



DERMATITE DE CONTATO ALÉRGICA: CAUSAS, SINTOMAS E TERAPIAS ESPECÍFICAS

Amanda Ricardi Massochin¹
Carlos Walmyr de Mattos Oliveira²
Laenne Ágata Valentim³
Bruna Braga Rodrigues⁴
Gabriela Pandini⁵
Lígia Pissolato Lemos⁶
Thays Ferraz Soares⁷
Victor Augusto Souza Santana⁸
João Paulo Ortiz Miklós⁹
Cristiane del Corso¹⁰
Michelle Ramirez Gutierrez¹¹
Harisson Breno Souza Rosa¹²
Viviane Coelho Leal¹³
Pedro Henrique Pereira da Silva Alves¹⁴

RESUMO

Objetivo: Este estudo tem como objetivo analisar a Dermatite de Contato Alérgica (DCA), explorando sua etiologia, mecanismos patogênicos, diagnóstico diferencial e opções terapêuticas contemporâneas para melhorar a gestão clínica e a qualidade de vida dos pacientes.

¹ Centro Universitário Ingá, Maringá, Paraná, Brasil. E-mail: amandaricardi@hotmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0009-0001-2911-8796>

² Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, Fiocruz, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

E-mail: cwcarlosmattos@gmail.com Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4823-854X>

³ Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS), Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil.

E-mail: laenne@gmail.com Orcid: <https://orcid.org/0009-0007-5268-3615>

⁴ Universidade Federal do Delta de Parnaíba (UFDPA), Parnaíba, Piauí, Brasil.

E-mail: bruna_bnn@hotmail.com Orcid: <https://orcid.org/0009-0008-3957-8208>

⁵ Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL), Tubarão, Santa Catarina, Brasil.

E-mail: gabriela_pandini@hotmail.com Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3419-9930>

⁶ Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR), Curitiba, Paraná, Brasil.

E-mail: ligia_pissolato@hotmail.com Orcid: <https://orcid.org/0009-0000-8614-722X>

⁷ Instituto Metropolitano de Ensino Superior (IMES), Ipatinga, Minas Gerais, Brasil.

E-mail: sthays93@yahoo.com Orcid: <https://orcid.org/0009-0004-1894-5042>

⁸ Centro Universitário Municipal de Franca, Franca, São Paulo, Brasil.

E-mail: vicsantana30@gmail.com Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2217-9497>

⁹ Universidade Cidade de São Paulo (UNICID), São Paulo, São Paulo, Brasil.

E-mail: miklosjp@gmail.com Orcid: <https://orcid.org/0009-0004-3341-4979>

¹⁰ Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

E-mail: cdcorsso@gmail.com Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7195-351X>

¹¹ Universidad Mayor De San Simon (UMSS), Cochabamba, Bolívia.

E-mail: ramirezmichelle959@gmail.com Orcid: <https://orcid.org/0009-0004-8574-9957>

¹² Universidade Paulista (UNIP), Campinas, São Paulo, Brasil.

E-mail: harissonbreno@hotmail.com Orcid: <https://orcid.org/0009-0003-6158-111X>

¹³ Centro Universitário de Mineiros (UNIFIMES), Mineiros, Goiás, Brasil.

E-mail: vivianneleal_12@hotmail.com Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7250-2710>

¹⁴ Centro Universitário UNIFG, Guanambi, Bahia, Brasil.

E-mail: henriquealvesdasilva2@gmail.com Orcid: <https://orcid.org/0009-0002-9007-7740>



Referencial Teórico: A pesquisa se baseia na compreensão dos mecanismos imunológicos, especificamente a sensibilização dos linfócitos T de memória, que são cruciais na patogênese da DCA após exposição a alérgenos. A revisão da literatura também aborda a variedade de agentes causadores, desde produtos químicos até componentes naturais.

Método: A metodologia emprega uma revisão sistemática da literatura e estudos de caso para investigar as características clínicas e resposta ao tratamento da DCA. O patch test é destacado como ferramenta diagnóstica principal para identificar alérgenos específicos responsáveis pela condição.

Resultados e Discussão: Os resultados enfatizam a importância do diagnóstico preciso e da identificação dos alérgenos através do patch test, facilitando a evitação eficaz dos mesmos. As estratégias terapêuticas recomendadas incluem corticosteroides tópicos, emolientes, anti-histamínicos e, em casos necessários, antibióticos, com adaptações conforme a severidade e localização das lesões.

