

# Diagnóstico e Tratamento do Eczema de Contato

*Sociedade Brasileira de Dermatologia*

---

**Elaboração Final:** 18 de junho de 2001

**Autoria:** Duarte I, Lazzarini R

---



#### **DESCRIÇÃO DO MÉTODO DE COLETA DE EVIDÊNCIAS:**

Foram pesquisados artigos da literatura internacional (1989 - 2000) através da base de dados MEDLINE e capítulos de livros relacionados ao assunto considerado relevante.

#### **GRAU DE RECOMENDAÇÃO E FORÇA DE EVIDÊNCIA:**

- A: Grandes ensaios clínicos aleatorizados e meta-análises.
- B: Estudos clínicos e observacionais bem desenhados.
- C: Relatos e séries de casos clínicos.
- D: Publicações baseadas em consensos e opiniões de especialistas.

#### **OBJETIVOS:**

1. Definir o conceito de eczema ou dermatite de contato;
2. Definir a classificação atual;
3. Estabelecer critérios para o diagnóstico;
4. Estabelecer os critérios para os testes de contato;
5. Revisar a literatura sobre os tratamentos preconizados.

#### **PROCEDIMENTOS:**

1. História clínica, exame físico;
2. Procedimento especializado: teste de contato.

#### **EVOLUÇÃO E DESFECHO:**

1. Identificação do agente causal;
2. Seguimento após retirada do agente causal.



## INTRODUÇÃO

Eczema de contato ou Dermatite 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 (D).

Com relação à etiopatogenia, o eczema de contato é classificado em<sup>1-3</sup>(D):

- Eczema de contato por irritação primária;
- Eczema alérgico de contato;
- Eczema de contato fototóxico;
- Eczema de contato fotoalérgico.

### ECZEMA DE CONTATO POR IRRITAÇÃO PRIMÁRIA (ECIP)

O ECIP surge em consequência da exposição única ou repetida a agentes agressores, em cujo mecanismo de ação não participam eventos imunológicos<sup>4,5</sup>(D).

*Eczema de contato por irritante primário absoluto* é desencadeado pela ação cáustica de substâncias quando em contato com a pele. Ocorre pela capacidade da substância em provocar dano tecidual. Não existe suscetibilidade individual e os sintomas surgem abruptamente, havendo melhora rápida após a suspensão do contato. Geralmente é consequente a contato acidental. Ex. o contato acidental da pele com um ácido<sup>6</sup>(D).

*Eczema de contato por irritante primário relativo* é a forma mais freqüente de eczema de contato por irritação; pode surgir após dias, semanas, meses ou anos de exposição ao agente causador. O seu aparecimento depende das características da substância irritante, do tempo de exposição e da periodicidade do contato com o agente irritante. A freqüente exposição à água, sabões e detergentes favorecem a irritação<sup>5</sup>(D).

ECIP é a forma mais freqüente de eczema de contato, principalmente quando relacionada às atividades profissionais, representando 60 % de todas as dermatoses ocupacionais<sup>7</sup>(D).

### ECZEMA ALÉRGICO DE CONTATO (EAC)

EAC corresponde a uma reação imunológica do tipo IV. A substância contactante é capaz de penetrar na pele e estimular o



sistema imunológico do indivíduo a produzir linfócitos T que liberam várias citocinas, provocando uma reação inflamatória, clinicamente um eczema<sup>1,8</sup>(D).

#### **ECZEMA DE CONTATO FOTOTÓXICO (ECFT)**

É desencadeado por substâncias que se transformam em elementos fototóxicos pela ação da radiação UVA, levando a uma reação eczematosa. Como na ECIP, não existe mecanismo imunológico na formação do eczema<sup>5</sup>(D).

#### **ECZEMA DE CONTATO FOTOALÉRGICO**

O mecanismo etiopatogênico é o mesmo do eczema alérgico de contato, com a participação da 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 protéico para formar um antígeno completo. Uma vez que o antígeno é formado, o mecanismo que se segue é o mesmo da EAC<sup>1,9</sup>(D).

#### **CRITÉRIOS PARA DIAGNÓSTICO**

##### **HISTÓRIA CLÍNICA DETALHADA<sup>1,3,9-12</sup>(D)**

##### **Localização inicial da lesão**

As principais localizações do eczema de contato correspondem às partes do corpo mais expostas ao ambiente: mãos, face, pescoço, pés, antebraços.

