

Dermatite de contato alérgica a lanolina: um relato de caso

Lanolin allergic contact dermatitis: a case report

DOI:10.34117/bjdv7n2-301

Recebimento dos originais: 10/01/2021

Aceitação para publicação: 17/02/2021

Cynthia Vitória Lopes da Fonsêca

Formação acadêmica: Acadêmica de medicina

Instituição: Universidade de Pernambuco (UPE) - Campus Garanhuns

Endereço: Rua Paulo Afonso, número 1, apartamento 103, bairro São José, Garanhuns – PE, Brasil.

E-mail: cynthiaf131@hotmail.com

Elba Soraya Magalhães da Luz

Formação acadêmica: Acadêmica de medicina

Instituição: Universidade de Pernambuco (UPE) - Campus Garanhuns

Endereço: Rua Capitão Pedro Rodrigues, número 182, apartamento 203, bairro São José, Garanhuns – PE, Brasil.

E-mail: elba.magalhaes@upe.br

Walfrido José Bezerra da Costa Neto

Formação acadêmica: Acadêmico de medicina

Instituição: Universidade de Pernambuco (UPE) - Campus Garanhuns

Endereço: Rua Delmiro Gouveia, número 87, apartamento 202, bairro São José, Garanhuns – PE, Brasil.

E-mail: walfridojose@gmail.com

Gabriela Pinho de Alcântara

Formação acadêmica: Acadêmica de Medicina

Instituição: Universidade de Pernambuco (UPE) - Campus Garanhuns

Endereço: Rua Capitão Pedro Rodrigues, número 182, apartamento 202, bairro São José, Garanhuns – PE, Brasil.

E-mail: gabriela.pinho65@gmail.com

Letícia Maria Silva Soares

Formação acadêmica: Acadêmica de Medicina

Instituição: Universidade de Pernambuco (UPE) - Campus Garanhuns

Endereço: Rua Francisco Branco, número 17, apartamento 103, prédio Vó Francina, bairro Magano, Garanhuns – PE, Brasil.

E-mail: letimaria.soares@hotmail.com

Yuri Navega Vieira

Formação acadêmica: Acadêmico de Medicina

Instituição: Universidade de Pernambuco (UPE) - Campus Garanhuns

Endereço: Rua Francisco Branco, número 17, apartamento 302, prédio Vó Francina, bairro Magano, Garanhuns – PE, Brasil.

E-mail: navegavieira@gmail.com

Maria Eduarda Medeiros de Lima

Formação acadêmica: Acadêmica de Medicina
Instituição: Universidade de Pernambuco (UPE) - Campus Garanhuns
Endereço: Rua Coronel Antônio Souto, número 589, apartamento 02, bairro São José,
Garanhuns – PE, Brasil.
E-mail: dudamedeiros.med@gmail.com

Priscilla Barbosa Sales de Albuquerque

Formação acadêmica: Doutorado em Biologia aplicada à saúde
Instituição: Universidade de Pernambuco (UPE) - Campus Garanhuns
Endereço: Rua Capitão Pedro Rodrigues - São José, Garanhuns - PE, Brasil.
E-mail: priscilla.albuquerque@upe.br

RESUMO

Introdução: A pele é o maior órgão do corpo humano, reconhecida como órgão periférico do sistema imune por apresentar mecanismos próprios, cujas propriedades de defesa variam de acordo com o local e sua espessura (MOTTA *et al*, 2011). As dermatites de contato são associadas a desregulações da autoimunidade, cujo agente causador é relacionado a penetração percutâneas que costuma ser subdivididas em irritativas e alérgicas (SBD, 2017). **Relato de caso:** V. B. S. P., 18 anos, negra, estudante e sem histórico de alergia ou hipersensibilidade na família, foi diagnosticada em 2016 com alergia a lanolina após o teste de contato. A paciente retornou em 2019 com um quadro mais brando dos mesmos sintomas, onde foi constatado o uso contínuo de produtos com traços de lanolina e quando questionada, afirmou que os produtos manipulados eram muito caros e demoravam para ficarem prontos. A recomendação de suspender o uso de produtos com lanolina continuou e foi pensada a possibilidade de iniciar tratamento com corticoides tópicos. **Discussão:** As dermatites alérgicas de contato (DCA) são desencadeadas por uma resposta imune específica contra determinados antígenos e substâncias, respondendo por uma reação do tipo IV da escala de Gell & Coombs, mediada por via aferente com a ativação de queratinócitos e liberação de citocinas inflamatórias, como IL-1, IL-6 e TNF- α , seguindo por via do linfócito T_{h1} (MOTTA *et al*, 2011). A sintomatologia é bastante variável, desde pequenos ardores até queimação e prurido (SBD, 2017). Assim, é necessário um teste de contato para diferenciar o agente causador e conduzir melhor a terapêutica. A primeira leitura do teste acontece após 48 horas e a segunda com 96 (MOTTA; KALIL; BARROS, 2005). **Conclusão:** Como uma doença que apresenta mediação do sistema imune, DCAs devem ter controle primário baseado no afastamento do agente irritante. O tratamento deve ser individualizado e os exames clínicos usados para complementar o diagnóstico.

