

DERMATITE DE CONTATO

A dermatite de contato ou eczema de contato é uma dermatose de etiologia exógena. É causada por agentes externos que, em contato com a pele, desencadeiam uma reação inflamatória, clinicamente caracterizada por se apresentar como um eczema.

Com relação à etiopatogenia, o eczema de contato é classificado em:

1. Dermatite alérgica de contato
2. Dermatite de contato fotoalérgica
3. Dermatite de contato por irritação primária (sem mecanismo imunoalérgico)
4. Dermatite de contato fototóxica (sem mecanismo imunoalérgico)

Dermatite Alérgica de Contato e Dermatite de Contato Fotoalérgica:

A dermatite alérgica de contato corresponde a uma reação imunológica do tipo IV. A substância ou hapteno que entra em contato com a pele é capaz de estimular o sistema imunológico do indivíduo a produzir linfócitos T que liberam várias citocinas, provocando uma reação inflamatória, clinicamente, lesão de um eczema. O eczema de contato fotoalérgico tem o mesmo mecanismo imunológico, com a participação de luz solar no desencadeamento do processo. A formação da reação imunológica do tipo IV necessita da presença concomitante da radiação apropriada e do fotoalergeno. Após a absorção da energia da luz, a substância é convertida em molécula em estado ativado. Neste processo, a molécula se une a carregador proteico para formar um antígeno completo. Uma vez que o antígeno é formado, o mecanismo que se segue é o mesmo da dermatite alérgica de contato.

Dermatite de Contato por Irritantes Primários e Fototóxica:

A dermatite de contato por irritação primária surge em consequência da exposição única ou repetida a agentes agressores, que danificam a pele (desnaturação proteica, alteração da barreira cutânea, desorganização lipídica, perda de água, citotoxicidade e queratólise) e sem a participação de eventos imunológicos, assim como a dermatite de contato fototóxica que é desencadeada por substâncias que se transformam em elementos fototóxicos pela ação da irradiação de luz UVA, levando a uma reação eczematosa e sem mecanismo imunoalérgico.

Teste de contato (patch test) ou Teste Epicutâneo:

O teste de contato ou teste epicutâneo é o método mais eficiente para confirmar o diagnóstico etiológico do eczema alérgico de contato. A presença de teste positivo a certa substância, relacionada com a história clínica do paciente, possibilita identificar os materiais que, em contato com a pele do paciente, podem desencadear um quadro eczematoso. Os testes de contato também podem auxiliar na distinção entre eczema alérgico de contato e eczema de contato por irritação primária. A ausência de testes positivos em pacientes com quadro de eczema de contato pode confirmar a hipótese de quadro eczematoso ocasionado pela ação cáustica (álcalis, ácidos, solventes) da substância na pele.

Terminologia:

Para evitar uso incorreto de terminologia, neste livreto será utilizado o termo “hapteno” no lugar de “alérgeno”. Os Haptenos são substâncias incapazes de induzir uma resposta imunológica no teste de contato “in vivo” como um composto isolado. Um hapteno necessita ligar-se a uma proteína para se tornar um “alérgeno completo” capaz de induzir uma reação alérgica e esta união (hapteno + proteína) é capaz de induzir uma reação alérgica durante a realização do teste alérgico de contato. Alguns exemplos de alérgenos comuns são os ácaros, epitélio animal e pólenes.

O teste de sensibilidade, sendo um método clássico para o diagnóstico das alergias por contato, é uma ferramenta importante para o diagnóstico da causa da dermatite de contato. Este teste torna-se mais confiável quando o uso de substâncias de alta qualidade e do mais alto grau de pureza. Também é importante a interpretação dos resultados por experientes profissionais. Os haptenos serão fornecidos em dois tipos de veículos: vaselina e água. As substâncias incorporadas à vaselina serão fornecidas em seringas de polipropileno com 3 mL e as substâncias líquidas, em frascos de 8 mL e com bico dosador. Recomenda-se utilizar os produtos somente dentro da validade descrita no rótulo.

