supermaterial

Dermatites Eczematosas

sanarflix

SUMÁRIO

1. **Introdução** 3

2. **Fisiopatologia** 3

3. **Dermatite de contato (DC)** 4

4. **Dermatite seborreica (DS)** 17

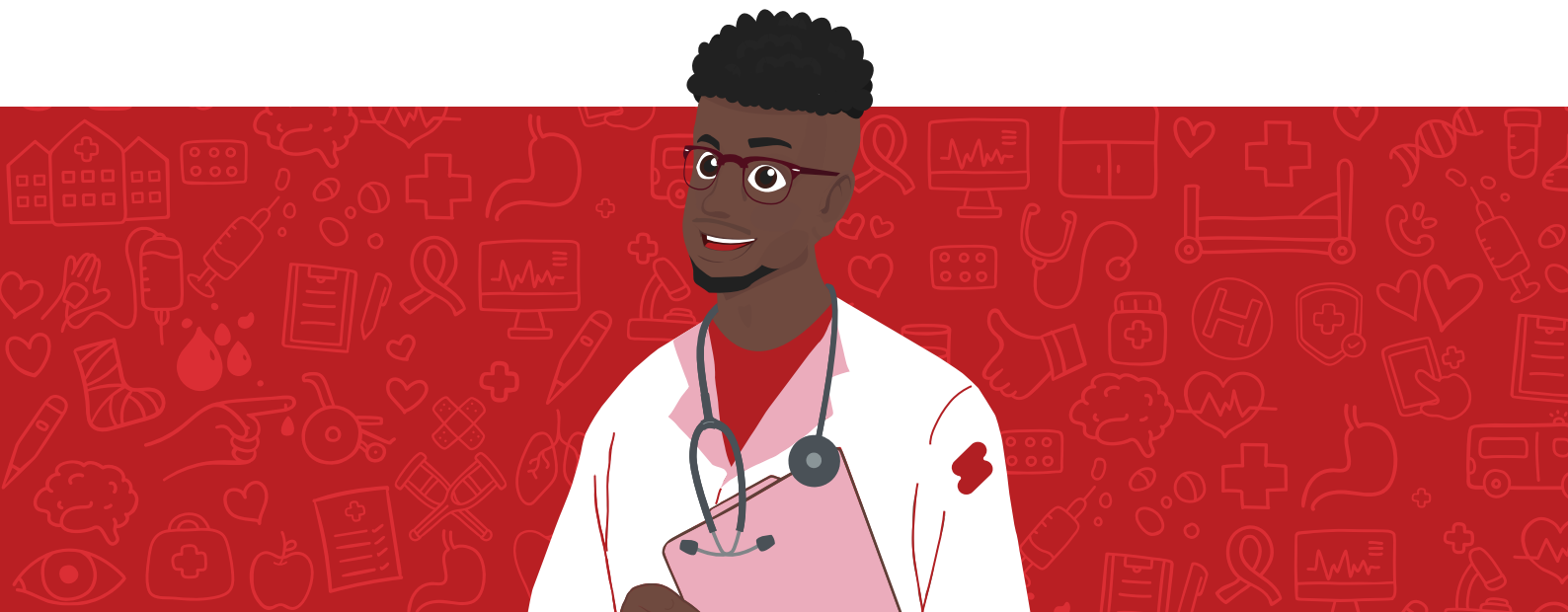
5. **Tratamento** 23

6. **Dermatite atópica (DA)** 26

7. **Outras dermatites** 35

8. **Desidrótico** 36

Referências 38



1. INTRODUÇÃO

Os termos “dermatite” e “eczema” são frequentemente utilizados como sinônimos. Quando o termo “eczema” é usado sozinho, geralmente se refere à dermatite atópica (eczema atópico). “Eczematoso” também conota algumas escamas, crostas ou escoriações serosas, em oposição ao mero eritema. O termo “dermatite” é normalmente utilizado com qualificadores (por exemplo, “dermatite de contato”) para descrever vários distúrbios da pele.

Dermatoses eczematosas são comuns, representando aproximadamente 10 a 30% das consultas dermatológicas em diferentes populações e grupos étnicos. Tipos específicos de dermatite eczematosa são mais comuns em algumas faixas etárias. Como exemplo, a dermatite atópica é muito mais comum em crianças do que em adultos, enquanto eczema asteatótico e eczema numular são tipicamente observados em adultos mais velhos.

2. FISIOPATOLOGIA

A característica básica do processo do eczema é de natureza seroexsudativa, que acomete a epiderme e derme papilar. Durante a **fase aguda**, ocorre exocitose e edema intercelular na camada de Malpighi. Esses sintomas progridem rapidamente, levando a um distúrbio conhecido como "espongiose". Isso se deve ao afastamento das células malpighianas umas das outras, cujas pontes intercelulares tornam-se mais finas, permitindo a acumulação de fluido nos espaços intercelulares.

O processo continua e assim ocorre marcado edema intracelular, que leva à degeneração reticular. Ocorre também destruição das pontes intercelulares, levando à formação de vesículas intra-epidérmicas (vesícula histopatológica), que, a depender da intensidade, podem exteriorizar-se (vesículas clínicas), e que se rompendo, liberando exsudato, que, ao secar, forma crostas. Interiormente às vesículas pode-se encontrar linfócitos. Adicionalmente, o edema intracelular perturba o processo normal de ceratinização, resultando na formação de paraceratose, que é caracterizada pela permanência de núcleos achatados nas camadas ceratínicas mais superficiais da pele. Isso é o que causa o surgimento de escamas visíveis clinicamente. No corpo papilar, ocorre vasodilatação e edema, o que justifica o eritema. Na **fase crônica**, ocorre um espessamento de todas as camadas da epiderme, fazendo com que a lesão se apresente clinicamente como liquenificação.

3. DERMATITE DE CONTATO (DC)

Termo utilizado para denominar reações agudas ou crônicas a substâncias que entram em contato com a pele. É subclassificada ainda em: por irritante e alérgica. A mais comum é a por irritante, correspondendo a 80%. Porém, em região de face, essa proporção é invertida, sendo mais comum a alérgica, correspondendo a 80% dos casos.

Dermatite de contato por irritante (DCI)

A dermatite de contato por irritante (DCI) é causada por **irritante químico**, sendo o tipo de dermatite de contato mais comum. Ocorre após uma única exposição ao agente desencadeante (irritante primário absoluto), que é tóxico para a pele, podendo ser substâncias alcalinas ou ácidas fracas, que não tem a capacidade de provocar queimaduras e/ou necrose da pele, apenas irritação cutânea. Esse processo ocorre naturalmente em todas as pessoas, e pode ser influenciado pela penetrabilidade e espessura do estrato córneo da pele. Já a dermatite de contato por irritante primário relativo, ocorre por vários contatos da substância com a pele e corresponde a 80% dos casos de dermatite de contato. Irritantes comuns incluem água, sabonetes, produtos de limpeza, água sanitária, solventes, ácidos, álcalis, poeira, plantas, solo.

A dermatite das mãos é o tipo mais comum da DCI, principalmente associado a dermatite ocupacional (profissionais de saúde, indústria mecânica, empregadas domésticas). Os espaços entre os dedos retêm substâncias e podem ser a primeira área de envolvimento.

Materiais como luvas podem induzir, além de uma dermatite de contato alérgica pelo látex (como será mostrado posteriormente), uma DCI por atrito, bem como por acumulação repetida de umidade sob as luvas. As manifestações agudas de DCI dependem do tipo de irritante, podendo cursar com eritema, edema, vesículas e bolhas e exsudação. Na manifestação crônica, há predomínio de liquenificação, hiperceratose e fissuras, como na figura abaixo. O prurido pode não ser um sintoma comum. Em vez disso, os pacientes podem apresentar sensação de dor ou queimação na região afetada.



Figura 1: Dermatite de contato crônica.

Fonte: Rocha et al. 2010.



Figura 2: Dermatite de contato.

Fonte: girl-think position/Shutterstock.com.

Saiba mais! A dermatite de fraldas é um tipo de **dermatite de contato por irritante** mais prevalente na faixa etária **pediátrica**. As lesões atingem a área de contato da fralda, ou seja, períneo, nádegas, abdome inferior e coxas. Podem ocorrer pela troca infrequente da fralda (fezes e urina) ou por uso de irritantes químicos como talco, óleos, desodorante. A pomada de hidrocortisona 1% duas vezes ao dia por 5 dias pode ser utilizada como tratamento para dermatite leve.