Palavras-chave: Dermatite de Contato Alérgica (DCA), Lanolina, Teste de Contato.

ABSTRACT

Introduction: The skin is the largest organ in the human body, recognized as a peripheral organ of the immune system due to its own mechanisms, the defense properties vary according to the location and its thickness (MOTTA *et al*, 2011). Contact dermatitis is associated with dysregulations of autoimmunity, the causative agent of which is related to percutaneous penetration that is usually subdivided into irritant and allergic (SBD, 2017). **Case report:** V. B. S. P., 18 years old, black, student and with no history of allergy or hypersensitivity in the family, was diagnosed in 2016 with allergy to lanolin after the contact test. The patient returned in 2019 with a milder picture of the same symptoms,

where it was found the continuous use of products with traces of lanolin and when questioned, said that the products handled were very expensive and took too long to be ready. The recommendation to suspend the use of products with continuous lanolin and the possibility of starting treatment with toxic corticosteroids was considered. Discussion: Allergic contact dermatitis (ACD) is triggered by a specific immune response against certain antigens and substances, accounting for a type IV reaction on the Gell & Coombs scale, mediated afferently with the activation of keratinocytes and release of cytokines inflammatory diseases, such as IL-1, IL-6 and TNF- α , following through the Th1 lymphocyte (MOTTA et al, 2011). The symptoms are quite variable, from small stinging to burning and itching (SBD, 2017). Thus, a contact test is needed to differentiate the causative agent and better conduct therapy. The first reading of the test happens after 48 hours and the second with 96 (MOTTA; KALIL; BARROS, 2005). Conclusion: As a disease that has immune system mediation, DCAs should have primary control based on the removal of the irritating agent. Treatment must be individualized and clinical tests used to complement the diagnosis.

Keywords: Allergic Contact Dermatitis (DCA) Lanolin, Contact Test.

1 INTRODUÇÃO

A pele é o maior órgão do corpo humano, funcionando como a primeira barreira de defesa contra as agressões de agentes externos, mas que, dependendo de uma série de fatores variados, pode ser vulnerável a infecções, alergias e traumas. As propriedades de defesa variam de acordo com a espessura, o local anatômico, o meio e a capacidade de reagir imunologicamente pelos mecanismos locais (MOTTA et al, 2011).

Ela é reconhecida como um órgão periférico do sistema imune, apresentando mecanismos imunológicos próprios formados por sistema imune cutâneo (SIC), tecido linfóide associado cutâneo (TLAC), microvasculatura dérmica (MVD), um sistema imune dérmico (SID) e o sistema imune funcional cutâneo (SIFC). Nesse parâmetro, doenças como as dermatites de contato mostram uma desregulação entre a imunidade e a autoimunidade ao se mostrar uma resposta inflamatória imunologicamente mediada na qual o agente causador é adquirido pela penetração percutânea e não por infecções ou autoimunidade (MOTTA et al, 2011).

As dermatites de contato (DC), também chamadas de eczemas de contato, são reações inflamatórias na pele decorrentes da exposição a um agente capaz de causar irritação ou alergia. Pode ser subdividida em dois tipos principais: a irritativa, gerada normalmente por substâncias alcalinas ou ácidas, gerando lesões restritas ao local de contato, e a alérgica, que surge após repetidas exposições a um produto ou substância, podendo demorar anos para acontecer tendo em vista que depende de ações do sistema de defesa do organismo (SBD, 2017).

