

## DERMATITE DE CONTATO ALÉRGICA

Freitas TA, Capanema KG, Chiacata JTK, Ribeiro MG, Souza RA, Oliveira CP, Fernandes LCP, Aarestrup FM  
Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora-Suprema  
Email: tamaraaarestrup@hotmail.com

### INTRODUÇÃO

Dermatite de contato (DC) é uma reação inflamatória cutânea, resultante da exposição a um agente externo e é caracterizada por lesões eczematosas isoladas ou simultâneas (1)(2). Acomete 15 a 20% da população sendo responsável por aproximadamente, 15 a 20% das doenças ocupacionais (1).

### OBJETIVO

Relatar um caso de paciente com dermatite de contato alérgica (DCA).

### RESULTADOS

C.A.S., masculino, 52 anos, trabalhador rural, procurou o ambulatório de alergia e imunologia do HMTJ referindo aparecimento de lesões eczematosas com prurido intenso e liquidação. Em alguns momentos as lesões apresentavam descamação fina associada a fissuras nas palmas das mãos, principalmente mão direita, que se alastravam para o antebraço. O quadro teve início há 8 anos aparentemente. Nos últimos dois anos, houve piora dos sintomas com concomitante coriza matinal, espirro e prurido nasal. Apresenta histórico de tosse recorrente frequentemente noturna porém sem dispnéia. Devido sua profissão, como trabalhador rural, realiza excessivamente montaria à cavalo, necessitando de segurar na ponta da sela, cujo material é feito de "couro". Na primeira consulta, após exame físico, foi orientado para realizar os testes de contato, inicialmente o prick test, seguido do patch test e solicitado exames laboratoriais: IgE total, FAN, PCR, parasitológico de fezes e transaminases hepáticas. Os resultados dos exames laboratoriais evidenciaram IgE aumentada (890). O prick test deu positivo para ácaros (d.p=++ , d.f=++). O resultado do patch test deu positivo para bicromato de potássio= ++++. O diagnóstico foi consistente com dermatite de contato alérgica e rinite alérgica crônica sendo orientado o uso de drenison oclusivo + antihistamínicos pela manhã e à noite e corticoterapia de ataque com prednisona 40mg dia por 7 dias e corticoterapia nasal com avamys por três meses; exclusão do agente causal, o couro da sela de montar, e tratamento com imunoterapia sublingual para ácaros para o tratamento da rinite crônica e prevenção do aparecimento provável da asma.



Figura 1: paciente antes do tratamento



Figura 2: Paciente após tratamento com corticoterapia oral

### DISCUSSÃO

A DCA é desencadeada por uma resposta imune específica contra determinantes antigênicos de substâncias químicas que entram em contato com a pele (2). Na fase aguda apresenta-se com vesículas, bolhas e prurido. Seguido da fase subaguda onde não há vesículas e a intensidade do eritema e do prurido diminuem. Pode evoluir para forma crônica, onde o prurido é mínimo, as vesículas se rompem e aparecem sinais pós-inflamatórios, como hiperpigmentação, hipopigmentação e liquenificação (1). O agente causador deve ser identificado e evitado, permitindo assim, a cura evidente da DCA. A persistência do contato com o agente desencadeante, pode cronificá-la, dificultando o tratamento e as atividades diárias do paciente. O teste de contato é o padrão ouro dos exames no auxílio do diagnóstico de DC e deve ser realizado em pacientes na fase crônica (1).

### CONCLUSÃO

A maioria das dermatoses ocupacionais são DC, representando um problema significativo para profissionais. A identificação e exclusão do agente causal representam a terapêutica mais eficaz, necessitando para isso, uma anamnese atenciosa, exame dermatológico minucioso e testes de contato realizados segundo as normas de padronização internacional.

### REFERÊNCIAS

1. Motta A, Aun M, Kalil J, Giavina-Bianchi P. Demartite de contato Rev. Bras. Alerg. Imunopatol. 2011; 34:73-82
2. Peiser M, Tralau J, Heidler A. Allergic contact dermatitis: epidemiology, molecular, mechanisms, in vitro methods and regulatory aspects Cell. Mol. Life Sci. 2012; 69:763-781