Figura 3: Irritação na pele do bebê relacionada a fralda.
Fonte: Evgeniy Kalinovskiy/Shutterstock.com.

Dermatite de contato alérgica (DCA)

A dermatite de contato alérgica (DCA) é causada por um alérgeno que desencadeia uma reação de hipersensibilidade tipo IV (celular ou tardia). Isso ocorre devido a ligação da substância química com proteínas epidérmicas e/ ou dérmicas, originando um antígeno completo. As células de Langerhans processam o antígeno, apresenta-o aos linfócitos T, onde ocorre proliferação, em linfonodos regionais, desses linfócitos sensibilizados, que penetram na corrente sanguínea, disseminando-se por toda a pele. Ao segundo contato com o antígeno, os linfócitos de memória já sensibilizados, reconhecem nos pontos de contato, liberando citocinas e culminando em um processo inflamatório.

Sensibilizadores comuns incluem metais (por exemplo, níquel em jóias), conservantes (por exemplo, formaldeído), fragrâncias (perfumes, cosméticos), antibióticos tópicos parafenilenodiamina (comumente usados em tinturas de cabelo).

Apresenta como características erupções eczematosas bem demarcadas, intensamente pruriginosa, localizada na área da pele que entra em contato com o alérgeno,

por exemplo, cosméticos no rosto, níquel de joias onde são usadas, botões de metal em roupas que estão em contato com a pele, luvas de borracha e látex.

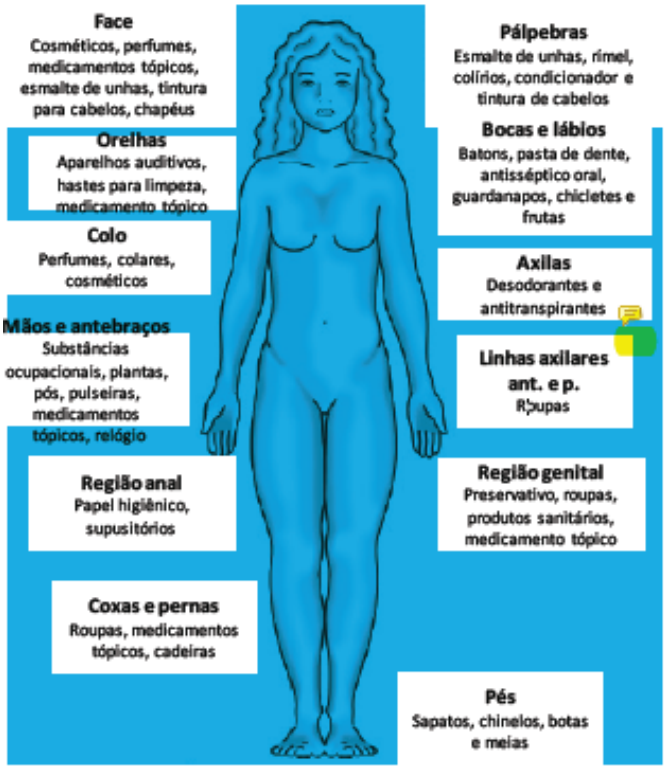


Figura 4. Eczemas, localizações e respectivos desencadeantes.

Fonte: FALTOU I TRAÇÃO.



Figura 5: Dermatite de contato alérgica em face.

Fonte: Kittima05/Shutterstock.com.



Figura 6: Dermatite de contato ao níquel.

Fonte: Fonte: Dmytro Zinkevych/Shutterstock.com.



Figura 7: Dermatite de contato ao metal.

Fonte: RiverNile/Shutterstock.com.



Figura 8: Eczema de contato ao látex.

Fonte: AtsushiHirao/Shutterstock.com.



Figura 9: Dermatite de contato ao dicromato de potássio presente em bota de borracha.

Fonte: Adaptado de Siegfried et al. 2015.

A DCA, mais frequentemente induzida por fragrâncias, lanolina (lã), conservantes e antibióticos tópicos, é comum em pacientes com dermatite de estase. Deve-se suspeitar de DCA em pacientes com dermatite de estase recalcitrante que não melhora ou piora apesar dos cuidados com a pele e da terapia tópica apropriados.

Saiba mais! A dermatite de estase é uma dermatose inflamatória comum dos membros inferiores resultantede uma manifestação tardia de insuficiência venosa crônica. Frequentemente se manifesta com manchas ou placas eritematosas descamativas e eczematosas nas pernas cronicamente edematosas. O tornozelo medial geralmente está envolvido, apresentando hiperpigmentação.



Figura 10: Dermatite de estase.

Fonte: Luc Emergo/Shutterstock.com.

Diferenciação entre DCI E DCA

	DCI	DCA
Frequência	1 em cada 5 casos	4 em cada 5 casos
Causas habituais	Produtos de beleza: perfumes e conservantes. Metais como níquel, cromo, cobalto e mercúrio. Agentes germicidas, espécies vegetais, produtos químicos adicionados à borracha para vulcanização, resinas sintéticas: epóxi e acrílico. Resina de árvore, medicamentos de uso tópico, látex	Material de fibra de vidro, partículas em suspensão no ar, água, óleos lubrificantes, agentes solubilizantes, detergentes, sabonetes
Nível de exposição	Baixo	Alto
Modo de ação	Resposta imunológica específica Tipo IV (linfócito T)	Toxicidade e lesão direta nos queratinócitos
Resposta imunológica (Sensibilização)	Obrigatória	Não obrigatória
Suscetibilidade pessoal	Presente	Ausente
Teste cutâneo	Reativo	Não reativo
Intervalo até o surgimento das lesões	Varia de horas a dias	Varia de minutos a 2 dias
Remissão clínica	Aproximadamente 21 dias	Aproximadamente 4 dias
Abordagem terapêutica	• Remoção da fonte desencadeante • Corticosteróide em forma de creme, pomada ou comprimido • Antialérgico de uso sistêmico	• Remoção da fonte desencadeante • Corticosteróide em forma de creme, pomada ou comprimido • Antialérgico de uso sistêmico

Tabela 1. Diferenças entre DCI e DCA.
Fonte: Elaborado pelo autor.

Diagnóstico das dermatites de contato

É realizado por meio da história clínica e exames clínico e histopatológico. Na história clínica busca-se por:

- Início das lesões

- Número de surtos
- História de dermatite de contato
- Atividades ocupacionais
- Outras atividades habituais/hobbies
- Contato com químicos.

No quadro clínico, busca-se, principalmente por:

- Presença de lesões eczematosas em qualquer fase evolutiva
- Localização da lesão
- Características da lesão

O **teste de contato (Patch-test)** é utilizado para confirmar diagnóstico e investigar o agente responsável pelo quadro de dermatite de contato. O teste é realizado aplicando-se a substância suspeita sobre uma região do corpo, e verificando se há indução de lesão clínica do tipo eczematoso naquele local. Os testes epicutâneos são indicados apenas na investigação de dermatite por contato alérgica, já que na DC por irritante primário, não há mecanismo imunológico envolvido. O paciente, para ser submetido aos testes de contato, deve, no momento da aplicação, apresentar sua dermatose em fase inativa. De forma geral, os testes diagnósticos são aplicados na região dorsal do paciente. Isso se deve ao fato de que essa área é mais extensa e permite a aplicação de um número adequado de substâncias. Outras áreas, como coxas ou braços, podem ser, eventualmente, utilizadas. As substâncias utilizadas nos testes para diagnosticar a Dermatite de Contato são geralmente sensibilizantes comuns e em concentrações suficientes para gerar sensibilização e não irritar a pele.

Se liga! É importante lembrar que, para a realização dos testes de diagnóstico da Dermatite de Contato, o paciente não deve estar utilizando corticosteroides tópicos no local do teste ou corticosteroides sistêmicos, especialmente em doses imunossupressoras, por pelo menos 2 semanas antes da realização dos testes. Além disso, é recomendável que o paciente não molhe as fitas ou exponha a área testada ao sol, evitando também a prática de atividades físicas para não descolar as fitas ou molhá-las com o suor. Tais medidas são necessárias para garantir que os resultados dos testes sejam precisos e confiáveis.

Após 48 horas da aplicação das substâncias nos testes de diagnóstico da Dermatite de Contato, é realizada a primeira leitura. A segunda leitura é feita após 96 horas. Para a leitura dos resultados, são utilizados critérios preconizados pelo

International Contact Dermatitis Research Group de 1981. Os resultados podem ser classificados em quatro categorias, sendo elas: negativo (–), discreto eritema com algumas pápulas (+), eritema, pápulas e vesículas (++) e intenso eritema, pápulas e vesículas confluentes (+++).



