

## Abordagens da dermatite atópica no âmbito dermatológico atual

### Approaches to atopic dermatitis in the current dermatological scope

DOI:10.34119/bjhrv6n6-084

Recebimento dos originais: 13/10/2023

Aceitação para publicação: 13/11/2023

#### **Aline Oliveira Araujo**

Graduada em Medicina pela Universidade Ceuma

Instituição: UPA Vinhais, UPA Parque Vitória

Endereço: Alameda 7, Bequimão, São Luís - MA, CEP: 65067-430

E-mail: araujoaline888@gmail.com

#### **Tereza Cristina Barbosa Ribeiro do Vale**

Graduada em Enfermagem, Graduada em Direito, Graduanda em Medicina

Instituição: Universidade Ceuma

Endereço: Rua do Farol, 10, São Marcos, São Luís – MA, CEP: 65077-450

E-mail: terezavalemed@gmail.com

#### **Déborah Rocha de Araújo Gomes**

Mestre em Saúde

Instituição: Universidade Ceuma

Endereço: Rua dos Juritis, Ed Mirela, Renascença II, São Luís - MA

E-mail: deby2112@hotmail.com

#### **Evelyn Conceição Fonseca Ribeiro**

Graduanda em Medicina

Instituição: Universidade Ceuma (UNICEUMA)

Endereço: R. Anapurus, 1, Renascença II, São Luís - MA, CEP: 65075-120

E-mail: evelynfonseca25@hotmail.com

#### **Gislaine Leal Bringel**

Graduada em Enfermagem

Instituição: Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro da Bahia

Endereço: Avenida Grande Oriente, 38, Parque Renascença Florença, Jardim Renascença,  
São Luís - MA

E-mail: gisbringel@gmail.com

#### **Rachel Fernandes Álvares**

Graduanda em Medicina

Instituição: Centro Universitário Unieuro

Endereço: Av. das Castanheiras, s/n, Lote 3700, Águas Claras, Brasília - DF, CEP: 70297-400

E-mail: rachelfamed@gmail.com

**Lívia Castro dos Santos**

Graduada em Medicina

Instituição: Unidade Básica de Saúde Atins

Endereço: Rua 19, Quadra 26, p2, Vinhais

E-mail: livia82637@ceuma.com.br

**Greta Maria Murad da Costa**

Graduada em Medicina

Instituição: Centro Médico Maranhense

Endereço: Rua Laerte Santos, 51, Fialho

E-mail: muradgreta@gmail.com

**Fabiana da Penha Romanha Muller**

Graduanda em Medicina

Instituição: Unesulbahia, Faculdades Integradas

Endereço: Rua Anturios 501, Jardins, Eunapolis – Bahia, CEP: 45820-800

E-mail: fabiana\_muller81@hotmail.com

**Pedro Henrique Ramos Muniz**

Graduando em Medicina

Instituição: Unesulbahia, Faculdades Integradas

Endereço: Rua Rio Branco, Jardim América 1, 101

E-mail: pedrozmc@outlook.com

**Maria Carolina Figueira Valadão**

Graduada em Medicina

Instituição: Unidade Básica de Saúde Vila Sarney, UPA Aracagy

Endereço: Av. Neiva Moreira, 400, Grand Park Passaros, Torre Gaivota

E-mail: carollvaladao@hotmail.com

**Marina Moreira Caldas**

Graduada em Medicina

Instituição: UPA Cidade Operária, Hospital Geral da Vila Luizão

Endereço: Rua Tangará, Araçagy, São José de Ribamar - MA, CEP: 65110-000

E-mail: mary\_caldas15@hotmail.com

**Levi Mendonça Moraes**

Graduado em Medicina

Instituição: Haima, Laboratório de Análises Clínicas

Endereço: Rua H, Q 16, Parque Athenas, São Luís - MA

E-mail: levi.m.moraes@hotmail.com

**Sádina Mayara dos Santos Oliveira**

Graduada em Medicina

Instituição: UPA Cidade Operária

Endereço: Rua Monção, 1, Renascença

E-mail: sadina-mayara@hotmail.com

**Flávia Roberta Rabelo de Azevedo Aguiar**

Graduanda em Medicina

Instituição: Universidade Ceuma (UNICEUMA)

