

Dermatite Atópica/Eczema atópico

Trata-se de uma inflamação cutânea que ocorre em muitos indivíduos alérgicos como componente da tríade - asma, rinite alérgica e eczema atópico. Já no século XVII Helmont descreveu a associação entre prurido, eritema e asma.

A dermatite atópica é claramente uma doença da criança, de característica crónica e recorrente e caracterizada por prurido e coceira intensos.

Muitas vezes a dermatite atópica, nas primeiras fases do seu aparecimento, pode não surgir com os sinais clínicos mais típicos da doença, podendo ser confundida com outras patologias dérmicas da criança. É uma doença que, por vezes, ocorre juntamente com a urticária, causada, principalmente, por ingestão de alimentos, ou por erros metabólicos genéticos devidos a deficiência do metabolismo da frutose ou lactose. Esta situação pode erradamente ser assumida como “alergia alimentar”. No entanto, é de referir que a dermatite atópica pode ocorrer, concomitantemente, com uma alergia alimentar. Os doentes com dermatite atópica têm valores elevados de IgE sérica. Nestes doentes há também alteração da imunidade celular, que se manifesta por maior susceptibilidade às infecções provocadas por vírus, bactérias ou fungos.

Apesar da elevada IgE sérica e da alta sensibilidade cutânea, não está, contudo, comprovado que, a reacção antígeno-IgE-mastócitos possa ser a principal causa de dermatite atópica.

A dermatite atópica é uma doença crónica, com acentuado prurido cutâneo, que ocorre em doentes com antecedentes pessoais, ou familiares de atopia, e que se manifesta por alterações imunológicas e fisiológicas. Estes doentes têm um maior predisposição para sensibilização multifactorial.

A associação desta patologia com asma e rinite alérgica, sugere que a dermatite atópica possa estar relacionada com reacções entre antígenos e anticorpos reagínicos (IgE).

A prevalência desta patologia cutânea é de cerca de 4 a 6% na infância, com tendência para a diminuição com o decorrer dos anos, podendo atingir na idade adulta 0.5-1% da população. Em 80% dos casos, os primeiros sinais da doença, surgem no 1º

ano de vida, particularmente por volta dos 3 meses de idade. Em 2/3 dos caso a doença desaparece espontaneamente por volta dos seis anos; nos casos graves a dermatite atópica persiste ao longo da vida. Na criança a dermatite atópica é duas vezes mais frequente no sexo masculino que no feminino.

A redução da prevalência da dermatite atópica, ao longo da vida, é referida por diversos autores como um “desvio” do órgão alvo da reacção alérgica que, no adulto, passariam a ser, quer as cavidades nasais provocando o aparecimento de rinite alérgica, quer os brônquios com aparecimento de asma. Contudo, muitos adultos com dermatite atópica acabam por desenvolver também dermatite de contacto. A dermatite atópica não se distribui de forma homogénea em todas as zonas do Mundo, havendo uma baixa prevalência desta patologia nas zonas tropicais e húmidas.

A hereditariedade é também um factor importante, e estando já definida a existência de um modo de transmissão por mais de um gene. Nos gémeos homozigóticos há concordância genética em 90%. A associação da dermatite atópica ao sistema HLA, embora bastante estudada, ainda não está definida.

Patogenia

A subida da IgE sérica está presente em 60-80% dos casos de dermatite atópica. No entanto, a existência de valores de IgE dentro dos padrões de normalidade, não exclui o diagnóstico de dermatite atópica. A presença de valores elevados de IgE sérica não está associada à gravidade da doença. Doentes com esta patologia, frequentemente, têm também diminuição de IgA sérica.

A disfunção imunológica traduz-se por alterações a nível da imunidade da função linfocitária T, havendo uma diminuição global do numero de células T, por provável défice na maturação das células T “helper”, com redução da actividade das células supressoras.

“In vitro” os neutrófilos têm redução da quimiotaxia. Em relação aos basófilos há um aumento da desgranulação da histamina. A hiper-eosinofilia não é constante, nem é específica.

Estudos recentes sugerem que há um aumento da actividade da fosfodiesterase nas células atópicas, e consequente redução na concentração do cAMP (monofosfato de adenosina cíclico).

Existem alterações vaso-motoras a nível da derme, parecendo haver perturbações dos receptores β -adrenérgicos das paredes dos vasos e consequente vasoconstricção, conduzindo paradoxalmente a um dermatografismo branco.

Os testes de hipersensibilidade retardada são muitas vezes negativos. A efectuação de RAST tem pouco interesse nesta patologia.