Figura 11: Teste de contato ou patch test.
Fonte: Neeila/Shutterstock.com.

SUBSTÂNCIA	CONC.	VEÍCULO	SUBSTÂNCIA	CONC.	VEÍCULO
Antraquinona	2%	Vas. sol	Neomicina	20%	Vas. sol
Bálsamo do Peru	25%	Vas. sol	Nitrofurazona	1%	Vas. sol
Benzocaína	5%	Vas. sol	Parabenos (2)	12%	Vas. sol
Bicromato de potássio	0,5%	Vas. sol	Pafenilenodiama	1%	Vas. sol
Butil fenol p-terciário	3%	Vas. sol	Perfume-mix (3)	8%	Vas. sol
Carba-mix (1)	3%	Vas. sol	PPD-mi (4)	0,6%	Vas. sol
Cloreto de cobalto	1%	Vas. sol	Prometazina	1%	Vas. sol
Colofônia	20%	Vas. sol	Propilenoglicol	1%	Vas. sol
Efilenodiamina	1%	Vas. sol	Quaternium 15	2%	Vas. sol
Formaldeído	2%	Água	Quinolina-mix (5)	5%	Vas. sol
Hidroquinona	1%	Vas. sol	Resina-epóxi	1%	Vas. sol
Irgansan	1%	Vas. sol	Sulfato de níquel	5%	Vas. sol
Kathon CG	0,5%	Vas. sol	Terebintina	10%	Vas. sol
Lanolina	20%	Vas. sol	Timerosol	0,1%	Vas. sol
Mercaptobenzotiazol	1%	Vas. sol	Tiuram-mix (6)	1%	

Tabela 2. Bateria de testes de contato do Grupo Brasileiro de Estudos em Dermatite de Contato.

Fonte: Adaptado de Manual de Dermatologia Clínica de Sampaio e Rivitti. 2014.

O histopatológico não é, em geral, utilizado no diagnóstico de rotina das dermatites de contato, é mais utilizado como diagnóstico diferencial com dermatoses não eczematosas.

Profilaxia

DCI

Para prevenir a Dermatite de Contato por Irritante (DCI), algumas medidas profiláticas podem ser adotadas, tais como lavar imediatamente a área afetada com água ou solução neutralizante fraca em caso de contato com o irritante. Também é possível utilizar cremes protetores para evitar o contato direto da pele com substâncias irritantes. Evitar substâncias químicas irritantes ou cáusticas por meio do uso de equipamentos de proteção (i.e., óculos, aventais e luvas) também é uma importante medida de profilaxia para evitar a ocorrência de DCI. Caso haja persistência da DCI ocupacional mesmo após a adoção dessas medidas, pode ser necessário buscar tratamentos adicionais.

Na fase subaguda e crônica, é importante remover o agente etiológico/patogênico, além de utilizar glicocorticoides tópicos potentes, como o dipropionato de betametasona ou o propionato de clobetasol, e manter a lubrificação adequada.

Com a regressão das lesões, é fundamental continuar com a lubrificação e, em casos mais graves, pode ser necessário o uso de inibidores tópicos da calcineurina, como o pimecrolimo e o tacrolimo. Vale ressaltar que esses medicamentos nem sempre são potentes o suficiente para suprimir efetivamente a inflamação crônica das mãos.

- **Fase aguda:** Tratamento da dermatite de contato por irritante na fase aguda envolve a identificação e remoção do agente causador. Curativos úmidos com solução de Burow, contendo acetato de alumínio, que apresenta propriedades antissépticas, devem ser realizados a cada duas a três horas. As vesículas maiores podem ser drenadas, porém o teto não deve ser removido. O uso de preparações tópicas de glicocorticoides das classes I e II é indicado, e nos casos graves, pode ser necessário o uso de glicocorticoides sistêmicos. O tratamento sistêmico com prednisona é uma opção, com um ciclo de duas semanas, iniciando-se com uma dose de 60 mg, e com redução gradual de 10 mg.
- **Fase subaguda e crônica:** Remover o agente etiológico/patogênico. Glicocorticoides tópicos potentes (dipropionato de betametasona ou propionato de clobetasol) e lubrificação adequada. Com a regressão das lesões, manter a lubrificação. O pimecrolimo e o tacrolimo, que são inibidores tópicos da

calcineurina, em geral não são potentes o suficiente para suprimir efetivamente a inflamação crônica das mãos.

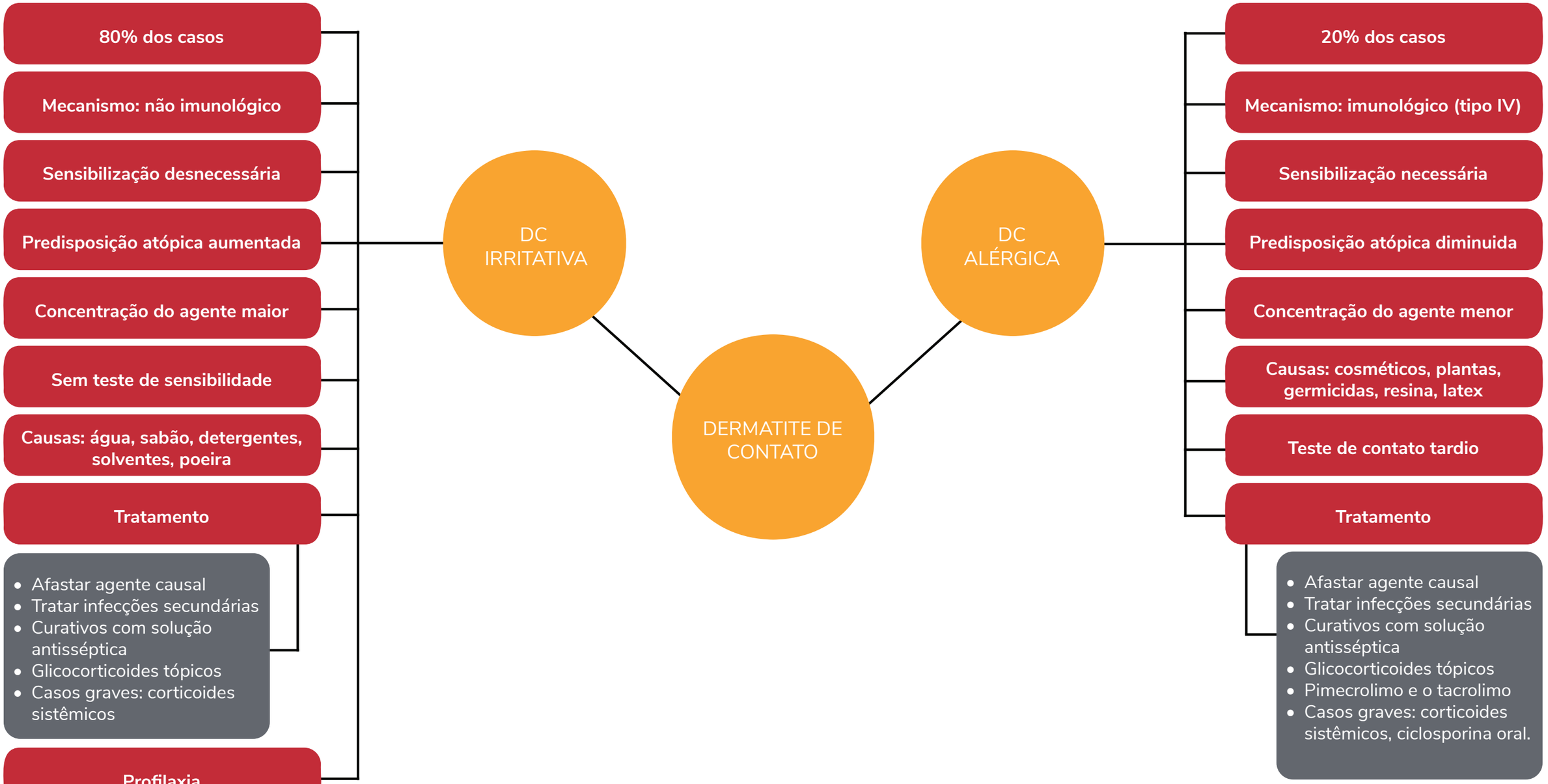
DCA

Inicialmente deve-se interromper a exposição ao se identifi car o agente etiológico. O **tratamento tópico** para DAC (dermatite alérgica de contato) inclui o uso de pomadas ou géis à base de glicocorticoides tópicos das classes I a III. Embora seja possível drenar as vesículas maiores, é fundamental evitar a remoção do teto para evitar danos à pele e diminuir o risco de infecções secundárias. Para auxiliar na recuperação, é recomendado utilizar curativos úmidos com compressas embebidas em solução de Burow, que devem ser trocadas a cada duas a três horas. Quando a DAC é propagada pelo ar, pode ser necessário o uso de tratamento sistêmico. O pimecrolimo e o tacrolimo são efetivos no tratamento de DAC, embora em menor grau do que os glicocorticoides

No **tratamento sistêmico**, os glicocorticoides são indicados nos casos graves e na DCA propagada pelo ar. Prednisona em dose inicial de 70 mg (adultos), com redução gradual em 5 a 10 mg/dia, no decorrer de um período de uma a duas semanas. Nos casos em que pode não ser possível evitar totalmente o alérgeno responsável pela DCA propagada pelo ar, a imunossupressão com ciclosporina oral pode se tornar necessária.