Endereço: Avenida dos Holandeses, Maranhão, CEP: 65071-380

E-mail: robertaosterno@yahoo.com

**RESUMO**

A dermatite atópica seria definida como doença inflamatória cutânea crônica, de caráter genético, caracterizada pela presença de episódios recorrentes de eczema associado a prurido, muita vezes intenso, apresentando como substrato alterações imunológicas cutâneas que produzem inflamação, podendo estar eventualmente associada a doenças respiratórias, como a asma e a rinite alérgica. Trata-se de doença multifatorial, com enfoque nas alterações sistêmicas e alérgicas ou nas manifestações cutâneas, de acordo com diferentes visões da doença. A conceituação da dermatite atópica é importante, porque a conduta terapêutica pode variar segundo as diferentes formas de analisá-la. O presente estudo tem como objetivo avaliar a dermatite atópica no contexto atual da dermatologia. Trata-se de uma revisão integrativa, com uso dos descritores DeCs (Descritores em Saúde) e o Medical Subject Headings (MeSH), nos idiomas português e inglês, com os seguintes termos: “Dermatite”(dermatitis), “Pele” (skin), “tratamento” (treatment). Desta busca, foram encontrados 150 artigos, posteriormente submetidos aos critérios de seleção. A seleção resultou em 8 artigos que foram submetidos à análise seletiva, exploratória e interpretativa no contexto do presente estudo. A partir da revisão bibliográfica dos estudos analisados, conclui-se que, de fato, a dermatite atópica é complexa e precisa ser mais estudada.

**Palavras-chave:** dermatite, pele, tratamento.**ABSTRACT**

Atopic dermatitis would be defined as a chronic inflammatory skin disease, of genetic nature, characterized by the presence of recurrent episodes of eczema associated with itching, often intense, presenting as a substrate immunological changes in the skin that produce inflammation, and may eventually be associated with respiratory diseases, such as asthma and allergic rhinitis. It is a multifactorial disease, focusing on systemic and allergic changes or cutaneous manifestations, according to different views of the disease. The conceptualization of atopic dermatitis is important, because the therapeutic approach can vary depending on the different ways of analyzing it. The present study aims to evaluate atopic dermatitis in the current context of dermatology. This is an integrative review, using the DeCs (Health Descriptors) and Medical Subject Headings (MeSH) descriptors, in Portuguese and English, with the following terms: “Dermatitis” (dermatitis), “Pele” (skin), “treatment”. From this search, 150 articles were found, subsequently submitted to the selection criteria. The selection resulted in 8 articles that were subjected to selective, exploratory and interpretative analysis in the context of the present study. From the literature review of the studies analyzed, it is concluded that, in fact, atopic dermatitis is complex and needs to be further studied.

**Keywords:** dermatitis, skin, treatment.

## 1 INTRODUÇÃO

Dermatite atópica ou eczema atópico são termos que designam as manifestações inflamatórias cutâneas associadas à atopia. Segundo uma visão atual, a atopia seria predisposição hereditária do sistema imune a privilegiar reações de hipersensibilidade mediada por IgE, em resposta a antígenos comuns na alimentação, no ambiente intra e extradomiciliar, conceito esse situando a dermatite atópica como uma das manifestações das doenças da tríade atópica (dermatite atópica, asma, rinite alérgica. (LEITE, 2007)

A dermatite atópica é uma doença crônica, com evolução em surtos, predominante na infância, que tem como principal sintoma prurido de intensidade variável e como sinais a xerose cutânea e lesões de padrão eczematoso. O estímulo para a resposta anormal é, na maioria das vezes, externo, devido à alteração da barreira cutânea: há xerose, com anormalidades do estrato córneo e aumento da TEWL, que também ocasionam um metabolismo anormal da IL-4. (ADDOR, 2010)

Sob o ponto de vista epidemiológico, a dermatite atópica é uma dermatose inflamatória das mais frequentes na infância, manifestando-se, não raro, nos primeiros anos de vida. Das crianças que a desenvolvem, 50% manifestam o quadro até o primeiro ano de vida e 30%, do primeiro até o quinto ano. Sua prevalência vem crescendo nos últimos anos, e fatores ambientais parecem ter um papel importante nesse crescimento.(ADDOR, 2010)

A dermatite atópica é um diagnóstico clínico que não possui exame específico, sendo assim, a avaliação de um médico é considerada o padrão ouro. Aproximadamente 80% dos pacientes são diagnosticados e tratados no ambiente de atenção primária.(ADDOR, 2010)

O manejo da dermatite atópica visa melhorar os sintomas e estabelecer o controle da doença em longo prazo. Os planos de manejo devem ser centrados no paciente e precisam incluir medidas como evitar fatores desencadeantes, restaurar barreiras cutâneas com uso de hidratantes e abordagens que visam reduzir a inflamação de acordo com a gravidade da doença (FISHBEIN AB, et al., 2020).