##### **Aparecimento em outras localizações**

O EAC e o ECFA, na sua evolução, têm tendência ao comprometimento de outras áreas próximas ao local do contato ou até mesmo distante do local inicial, por disseminação da reação imunológica.

##### **Sintomas associados:**

##### **prurido, ardor, queimação**

O EAC e o ECFA são pruriginosos. No ECIP absoluto os sintomas comuns são o ardor e a queimação.

##### **Tipo de lesão: vermelhidão, bolhas, descamação, pele ressecada**

Estas queixas são as mais comuns que os pacientes relacionam com o quadro eczematoso.

##### **Tempo de aparecimento da dermatose e dos sintomas após o contato com o contactante:**

- Lesões e sintomas de aparecimento imediato: ECIP absoluto;
- Lesões e sintomas surgindo 12-24 horas após contato: ECFT, EAC, ECFA;
- Lesões e sintomas que aumentam progressivamente com o contato da substância: ECIP relativo.

##### **Relação com trabalho**

Quando o paciente relaciona a dermatose com o trabalho, pode-se estar diante de um eczema de contato ocupacional. Avaliar:

- Tipo de trabalho;
- Há quanto tempo realiza tal atividade;
- Outros trabalhadores com a mesma dermatose;
- Exposição a químico;
- Equipamentos de proteção utilizados;
- Atividade secundária no trabalho.

##### **Relação com o ambiente doméstico**

##### **Relação com atividades de lazer**

Investigar atividades esportivas, atividades artísticas como pintura, escultura, bordados, jardinagem, etc.

## Relação com o sol

### Relação com a exposição à água

A exposição da pele à água (fator umidade) favorece o aparecimento da dermatite de contato.

### Tratamentos já realizados

Algumas terapêuticas podem piorar ou desencadear dermatite de contato.

### Outras exposições:

- Hobbies e outras atividades;
- Cosméticos;
- Animais;
- Atividades caseiras e produtos utilizados.

### História familiar:

- Antecedentes de atopia, ictiose, psoríase e outras dermatoses comuns;
- A presença de uma dermatose prévia favorece o ECIP e o EAC;
- História familiar de eczema de contato.

### Antecedentes pessoais:

- História anterior de eczema de contato;
- Tratamentos anteriores.

## EXAME FÍSICO<sup>1,2,9,10</sup>(D)

### Localização

### Características da distribuição das lesões

Áreas expostas, simetria.

### Tipo de lesão:

- Eczema agudo: presença de eritema, edema e vesículas;
- Eczema subagudo: exsudação, crostas;
- Eczema crônico: liquenificação.

## EXAME HISTOPATOLÓGICO

Indicado para auxiliar no diagnóstico diferencial de dermatoses não-eczematosas mostra as seguintes alterações<sup>12</sup>(D):

No eczema agudo – Estrato córneo normal. Epiderme normal ou espessada com a presença de edema entre queratinócitos progredindo para a formação de vesículas intraepidérmicas. Presença de exocitose de linfócitos. Infiltrado linfohistiocitário ao redor dos vasos superficiais. Eosinófilos podem estar presentes tanto no infiltrado, como nas áreas de espongiase (mais freqüente no EAC). No ECIP pode ocorrer ulceração extensa, necrose, acantólise dependendo do agente irritante.

No eczema subagudo – Epiderme acantótica, com paraqueratose; pouca ou moderada espongiase. Infiltrado inflamatório menos proeminente.

No eczema crônico – Hiperqueratose, paraqueratose, hipergranulose, com acantose moderada. Espongiase em focos mínimos. Infiltrado inflamatório esparso. Presença de fibrose nas papilas dérmicas.

## TESTES DE CONTATO<sup>1,3,9,10,13</sup>(B)

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 da substância na pele.

### Indicações para a realização dos testes de contato<sup>1,2</sup>(D)

As principais indicações para realização dos testes de contato são:

- Pacientes com hipótese diagnóstica de eczema alérgico de contato;
- Todos os casos de eczema de contato relacionado com o trabalho;
- Eczemas crônicos não controladas com os medicamentos tópicos comumente utilizados.

### Técnica de aplicação dos testes epicutâneos<sup>1</sup>(D)

O paciente, para ser submetido aos testes de contato, deve, no momento da aplicação dos testes, apresentar sua dermatose em fase inativa<sup>1</sup>(D).

As substâncias a serem testadas devem estar diluídas em veículo adequado e em concentrações já padronizadas<sup>1</sup>(D).