Hora da revisão! Na dermatite alérgica de contato (DCA), um alérgeno induz uma resposta imune, enquanto na dermatite irritante de contato (DCI), a própria substância desencadeante danifica diretamente a pele.



Fonte: Elaborado pelo autor.

4. DERMATITE SEBORREICA (DS)

Distúrbio cutâneo recorrente que acomete de 1 a 3% da população adulta. Em crianças a dermatite seborreica de couro cabeludo é frequentemente chamada de "tampa de berço". É comum sua apresentação em indivíduos com infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), em cerca de 80% desses indivíduos. Também comum na doença de Parkinson.

Etiopatogenia

Há nítida influência hormonal, pois a secreção sebácea é estimulada por hormônios androgênicos elevados no período puberal, sendo que em lactentes decorrem da ação de andrógenos maternos circulantes. Foi demonstrado ainda alterações dinâmicas na epiderme, como o aumento do índice de mitoses e do trânsito transepidérmico. O papel do fungo *Malassezia spp*. na dermatite seborreica ainda não é bem definido, mas alguns autores argumentam que o seu aumento nas lesões é secundário ao aumento dos nutrientes lipídicos nas escamas, enquanto a maioria acredita num papel importante na etiologia da doença.

Quadro clínico

A Dermatite Seborreica apresenta características específicas que variam de acordo com a idade do paciente. Em crianças, a doença é autolimitada, enquanto em adultos, ela tem um curso crônico. As lesões são em forma de placas escamativas e eritematosas, com intensidade e extensão variáveis. As lesões são delimitadas e recobertas por escamas gordurosas e podem se espalhar por áreas seborreicas do corpo, como o couro cabeludo, face, regiões pré-esternal, interescapular, flexuras axilares e anogenitais. O prurido é discreto na maioria das lesões, exceto no couro cabeludo.

Dermatite seborreica infantil

A Dermatite Seborreica infantil é mais comum nos primeiros três meses de vida, afetando cerca de 10% dos meninos e 9,5% das meninas. A escamação do couro cabeludo é a forma clínica mais comum (42%), caracterizada pelo aparecimento de escamas amareladas, aderentes e com extensão variável, juntamente com lesões eritematosas e descamativas não pruriginosas. A condição pode ocorrer também na face e em dobras, como as regiões retroauriculares, pescoço, axilas, região inguinal e área de fraldas. Em casos raros, pode ocorrer uma forma generalizada da DS na infância, frequentemente associada a imunodeficiências, mas que não compromete o estado geral da criança.



Figura 12: Dermatite seborreica.
Fonte: Zay Nyi Nyi/Shutterstock.com.



Figura 13. Dermatite seborreica em bebê.
Fonte: Eaaw/Shutterstock.com.

Dermatite seborreica do adulto

A dermatite seborreica do adulto é uma doença de pele crônica, que apresenta períodos de recidivas. Ela pode variar desde uma leve vermelhidão até lesões papulosas, que produzem secreção e/ou escamas. Estes episódios de exacerbação costumam estar relacionados com estresse ou falta de sono.

As áreas afetadas, localizadas em áreas com alta densidade de glândulas sebáceas, apresentam-se com manchas eritematosas e escamosas, como nas laterais do nariz, dobras nasolabiais, glabelas, dobras retroauriculares e couro cabeludo. A prevalência de acometimento é de cerca de 88% em face, 70% couro cabeludo, 26% tórax, 5% as regiões de dobras e 1% MMSS.

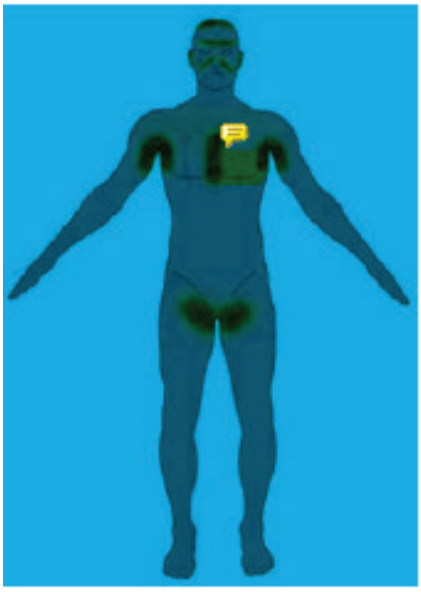


Figura 14. Áreas de concentração maior de calor e umidade, com maior propensão a dermatite seborréica.
Fonte: FALTOU ILUSTRAÇÃO.

A caspa, ou pitiríase capitis, é considerada como o estágio inicial da dermatite seborreica no couro cabeludo, caracterizada por uma descamação difusa e pulverulenta. Com o tempo, a condição pode evoluir gradualmente, com o surgimento de eritema, aumento na quantidade e espessura das escamas, até se tornar um quadro evidente de DS. Essa progressão pode levar a um quadro franco de DS e, em alguns casos, pode ocorrer uma invasão da orla do couro cabeludo, afetando a pele adjacente e formando a chamada coroa seborreica.



Figura 15. Coroa seborreica, presente na dermatite seborreica.

Fonte: Eaaw/Shutterstock.com.



Figura 16. Dermatite seborreica no adulto, na região da face, acometendo bochechas e e região perioral.

Fonte: Warut Chinsai/Shutterstock.com.



Figura 17. Dermatite seborreica no adulto acometendo bochechas e barba.

Fonte: DavidPereiras/Shutterstock.com.

Diagnóstico

O diagnóstico de dermatite seborreica é feito clinicamente com base nas características e localização da lesão. A biópsia não é rotineiramente necessária, mas pode ser indicada quando o diagnóstico for incerto. A possibilidade de infecção pelo HIV deve ser considerada em casos mais intensos e abruptos da dermatite seborreica ou quando não há resposta ao tratamento.

Saiba mais! No histopatológico não existem características patognomônicas de dermatite seborreica. Em pacientes que são soronegativos para HIV, a histologia mostra paraqueratose focal na camada córnea da epiderme; crostas de escamas “em ombro” com neutrófilos picnóticos nos lábios dos óstios foliculares dilatados; espongiose leve a moderada; infiltrado inflamatório escasso na derme. Pacientes HIV +, a paraqueratose é mais generalizada e a epiderme mostra queratinócitos necróticos; espongiose menos proeminente; infiltrado inflamatório mais denso.