A infecção é a complicação mais comum da dermatite atópica e deve-se principalmente ao rompimento da epiderme e à desregulação imunológica causada por mutações no gene FLG. As infecções podem ser causadas por bactérias, vírus ou fungo (WANG V, 2021)

Assim, o objetivo deste estudo foi realizar uma revisão integrativa da literatura a fim de analisar a produção científica nacional e internacional sobre a dermatite atópica, observado fatores e abordagens no âmbito dermatológico atual.

## 2 METODOLOGIA

Este estudo configura-se como uma revisão integrativa realizada por meio do levantamento bibliográfico nos diretórios: Google Scholar e Scientific Electronic Library Online (SciELO). Os descritores utilizados na pesquisa seguiram o DeCs (Descritores em Saúde) e o Medical Subject Headings (MeSH), nos idiomas português e inglês, utilizando os seguintes termos: “Dermatite” (dermatitis), “Pele” (skin), “tratamento” (treatment). Desta busca, foram encontrados 150 artigos, posteriormente submetidos aos critérios de seleção. Os critérios de inclusão foram: artigos publicados entre os anos de 2004 a 2023, todos nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola, que abordavam a temática “Avaliação da dermatite atópica no âmbito dermatológico atual”. Os critérios de exclusão foram: resumos em eventos, artigos que não cumpriam os critérios de inclusão supracitados e artigos duplicados.

Com isso, a seleção resultou em 8 artigos que foram submetidos à análise seletiva, exploratória e interpretativa para os dados para este estudo. Os resultados foram apresentados em um quadro, de forma a identificar as obras e ordenar o conteúdo estudado. No tocante aos aspectos éticos, este projeto de pesquisa não será submetido ao Comitê de Ética correspondente à região, conforme os aspectos éticos e legais dispostos na Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012, na qual está dispensado o parecer em casos de pesquisas com dados secundários em banco de dados público. Portanto, este trabalho não necessita de aprovação do Comitê de Ética em pesquisa, por utilizar dados públicos e secundários.

## 3 RESULTADOS

Os resultados dos artigos pesquisados apresentam-se no quadro 1. Dessa forma, a escolha dos artigos usados para essa revisão integrativa foi realizada por meio da literatura do título, resumo e dos artigos completos encontrados conforme a metodologia dessa revisão de literatura. Dessa maneira, de acordo com o mecanismo de busca foram encontrados 40 artigos. Porém, dentre esses, apenas 8 artigos foram utilizados para a produção do presente estudo, uma vez que os outros não se encaixavam nos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos.

Quadro 1; resultados acerca do tema do artigo.

Autor, ano.	Título	Objetivo	Observações
RIOS; et al, 2021	Dermatite atópica: um olhar sobre os tratamentos atuais	O presente artigo tem como objetivo realizar uma revisão narrativa sobre o quadro clínico do eczema infantil com	Não se tem uma anuência na literatura com um fluxograma para guiar o tratamento, fazendo-se necessário, mais estudos sobre o tema.

		enfoque no tratamento terapêutico.	
PRADO, 2022.	Dermatite atópica grave: guia prático de tratamento da Associação Brasileira de Alergia e Imunologia e Sociedade Brasileira de Pediatria	Elaborar um documento prático e que auxilie na compreensão dos mecanismos envolvidos na DA, assim como dos possíveis fatores de risco associados à sua apresentação.	Embora o conhecimento sobre a sua fisiopatologia tenha vindo a crescer nos últimos anos, ainda as formas graves são frequentes e representam um desafio para o clínico.
ADDOR, 2010.	Barreira Cutânea na dermatite atópica.	Avaliar a função da barreira cutânea na dermatite atópica.	A barreira cutânea também tem um papel na resposta inflamatória, com ativação de melanócitos, angiogênese e fibroplasia, cuja intensidade depende, basicamente, da intensidade da agressão.
VILEFORT, 2022.	Ampla abordagem sobre a dermatite atópica: revisão narrativa	Fornecer através de uma revisão narrativa uma ampla abordagem sobre a Dermatite Atópica (DA).	A dermatite atópica é uma doença crônica que afeta milhares de pessoas em todo mundo. Na presença de sinais e sintomas sugestivos, o indivíduo deve procurar o médico, preferencialmente dermatologista, para estabelecimento de um diagnóstico preciso e instituição de um plano terapêutico adequado.
FONTES NETO, 2005.	Avaliação dos sintomas emocionais e comportamentais em crianças portadoras de dermatite atópica	realizar uma avaliação do perfil sociocomportamental de crianças portadoras de DA, comparando-as com crianças sem a doença	Os resultados demonstram a necessidade de abordagens interdisciplinares no tratamento da criança com DA, valorizando não só as lesões dermatológicas, como também os aspectos emocionais dos indivíduos.
LEITE, 2007	Dermatite atópica: uma doença cutânea ou uma doença sistêmica? A procura de respostas na história da dermatologia	Procurar respostas analisando diversos escritos sobre a dermatite atópica desde os primórdios da história da medicina, confundindo se com a história da dermatologia e, mais amplamente, com a história evolutiva do	Uma análise histórica demonstra que a dermatite atópica tem seus conceitos atuais oriundos dos estudos de diversos pensadores, que, em diferentes momentos históricos, descreveram a doença, e que muito do que acreditamos