Mecanismo de ação do hapteno presente no Teste de Contato:

O mecanismo etiopatogênico dos testes de contato é o mesmo da dermatite alérgica de contato. Um hapteno necessita ligar-se a uma proteína e esta união é capaz de induzir uma resposta alérgica durante a realização do teste de contato. Supondo-se que o paciente já tenha entrado em contato com determinado hapteno, a colocação da substância que se suspeita ser o agente etiológico da dermatite de contato em uma parte do corpo, induz a formação da via eferente da dermatite alérgica de contato, produzindo no local do teste epicutâneo, lesão clínica de aspecto eczematoso.

Indicações para a realização dos testes de contato

As principais indicações para realização dos testes de contato são:

1. Pacientes com hipótese diagnóstica de eczema alérgico de contato
2. Todos os casos de eczema de contato relacionados com o trabalho
3. Eczemas crônicos não controlados com os medicamentos tópicos comumente utilizados

Técnica de aplicação dos testes de contato ou epicutâneos:

O paciente, para ser submetido aos testes de contato deve, no momento da aplicação dos testes, apresentar sua dermatose em fase inativa e sem uso ou sob a ação de corticosteróides.

As substâncias a serem testadas devem estar diluídas em veículo adequado e em concentrações já padronizadas.

Recomenda-se a utilização de uma bateria de testes padrão para pesquisa da dermatite de contato.

A bateria padronizada para o Brasil consta de 22 elementos também pertencentes às baterias dos grupos internacionais, complementada com mais oito substâncias relacionadas principalmente com medicamentos tópicos e de uso frequente em nosso meio. De acordo com a profissão do paciente e a localização da dermatose, muitas vezes é necessário realizar baterias de testes adicionais com elementos relacionados às profissões (médicos, dentistas, enfermeiros, trabalhadores de hospitais, cabeleireiros, etc.), substâncias presentes em calçados, cosméticos e produtos farmacêuticos. Atualmente, novos haptenos estão sendo utilizados em outros países e alguns estarão disponibilizados no Brasil.

Aplicação dos testes de contato:

Os testes em geral são aplicados na região dorsal do paciente, que por sua extensão, possibilita colocação de número adequado de substâncias. Existem vários materiais que facilitam a aplicação dos testes, são fitas adesivas com câmaras de papel, alumínio ou plástico, sobre as quais são colocadas as substâncias da bateria de testes. Os haptenos são aplicados nas cavidades das câmaras ou filtro de papel, aderidas em fita adesiva hipoalergênica e distantes entre si em 2 cm.

Orientação ao paciente submetido ao teste:

Pede-se ao paciente para não molhar o local dos testes, não realizar movimentos bruscos para não descolar os adesivos e, se houver uma sintomatologia mais grave (prurido é comum), retirar o teste e comunicar ao responsável. Se houver algum sintoma sistêmico, o que é muito raro, retirar todos os testes e procurar auxílio médico imediatamente.

Leitura dos testes de contato ou epicutâneo:

Após 48 horas, os testes são retirados e a primeira leitura é realizada. A segunda leitura é realizada em 72 a 96 horas. Os critérios adotados para leitura são os preconizados pelo International Contact Dermatitis Research Group (ICDRG), a saber:

(-) negativo.

(+) discreto eritema com algumas pápulas.

(++) eritema, pápulas e vesículas.

(+++) intenso eritema, pápulas e vesículas confluentes.

Interpretação dos testes de contato:

Quando o paciente apresenta todos os testes de contato negativos, as seguintes eventualidades podem ocorrer:

- Trata-se de caso de dermatite de contato por irritação primária.
- Houve falha na aplicação do teste de contato.
- Houve exposição solar prévia no local da aplicação dos testes.
- Tempo de leitura do teste foi insuficiente (a neomicina reage em 96 horas).
- A substância alergizante não foi testada.
- A substância testada é fotossensibilizante.
- Ocorreu uso de corticosteroide tópico no local da aplicação do teste.

Quando o paciente apresentar três ou mais testes de contato positivos, recomenda-se que os mesmos sejam repetidos, equidistantes uns dos outros. Se

estes testes tiverem intensidade (+++), deverão ser retestados um a um, com intervalo mínimo de 3 semanas entre cada teste.