É de referir que a associação entre alergia alimentar e dermatite atópica é controversa, embora muitos doentes agravem a sua doença com ingestão de determinados alimentos, como os frutos secos, particularmente o amendoim, chocolate e leite. Neste último caso a hipersensibilidade às proteínas do leite de vaca encontra-se frequentemente associada a dermatite atópica.

Clinica e Diagnóstico

Cerca de 65% dos casos de dermatite atópica surgem no 1º ano de vida, e 90% dos casos surgem abaixo dos 5 anos de idade. A aparição precoce da doença dá-se por volta dos 3 meses de idade, e de uma forma geral é uma doença cujas queixas se iniciam por prurido, eritema com zonas pápulo-vesículas que podem ser, isoladas ou confluentes, inicialmente localizadas nas “bochechas” e “testa”, envolvendo posteriormente a face e queixo (poupando a zona centro-facial), pernas, braços e punhos. São crianças que se apresentam com as “bochechas” vermelhas, fendidas, escamosas e com crostas, mas que embora tendo alterações do sono provocadas por prurido, o seu estado geral é bom.

Até aos 2 anos de idade as lesões habitualmente envolvem a face e áreas de extensão; a partir desta idade estão comprometidas as áreas de flexão, sendo facilmente identificáveis na região peri-oral, pregas dos cotovelos e escavados poplíteos.

As lesões, que inicialmente se apresentam como eritema pápulo-vesiculoso, transformam-se rapidamente em vesículas; estas são pequenas, quase sempre com escoriações devido às lesões de coceira, e com contornos mal definidos.

Posteriormente, devido a infecções bacterianas da pele, aparecem as crostas, tornando-se a epiderme escamosa, e finalmente surge a hiper-queratose. É muito frequente o aparecimento de infecções concomitantes, em grande parte devido à coçeira que esta patologia provoca. Estas infecções são responsáveis pela liquenificação, com placas formadas por crostas e pústulas de superfície amarelada, por vezes vegetante.

As lesões evoluem por surtos tendendo a estender-se por todo o corpo, podendo vir a constituir uma verdadeira eritrodermia.

A evolução desta doença é caprichosa e caracteriza-se por surtos e remissões imprevisíveis.

O prurido é a queixa mais frequente e é uma constante durante os surtos, sendo uma das características *major* desta doença. O prurido aumenta em todas as situações que provocam *secura* da pele ou *hipersudorese*, como a permanência em compartimentos muito quentes, lavagens frequentes com banhos quentes e uso de vestuário em excesso ou demasiado quente para a época.

Há, contudo, outros sinais menores da doença, como o sinal de Dennie Morgan, que se traduz por um edema, não específico, na prega sub palpebral inferior que pode posteriormente apresentar-se hiper-pigmentado (associado ou não ao aspecto de olheiras), a *queilite*, a acentuação das pregas palmares, a *ictiose* e o *eczema* nos mamilos.

As lesões de dermatite atópica são secundárias à coçeira e não devidas a lesões urticariformes de hipersensibilidade.

Quase sempre estas lesões têm por base uma pele seca (*xerose*) e facilmente irritável e muito sensível, desde o simples contacto com objectos duros e rugosos (p. ex. brinquedos metálicos), até ao uso de sabonetes com pH não fisiológico e lavagens com águas calcárias. É frequente que estes factos provoquem a associação da dermatite não específica das mãos com a dermatite atópica.

Na dermatite atópica, há *défice* da imunidade celular, podendo surgir algumas complicações, sendo uma das mais frequentes as infecções provocadas por vírus do herpes.

Nos doentes portadores de dermatite atópica há aparecimento de “dermografismo branco” , ou seja, quando se esfrega uma área de eritema há aparecimento de uma zona esbranquiçada, daí designar-se esta reacção como dermografismo branco; é uma reacção típica desta doença, embora possa aparecer também noutras clínicas. Em 70% dos doentes com dermatite atópica, há uma reacção paradoxal com aparecimento de uma zona esbranquiçada quando se injecta por via intra-dérmica, ou por iontoforese acetilcolina ou metacolina. Sabendo-se que, na asma brônquica a avaliação de hiper-reactividade brônquica também pode ser avaliada por administração via inalatória de acetilcolina ou metacolina, este facto sugere que a hiper-reactividade colinérgica possa ser uma das características da doença atópica.

Em casos raros, a dermatite atópica pode complicar-se com lesões oftálmicas, levando a cataratas sub-capsulares anteriores e iridociclites.

No sentido de obter uniformidade e melhores critérios de diagnóstico, Haninfin e Rajka propuseram o estabelecimento de critérios major e minor para o correcto diagnóstico da dermatite atópica. Assim, para estabelecer o diagnóstico, será necessária a coexistência de três critérios *major* e de pelo menos três critérios *minor*.