		próprio pensamento científico do homem.	atualmente tem, nesses escritos, seus fundamentos.
GENELHU, 2021.	Dermatite Atópica grave em adultos: tratamento com imunossupressores	Demonstrar a efetividade do acompanhamento médico associado a medicações tópicas e orais visando na melhora progressiva do quadro do paciente.	O diagnóstico da dermatite atópica é baseado em critérios clínicos. Após início do tratamento, observou-se melhora do quadro, com diminuição de xerose e prurido e melhora da qualidade de vida.
GUILHERME, 2014.	Abordagem da dermatite atópica na infância pelo Médico de Família e Comunidade	Demonstrar a importância do diagnóstico precoce e de uma abordagem individualizada da dermatite atópica.	É fundamental o reconhecimento dos fatores desencadeantes e as manifestações clínicas da DA pelo médico de família e comunidade, o que proporciona não só um diagnóstico adequado e precoce, como também um tratamento efetivo e individualizado.

Fonte: próprio autor

#### 4 DISCUSSÃO

Desde a Antigüidade, descrições de dermatite atópica são encontradas, assim como relatos de sua relação com fatores pessoais, familiares e ambientais.

Nos textos de Hipócrates, datados do período entre os séculos IV e V antes de Cristo, o prurido, um dos sinais diagnósticos mais importantes da dermatite atópica, já é citado. No Livro V das “Epidemias de Hipócrates” observa-se a descrição de um paciente acometido por uma doença cutânea, passível do diagnóstico de dermatite atópica: “Em Atenas, um homem era acometido por um prurido que afetava todo o seu corpo (...). A afecção tinha bastante intensidade, e a pele era engrossada por todo o corpo (...). Ele se mantinha na Ilha de Melos, onde os banhos quentes melhoraram o prurido e o espessamento da pele (...)”. O texto demonstra como características da dermatite atópica, além do prurido, o espessamento geral da pele e o alívio do prurido com banhos quentes, e cita, dentro dos conceitos hipocráticos, que a cura da doença cutânea poderia levar o paciente à morte. (LEITE, 2007)

De Caráter recidivante crônico ,a DermatiteAtópica (DA) é considerada doença inflamatória da pele, caracterizada por prurido intenso e lesões do tipo eczematosas, que, muitas vezes, possuem início na primeira infância em aproximadamente 85% dos casos. Sua associação com outras manifestações atópicas, como a asma e a rinite alérgica é frequente. Como não existem exames laboratoriais específicos para o diagnóstico da DA assim como não

existe uma definição padronizada para ela, assim como a realização de estudos epidemiológicos, a uniformização do diagnóstico é dificultada. Sendo assim, esta patologia acarreta transtornos em toda a estrutura familiar do paciente, compromete as atividades de trabalho e lazer e o desempenho escolar (CASTRO APM, et al., 2006).

#### 4.1 EPIDEMIOLOGIA

A incidência da dermatite atópica aumentou consideravelmente nas últimas três décadas, tornando-se um importante problema de saúde pública, em especial nos países industrializados. Cerca de 60% de todos os casos, se desenvolvem no período da infância. O eczema acomete em sua grande maioria bebês, sendo 20% dos casos nos primeiros dois anos de vida. Esse índice aumentou de duas a três vezes nos últimos trinta anos, entretanto, não se invalida a possibilidade realizar um diagnóstico em qualquer outra faixa etária. (WEIDINGER S e NOVAK N, 2016).