Recomenda-se a utilização de uma bateria de testes padrão para pesquisa da dermatite de contato. Na tabela abaixo, temos a bateria de

Substância	Conc.	Veíc.	Substância	Conc.	Veíc.
Antraquinona	2,0%	Vas.sol	Neomicina	20,0%	vas.sol
Bálsamo do Peru	25,0%	Vas.sol	Nitrofurazona	1,0%	vas.sol
Benzocaína	5,0%	Vas.sol	Parabenos (2)	12,0%	vas.sol
Bicromato de potássio	0,5%	Vas.sol	Parafenilenodiamina	1,0%	vas.sol
Butil fenol p-terciario	3,0%	Vas.sol	Perfume-mix (3)	8,0%	vas.sol
Carba-mix (1)	3,0%	Vas.sol	PPD-mix (4)	0,6%	vas.sol
Cloreto de cobalto	1,0%	Vas.sol	Prometazina	1,0%	vas.sol
Colofônia	20,0%	Vas.sol	Propilenoglicol	1,0%	vas.sol
Etilenodiamina	1,0%	Vas.sol	Quaternium 15	2,0%	vas.sol
Formaldeído	2,0%	Água	Quinolina-mix (5)	5,0%	vas.sol
Hidroquinona	1,0%	Vas.sol	Resina-epoxi	1,0%	vas.sol
Irgasan	1,0%	Vas.sol	Sulfato de níquel	5,0%	vas.sol
Kathon CG	0,5%	Vas.sol	Terebintina	10,0%	vas.sol
Lanolina	20,0%	Vas.sol	Timerosol	0,1%	vas.sol
Mercaptobenzotiazol	1,0%	Vas.sol	Tiuram-mix (6)	1,0%	vas.sol

(1) Difenilguanidina

(2) Butil, etil, propil, metil-parabenos, 3% cada

(3) Eugenol, isoeugenol, álcool cinâmico, aldeído cinâmico, geraniol, hidroxicitronelal, álcool alfa-amil cinâmico, oakmoss absolute, 1% cada.

(4) N-fenil-n-ciclo-hexil-p-fenilenodiamina, N-iso-N-fenil-p-fenilenodiamina, N-N-difenil-p-fenilenodiamina, 0,2% cada.

(5) Clioquinol, clorquinaldol, 3% cada.

(6) Tetrametiltiuram dissulfito, tetrametiltiuram monossulfito, tetraetiltiuram dissulfito, dipentametilenetiuram monossulfito, 0,25% cada.



testes epicutâneos preconizada pelo grupo brasileiro de Dermatite de Contato<sup>13</sup>(B). Consta de 22 elementos também pertencentes às baterias dos grupos internacionais, adicionados de mais oito substâncias relacionadas principalmente com medicamentos tópicos e de uso freqüente em nosso meio.

De acordo com a profissão e a localização da dermatose, muitas vezes é necessário realizar baterias de testes adicionais com elementos relacionados às profissões (dentistas, trabalhadores em hospital, cabeleireiros), calçados, cosméticos, etc.<sup>1</sup>(D).

#### **Aplicação dos testes de contato.**

Os testes em geral são aplicados no dorso dos pacientes, por se tratar de área que, pela 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. Como exemplo, citamos o FINN CHAMBERS, disponível em nosso meio. Na falta destes aplicadores, as substâncias podem ser aplicadas sobre quadradinhos de papel de filtro de 1 cm de lado aderidos em fita adesiva tipo micropore e distantes entre si cerca de 2 cm(D).

#### **Leitura dos testes epicutâneos<sup>1</sup>(D)**

Após 48 horas, os testes são retirados e a primeira leitura é realizada. A segunda leitura é realizada em 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<sup>1-3,13</sup>(B)**

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 epicutâneo;
- Houve exposição solar prévia no local da aplicação dos testes;
- Tempo de leitura do teste foi insuficiente;
- A substância alergizante não foi testada;
- A substância testada é fotossensibilizante;
- Ocorreu uso de corticóide tópico no local da aplicação do teste.

Teste de contato positivo pode ser não relevante ou relevante. Teste relevante é o que tem correlação com a história clínica do paciente. A relevância do teste pode ser provável, possível ou de certeza.

Quando o paciente apresentar três ou mais testes de contato positivo, recomenda-se que os mesmos sejam repetidos, distantes uns dos outros. Se estes testes tiverem intensidade (+++), deverão ser requestados um a um, com intervalo de no mínimo três semanas entre cada teste.