Por outro lado, testes de contato positivos, não indicam sempre dermatite alérgica de contato. Existem várias pesquisas clínicas que demonstram pacientes com testes positivos a certos elementos sem que nunca tenham desencadeado dermatite de contato. Por exemplo, 8% da população de mulheres têm teste de contato positivo ao sulfato de níquel e não tem reações alérgicas a bijuterias ou outros objetos metálicos. Teste de contato positivo, para ter validade, é necessário estar correlacionado com a história clínica do paciente (relação anamnésica). O teste de contato positivo pode ser relevante ou não. É relevante quando tem correlação com a história clínica do paciente. A relevância do teste pode ser provável, possível ou de certeza.

Fototeste de contato:

Para substâncias fotossensibilizantes a técnica é a mesma do teste fechado. As substâncias são aplicadas em ambos os lados do dorso e após 48 horas os testes são retirados e é realizada a primeira leitura. A seguir, um dos lados é coberto e o outro lado é irradiado com luz ultravioleta A (UVA). A segunda leitura é realizada em 72 e/ou 96 horas comparando-se os resultados entre o local irradiado e o não irradiado.

Quais pacientes devem ser testados e quais os haptenos a serem avaliados?

A primeira indicação deve ser os pacientes com dermatite afetada principalmente nas áreas expostas, com ou sem história por exposição solar, em paciente dermatite actínica crônica e quaisquer indivíduos com erupção que piora com a luz e que não tem o diagnóstico confirmado.

A área de aplicação é a região dorsal superior, evitando a colocação da fita adesiva sobre a coluna vertebral. Aplicar os haptenos nas câmaras da fita adesiva hipoalergênica e em duplicata, no lado esquerdo e direito do paciente. Deixar as unidades de teste durante 24 a 48 horas e remover ambos os conjuntos. Nesta

fase, um conjunto deve ser coberto com um material opaco e outro deve ser irradiado com fonte de luz de largo espectro com fonte de UVA (Ultra Violeta A). A dose de UVA deve ser suficiente para desencadear uma resposta fotoalérgica e sem causar reação falso-positiva ou resposta fototóxica. Como rotina a dose recomendada é de 5 J/cm² (Joules por centímetro quadrado).

Leituras:

As leituras devem ser realizadas 48 horas, antes da irradiação, logo em seguida a aplicação da luz UVA e 48 horas após a irradiação. Comparar com as unidades não irradiadas pela luz UVA. As leituras de 72 e 96 horas pós-irradiação são desejáveis para permitir a detecção do aumento ou regressão dos padrões de pontuação, sugerindo mecanismo alérgico e não alérgico, respectivamente. Uma reação positiva do fotohapteno e a luz UVA comparada com uma reação negativa das substâncias não irradiadas é indicio confirmativo de uma dermatite fotoalérgica.

DERMATITE DE CONTATO REGIONAL

CABEÇA E PESCOÇO

Couro cabeludo: tintura de cabelos, tônico e loções capilares, loções antisseborréicas, shampoos, líquidos alisantes e permanentes, medicamentos tópicos, cabelos artificiais.

Face: cosméticos em geral, medicamentos tópicos, fotoprotetores, unhas artificiais, polidores de unha, esmaltes, contatantes levados com a mão, contatantes utilizados pelo parceiro(a).

Lábios e região perioral: batons, esmaltes de unhas, instrumentos musicais de sopro, cigarros, piteiras, pastas de dentes, medicamentos tópicos, substâncias utilizadas por dentistas, lápis, borrachas, frutas cítricas e conservantes presentes em cascas de frutas.

Pálpebras e região periorbicular: esmaltes de unhas, polidores de unhas, unhas artificiais, cosméticos, substâncias voláteis de aerossol, colírios, limpadores de óculos, substâncias levadas com as mãos.

Orelha e região periauricular: perfumes, tinturas de cabelo, esmaltes de unhas, polidores de unhas, óculos, bijuterias, medicamentos tópicos e aparelhos de telefone.

Pescoço: cosméticos, bijuterias, tinturas de cabelo, perfumes, medicamentos tópicos, esmaltes e tecidos.

TRONCO

Tórax e abdome: tecidos sintéticos e estampados, medicamentos tópicos, cremes hidratantes, bronzeadores, metais de zíperes e cintos.

Região glútea: tecidos sintéticos e estampados, plásticos, borrachas, cremes hidratantes e medicamentos tópicos.

Região anal e genital: medicamentos tópicos, cosméticos utilizados para higiene íntima, tecidos sintéticos e estampados, perfumes e borracha (preservativos).