O início da doença pode ocorrer em qualquer idade, mas comumente se manifesta nos primeiros 5 anos de vida, com a maior incidência entre 3 e 6 meses. Aproximadamente 60% dos pacientes desenvolvem a doença no primeiro ano de vida e 90% nos primeiros 5 anos de vida. Cerca de 20% das crianças que desenvolvem DA antes dos 2 anos de idade terão sintomas persistentes da doença, 17% terão sintomas intermitentes aos 7 anos de idade e apenas 16,8% dos adultos com DA experimentam o início após a adolescência. A doença geralmente se resolve no momento em que a criança atinge a idade adulta, entretanto, aproximadamente 10% a 30% dos pacientes continuarão a apresentar sintomas (TORRES et al., 2019).

Cerca de 50% dos pacientes com dermatite atópica apresentam as primeiras manifestações clínicas durante o primeiro ano de vida. Em contrapartida, aproximadamente 40% dessas crianças com DA no início da vida desenvolvem, aos cinco anos, doenças alérgicas respiratórias. Assim como outras doenças atópicas, a expressão sintomática de DA envolve a interação de múltiplos genes, do sistema imunológico e do ambiente. Entretanto, a hipótese da participação de alérgeno na patogênese da DA não é unânime devido ao reconhecimento de vários agentes provocadores de exacerbações, de origem não alérgica. Em consequência, o manejo dos pacientes torna-se complexo (TORRES T, et al., 2019).

#### 4.2 FISIOPATOLOGIA

A fisiopatologia da dermatite atópica (DA) ainda não é bem definida, no entanto considera-se que seja resultado de uma tríade, já que os mecanismos são complexos, sendo ela: disfunção da barreira cutânea, desregulação do sistema imunológico e alteração do microbioma

cutâneo. Para explicar melhor a fisiopatologia da DA são propostas duas teorias. A primeira afirma que a resposta imunológica desregulada, gera um dano e/ou uma disfunção da barreira cutânea. Já a segunda teoria sugere o oposto, que a disfunção da barreira cutânea é o que gera uma ativação das respostas imunológicas. Essas duas teorias são complementares, contudo, acabam ignorando a parcela de contribuição das infecções no desencadeamento e persistência da dermatite (CZARNOWICKI, et al., 2019).

Além disso, tem sido demonstrada inter-relação complexa envolvendo fatores genéticos, imunitários, ambientais, psicossomáticos, farmacológicos e alteração da própria estrutura da pele. Recentemente, a DA foi classificada segundo o ponto de vista fisiopatológico em extrínseca e intrínseca. A extrínseca, também chamada de alérgica, atinge cerca de 70% a 80% dos pacientes com DA e se relaciona à níveis elevados de IgE e sensibilização contra alérgenos ambientais. Por sua vez, a intrínseca, também chamada de não alérgica, ocorre nos outros 20% a 30% dos casos e é caracterizada pela ausência de detecção de sensibilização alérgica e baixos níveis de IgE. Os dois distúrbios principais da DA são a disfunção da barreira cutânea e da resposta imunológica havendo uma inter-relação entre os dois, o que ocasiona um círculo vicioso (ANTUNES AA, et al., 2017).

A barreira cutânea é formada pelo Estrato Córneo (EC), constituído de um compartimento duplo, heterogêneo, onde os principais elementos são os corneócitos e os lipídeos extracelulares. Os lipídeos extracelulares do estrato córneo são compostos fundamentalmente de quantidades equivalentes de ceramidas, colesterol e ácidos graxos livres. As ceramidas, caracterizadas por mais de sete subfrações, são essenciais para a função de barreira. Uma das principais funções da barreira cutânea é o controle da permeabilidade (FRAZIER, 2020).

Quando há perda desta função, a pele passa a sofrer as consequências de agressões físicas, químicas ou biológicas. A xerose ou pele seca na DA está relacionada a alterações da diferenciação epidérmica, do metabolismo lipídico da epiderme e ao aumento da perda de água trans-epidérmica. Os corneócitos tendem a se agregar, são menores, com renovação celular reduzida, e contêm menor quantidade de aminoácidos hidrossolúveis derivados da filagrina, que exerce papel importante na perda de água trans-epidérmica. A composição alterada dos lipídeos do estrato córneo é o defeito básico da DA levando a aumento da permeabilidade a alérgenos e irritantes (FURUE M, et al., 2019).

Um outro fator são os glicerofosfolipídeos, produtos bacterianos que funcionam como ceramidases, e hidrolisam as ceramidas. Na interface entre a pele e o meio ambiente existe número elevado de antígenos. O prurido intenso e a escarificação em combinação com a hiper-

reatividade cutânea e a redução do limiar ao prurido, são a base do círculo vicioso na DA. Como consequência do ato de coçar ocorre estimulação mecânica contínua e liberação de citocinas pelos queratinócitos (KOLB, 2022).