#### **OUTROS TESTES UTILIZADOS NO DIAGNÓSTICO DA DERMATITE DE CONTATO<sup>1-3,14,15</sup>(B)**

Teste provocativo de uso: utilizado para confirmar a presença de substância sensibilizante em material utilizado pelo paciente. Sua aplicação prática é para cosméticos em geral. O material é aplicado em dobra cubital duas vezes ao dia durante uma semana. A presença de reação positiva confirma dermatite alérgica de contato desencadeada pela substância positiva no teste epicutâneo e presente no material utilizado.

Teste aberto: utilizado para materiais irritantes no teste fechado (teste epicutâneo padrão). O material é aplicado sobre a pele normal (geralmente região retro auricular) duas vezes ao dia durante dois dias.

Fototeste de contato: para substâncias fotossensibilizante. 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 radiação ultravioleta A. A segunda leitura é realizada em 96 horas comparando-se os resultados entre o local irradiado e o não-irradiado.

#### **TRATAMENTO DO ECZEMA DE CONTATO<sup>1,3,9,10,16,17</sup>(D)<sup>18</sup>(A)<sup>19</sup>(B)**

Evitar contato<sup>1</sup>(D).

Orientações ao paciente, com alternativas para as substâncias responsáveis pelo eczema de contato<sup>1</sup>(D).

#### **TRATAMENTO TÓPICO PARA OS ECZEMAS DE FRACA E MÉDIA INTENSIDADE:**

Compressas úmidas com soluções adstringentes como líquido de Burow ou água D'Alibour(1/10 ou 1/20)<sup>1,3</sup>(D);

Corticosteróide tópico em creme nas fases agudas<sup>2,3</sup>(D).