MEMBROS SUPERIORES

Axilas: desodorantes, perfumes, lâminas de barbear, cremes depilatórios, tecidos sintéticos e estampados.

Braços e antebraços: cosméticos utilizados em qualquer parte do corpo, tecidos sintéticos e estampados, medicamentos tópicos, substâncias relacionadas com a profissão, substâncias voláteis, relógios, plantas e bolsas.

Mãos: qualquer tipo de substância, principalmente as relacionadas com atividades habituais do indivíduo, medicamentos tópicos, luvas de borracha, bijuterias e tintas.

MEMBROS INFERIORES

Coxas e pernas: lâminas de barbear, cremes hidratantes, cremes depilatórios, tecidos sintéticos e estampados, objetos guardados no bolso (moedas, carteira) e plantas.

Pés: meias sintéticas e coloridas, calçados de couro e borracha, antimicóticos, colas e corantes de sapato.

BATERIA DE TESTE DE CONTATO – SÉRIE CORTICÓIDES

Os corticoides são hormônios produzidos pelas glândulas suprarrenais. O cortisol e seus derivados naturais cumprem importantes funções no organismo, atua no metabolismo das proteínas, hidratos de carbono, açúcar, gorduras e minerais, além de terem ações anti-inflamatórias e imunossupressoras e exercerem estimulação cerebral.

São três as famílias de corticoides:

- 1) Glicocorticoides: controlam o metabolismo dos carboidratos, das gorduras e das proteínas e são anti-inflamatórios;
- 2) Mineralocorticoides: controlam os níveis de eletrólitos e de água;
- 3) Andrógenos: controlam as funções sexuais masculinas.

Potência dos corticoides:

- 1) baixa potência: indicado para criança, em portadores de pele sensível e nas áreas como face e região genital;
- 2) média potência: indicado para casos moderados, áreas proximais das extremidades e tronco;
- 3) alta potência: nos casos de inflamação intensa e/ou em áreas espessadas da pele, como planta dos pés.

Paradoxalmente, os corticoides são amplamente indicados no tratamento de doenças alérgicas, no entanto, alguns indivíduos podem desenvolver alergia de contato com uso de corticoides tópicos, seja pelo princípio ativo ou também pelos excipientes presentes no produto, como os parabenos, antibióticos, fragrâncias, etc. Por isso, o diagnóstico correto de alergia de contato por corticosteroides exige conhecimento, correta indicação e interpretação do teste de contato.

A alergia de contato por corticoides tópicos é um problema emergente, cujo diagnóstico pode ser complexo devido às características peculiares

dos esteróides e os métodos de diagnóstico, incluindo a concentração e o veículo.

A ocorrência de reações cruzadas entre os diferentes corticoides tópicos não é raro.

Os corticoides têm sido classificados em quatro grupos (A-D) com base na sua estrutura química e configurações moleculares, proposto por Coopman et cols.

Estas classificações foram validadas por análise espacial através do computador, realizado por Lepoittevin e cols. Estes autores relataram que as reações alérgicas de contato foram mais frequentes com corticoides pertencem ao mesmo grupo.

Divisão do grupo D em subgrupos (D1 e D2) foi proposta por Goosens e cols.

Corticosteroid classes				
Group A	Group B	Group C	Group D1	Group D2
Hydrocortisone type	Triamcinolone Acetonide type	Betamethasone type	Betamethasone dipropionate type	Methylprednisolone aceponate type
Hydrocortisone	Budesonide	Betamethasone	Beclomethasone dipropionate	Methylprednisolone aceponate
Hydrocortisone acetate	Triamcinolone	Desoxymethasone	Betamethasone dipropionate	Hydrocortisone valerate
Methylprednisolone	Triamcinolone acetonide	Dexamethasone	Betamethasone-17-valerate	Hydrocortisone-17-butyrate
Prednisone	Triamcinolone acetonide	Desoximetasona	Clobetasol propionate	Hydrocortisone-17-buteprate
Prednisolone	Triamcinolone diacetate	Fluocortolone	Clobetasone butyrate	Hydrocortisone-17-aceponate
Prednisolone caproate	Desonide	Halomethasone	Clobetasone propionate	Prednicarbate
Prednisolone acetate	Fluocinonide	Fluprednidene acetate	Difflorasone diacetate	
Fludrocortisone acetate	Fluocinolone acetonide	Clocortolone	Mometasone furoate	
Tixocortol pivalate	Amcinonide		Fluticasone Propionate	
	Flunisolide		Diiflucortolone valerate	
	Halcinonide		Alclometasone-17,21-dipropionate	

Ramirez R, Brancaccio RR.