Implicações da Pesquisa: Este estudo sublinha a necessidade de uma abordagem holística e multidisciplinar no tratamento da DCA, propondo uma integração entre avanços científicos e práticas clínicas para um manejo mais efetivo da doença.

Originalidade/Valor: A originalidade deste trabalho reside na sua abordagem detalhada do diagnóstico diferencial e nas recomendações terapêuticas adaptativas, contribuindo significativamente para a literatura existente e para a prática clínica no manejo da DCA.

Palavras-chave: Dermatite de Contato Alérgica, Alérgenos, Diagnóstico, Tratamento, Patch Test.

ALLERGIC CONTACT DERMATITIS: CAUSES, SYMPTOMS, AND SPECIFIC THERAPIES

ABSTRACT

Objective: The present study aims to deepen understanding of Allergic Contact Dermatitis (ACD), exploring its etiology, immunological mechanisms, diagnostic methods, and updated therapeutic strategies to improve treatment and quality of life for patients.

Theoretical Framework: The research is grounded in studies of the immunological processes involved in ACD, with an emphasis on the sensitization of memory T lymphocytes, and the diversity of causative agents, ranging from chemicals to natural substances.

Method: A methodological approach that includes a systematic literature review and analysis of relevant case studies was adopted, with special attention to the use of the patch test as a diagnostic tool for identifying specific allergens.

Results and Discussion: The findings highlight the importance of accurate diagnosis and correct identification of allergens via patch test, which are essential for effective disease management. Therapeutic options discussed range from topical corticosteroids to antihistamines, adjusted according to the severity of clinical manifestations.

Research Implications: This study underscores the importance of a multidisciplinary and evidence-based management approach in addressing ACD, integrating the latest scientific advances into daily clinical practices.

Originality/Value: The original contribution of this article lies in the integrative analysis and detailed practical recommendations for the treatment of ACD, providing new perspectives for the medical literature and clinical treatment of this complex condition.

Keywords: Allergic Contact Dermatitis, Allergens, Diagnosis, Treatment, Patch Test.

DERMATITIS DE CONTACTO ALÉRGICA: CAUSAS, SÍNTOMAS Y TERAPIAS ESPECÍFICAS

RESUMEN

Objetivo: El presente estudio tiene como objetivo profundizar en la comprensión de la Dermatitis de Contacto Alérgica (DCA), explorando su etiología, mecanismos inmunológicos, métodos de diagnóstico y estrategias terapéuticas actualizadas para mejorar el tratamiento y la calidad de vida de los pacientes.



Marco Teórico: La investigación se basa en estudios de los procesos inmunológicos involucrados en la DCA, con énfasis en la sensibilización de los linfocitos T de memoria, y en la diversidad de agentes causantes, que varían desde productos químicos hasta sustancias naturales.

Método: Se adoptó un enfoque metodológico que incluye una revisión sistemática de la literatura y análisis de estudios de caso relevantes, con especial atención al uso del test de parche como herramienta diagnóstica para identificar alérgenos específicos.

Hallazgos y discusiones de la investigación: Los resultados destacan la importancia de un diagnóstico preciso y la correcta identificación de alérgenos mediante el test de parche, esenciales para el manejo efectivo de la enfermedad. Las opciones terapéuticas discutidas abarcan desde corticosteroides tópicos hasta antihistamínicos, ajustados según la gravedad de las manifestaciones clínicas.

Implicaciones de la Investigación: Este estudio resalta la importancia de un enfoque de manejo multidisciplinario y basado en evidencias para abordar la DCA, integrando los últimos avances científicos en las prácticas clínicas diarias.

Originalidad/Valor: La contribución original de este artículo radica en el análisis integrativo y en las recomendaciones prácticas detalladas para el tratamiento de la DCA, proporcionando nuevas perspectivas para la literatura médica y el tratamiento clínico de esta compleja condición.

Palabras clave: Dermatitis de Contacto Alérgica, Alérgenos, Diagnóstico, Tratamiento, Test de Parche.

RGSA adota a Licença de Atribuição CC BY do Creative Commons (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).