A xerose cutânea, terminologia para descrever a pele seca, é um achado muito comum e significativo; por ser a expressão clínica da anormalidade da barreira cutânea que esses pacientes apresentam, é parâmetro diagnóstico e de acompanhamento. Na fisiopatologia da dermatite atópica, o defeito da barreira cutânea está associado com a redução dos níveis de ceramida e da produção de profilagrina, com maior TEWL e maior predisposição a agressões, que são gatilhos para a inflamação. Com o objetivo de se obterem medidas objetivas e reprodutíveis das condições da barreira cutânea, avaliações instrumentais de parâmetros morfológicos vêm sendo investigadas. Técnicas não invasivas foram desenvolvidas e validadas para alguns parâmetros específicos. Dois métodos que envolvem avaliação instrumental podem ser utilizados para a avaliação da barreira cutânea na dermatite atópica: a medida do conteúdo hídrico da camada córnea (corneometria) e a medida da perda de água transepidermica. Tais medidas detectam mudanças sutis, não perceptíveis clinicamente, e exibem reprodutibilidade nas medidas tomadas em condições padronizadas. (ADDOR, 2010).

Também é observado padrões de hereditariedade com um limiar diminuído ao prurido, principal característica da DA. Da mesma maneira, a exposição ambiental e à exacerbantes, seja ela durante a gestação ou no decorrer da infância, é apontada como fator de risco para o desenvolvimento do eczema infantil. Entre os sinais e sintomas, tem-se a associação de dermatites pruriginosas, xerose, hiperlinearidade palmar, fissuras periauriculares e o eczema clássico, que passa pela fase de eritema pruriginoso, mal delimitado, edemaciado e com a presença de vesículas inicialmente, e evolui para uma placa eritematosa bem delimitada e de característica descamativa, com grau variável de liquenificação e formação de crostas, principalmente na região dos cotovelos e joelhos (ANTUNES AA, et al., 2017).

#### 4.3 QUADRO CLÍNICO

A dermatite atópica é caracterizada principalmente por surtos agudos e abruptos de lesões pruriginosas eczematosas, com secreções ou ressecamento de pele, acompanhada de prurido que progride para ferimentos mais extensos. Também são comuns outros sinais e sintomas como: erupções, lesões avermelhadas, descascamento da pele devido ao ressecamento local, áreas esfoladas em decorrência do prurido intenso, fissuras, alteração na cor da pele, edema localizado, inflamação da pele ao redor das bolhas e/ou áreas espessas parecidas com couro, que podem aparecer após episódios de irritação e coceira prolongadas. Além disso, o

prurido intenso, que ocorre principalmente no fim da tarde e à noite, pode desencadear distúrbios de sono, fadiga e agitação (CARVALHO VO, et al., 2017).

Em todos os pacientes com DA a lesão característica é o eczema, e a presença do prurido é achado obrigatório. Entretanto, as manifestações clínicas de pacientes com DA grave são expressões ampliadas do quadro clínico de DA, e os sinais e sintomas se agravam imensamente. (ANTUNES AA, et al., 2017). Ao longo da vida a apresentação clínica da DA é variável, e pode ser dividida em quatro segmentos, conforme descrito a seguir.

**Dermatite do lactente (0-2 anos):** As lesões se iniciam cerca de dois meses após o nascimento e acometem face (bochechas), couro cabeludo, tronco e superfície extensora dos membros. Nas lesões agudas há vesículas, exsudação, crostas e eritema. A xerose é frequente e é observada em cerca de 42% dos pacientes.

**Dermatite da criança (fase pré-puberal 2 a 12 anos):** A superfície flexora passa a ser mais acometida, com destaque às fossas poplíteas e cubital. Mãos e pulsos podem estar acometidos. Há um número maior de lesões subagudas, ressecadas e espessadas. Lesões crônicas com algum grau de liquenificação também podem ser observadas.

**Dermatite do adulto (12-60 anos):** As lesões se distribuem de maneira mais ampla. Além das flexuras, pode haver lesões na cabeça, pescoço e mãos. Xerose é a complicação de pele mais comum em pacientes com DA, e a persistência da pele seca pode prejudicar a função de barreira da pele e alterar a sua microbiota. As lesões são crônicas e liquenificadas, e pacientes podem apresentar surtos de agudização, além de maior risco de infecções virais.