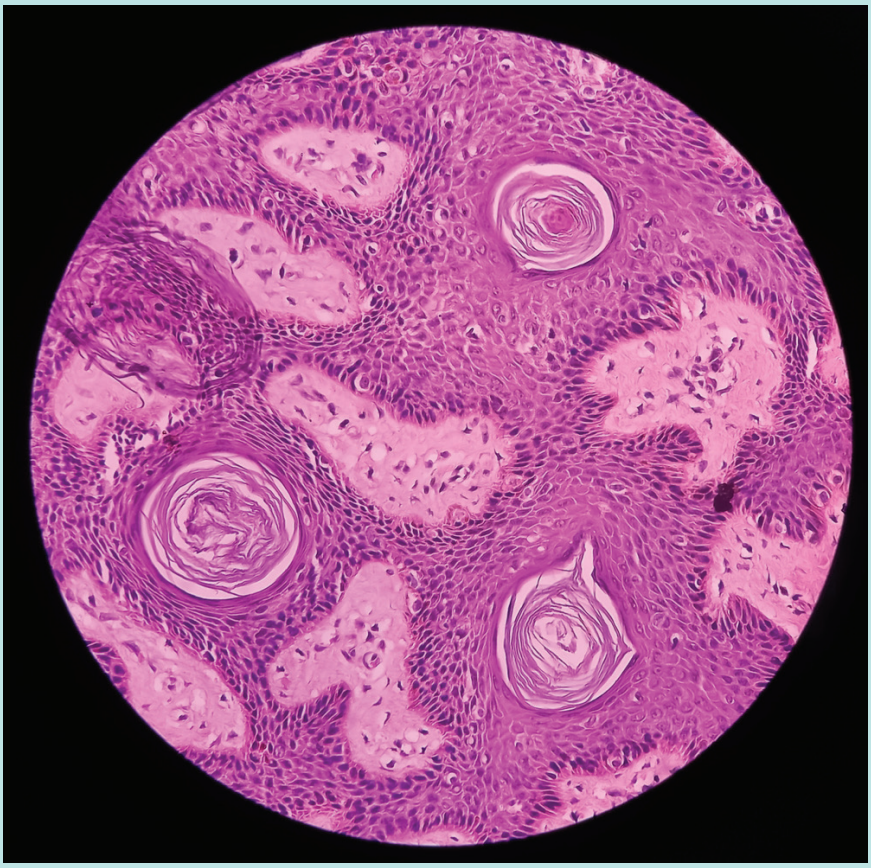


Figura 18: Pele (biópsia): queratose seborreica, epiderme mostra hiperceratose, acantose, pseudocistos corneos, área focal de redemoinhos escamosos.

Fonte: Babul Hosen/Shutterstock.com.

Diagnóstico diferencial

O diagnóstico diferencial é feito com psoríase, rosácea, tinea versicolor, ptiríase rósea, sífilis secundária, lúpus eritematoso sistêmico e pênfigo foliáceo. Porém, sífilis, lúpus e pênfigo necessitam de confirmação laboratorial. A dermatite alérgica também pode ser considerada, principalmente quando apresentação atípica ou prurido significativo.

Se liga! Geralmente as lesões psoriáticas são nitidamente demarcadas e eritematosas e as escamas são mais abundantes e branco prateado. Às vezes, as duas podem coexistir e o termo "sebopsoríase" foi atribuído aos casos em que a distinção não pode ser feita.



Figura 19: Psoríase do couro cabeludo.
Fonte: Lipowski Milan/Shutterstock.com.

5. TRATAMENTO

O tratamento é feito utilizando-se corticosteroides, antifúngicos derivados de imidazólicos, inibidores tópicos de calcineurina, anti-histamínicos sistêmicos e diversas terapias naturais, dependendo de cada caso. Utilização de:

- Sabonetes: com cetaconazol à 2% e com enxofre, com ou sem ácido salicílico.
- Shampoos: antiproliferativos com antimitóticos e citostáticos, diminuindo a formação de escamas; com cetoconazol à 2%, com ciclopirox à 1% e com sulfeto de selênio e piritionato de zinco.
- Antifúngicos tópicos: cetoconazol, bem como outros derivados imidazólicos e antifúngicos de outras classes, como o ciclopirox.

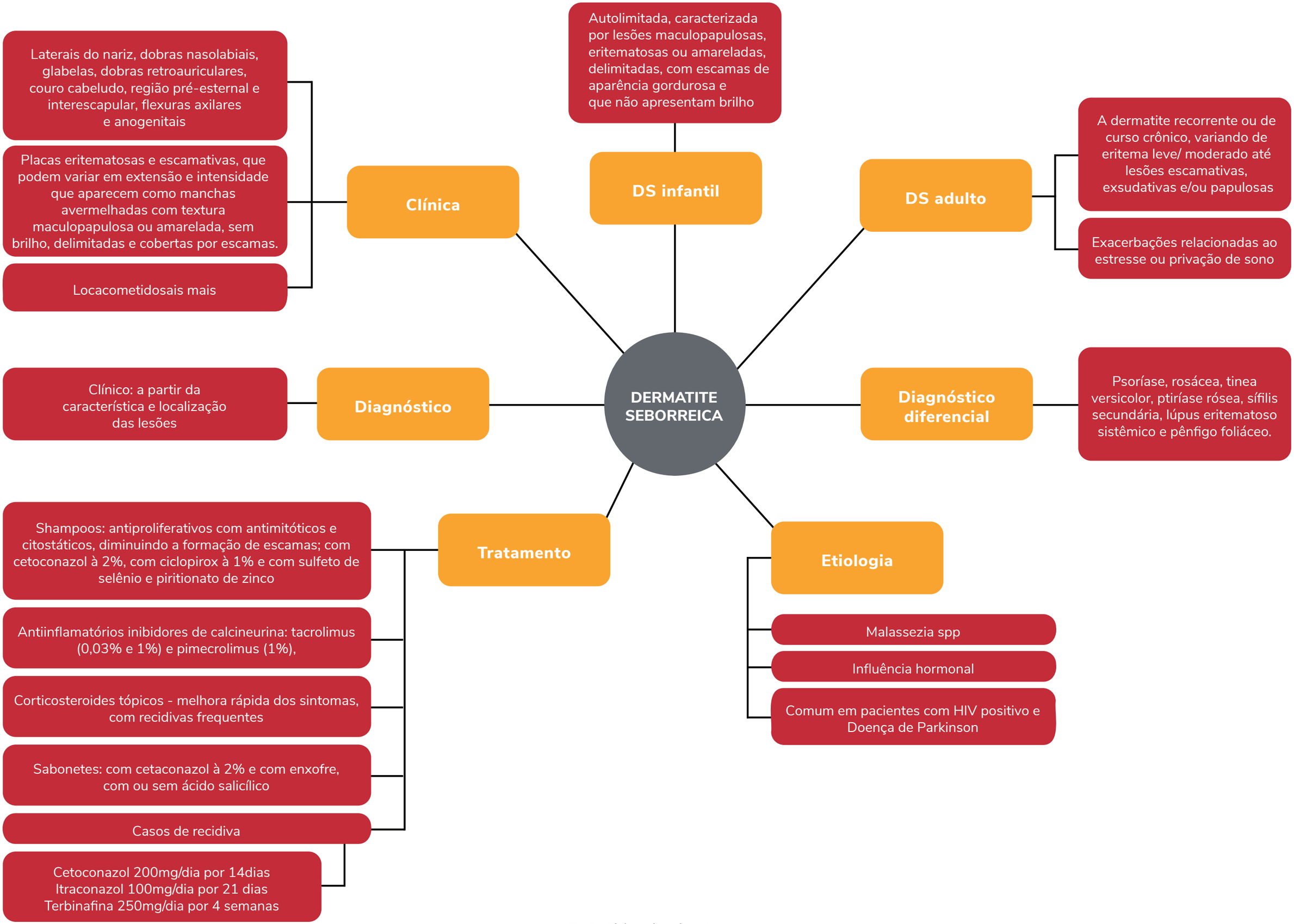
- Corticosteroides tópicos: melhora rápida dos sintomas (eritema, escamação e prurido), porém recidivas frequentes. Devem ser usados em menor tempo possível devido aos efeitos colaterais de uso a longo prazo.
- Antiinflamatórios inibidores de calcineurina: tacrolimus (0,03% e 1%) e pimecrolimus (1%), como alternativa aos corticosteroides tópicos, por possuírem efeitos semelhantes sem os efeitos colaterais daqueles. Podem ser usados uma ou duas vezes por dia.
- Outras opções são: metronidazol 1% gel, comumente utilizado no tratamento da rosácea; tacalcitol, para tratamento de psoríase.
- Para o tratamento da dermatite seborreica em áreas como face e tronco, além dos xampus e sabões mencionados anteriormente, é possível indicar o uso de loção ou gel de Kummerfeld, cremes com cetoconazol e, em casos específicos, cremes com corticosteroide de baixa potência.
- Devem ser utilizados antibióticos tópicos ou sistêmicos em casos de infecção secundária.

Em casos de recidiva, antifúngicos via oral podem ser utilizados:

- Cetoconazol 200mg/dia por 14dias
- Itraconazol 100mg/dia por 21 dias
- Terbinafi na 250mg/dia por 4 semanas



Hora da revisão! A dermatite seborréica é caracterizada por manchas eritematosas e escamosas no couro cabeludo, na face e no tronco superior. A caspa do couro cabeludo é uma forma leve de dermatite seborreica caracterizada por descamação com inflamação mínima. Dermatite seborreica grave é comum na infecção pelo vírus da imunodefi ciência humana (HIV).



Fonte: Elaborado pelo autor.