1 INTRODUÇÃO

A dermatite de contato alérgica (DCA) é uma das condições dermatológicas mais comuns, caracterizada por uma reação inflamatória da pele desencadeada pela exposição a substâncias alergênicas (Runge, 2010). A complexidade dessa condição reside não apenas em sua ampla gama de agentes causadores, que vão desde plantas até produtos químicos industriais, mas também na diversidade de suas manifestações clínicas e na variabilidade individual na suscetibilidade e resposta ao tratamento (Runge, 2010; Kasper, et al. 2017). A compreensão abrangente da etiologia, patogênese e estratégias de diagnóstico e tratamento é essencial para oferecer um manejo eficaz aos pacientes afetados por essa condição debilitante (Usatine, 2010).

Neste contexto, este artigo científico propõe uma análise aprofundada da dermatite de contato alérgica, explorando desde os mecanismos imunológicos subjacentes à sua patogênese até as estratégias terapêuticas mais recentes e eficazes (Martins, 2011). Serão abordadas questões fundamentais, como os diferentes tipos de alérgenos associados à DCA, as vias imunológicas envolvidas na sensibilização e reação cutânea, bem como as manifestações clínicas características e os desafios no diagnóstico diferencial (Prieto, 2006).

Além disso, serão discutidas as abordagens diagnósticas mais pertinentes, incluindo o



papel crucial do teste de contato, e as diretrizes de manejo clínico baseadas em evidências para proporcionar alívio dos sintomas e prevenir recorrências (Wetter, 2010). Ao integrar conhecimentos atualizados da literatura científica e práticas clínicas, este estudo visa não apenas aprofundar a compreensão da dermatite de contato alérgica, mas também fornecer insights valiosos para melhorar a qualidade de vida dos pacientes afetados por essa condição dermatológica desafiadora (Sampaio, 2018).

Por meio desta abordagem, esperamos contribuir para uma gestão mais eficaz da dermatite de contato alérgica, promovendo uma abordagem holística que leve em consideração não apenas os aspectos clínicos, mas também as necessidades individuais e os fatores desencadeantes específicos de cada paciente (Sampaio, 2018). Acreditamos que uma compreensão aprofundada dessa condição é fundamental para oferecer cuidados de saúde de alta qualidade e melhorar os resultados clínicos e a satisfação do paciente (Neto, 2021; Levy, et al. 2012).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A dermatite de contato alérgica (DCA) é uma condição cutânea prevalente, manifestando-se através de pápulas eritematosas, pruriginosas e vesículas, que surgem após exposições repetidas a alérgenos (Runge, 2010). Representa cerca de 20% dos casos de dermatites de contato ocupacionais e é classificada como o segundo diagnóstico dermatológico mais comum (Runge, 2010; Sampaio, 2018). Globalmente, o níquel é reconhecido como o alérgeno de contato mais frequentemente associado a essa condição (Prieto, 2006).

2.1 ENTENDENDO A ETIOLOGIA E PATOGÊNESE DA DERMATITE DE CONTATO ALÉRGICA

A dermatite de contato alérgica (DCA) tem sua origem na exposição a alérgenos ambientais, geralmente compostos por moléculas de pequeno porte (Devita, 2023). Esses alérgenos têm afinidade com moléculas da classe II presentes em células apresentadoras de antígeno da pele, sobretudo as células de Langerhans, e são subsequentemente apresentados aos linfócitos T efetores nos nódulos linfáticos (Martins, 2011; Murphy, 2014). A sensibilização inicial pode demandar de sete a 14 dias para um antígeno específico (Runge, 2010). Uma vez sensibilizado, o antígeno pode desencadear uma resposta clínica em questão de horas ou até mesmo dias, por meio de uma reação de hipersensibilidade tipo tardia (Prieto, 2006).



É importante destacar que indivíduos podem se tornar sensibilizados mesmo diante de baixos níveis de exposição crônica a certos antígenos ao longo do tempo (Kasper, et al. 2017). Um exemplo disso são os trabalhadores que lidam com cimento, expostos cronicamente a níveis reduzidos de cromo (Runge, 2010). Além disso, a DCA é mais prevalente em mulheres, presumivelmente devido aos alérgenos presentes em joias, especialmente o níquel (Runge, 2010).

É relevante observar que a dermatite de contato alérgica pode afetar pessoas de todas as idades, e a natureza da exposição aos alérgenos pode variar conforme a faixa etária (Sampaio, 2018; Rosmaninho, 2016). Nos Estados Unidos, os quatro alérgenos mais comuns incluem o sulfato de níquel, o sulfato de neomicina, o bálsamo do Peru e a mistura de fragrâncias (Runge, 2010). Esses fatores contextualizam a complexidade da etiologia e da patogênese da DCA, ressaltando a necessidade de uma compreensão abrangente para sua prevenção e manejo clínico adequado.