**Dermatite do adulto idoso (acima de 60 anos):** Esta forma é caracterizada principalmente por lesões eczematosas extensas, e alguns pacientes podem apresentar eritrodermia com forte componente pruriginoso. Ocasionalmente as lesões poupam as áreas de flexão. Este grupo específico certamente precisa de uma análise mais profunda para definir critérios clínicos claros para seu diagnóstico. Vale destacar que nesta faixa etária, assim como na DA do lactente, especialmente nos casos graves, diagnósticos diferenciais precisam ser considerados.

#### 4.4 FATORES DESENCADEANTES E AGRAVANTES

Vários estudos são concordantes em afirmar que a interação entre predisposição genética, disfunção imunológica e fatores desencadeantes ambientais contribui para a fisiopatologia da DA. Além da adesão ao tratamento, a exposição a fatores ambientais, incluindo alérgenos e estímulos no local de trabalho e no domicílio, fatores decorrentes do estilo de vida e temperatura, além da desregulação da fisiologia da pele, estão associados à

manutenção e exacerbação da DA. Uma sensação de calor, sudorese, fibras de lã, estresse psicológico, comida, ingestão de álcool e o resfriado comum são considerados particularmente importantes como fatores de indução e exacerbação do prurido na DA. (PRADO, 2022).

#### **4.4.1 Clima e temperatura**

Estudos associaram maior prevalência de DA a localidades com baixa umidade, baixa exposição aos raios UV e baixa temperatura ou ao uso de aquecimento interno.

#### **4.4.2 Poluentes intradomiciliares**

Ainda é questionável o envolvimento de substâncias eliminadas no interior dos domicílios, como fumaça de tabaco, produtos de combustão (biomassa, fogões, lareiras), materiais de construção, fontes biológicas e produtos de limpeza e os ácaros, na recorrência da DA.

#### **4.4.3 Poluentes atmosféricos**

Estudos de corte associaram a exposição à poluição do ar e maior prevalência de DA. Possivelmente decorrente do estresse oxidativo e danos à barreira cutânea causada por esses fatores externos. Portanto, mudanças nos fatores climáticos, como temperatura, umidade, radiação e poluição do ar, podem influenciar a resposta e os sintomas da DA. A exposição a poluentes liberados pela queima de combustíveis fósseis foi associada ao risco aumentado de pré-escolares desenvolverem DA. Além disso, material particulado em contato com a pele pode favorecer a coçadura da pele é arranhões, estado sensorial anormal em que estímulos que normalmente não evocam coceira causam coceira, e, assim, pioram a DA.

#### **4.4.4 Dieta/antígenos alimentares**

DA e Alergia Alimentar (AA) são condições comuns que aparecem na infância e que podem estar intimamente ligadas. Aproximadamente 30% das crianças com DA moderada a grave sofrem de AA. Há evidências de que dietas de eliminação não justificadas não devem ser administradas a pacientes com DA. A sensibilização a um alimento (teste cutâneo positivo e/ou dosagem de IgE sérica específica) não significa alergia, e a eliminação injustificada desse alimento específico pode ser prejudicial e levar à perda de tolerância, com a possibilidade de anafilaxia quando o mesmo for reintroduzido. Há fortes evidências para a ligação entre o início precoce da DA e o desenvolvimento de outras doenças alérgicas durante a vida, a chamada marcha atópica, e várias intervenções preventivas foram sugeridas, como o uso de emolientes,

a introdução precoce de amendoim e de ovo em lactentes de alto risco, que em um primeiro momento mostraram resultados promissores para a prevenção da DA, bem como da alergia ao amendoim e ao ovo. Revisão sistemática recente demonstrou que a aplicação profilática de emolientes, iniciada na primeira infância, pode prevenir a DA, principalmente se usados de modo contínuo em populações de alto risco, mas não preveniram AA. Ainda é discutível se a introdução precoce de alimentos em crianças de risco previne a AA.

#### 4.4.5 Aeroalérgenos

Aeroalérgenos podem provocar lesões cutâneas eczematosas em pacientes sensibilizados com DA, que pode ser explicado pelo aumento da permeabilidade da pele para alérgenos inalantes em pacientes com defeitos da barreira cutânea. Testes de contato de atopia positivos estão associados à presença de IgE específica e história positiva de surtos de DA por alérgenos sazonais. Muitos aeroalérgenos que provocam DA são derivados de ácaros *Dermatophagoides pteronyssinus* e *D. farinae*. A atividade enzimática dos principais alérgenos de ácaros destrói as junções firmes das células epiteliais na mucosa brônquica e, portanto, também pode deteriorar a disfunção da barreira da pele em pacientes com DA. Se esses alérgenos forem considerados fatores de exacerbação da erupção, eles devem ser cuidadosamente avaliados, considerando de forma abrangente o histórico médico, as mudanças ambientais e as alterações nas características da erupção.