Patologia de crescente prevalência nos países industrializados, as dermatites de contato são as principais causas de doenças cutâneas ocupacionais, representando cerca de 90% de seu total, podendo também causar incapacidade laboral no acometido (ROSMANINHO; MOREIRA; SILVA, 2016). Com a presença de sintomas como prurido, dor, exsudação e eventual infecção das lesões, a DC afeta aspectos profissionais e pessoais da vida do paciente, sendo apenas a descoberta de seu agente causador o ponto principal para a evolução e prognóstico positivo da doença (MARTINS; REIS, 2011).

Apesar de serem bastante comuns, as presenças das DCs nas diversas populações diferem bastante por serem resultado de uma exposição a antígenos presentes em determinados lugares. Ademais, a taxa de sensibilização de uma população é um dado bastante dinâmico, visto que a presença e exposição a determinado sensibilizante se altera bastante com o tempo (MARTINS; REIS, 2011).

2 RELATO DE CASO

V. B. S. P., 18 anos, negra, solteira, estudante e sem históricos de alergias ou hipersensibilidade na família. Foi diagnosticada com alergia a lanolina em dezoito de abril de 2016 após a realização do teste de fotopach indicado pela dermatologista em virtude de queixas de urticária severa, manchas vermelhas e algumas feridas purulentas em toda a pele, especialmente em áreas como couro cabeludo, costas e rosto após o banho ou aplicação de hidratantes corporais. Além da alergia a lanolina, o teste também indicou alergia branda a ácaro e a compostos de propilenoglicol.

Foi recomendado que a paciente urgentemente suspendesse o uso de produtos de higiene que tenham lanolina em sua formulação, utilizando-se de outros manipulados, não houve a prescrição de qualquer medicação para o caso.

A paciente retornou em 2019 com um quadro mais brando dos sintomas apresentados e houve a constatação de que ela seguia fazendo uso de produtos de higiene com traços de lanolina em sua composição, o que já era suficiente para o aparecimento dos sintomas. Quando perguntada, ela afirmou que os produtos manipulados eram muito caros e demoravam para ficarem prontos. A recomendação de suspender o uso de quaisquer produtos que contivesse lanolina continuou e foi pensada a possibilidade de iniciar um tratamento com corticosteroides.

3 DISCUSSÃO

As dermatites de contato alérgicas (DCA) são desencadeadas por uma resposta imunológica específica contra determinados antígenos de substâncias que entram em contato com a pele, desencadeando uma reação do tipo IV na escala de Gell & Coombs, usada para classificações de hipersensibilidade. A sensibilização ocorre por via aferente quando o agente entra na epiderme e se liga às ilhotas de Langerhans, ativando queratinócitos e estimulando as células da derme a liberarem citocinas com propriedades inflamatórias, tais como IL-1, IL-6, IL-8, TNF- α e GM-CSF. As células de Langerhans ligadas ao conjunto com o antígeno vão até o linfonodo através do complexo principal de histocompatibilidade (MOTTA et al, 2011).

Ao atingir o linfonodo, tem-se a sensibilização do T_{H1} por via aferente, o que ocorre por cerca de dez dias. Nesse período, caso o indivíduo entre novamente em contato com a substância sensibilizante, os linfócitos T_{H1} já sensibilizados secretam uma série de citocinas como IFN- γ , TNF- β , GM-CSF e IL-2, resultando num processo inflamatório com edema intercelular, chamado de espongirose. Nessa fase tem-se como característica a eczematização que dura entre 12 e 36 horas (MOTTA et al, 2011).

As fotodermatites de contato têm um mecanismo fisiopatológico bastante semelhante ao da dermatite de contato alérgica, ainda que requeira a ação dos fótons de luz solar para a absorção do antígeno (MOTTA et al, 2011).

A sintomatologia é bastante variável, dependendo da causa, podendo levar desde pequenos ardores até queimação e prurido. A pele pode se tornar seca, vermelha e áspera, propiciando o aparecimento de pequenas feridas locais (SBD, 2017). O padrão ouro de diagnóstico é o teste de contato, utilizado para definir agentes químicos exógenos que podem ser a causa da dermatite alérgica.