An Bras Dermatol. 2007;82(2):169-76.

Interpretação dos resultados:

A atividade farmacológica dos corticoides sobre o tônus vascular, pode alterar a reatividade no teste de contato. Não considerar reação positiva se houver somente eritema nas leituras de 48 e 72 horas.

Devido a ação anti-inflamatória dessas moléculas, a reação tende a ser diferente nos dias habituais de leitura. Às vezes, é necessário leitura de 7 dias.

A experiência na interpretação dos resultados dos testes contato é fundamental. Não descuidar das leituras tardias (D-7).

SUBSTÂNCIAS DA BATERIA DE TESTE DE CONTATO – SÉRIE CORTICÓIDES

BETAMETASONA-17-VALERATO – 1%

É um corticoide tópico do grupo D. Esta substância é um corticoide tópico com ação anti-inflamatória. É um corticoide potente, com boa penetração na pele e absorção percutânea raramente observada, mesmo sob oclusão. É utilizada no tratamento da dermatite, artrite, doença inflamatória do intestino, doença das vias respiratórias, e síndrome de angústia respiratória. É encontrada usualmente em cremes, pomadas, loções cremosas e loções alcoólicas.

BUDESONIDA – 0,01%

Substância do grupo B. É um esteroide glicocorticoide, utilizado no tratamento de asma, rinite não infecciosa, no tratamento e prevenção de pólipos nasais. Empregada como aerossol/nebulizador nasal, para o tratamento das rinites e sinusites. Empregada como aerossol bucal, para a bronquite asmática, alérgica, espasmódica. Também é usada em spray nasal para profilaxia e tratamento de rinite. Embora pouco frequente, pode produzir reações alérgicas na pele como urticárias, exantema, dermatite e prurido.

CLOBETASOL, PROPIONATO – 1%

Substância do grupo D. É um corticosteroide potente, que possui propriedades vasoconstritoras, antipruriginosas e anti-inflamatórias. É utilizado na forma de propionato, por via tópica em cremes, pomadas, loções cremosas e loções alcoólicas. Pode apresentar como reações

adversas, prurido, irritação, secura, dermatite perioral e dermatite alérgica por contato, dentre outras.

DEXAMETASONA, ACETATO – 1%

Substância do grupo C. Corticosteroide cuja estrutura possui grupos funcionais que a tornam em um glicocorticoide muito potente, com fraca atividade mineralocorticoide. É utilizada no tratamento de dermatoses de menor gravidade ou em casos em que o uso prolongado de corticosteroides que se faça necessário. Encontrado principalmente em cremes e pomadas.

HIDROCORTISONA, ACETATO – 25%

Pertence ao grupo A. Esta substância é utilizada como corticosteroide tópico de baixa potência e com ação anti-inflamatória e antipruriginosa. É utilizada em várias dermatoses, inclusive as alérgicas. Indicado principalmente para dermatite seborreica, eczema de contato, numular, disidrótico, microbiano, eczema atópico, eczema perianal e eczema de estase. Pode ser usada de forma segura, com ou sem oclusão. É utilizada em cremes ou pomadas.

HIDROCORTISONA 17-BUTIRATO – 1%

Pertence ao grupo D. Esta substância é utilizada como corticosteroide tópico com ação anti-inflamatória. É utilizada no tratamento de psoríase e dermatoses de menor gravidade, como dermatoses eczematosas crônicas. Ideal para uso crônico, tratamentos prolongados e manutenção. Pode ser usada de forma segura, com ou sem oclusão. É utilizada em cremes, pomadas e loções cremosas.

TRIANCINOLONA, ACETONIDA – 1%

Pertence ao grupo B. É um corticosteroide potente com ótima penetração e distribuição na epiderme. É indicada no tratamento de dermatoses extensas, fotodermatites, pruridos e urticária, ou ainda em dermatoses de maior gravidade. Presente em loções, pomadas e cremes.