6. DERMATITE ATÓPICA (DA)

Doença cutânea crônica, pruriginosa e inflamatória que ocorre com mais frequência em crianças, aproximadamente 5 a 20% das crianças em todo o mundo, mas também afeta adultos. É a principal manifestação cutânea de alergia.

Etiopatogenia

A dermatite atópica é uma doença inflamatória crônica da pele, frequentemente associada a níveis elevados de imunoglobulina no sangue e a histórico pessoal ou familiar de atopia, que engloba diversos distúrbios alérgicos como eczema, asma e rinite alérgica. Estudos apontam que a presença de história familiar de atopia em até 70% dos casos de dermatite atópica evidencia o seu caráter hereditário, provavelmente relacionado a uma herança poligênica.

Os níveis de AMPcíclico (AMPc) dentro das células do sistema imunológico, incluindo macrófagos, basófilos e linfócitos, são reduzidos na dermatite atópica. Essa diminuição nos níveis de AMPc pode levar ao aumento da liberação de histamina, diminuição de células T supressoras e aumento na produção de IgE, o que pode piorar os sintomas da doença.

Anteriormente, acreditava-se que a diminuição dos níveis intracelulares de AMPc na dermatite atópica era resultado do bloqueio dos receptores β-adrenérgicos, bem como a diminuição dos efeitos inibitórios das catecolaminas sobre a multiplicação celular, o que explicaria a tendência à hiperplasia epidérmica e potencialização da coceira. No entanto, agora sabe-se que existe um defeito associado ao aumento da atividade da enzima fosfodiesterase, que degrada o AMPc e contribui para os baixos níveis observados na doença.

A inflamação aguda na dermatite atópica (DA) está relacionada a uma maior expressão de interleucina-4 (IL-4) e interleucina-13 (IL-13), enquanto que a inflamação crônica na DA é associada a um aumento nos níveis de interleucina-5 (IL-5), fator de estimulação de colônias granulocíticas e macrofágicas (GM-CSF), interleucina-12 (IL-12) e interferon-gama (IFN-γ). Dessa forma, a inflamação cutânea na DA requer uma ativação bifásica das células T.

Quadro clínico

As características da DA são pele seca, prurido intenso e hiper-reatividade cutânea a vários estímulos ambientais. A constante escarificação (arranhões) leva a um ciclo vicioso de prurido ⟶ escarificação ⟶ erupção ⟶ prurido ⟶ escarificação.

A apresentação clínica varia com a idade:

Bebês e crianças < 2 anos: é comum observar lesões pruriginosas, eritematosas, escamosas e com crostas localizadas na superfície dos membros, tronco, face e couro cabeludo, iniciando-se em regiões malares e disseminando-se para outras áreas como couro cabeludo, pescoço, fronte, punhos, face de extensão dos membros e área das fraldas. Dentição, infecções, distúrbios emocionais, alterações ambientais como temperatura e umidade, imunizações e outros fatores podem desencadear ou agravar o quadro.

Acredita-se que antígenos alimentares como ovo, castanha, leite, soja, peixe, galinha e aditivos alimentares têm papel importante até o final dessa fase. Observa-se que ao final do segundo ano de vida algumas crianças tem resolução espontânea (menos da metade dos casos), enquanto o restante evolui para lesões menos exsudativas, mais papulosas, que possuem tendência a liquenificação, acometendo dobras antecubitais e poplíteas, punhos, pálpebras, face e pescoço. Ocorre ainda o aumento a hipersensibilidade a inalantes (pelo de animais, pólen, penas e poeira domiciliar – ácaros). Pode haver ainda incidência aumentada, nos atópicos, de hipersensibilidade a níquel, neomicina, oleorresinas e lanolina.



Figura 20: Dermatite atópica infantil.
Fonte: Cristina.A/Shutterstock.com.

Em crianças > 2 anos e adolescentes: as lesões tornam-se papulodescamtivas e liquenificadas em uma distribuição flexural, principalmente na fossa anticubital e poplítea, com aspecto volar dos pulsos, tornozelos e pescoço. Tais lesões são sujeitas agudização.



Figura 21: Dermatite atópica em área flexora (posterior) dos joelhos em uma criança.
Fonte: SNAB/Shutterstock.com.



Figura 22: Dermatite atópica infantil. Uma localização característica da dermatite atópica em crianças é a região ao redor da boca. Nesta criança, há liquenificação, fissuras e crosta.
Fonte: Gabdrakipova Dilyara/Shutterstock.com.

Em adultos: lesão geralmente mais localizada, com liquenificação predominante, mas também pode ser vista em formas exsudativas, eczema crônico nas mãos, dermatite facial e eczema palpebral também são frequentemente observados.



Figura 23: Dermatite atópica do adulto. Nesta mulher jovem, observa-se liquenificação em flexuras de braço.

Fonte: Gabdrakipova Dilyara/Shutterstock.com.



Figura 24: Eczema crônico em adulto, presente na dermatite atópica.

Fonte: ridersuperone/Shutterstock.com.



Figura 25: Escurecimento periorbital em homem com dermatite atópica.

Fonte: Scott Robert Perry/Shutterstock.com.

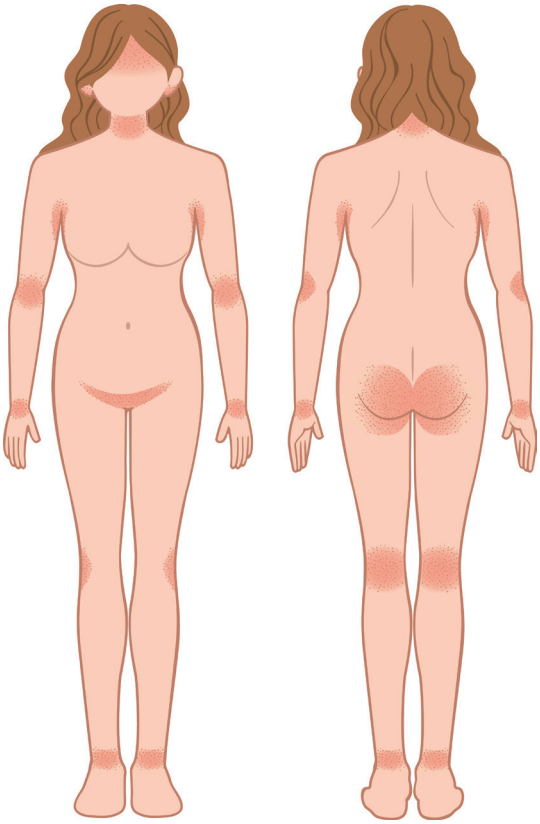


Figura 26: Principais localizações da dermatite atópica.

Fonte: TOMOKA.M/Shutterstock.com.

Saiba mais! Indivíduos com DA pode cursar ainda com ictiose vulgar, em 10% a 15%, que corresponde a pele seca, escamosa ou espessa. A hiperlinearidade na palma das mãos e queratose pilar também podem aparecer em paciente com DA e ictiose vulgar.



Figura 27: Ictiose Vulgar.

Fonte: Manjappa/Shutterstock.com.



Figura 28: Múltiplas pápulas eritematosas, queratóticas e foliculares características da queratose pilar.

Fonte: sruilk/Shutterstock.com.

Diagnóstico

O diagnóstico de dermatite atópica é clínico, com base na história, morfologia e distribuição de lesões de pele e sinais clínicos associados. O grupo de estudos do Reino Unido sobre dermatite atópica publicou critérios para diagnosticar dermatite atópica que incluem um obrigatório e cinco principais critérios.

- Evidência de prurido na pele, incluindo o relato dos pais de uma criança esfregando ou coçando a pele.

Além da coceira na pele, são necessários três ou mais dos seguintes itens para fazer o diagnóstico:

- História de pregas na pele em fossa antecubital, fossa poplítea, pescoço, áreas ao redor dos olhos, frentes dos tornozelos.
- História de asma ou febre do feno (ou história de doença atópica em um parente de primeiro grau para crianças menores de 4 anos).
- A presença de pele seca generalizada no último ano.
- Sintomas que começam em crianças antes dos dois anos de idade. Este critério não é usado para fazer o diagnóstico em crianças com menos de quatro anos de idade.
- Dermatite visível envolvendo superfícies flexurais. Para crianças menores de quatro anos, esse critério é observado por dermatites que afetam as bochechas, testa e extremidades.