A preparação do teste de contato exige que a pele do paciente esteja limpa, livre de qualquer substância e sem sudorese excessiva, o local do teste normalmente é na região dorsal do tronco, com limite superior à primeira vértebra torácica e inferior aos ossos pélvicos, geralmente só é buscado outro local quando a área se encontra lesada ou na vigência de dermatites agudas ou subagudas. As substâncias potencialmente alergênicas a serem testadas são postas em contato com a pele por meio de papel filtro ou fita anti-alérgica, o paciente não deve realizar movimentos bruscos ou molhar o local. A primeira leitura acontece após 48 horas e a segunda é feita após 96 horas (MOTTA; KALIL; BARROS, 2005).

Material	Substâncias padronizadas
Método	Câmaras de alumínio (Finn-Chamber®) ou Micropor c/ papel filtro Após colocar os alérgenos nas câmaras / papel filtro
Tempo de leitura	Colar os contêntores nas costas do paciente que devem ser removidos após 48 horas (1ª leitura). 48 horas(1ª. Leitura) e 96 horas(2ª. Leitura)
Interpretação	O aparecimento de vesículas denota reação positiva.
Cuidados	Poderá ocorrer reação intensa que necessite tratamento com corticóide tópico. Há possibilidade de sensibilização do paciente e do técnico / manipulador. O técnico / manipulador deve usar luvas na preparação.

Fonte: (MOTTA; KALIL; BARROS, 2005)

Pelo caso se tratar de uma fotodermatite, o teste utilizado foi um tipo de teste de contato com a utilização de radiação violeta, a técnica é a mesma de um teste de contato clássico com a diferenciação de que o local deve ser exposto a uma lâmpada especial do tipo Kromayer com um filtro que absorva radiações ultravioleta (MOTTA; KALIL; BARROS, 2005).

A principal forma de controle de uma reação alérgica ainda é a identificação e eliminação de seus agentes desencadeantes, onde o próprio paciente deve se utilizar de meios para evitar entrar em contato com a substância. Contudo, caso não haja essa possibilidade, pode-se fazer a adesão à uma terapêutica baseada em imunossupressão tópica como uso de corticoides, como foi cogitado no caso em questão. Nesse caso, deve-se escolher a potência do fármaco de acordo com a sensibilidade ao agente alérgico (MOTTA et al, 2011).

4 CONCLUSÃO

Como uma doença que apresenta mediação do sistema imune, DCAs devem ter controle baseado no afastamento do agente irritante e, caso não seja possível ou a reação seja muito exacerbado, deve-se pensar em outras terapêuticas. O tratamento deve ser individualizado, variando pela intensidade da reação, e os exames clínicos devem ser usados para complementar o diagnóstico.

REFERÊNCIAS

CARVALHO, Vânia O. *et al.* Guia prático de atualização em dermatite atópica - Parte II: abordagem terapêutica. **Arquivos de Asma, Alergia e Imunologia**, [S. l.], 2017. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Consenso_-_Dermatite_Atopica_-_vol_2_n_2_a04__1_.pdf. Acesso em: 16 set. 2019.

MARTINS, Luis E. A. M.; REIS, Vitor M. S. dos. Imunopatologia da dermatite de contato alérgica. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, [S. l.], 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abd/v86n3/v86n3a01.pdf>. Acesso em: 16 set. 2019.

MOTTA, Antônio A. *et al.* Dermatite de contato. **Revista Brasileira de Alergia e Imunopatologia**, [S. l.], 2011. Disponível em: <http://www.asbai.org.br/revistas/vol343/V34N3-ar01.pdf>. Acesso em: 16 set. 2019.

MOTTA, Antônio A.; KALIL, Jorge; BARROS, Myrthes T. Testes Cutâneos. **Revista Brasileira de Alergia e Imunopatologia**, [S. l.], 2005. Disponível em: <http://www.asbai.org.br/revistas/Vol282/testescutaneos.pdf>. Acesso em: 16 set. 2019.

ROSMANINHO, Isabel; MOREIRA, Ana; SILVA, José P. M. da. Dermatite de contato: revisão de literatura. **Revista portuguesa de imunoalergologia**, [S. l.], 2016. Disponível em: https://www.spaic.pt/client_files/files/dermatite-de-contacto-reviso-da-literatura.pdf. Acesso em: 16 set. 2019.

SBD (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA). **Dermatite de contato: O que é?**. [S. l.], 2017. Disponível em: <https://www.sbd.org.br/dermatologia/pele/doencas-e-problemas/dermatite-de-contato/2/>. Acesso em: 16 set. 2019.