente monitorizado

→

Volume agressivo

Bolus repetidos de cristaloide guiados por perfusão

→

Segundo vasopressor

Noradrenalina ou vasopressina; glucagon se β-bloqueador

→

Suporte avançado

Via aérea definitiva, UTI

Dodd A, et al. Evidence update for the treatment of anaphylaxis (Resuscitation Council UK). Resuscitation. 2021;163:86-96 · Cardona V, et al. WAO 2020

APÓS A FASE AGUDA

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)

Shaker MS, et al. Anaphylaxis—a 2020 practice parameter update. J Allergy Clin Immunol. 2020;145(4):1082-123 · ASBAI. Registro Brasileiro de Anafilaxia, atualização 2026

ALTA

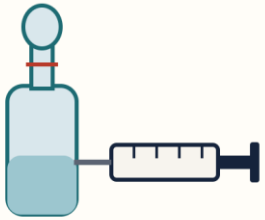
Plano de ação

- **2 doses de adrenalina** prescritas, com dose em mL
- **Plano de ação escrito** e personalizado
- **Treino prático** de família, cuidadores e escola
- **Evitação orientada:** leitura de rótulos (RDC Anvisa 727/2022)
- **Asma e comorbidades** controladas
- **Encaminhamento ao alergista** para confirmar o gatilho

Muraro A, et al. EAACI 2021. Allergy. 2022;77:357-77 · Cardona V, et al. WAO 2020 · SBP, Departamento Científico de Alergia. Guia Prático de Anafilaxia, 2021

ATUALIZAÇÕES NO TRATAMENTO

Dispositivos



Ampola + seringa

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

Brasil: disponível



Autoinjetor IM

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

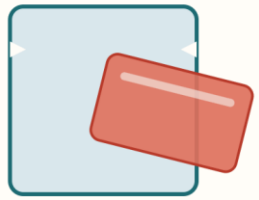
Brasil: sem registro



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

FDA/ARS Pharmaceuticals: neffy 2 mg (ago/2024) e 1 mg (mar/2025) · Comissão Europeia: EURneffy (ago/2024) · Aquestive/FDA: Complete Response Letter, fev/2026 · ASBAI, abr/2026. Ilustrações esquemáticas.

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

ARS Pharmaceuticals/FDA, ago/2024 e mar/2025 · PK e PD do spray nasal de adrenalina em pacientes pediátricos. J Allergy Clin Immunol Pract. 2025;13(6):1335-41

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, famacocinética comparável aos autoinjetores

Fev/2026: FDA não aprovou ainda

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

Aquestive Therapeutics. Anaphylm (dibutepinefrina): Complete Response Letter da FDA, 2 fev 2026 · Golden DBK, et al. Ann Allergy Asthma Immunol. 2024;132:124-76

CENÁRIO BRASILEIRO

No Brasil, ainda não há autoinjetor registrado

Sem registro na Anvisa: acesso por importação ou via judicial

Abr/2026: Anvisa determina apreensão de autoinjetor 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 autoinjetor

ASBAI. Alerta sobre adrenalina autoinjetável e Registro Brasileiro de Anafilaxia, abr/2026 · Anvisa. Resolução de apreensão de autoinjetor sem registro, abr/2026

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

Síntese de: WAO 2020 · EAACI 2021 · AAAAI/ACAAI 2020 e 2023 · SBP 2021 · ASBAI 2026 · Wood RA, et al. NEJM 2024



Obrigado pela atenção!

MODO FÉRIAS
ATIVADO

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

Referência: Diretriz Mundial do Descanso Merecido, 2026. Nível de evidência A — consenso unânime dos residentes