A análise do grupo de estudos do Reino Unido excluiu os critérios de alergia, conforme proposto originalmente por Hanifin e Rajka. O diagnóstico baseado em Hanifin & Rajka necessita da presença de três critérios maiores e três menores. Esses critérios estão descritos na tabela a seguir:

CRITÉRIOS MAIORES (3 OU MAIS)	CRITÉRIOS MENORES (3 OU MAIS)
Prurido	Xerose cutânea
Erupção na face e/ou superfície extensora em crianças menores e lactentes	Prega de Dennie-Morgan (linha acentuada na pálpebra inferior)
Liquenificação nas áreas flexurais em crianças maiores	Escurecimento ao redor dos olhos
Tendência a cronicidade ou recorrências crônicas	Palidez facial
História pessoal ou familiar de manifestações de atopia: asma, rinite, dermatite atópica	Ptiríase alba
	Queratose pilar
	Ictiose vulgar

	Hiperlinearidade palmar e plantar
	Dermografismo branco (linha branca aparece na pele dentro de um minuto, após a pele ser friccionada com um objeto)
	Conjuntivite, ceratocone, catarata anterior subcapsular
	Elevação da IgE sérica
	Reatividade ao teste cutâneo imediato

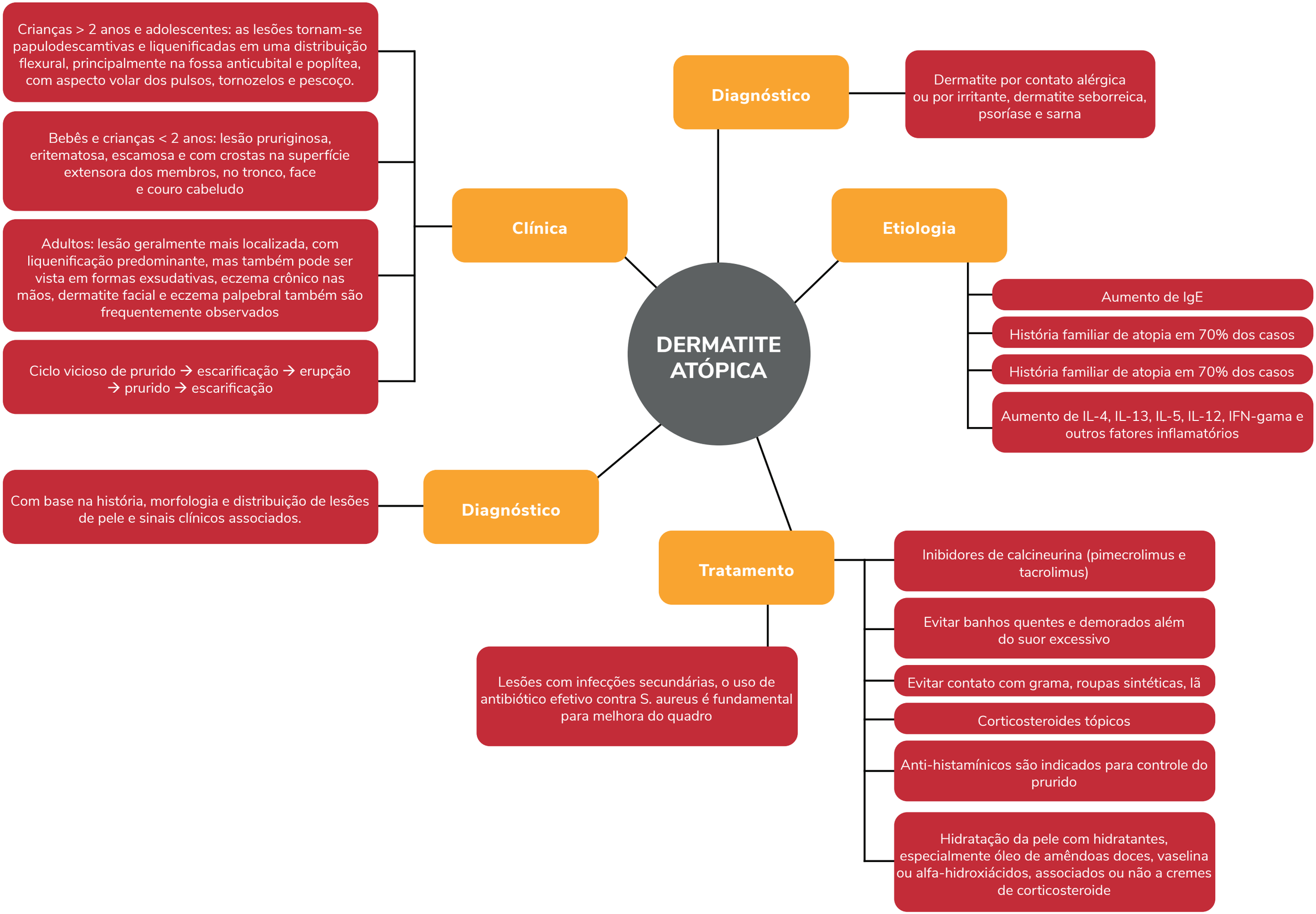
Tabela 3. Características da dermatite atópica..
Fonte: Adaptado de Botelho (s.d).

O diagnóstico diferencial é feito com base na dermatite por contato alérgica ou por irritante, dermatite seborreica, psoríase e sarna (sendo que, nesse último caso, o envolvimento das dobras cutâneas e a presença de vesicopústulas nas palmas e na sola sugerem o diagnóstico de sarna. A demonstração de ácaros ou ovos por raspagem da pele, dermatoscopia ou teste de fita adesiva pode confirmar o diagnóstico).

Tratamento

O tratamento consiste em orientações ao paciente e à família de cuidados tais como:

- É importante manter a pele hidratada com produtos específicos, como óleo de amêndoas doces, vaselina ou alfa-hidroxiácidos, que podem ser usados com ou sem cremes de corticosteroide de potência variável, dependendo da área, do tipo de lesão a ser tratada e da idade do paciente. No entanto, é importante evitar o uso de ureia como hidratante, uma vez que pode causar ardor e irritação em alguns casos.
- Evitar banhos quentes e demorados além do suor excessivo.
- Se precaver do contato com grama, roupas sintéticas, lã.
- Anti-histamínicos são indicados para controle do prurido.
- Corticoides tópicos são as medicações efetivas no tratamento, porém não devem ser usados indiscriminadamente.
- Como alternativa aos corticosteroides tópicos, pode-se usar pastas e cremes com coaltar 2 a 4%.
- Inibidores de calcineurina (pimecrolimus e tacrolimus) são imunomoduladores de uso recente no arsenal terapêutico da dermatite atópica. Tem ação semelhante aos corticosteroides, sendo anti-infl amatórios e inibindo a liberação de interleucinas, sem causar efeitos colaterais indesejáveis conhecidos.
- Nos casos que existam lesões com infecções secundárias, o uso de antibiótico efetivo contra *S. aureus* é fundamental para melhora do quadro.



Fonte: Elaborado pelo autor.

7. OUTRAS DERMATITES

Numular

Também chamado de eczema discoide. É uma doença infl amatória crônica da pele, recorrente e recidivante, caracterizada por múltiplas lesões eczematosas pruriginosas, em forma de moeda, envolvendo as extremidades e, menos comumente, o tronco. Ocorre com maior frequência em homens acima de 50 anos.



Figura 29: Eczema numular.

Fonte: Luc Emergo/Shutterstock.com.

Como manifestações clínicas ocorrem manchas altamente pruriginosas, redondas e em forma de moedas. Na fase aguda, são avermelhadas, exsudativas e com crostas. Com o tempo, tornam-se secas e escamosas. Normalmente, os locais mais frequentemente acometidos são pernas e extremidades superiores. Caso acometimento de face e pescoço, deve-se afastar outros diagnósticos, como dermatite atópica e dermatite de contato.

O diagnóstico é clínico. No entanto, um swab de pele para cultura bacteriana pode ser realizado em pacientes com lesões exsudativas ou com crostas, se houver suspeita de infecção por organismos incomuns. O teste de adesivo pode ser útil em

pacientes com doença recalcitrante e/ou história sugerindo dermatite alérgica de conta. A histopatologia, é indistinguível de outras formas de eczemas por apresentar também espongiose, infiltrado linfocitário perivascular superficial, com alguns eosinófilos e neutrófilos.

O tratamento é feito reduzindo a secura da pele e a exposição a substâncias irritantes e tratamento da inflamação da pele. A terapia farmacológica de primeira linha é o uso de corticosteroides tópicos de alta ou ultra potência, aplicados uma ou duas vezes ao dia por duas a quatro semanas ou até a resolução das lesões. A fototerapia e a terapia sistêmica (com triancinolona ou prednisona 40mg) também pode ser pensados para pacientes graves ou refratários.