Critério Major

1 - Prurido

2 - Distribuição e Morfologia típica

- liquenificação nas zonas flexoras ou linear nos adultos

- envolvimento facial e extenso nas crianças)

3 - Dermatite crónica ou com múltiplas recorrências

4 - História familiar pessoal ou familiar de atopia

Crítérios Minor

1 - Xerose;

2 - Ictiose;

3 - Testes cutâneos positivos;

4 - IgE sérica elevada;

5 - Aparecimento precoce;

6 - Tendência para infecções cutâneas

- 7 - Eczema dos mamilos;
- 8 - Queilite;
- 9 - Conjuntivite recorrente;
- 10 - Pregas de Dennie Morgan infra-orbitárias;
- 11- Queratocone;
- 12- Cataratas sub-capsular inferior;
- 13- Hiper pigmentação peri-orbitária;
- 14- Pitiríase alba;
- 15- Pregas anteriores do pescoço;
- 16- Sudação pruriginosa;
- 17- Intolerância à lã;
- 18- Intolerância alimentar;
- 19- Dermografismo branco;
- 20- Acentuação peri-folicular;
- 21- Evolução influenciada pelo meio ambiente e factores emocionais

No lactente, a dermatite atópica pode assemelhar-se a uma dermatite seborreica, pela sua topografia e pela presença de escamas gordas na face e algumas vezes nas nádegas. Os antecedentes atópicos, na dermatite atópica (cerca de 70%), e a evolução clínica permitirão ao fim de algumas semanas efectuar a distinção.

Na infância algumas lesões tornam-se numulares sendo difíceis de distinguir de um eczema numular.

O prurido e os surtos característicos são importantes para o diagnóstico diferencial. Nas crianças que chucham no dedo, é frequente observarem-se lesões de impétigo e de fissuras na pele, sobretudo no polegar.

Terapêutica

Eliminação de factores de exacerbação e a evicção de factores irritantes gerais conhecidos, são as principais medidas a tomar para o controle da doença. O tipo e qualidade do vestuário são outros dos factores importantes para o tratamento; a escolha deverá recair sobre peças confeccionadas em algodão.

Os factores relacionados com a higiene pessoal são relevantes para o tratamento da doença. O banho deve ser tépido e rápido, pois quanto mais contacto houver com a água maior será a secura de pele. As zonas de lesão deverão ser protegidas com emolientes, tipo óleo de soja ou parafina líquida, antes do banho. No banho de chuveiro,

estes produtos deverão ser aplicados directamente no corpo. Nos banhos de imersão, estes produtos deverão ser diluídos na água do banho; nas fases de maior exacerbação da doença, podem ser associados solutos anti-sépticos, p. ex. Clorhexidina, diluídos também na água do banho. Em geral utiliza-se uma medida por cada 20 litros de água, quer do emoliente, quer do anti-séptico. Nas fases de maior acalmia deverá o anti-séptico ser usado com maior diluição. Pode, também, usar-se o anti-séptico na forma galénica de creme para aplicação local. Após o banho, e mesmo durante o dia, será útil usar um hidratante que possa ser aplicado em todo o corpo.

A temperatura ambiente deve ser agradável e não muito quente, pois os doentes com dermatite atópica têm tendência a reter o suor.

Atendendo a que o prurido é o principal sintoma da doença, a primeira atitude terapêutica deverá ser a luta eficaz contra ele, usando anti-histamínicos.

Quando os cuidados gerais, com ou sem uso de anti-histamínicos, não resultam, poderá ser efectuada a aplicação tópica de corticoides; nestes caso deverá ser preferível a forma galénica de pomadas, aconselhando sempre a aplicação de pequenas quantidades e nas zonas em que as lesões estejam mais exacerbadas.

Por se tratar de uma patologia em que são frequentes as infecções cutâneas, usualmente provocadas por estafilococos, é muitas vezes necessário recorrer a antibioterapia, via geral (de preferência), ou local (em casos especiais).

Como acima foi referido, uma das complicações da dermatite atópica é a infecção pelo vírus do herpes simplex, que aparece em cerca de 10% destes doentes. Nestes casos está indicado o uso de aciclovir.

Evolução

Muitas crianças com dermatite atópica melhoram a partir dos 6 anos de idade, necessitando apenas de cuidados específicos para o tipo de pele. Estão, neste caso, indicados o uso de substitutos do sabão com pH adequado.

São, no entanto, de mau prognóstico o início tardio da doença e as inversões topográficas das lesões.