2.2 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E LOCALIZAÇÃO DA DERMATITE DE CONTATO ALÉRGICA

A dermatite de contato alérgica (DCA) apresenta-se de forma aguda com o surgimento de pápulas eritematosas pruriginosas e vesículas dias após a exposição ao agente sensibilizador (Kasper, et al. 2017; Neto, 2021; Runge, 2010;). Em contrapartida, a forma crônica se caracteriza por placas liquenificadas com escamas persistentes ao longo do tempo (Runge, 2010; Neto, 2021). Em regiões de pele mais delicada, como pálpebras, pênis e escroto, podem ocorrer lesões edematosas (Neto, 2021; Runge, 2010).

A localização das lesões fornece pistas valiosas para o diagnóstico (Devita, 2023). Por exemplo, a DCA clássica induzida pelo alérgeno urushiol, presente em plantas como a hera venenosa e em arbustos como o poison oak, se manifesta por estrias longitudinais de vesículas, frequentemente nas extremidades (Kasper, et al. 2017). Pacientes com dermatite nas mãos, especialmente no dorso, podem reagir a substâncias químicas presentes em luvas de borracha (Sampaio, 2018; Usatine, 2010).

A sensibilidade a produtos para unhas, preparados oftalmológicos e alérgenos aéreos pode resultar em dermatite nas pálpebras (Prieto, 2006). Já a aplicação tópica de benzocaína pode desencadear DCA perianal em pacientes suscetíveis (Runge, 2010). Produtos para coloração capilar contendo parafenildiamina geralmente causam lesões adjacentes nas orelhas e no rosto (Kasper, et al. 2017; Runge, 2010). A DCA na região dorsal dos pés é frequentemente



uma reação a aceleradores de borracha e ao dicromato de potássio presentes em couros tingidos (Runge, 2010; Wetter, 2010).

Uma compreensão detalhada dos alérgenos associados à dermatite de contato alérgica (DCA) é essencial para o diagnóstico e tratamento eficazes desta condição cutânea (Levy, et al. 2012). O sulfato de níquel, frequentemente encontrado em joias e botões de roupas, tende a desencadear reações alérgicas, manifestando-se especialmente nos lóbulos das orelhas, pescoço e umbigo (Runge, 2010). Já o sulfato de neomicina, presente em alguns antibióticos tópicos, pode resultar em dermatite quando aplicado em feridas (Kasper, et al. 2017; Runge, 2010). O bálsamo do Peru, encontrado em fragrâncias e adesivos, tende a causar irritações na região do pescoço (Runge, 2010). Por outro lado, a exposição a cromatos, presentes em couro e cimento, frequentemente resulta em dermatite no dorso dos pés, especialmente devido ao uso de botas (Kasper, et al. 2017). A parafenilenediamina, um componente de tinturas capilares, pode desencadear reações cutâneas na face adjacente e nas orelhas (Runge, 2010). Finalmente, a tolueno sulfonamida, presente em esmaltes de unha, tem sido associada à dermatite das pálpebras (Kasper, et al. 2017). Esses dados destacam a importância de identificar e evitar exposições a esses alérgenos para prevenir e controlar a dermatite de contato alérgica.

2.3 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DA DERMATITE DE CONTATO ALÉRGICA: CONSIDERAÇÕES CLÍNICAS E EXAMES COMPLEMENTARES

O diagnóstico diferencial da dermatite de contato alérgica (DCA) engloba diversas condições dermatológicas, incluindo dermatite de contato por irritante, dermatite atópica, eczema numular, eczema disidrótico e até mesmo tinea corporis (Neto, 2021). Para diferenciar a DCA de outras condições, é crucial realizar um exame clínico detalhado e considerar exames complementares quando necessário (Devita, 2023). Em casos onde há presença de escamas, é recomendado realizar um exame direto com hidróxido de potássio (KOH) para excluir a possibilidade de dermatofitose (Sampaio, 2018).

É importante ressaltar que a tinea pedis, uma micose comum dos pés, geralmente afeta os espaços interdigitais e pode estar associada à onicomicose, ao contrário da DCA (Neto, 2021; Sampaio, 2018). A psoríase das palmas das mãos e plantas dos pés pode ser confundida com DCA, no entanto, a psoríase frequentemente apresenta alterações nas unhas e placas psoriáticas em outras regiões do corpo (Runge, 2010).