8. DESIDRÓTICO

Também chamado de eczema palmoplantar agudo. É uma dermatite vesicular intensamente pruriginosa, crônica e recorrente, com etiologia desconhecida e que envolve palma das mãos, planta dos pés e regiões laterais dos dedos.

As manifestações clínicas características são presença de múltiplas vesículas pequenas e profundas em região de mão e pé. Podem ocorrer ainda formações bolhosas e podem ficar superinfectadas. Duram por várias semanas, até que secam e descamam, desaparecendo.

O diagnóstico é clinico, raramente necessitando de biópsia ou teste de patch para diagnóstico diferencial (dermatite de contato).

A conduta do eczema desidrótico é identificar e prevenir fatores causais ou exacerbantes, tratar a inflamação da pele (inibidores tópicos de calcineurina, como primeira linha, ou corticosteroides tópicos) e adotar medidas de cuidados com a pele para reduzir irritação.



Figura 30: Eczema desidrótico palmar.

Fonte: Ana-Maria Tegzes/Shutterstock.com.



Figura 31: Eczema desidrótico plantar.

Fonte: Dermatology11/Shutterstock.com.

REFERÊNCIAS

Manual de Dermatologia Clínica de Sampaio e Rivitti. Artes Médicas. São Paulo, 2014.

Wolff, K., Johnson, R.A., Saavedra, A. P. Dermatologia de Fitzpatrick. 7. ed. 2015.

Weston, W., Howe, W. Overview of dermatitis (eczema). Uptodate, 2019.

Sasseville, D. Seborrheic dermatitis in adolescents and adults. Uptodate, 2018.

Sampaio, A.L., et al. Dermatite seborreica. Anais Brasileiros de Dermatologia. Vol 82. Rio de Janeiro, 2011.

Weston. W.L., Howe. W. Atopic dermatitis (eczema): Pathogenesis, clinical manifestations, and diagnosis. Uptodate, 2019.

Zirwas, M.J. Nummular eczema. Uptodate, 2018.

Adams, D.R, Marks, J.G. Acute palmoplantar eczema (dyshidrotic eczema). Uptodate, 2019.

Azulay, RD., Azulay-Abulafia, L. Dermatologia. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

Fitzpatrick, T. B. et al. Tratado de Dermatologia. 7 ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2010.

Rocha J, Pereira T, Sousa-Basto A, Brito C. Occupational Protein Contact Dermatitis: Two Case Reports. Case Reports in Medicine. 2010;2010:1–3.

Siegfried E, Hebert A. Diagnosis of Atopic Dermatitis: Mimics, Overlaps, and Complications. Journal of Clinical Medicine. 2015 May 6;4(5):884–917.

Botelho, Luciane Francisca. Fundamentação teórica: Dermatite atópica. UNASUS/UNIFESP. Disponível em https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_casos_complexos/unidade23/unidade23_FT_Dermatite.pdf Acesso em: 12 de março de 2023.

Imagem utilizada sob licença da Shutterstock.com, disponível em: https://www.shutterstock.com/pt/image-photo/hypostatic-disease-skin-lower-leg-venous-2222044557 Acesso em: 12 de março de 2023.

Imagem utilizada sob licença da Shutterstock.com, disponível em: https://www.shutterstock.com/fr/image-photo/eczema-396169222 Acesso em: 12 de março de 2023.

Imagem utilizada sob licença da Shutterstock.com, disponível em: https://www.shutterstock.com/pt/image-photo/inflamation-skin-around-umbilicus-due-contact-761639674 Acesso em: 12 de março de 2023.

Imagem utilizada sob licença da Shutterstock.com, disponível em: https://www.shutterstock.com/pt/image-photo/dry-hands-peel-contact-dermatitis-fungal-485811604 Acesso em: 12 de março de 2023.

Imagem utilizada sob licença da Shutterstock.com, disponível em: https://www.shutterstock.com/pt/image-photo/itchy-allergic-skin-problems-dermatitis-on-1953019975 Acesso em: 12 de março de 2023.

Imagem utilizada sob licença da Shutterstock.com, disponível em: https://www.shutterstock.com/pt/image-photo/alergy-patch-test-on-back-young-608188745 Acesso em: 12 de março de 2023.

Imagem utilizada sob licença da Shutterstock.com, disponível em: https://www.shutterstock.com/pt/image-photo/fake-silver-young-woman-customer-suffering-1096409780 Acesso em: 12 de março de 2023.

Imagem utilizada sob licença da Shutterstock.com, disponível em: https://www.shutterstock.com/pt/image-photo/seborrheic-dermatitis-fungal-skin-infection-scalp-1758063074 Acesso em: 12 de março de 2023.

Imagem utilizada sob licença da Shutterstock.com, disponível em: https://www.shutterstock.com/pt/image-photo/seborrheic-dermatitis-asian-baby-637885318 Acesso em: 12 de março de 2023.

Imagem utilizada sob licença da Shutterstock.com, disponível em: https://www.shutterstock.com/pt/image-photo/seborrheic-dermatitis-on-head-asian-baby-561450823 Acesso em: 12 de março de 2023.

Imagem utilizada sob licença da Shutterstock.com, disponível em: https://www.shutterstock.com/pt/image-photo/seborrheic-dermatitis-adult-face-isolated-white-1044660676 Acesso em: 12 de março de 2023.

Imagem utilizada sob licença da Shutterstock.com, disponível em: https://www.shutterstock.com/pt/image-photo/detail-mans-chin-seborrheic-dermatitis-beard-1173018412 Acesso em: 12 de março de 2023.

Imagem utilizada sob licença da Shutterstock.com, disponível em: https://www.shutterstock.com/pt/image-photo/detail-psoriatic-skin-disease-psoriasis-vulgaris-1287803071 Acesso em: 12 de março de 2023.

Imagem utilizada sob licença da Shutterstock.com, disponível em: https://www.shutterstock.com/pt/image-photo/atopic-dermatitis-ad-known-eczema-long-term-2018555840 Acesso em: 12 de março de 2023.

Imagem utilizada sob licença da Shutterstock.com,

disponível em: https://www.shutterstock.com/pt/image-photo/acute-atopic-dermatitis-on-legs-behind-1889103661 Acesso em: 12 de março de 2023.

Imagem utilizada sob licença da Shutterstock.com, disponível em: https://www.shutterstock.com/pt/image-photo/atopic-dermatitis-children-4769455603 Acesso em: 12 de março de 2023.

Imagem utilizada sob licença da Shutterstock.com, disponível em: https://www.shutterstock.com/pt/image-photo/dermatitis-530939383 Acesso em: 12 de março de 2023.

Imagem utilizada sob licença da Shutterstock.com, disponível em: https://www.shutterstock.com/pt/image-photo/young-boy-has-chronic-rash-on-1501590476 Acesso em: 12 de março de 2023.

Imagem utilizada sob licença da Shutterstock.com, disponível em: https://www.shutterstock.com/pt/image-photo/periorbital-dermatitis-indian-man-1726229101 Acesso em: 12 de março de 2023.

Imagem utilizada sob licença da Shutterstock.com, disponível em: https://www.shutterstock.com/pt/image-vector/whole-body-woman-suffers-skin-disease-1498841645 Acesso em: 12 de março de 2023.

Imagem utilizada sob licença da Shutterstock.com, disponível em: https://www.shutterstock.com/pt/image-photo/ichthyosis-vulgaris-skin-disease-which--will-1645662226 Acesso em: 12 de março de 2023.

Imagem utilizada sob licença da Shutterstock.com, disponível em: https://www.shutterstock.com/pt/image-photo/female-arm-showing-signs-keratosis-pilaris-1611723073 Acesso em: 12 de março de 2023.

Imagem utilizada sob licença da Shutterstock.com, disponível em: https://www.shutterstock.com/pt/image-photo/nummular-eczema-on-leg-dermatitis-1983161891 Acesso em: 12 de março de 2023.

Imagem utilizada sob licença da Shutterstock.com, disponível em: https://www.shutterstock.com/pt/image-photo/dyshidrotic-eczema-pompholux-sole-1068910286 Acesso em: 12 de março de 2023.

Imagem utilizada sob licença da Shutterstock.com, disponível em: https://www.shutterstock.com/pt/image-photo/close-photo-hand-suffering-eczema-605666903 Acesso em: 12 de março de 2023.



sanarflix.com.br

Copyright © SanarFlix. Todos os direitos reservados.



Sanar

Rua Alceu Amoroso Lima, 172, 3º andar, Salvador-BA, 41820-770