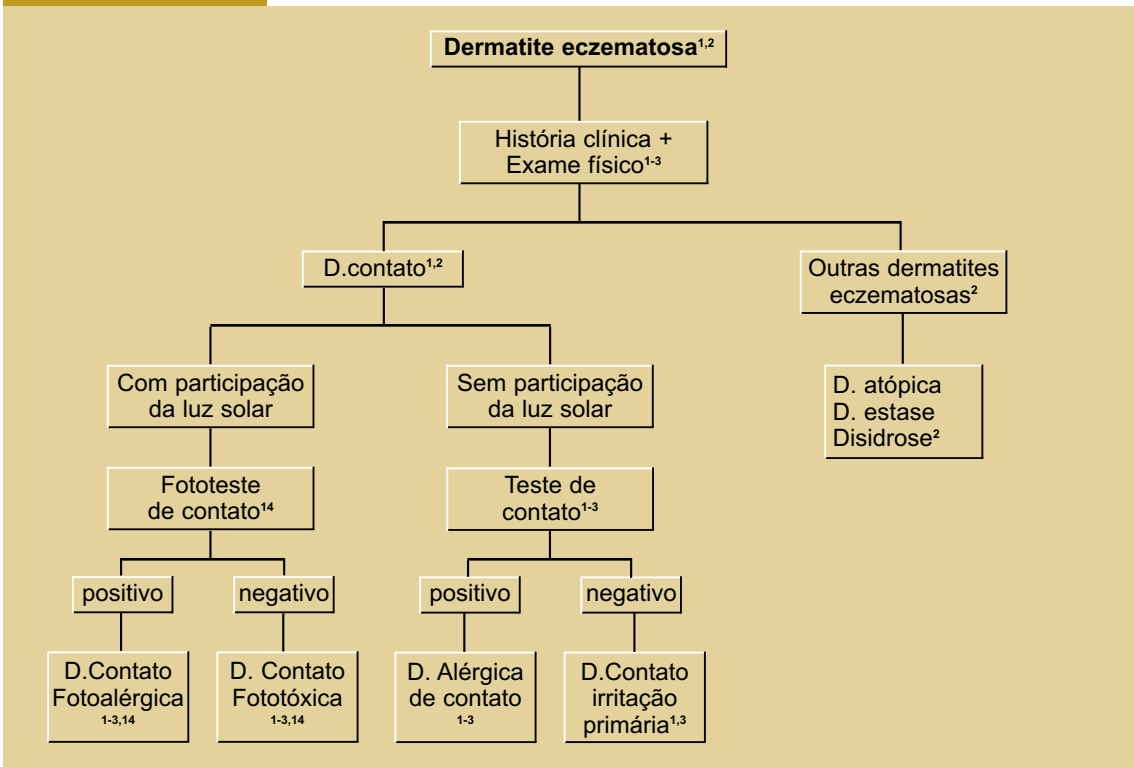
#### **TRATAMENTO**

##### **SISTÊMICO NOS CASOS EXTENSOS:**

- Corticóide sistêmico: Prednisona 1 mg/kg/dia, por cinco dias, com redução da dose pela metade e manutenção por período variando entre 10 e 14 dias<sup>3</sup>(D);
- Anti-histamínicos: para aliviar o prurido<sup>2,3</sup>(D);
- Antibióticos: nos casos de infecção secundária, de acordo com o agente envolvido<sup>2</sup>(D);
- Ciclosporina<sup>20,21</sup>(B);
- FK 506 – Tacrolimus: em creme, não disponível em nosso meio<sup>22</sup>(B);
- Fototerapia: principalmente UVB<sup>17</sup>(D);
- Pentoxifilina<sup>17</sup>(D);
- Ascomicina: creme<sup>16,23</sup>(D).



**Algoritmo**



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

1. Rietschel R, Fowler JF, editors. Fisher's contact dermatitis. 4th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995.
2. Sampaio SAP, Rivitti EA. Dermatologia. São Paulo: Artes Médicas; 1998.
3. Duarte I, Pires MC, Lazzarini R, et al. Dermite de contato-artigo de revisão. An Bras Dermatol 2000; 75:529-48.
4. Berardesca E. What's new in irritant dermatitis. Clin Dermatol 1997; 15:561-3.
5. Rietschel RL. Mechanisms in irritant contact dermatitis. Clin Dermatol 1997; 15:557-9.
6. Lammintausta K, Maibach HI. Contact dermatitis due irritation. In: Adams Occupational Skin disease. Philadelphia: W. B. Saunders; 1990. p. 1-21.
7. Storrs FJ. Irritant contact dermatitis: magnitude of the problem. Am J Dermatitis 1997; 8:83.
8. Blest D. Allergic contact dermatitis. Fitzpatrick's dermatology in general medicine. 5th ed. New York: McGraw-Hill; 1999. p. 1447-61.
9. Marks JG, De Leo V. Contact and occupational dermatology. St Louis: Mosby Year Book; 1992.
10. Adams RM. Occupational skins diseases. 2nd ed. Philadelphia: W. B. Saunders; 1990.
11. Gallacher G, Maibach HI. Is atopic dermatitis a predisposing factor for experimental acute irritant contact dermatitis?. Contact Dermatitis, 1998; 38:1-4.
12. Elder D et al. Lever's histopathology of the skin. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Raven; 1997. p. 209-15.
13. GBEDC (Grupo brasileiro de estudos em Dermite de contato). Estudo multicêntrico para elaboração de uma bateria padrão brasileira de testes de contato. An Bras Dermatol 2000; 75:147-56.
14. Nilsson R, Maurer T, Redmond N. A standard protocol for phototoxicity testing. Contact Dermatitis 1993; 28:285-90.
15. Gould JW, Mercurio MG, Elmetts CA. Cutaneous photosensitivity diseases induced by exogenous agents. J Am Acad Dermatol 1995; 33:551-73.
16. Ho VC, Zloty DM. Immunosuppressive agents in dermatology. Dermatol Clin 1993; 11:73-85.
17. Funk JO, Maibach HI. Horizons in pharmacologic intervention in allergic contact dermatitis. J Am Acad Dermatol 1994; 31:999-1014.
18. Ramsing DW, Agner T. Efficacy of topical corticosteroids on irritant skin reactions. Contact Dermatitis 1995; 32:293-7.
19. Rajagopalan R, Anderson RT, Sarma S. et al. An economic evaluation of the patch testing in the diagnosis and management of allergic contact dermatitis. Am J Contact



- Dermatitis 1998; 9:149–54.
20. Biren CA, Barr RJ, Ganderup GS, et al. Topical cyclosporine: effects on allergic contact dermatitis in guinea pigs. *Contact Dermatitis* 1989; 20:10–6.
21. Granlund H, Erkko P, Reitamo S. Long-term follow-up of eczema patients treated with cyclosporine. *Acta Derm Venereol* 1998; 78:40-3.
22. Lauerma AI, Stein BD, Homey B, et al. Topical FK 506: suppression of allergic and irritant contact dermatitis in the guinea pig. *Arch Dermatol Res* 1994; 286:337–40.
23. Meingassner JG, Grassberger M, Fahrngruber H, et al. A novel anti-inflammatory drug, SDZ ASM 981, for the topical and oral treatment of skin diseases : in vivo pharmacology. *Br J Dermatol* 1997; 137:568–76 .