Além disso, em casos de autossensibilização induzida por DCA com eritroderma, é fundamental considerar outras causas, como o linfoma cutâneo de células T (Devita, 2023;



Levy, et al. 2012): A biópsia da pele desempenha um papel crucial no diagnóstico diferencial, uma vez que na DCA, a microscopia tende a revelar espongirose epidérmica e um infiltrado dérmico linfo-histiocítico perivascular superficial (Martins, 2011; Runge, 2010). Essas abordagens diagnósticas detalhadas são essenciais para garantir um diagnóstico preciso e um tratamento adequado para os pacientes com DCA.

2.4 ESTRATÉGIAS DIAGNÓSTICAS E CLÍNICAS NA DERMATITE DE CONTATO ALÉRGICA: ABORDAGEM E CONSIDERAÇÕES SOBRE O PATCH TEST

Quando há suspeita de dermatite de contato alérgica (DCA), uma investigação abrangente sobre a exposição ocupacional e os hobbies do paciente é crucial (Runge, 2010; Usatine, 2010). Em casos de possível exposição no local de trabalho, é essencial questionar se os sintomas melhoram na ausência do trabalho (Rosmaninho, 2016; Wetter, 2010). Além disso, uma revisão minuciosa dos produtos de cuidados pessoais utilizados pelo paciente desempenha um papel significativo na avaliação diagnóstica (Wetter, 2010). A importância de uma história detalhada do paciente não pode ser subestimada, pois fornece informações valiosas para orientar o diagnóstico (Devita, 2023; Sampaio, 2018).

O teste de contato, também conhecido como patch test, permanece como o padrão-ouro para o diagnóstico da DCA (Runge, 2010). Os patch tests prontos para uso, aprovados pela FDA (Food and Drug Administration) dos Estados Unidos, são amplamente empregados por dermatologistas para diagnosticar dermatites de contato (Neto, 2021; Sampaio, 2018). Os kits de patch test comercialmente disponíveis permitem testar vários alérgenos simultaneamente, enquanto alguns profissionais preferem a personalização dos patch tests de acordo com a suspeita clínica (Sampaio, 2018). Para casos de exposição ocupacional, painéis de alérgenos específicos, como para cabeleireiros ou floristas, são utilizados (Neto, 2021). É crucial evitar o uso de produtos químicos trazidos pelos pacientes, pois podem causar danos sérios à pele devido a ingredientes desconhecidos (Sampaio, 2018).

Quando há suspeita de um alérgeno específico como desencadeante da dermatite de contato alérgica, é indicado que o paciente seja submetido ao patch test para confirmação (Runge, 2010). A aplicação do patch test é comumente realizada na região das costas, onde o paciente não deve apresentar queimaduras solares ou vermelhidão significativa (Runge, 2010; Sampaio, 2018). É importante que o local escolhido para o teste não tenha sido previamente exposto a corticosteroides tópicos por pelo menos uma semana, nem a corticosteroides orais



em doses superiores a 15 mg durante um mês antes do teste, pois essas substâncias podem interferir nos resultados (Kasper, et al. 2017; Runge, 2010).

Após a aplicação das tiras do teste e sua fixação com fita adesiva, o paciente deve manter a área seca por pelo menos 48 horas e evitar atividades que causem sudorese excessiva (Neto, 2021; Sampaio, 2018). Ainda existe controvérsia sobre o efeito dos anti-histamínicos orais nos resultados do teste. Após 48 a 72 horas da aplicação inicial, o paciente retorna para a primeira leitura, onde os adesivos são removidos e o contorno do teste é marcado (Runge, 2010). Uma segunda leitura é realizada de cinco a sete dias após a aplicação inicial, pois alguns alérgenos podem levar mais tempo para induzir uma resposta (Devita, 2023; Runge, 2010).

Os resultados do patch test são classificados de acordo com o Sistema Internacional de Classificação e devem ser interpretados considerando as exposições do paciente (Runge, 2010). A correlação clínica é essencial na interpretação dos resultados, já que reações falso-positivas podem ocorrer devido à síndrome da pele excitada (Sampaio, 2018). As reações alérgicas verdadeiras tendem a causar coceira, ao contrário das irritantes (Neto, 2021). A segunda leitura é especialmente importante em pacientes idosos, que podem ter uma resposta mais lenta (Neto, 2021). Por fim, reações falso-negativas podem ocorrer devido à baixa concentração do alérgeno suspeito, à falha na leitura subsequente, a adesivos úmidos ou à influência de corticosteroides (Kasper, et al. 2017; Runge, 2010).

2.5 GESTÃO DA DERMATITE DE CONTATO ALÉRGICA: ABORDAGENS E CONSIDERAÇÕES

Após o diagnóstico de dermatite de contato alérgica (DCA), o principal pilar terapêutico é evitar o alérgeno identificado (Usatine, 2010). Após a realização do patch test, um folheto informativo contendo as substâncias que apresentaram resultados positivos é fornecido ao paciente (Runge, 2010; Usatine, 2010). No entanto, é importante notar que alguns alérgenos podem não estar listados nos rótulos dos produtos. Portanto, pacientes e médicos devem estar cientes das substâncias que podem apresentar reatividade cruzada, como hera venenosa e manga (Kasper, et al. 2017; Rosmaninho, 2016).

Para alguns alérgenos, estão disponíveis kits de teste que permitem determinar a presença do alérgeno em produtos específicos (Wetter, 2010). Por exemplo, pacientes alérgicos ao níquel podem utilizar o teste de dimetilglioxima para verificar a presença de níquel em produtos antes de adquiri-los (Runge, 2010). A viabilidade e a eficácia das dietas sem níquel são questionadas, pois a eliminação completa do níquel da dieta é difícil (Kasper, et al. 2017;



Runge, 2010). Além disso, há poucas informações disponíveis sobre recomendações dietéticas para indivíduos com alergia ao níquel (Rosmaninho, 2016). Alimentos enlatados e preparados em panelas de aço inoxidável, assim como alimentos crus como folhas de vegetais verdes, podem conter níquel, o que deve ser considerado pelos pacientes em sua dieta diária (Runge, 2010).

O tratamento ideal da dermatite de contato alérgica (DCA) vai além da simples evitação do alérgeno desencadeante e deve abordar também o alívio dos sintomas (Usatine, 2010). Em casos de DCA causada pela exposição à hera venenosa, que se manifesta com uma erupção vesicular, a aplicação de um agente com propriedades secantes, como a solução de Burow (solução de acetato de alumínio), duas a três vezes ao dia, e banhos mornos de imersão com aveia podem ser benéficos (Kasper, et al. 2017). Para lesões crônicas, o uso de emolientes como vaselina é recomendado (Usatine, 2010). Em casos de prurido intenso, anti-histamínicos orais como hidroxizina ou cetirizina podem ser prescritos, enquanto anti-histamínicos tópicos devem ser evitados devido ao risco de desencadear mais reações alérgicas (Kasper, et al. 2017).

Lesões superinfectadas com crostas requerem antibióticos orais, enquanto a limpeza com agentes suaves como o Cetaphil é fundamental (Kasper, et al. 2017). O uso de corticosteroides tópicos é indicado na maioria dos casos de DCA, com a escolha do tipo e potência do esteroide dependendo da localização e gravidade das lesões (Devita, 2023). Em casos mais graves, envolvendo mais de 25% da área da superfície corporal, pode ser necessária terapia com corticosteroides orais, como prednisona (Kasper, et al. 2017; Wetter, 2010). Se os corticosteroides forem contraindicados, a terapia com luz ultravioleta B de banda estreita ou medicamentos imunossupressores podem ser considerados (Kasper, et al. 2017).

Evitar erros de tratamento é fundamental para o sucesso terapêutico da DCA (Runge, 2010). Isso inclui o uso adequado de corticosteroides tópicos na intensidade correta e por tempo suficiente, além da identificação precisa do alérgeno responsável, evitando a reexposição durante o tratamento (Kasper, et al. 2017). Uma história detalhada e uma investigação minuciosa são essenciais para evitar esses erros terapêuticos (Rosmaninho, 2016).

3 METODOLOGIA

Este estudo visa investigar a dermatite de contato alérgica (DCA), abrangendo sua etiologia, patogênese, manifestações clínicas, diagnóstico diferencial, estratégias diagnósticas e terapêuticas, bem como sua gestão. Para alcançar esse objetivo, realizamos uma revisão bibliográfica abrangente, utilizando tanto fontes primárias quanto secundárias. Isso incluiu uma



variedade de recursos, como artigos científicos, revisões sistemáticas, diretrizes clínicas e livros-texto relevantes.

A pesquisa foi conduzida em várias bases de dados biomédicas, incluindo PubMed, Scopus e Google Scholar, utilizando termos de busca pertinentes, como "dermatite de contato alérgica", "etiologia", "patogênese", "manifestações clínicas", "diagnóstico diferencial", "tratamento" e "gestão". Não houve restrição de idioma ou data de publicação durante a seleção dos estudos.

Os critérios de inclusão abrangeram estudos que abordavam aspectos relacionados à DCA em seres humanos, incluindo estudos experimentais, observacionais, revisões sistemáticas, diretrizes clínicas e relatos de casos. Durante a coleta de dados, extraímos informações relevantes sobre a etiologia, patogênese, manifestações clínicas, diagnóstico diferencial, estratégias diagnósticas e terapêuticas, além da gestão da DCA, dos estudos selecionados.

Os dados foram analisados qualitativamente para identificar padrões, tendências e lacunas na literatura relacionada à DCA. Destacamos as descobertas mais relevantes e sintetizamos os pontos-chave para fornecer uma visão abrangente da condição. É importante ressaltar que este estudo é uma revisão bibliográfica e não envolveu a coleta de dados primários de pacientes, portanto, não foi necessária revisão ética.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A dermatite de contato alérgica (DCA) é uma condição dermatológica comum e debilitante, cuja gestão eficaz requer uma compreensão abrangente de sua etiologia, patogênese, manifestações clínicas, diagnóstico diferencial, estratégias diagnósticas e terapêuticas (Kasper, et al. 2017; Runge, 2010; Sampaio, 2018). Neste estudo, investigamos esses aspectos por meio de uma revisão bibliográfica abrangente, integrando conhecimentos atualizados da literatura científica e práticas clínicas.

A DCA tem sua origem na exposição a alérgenos ambientais, desencadeando uma resposta de hipersensibilidade tardia mediada por linfócitos T de memória na pele (Martins, 2011; Murphy, 2014). A sensibilização inicial demanda exposição prévia ao agente agressor, e a resposta clínica pode ocorrer horas ou dias após reexposição (Martins, 2011; Runge, 2010). A diversidade de alérgenos, incluindo substâncias químicas e produtos naturais, destaca a complexidade da etiologia da DCA (Runge, 2010).



A DCA pode se manifestar de forma aguda, com pápulas eritematosas e vesículas pruriginosas, ou de forma crônica, com placas liquenificadas (Runge, 2010; Usatine, 2010). A localização das lesões fornece pistas importantes para o diagnóstico, com padrões característicos observados em diferentes áreas do corpo (Kasper, et al. 2017; Runge, 2010). O reconhecimento dos alérgenos associados a cada padrão de lesão é essencial para um diagnóstico preciso (Martins, 2011).

O diagnóstico diferencial da DCA engloba várias condições dermatológicas, exigindo um exame clínico detalhado e, em alguns casos, exames complementares, como o teste de KOH (Neto, 2021; Sampaio, 2018) O teste de contato, ou patch test, permanece como o padrão-ouro para o diagnóstico da DCA, permitindo a identificação dos alérgenos responsáveis (Runge, 2010).

Após o diagnóstico, a principal abordagem terapêutica é evitar o alérgeno identificado (Usatine, 2010). O tratamento sintomático inclui o uso de corticosteroides tópicos, emolientes, anti-histamínicos e antibióticos, dependendo da gravidade das lesões (Kasper, et al. 2017). A identificação precisa do alérgeno desencadeante é fundamental para o sucesso terapêutico, destacando a importância do patch test (Kasper, et al. 2017; Runge, 2010).

Este estudo teve como base uma revisão bibliográfica abrangente, mas está sujeito às limitações inerentes aos dados disponíveis na literatura. Futuras pesquisas podem explorar novas abordagens diagnósticas e terapêuticas, bem como investigar a influência de fatores genéticos na suscetibilidade à DCA.

5 CONCLUSÃO

A dermatite de contato alérgica (DCA) é uma condição dermatológica multifacetada e desafiadora, com uma ampla gama de agentes causadores, manifestações clínicas variadas e complexidades na sua gestão (Kasper, et al. 2017; Runge, 2010; Sampaio, 2018). Este estudo proporcionou uma análise abrangente dos aspectos essenciais relacionados à DCA, desde sua etiologia e patogênese até as estratégias diagnósticas e terapêuticas mais recentes.

Ao explorar os mecanismos imunológicos subjacentes à patogênese da DCA, destacamos a importância da sensibilização inicial e da resposta de hipersensibilidade tardia mediada por linfócitos T de memória na pele (Martins, 2011; Murphy, 2014). Compreender a diversidade de alérgenos associados à DCA e sua relação com diferentes padrões de lesões é crucial para um diagnóstico diferencial preciso (Runge, 2010; Sampaio, 2018).



A utilização do patch test como padrão-ouro para o diagnóstico da DCA foi enfatizada, ressaltando sua importância na identificação dos alérgenos responsáveis e orientando a gestão terapêutica (Runge, 2010). Além disso, discutimos estratégias de tratamento sintomático, incluindo o uso de corticosteroides tópicos, emolientes, anti-histamínicos e antibióticos, adaptados à gravidade e localização das lesões (Kasper, et al. 2017).

A gestão eficaz da DCA exige uma abordagem holística e multidisciplinar, integrando conhecimentos da literatura científica com práticas clínicas atualizadas (Rosmaninho, 2016). A identificação precisa do alérgeno desencadeante e a educação do paciente sobre medidas de prevenção são fundamentais para o controle a longo prazo da condição (Kasper, et al. 2017).

No entanto, reconhecemos que este estudo possui limitações inerentes à revisão bibliográfica, incluindo a dependência dos dados disponíveis na literatura e possíveis vieses de publicação. Portanto, incentivamos pesquisas futuras que explorem novas abordagens diagnósticas e terapêuticas, bem como investiguem fatores genéticos e ambientais que possam influenciar a suscetibilidade e resposta ao tratamento da DCA.

Em última análise, esperamos que este estudo contribua para uma melhor compreensão da dermatite de contato alérgica e promova uma gestão mais eficaz e personalizada dessa condição dermatológica desafiadora, melhorando assim a qualidade de vida dos pacientes afetados.

REFERÊNCIAS

- Devita, V. T., Rosenberg, S. A., & Lawrence, T. S. (2023). *Cancer: Principles & Practice of Oncology* (12th ed.). Rio de Janeiro: Wolters Kluwer Health.
- Kasper, D. L., Fauci, A. S., Hauser, S. L., Longo, D. L., Jameson, J. L., & Loscalzo, J. (2017). *Medicina interna de Harrison* (19th ed.). Porto Alegre: AMGH Editora.
- Levy, S. A. P., de Oliveira, E. M., & Solé, D. (2012). Atopy patch test (APT) in the diagnosis of food allergy in children with atopic dermatitis. *An Bras Dermatol*, 87(5), 724-732. <https://doi.org/10.1590/S0365-05962012000500009>
- Martins, L. E. A. M., & Reis, V. M. S. (2011). Imunopatologia da dermatite de contato alérgica. *An. Bras. Dermatol*, 86(3). <https://doi.org/10.1590/S0365-05962011000300001>
- Murphy, K., Travers, P., & Walport, M. (2014). *Imunobiologia de Janeway* (8th ed.). Porto Alegre: Editora ArtMed.
- Neto, C. F., & Co-autores. (2021). *Manual de dermatologia* (5th ed.). São Paulo: Editora Manole.
- Prieto, A., Robledo, E., & Silvestre, J. F. (2006). Contact dermatitis to Furacin. *Contact*



Dermatitis, 54(2). <https://doi.org/10.1111/j.0105-1873.2006.0560g.x>

Rosmaninho, I., Moreira, A., & Silva, J. P. M. (2016). Dermatite de contato: revisão de literatura. *Revista portuguesa de imunoalergologia*, 24(4), 197-209.

Runge, M. S. (2010). *Netter. Medicina Interna* (2nd ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.

Sampaio, S. A. P., & Rivitti, E. A. (2018). *Dermatologia* (4th ed.). São Paulo: Artes Médicas.

Usatine, R. P., & Riojas, M. (2010). Diagnosis and management of contact dermatitis. *American Family Physician*, 82(3), 249-255.

Wetter, D. A., Davis, M. D. P., Yiannias, J. A., Gibson, L. E., Schleichert, R., Wentworth, A. B., & Camilleri, M. J. (2010). Results of patch testing to personal care product allergens in a standard series and a supplemental cosmetic series: An analysis of 945 patients from the Mayo Clinic Contact Dermatitis Group. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 63(5), 789-798.