#### 4.4.6 Sudorese

Distúrbios na transpiração, bem como excesso de suor remanescente na superfície da pele exposta a altas temperaturas e umidade podem piorar os sintomas da DA. Alérgenos derivados de *Malassezia* sp. encontrados em resíduos de suor na superfície da pele que não evaporaram podem levar ao agravamento dos sintomas. Altas temperaturas e umidade na superfície da pele obstruem os poros de suor e induzem a transpiração. Para proteger contra a sudorese excessiva e da presença de suor excessivo sobre a pele, roupas íntimas de tecido respirável e de baixa higroscopia são recomendadas. Evitar altas temperaturas e umidade, e medidas apropriadas como tomar banho, enxágue com água corrente e enxugar devem ser instituídas.

#### 4.4.7 Infecções cutâneas

A pele é local de vida para uma vasta coleção de microrganismos, incluindo bactérias, vírus, fungos e artrópodes. Esses microrganismos formam um ecossistema associado com

habitat favorável, com abundância de dobras, invaginações e nichos especializados. A microbiota da pele vive em simbiose com fatores do sistema imune da pele, desempenhando um papel fundamental e complexo no controle da fisiologia e imunidade da pele.

#### 4.5 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

O espectro clínico amplo da DA pode levar a diagnósticos e tratamentos errôneos com frequência. As características da DA, incluindo idade de início, distribuição, prurido intenso, xerose, liquenificação e associação com atopia, podem ajudar a distinguir a DA dos demais diagnósticos (PRADO, 2022).

Eventualmente os pacientes com diagnóstico de DA podem apresentar características clínicas atípicas, levando o médico a questionar o diagnóstico. Nestes casos, tanto o conhecimento dos achados clínicos característicos da DA quanto o reconhecimento de possíveis diagnósticos alternativos são importantes para o paciente, considerando que a conduta e o prognóstico podem ser totalmente diferentes. (PRADO, 2022)

O diagnóstico diferencial da DA em crianças e adultos é amplo e inclui doenças primariamente dermatológicas, até mesmo outras que podem se manifestar com lesões cutâneas que se assemelham muito à DA. Estes devem ser considerados não apenas quando um paciente apresenta pela primeira vez uma erupção cutânea eczematosa, mas também quando um paciente diagnosticado com DA não responde à terapia apropriada. Entre os diagnósticos destacamos os Erros Inatos da Imunidade (EII), por serem doenças conduzidas pelo imunologista, fazendo-se necessário um olhar cuidadoso para o diagnóstico correto. (PRADO, 2022)

Entre os EII destacam-se as conhecidas por Doenças Atópicas Primárias (DAP), uma subcategoria destas caracterizada por serem distúrbios monogênicos hereditários que apresentam predominantemente manifestações alérgicas. Isto dificulta seu diagnóstico enquanto EII por não apresentarem fenótipos de infecções de repetição como a maioria destas doenças. É imperativo que os médicos sejam capazes de reconhecer as DAPs, considerando a terapêutica individual de cada caso e impactando na morbiletalidade destes pacientes. (PRADO, 2022).

Os principais diagnósticos diferenciais da DA e suas características morfológicas próprias são descritos a seguir:

**Dermatite de contato alérgica:** Seu diagnóstico é baseado no padrão da dermatite, normalmente sucedendo a exposição à determinada substância e um teste de contato (patch test) positivo. Este padrão diz respeito à localização da lesão na área de pele em contato com o alérgeno (por exemplo, na face, para reação aos cosméticos).

**Dermatite seborreica:** Representa um importante diagnóstico diferencial da DA, sobretudo em sua forma infantil, pela similaridade na distribuição das lesões. O diagnóstico é baseado na história clínica e exame físico, incluindo a distribuição de eczema. A dermatite seborreica infantil geralmente começa nos primeiros três meses de vida, ou seja, antes da idade típica de início da DA.

**Psoríase:** Embora mais comum em adolescentes e adultos, pode ocorrer em qualquer faixa etária. É uma dermatose crônica caracterizada mais frequentemente por lesões em placas e espessamento cutâneo, nitidamente demarcadas com eritema e com a presença de escamas prateadas nas regiões dos cotovelos, joelhos e couro cabeludo.

**Síndrome de Netherton:** Doença autossômica recessiva causada pela mutação no gene SPINK5. Ao nascimento, o recém-nascido pode apresentar ictiose eritrodérmica. Em crianças mais velhas, a doença é caracterizada por uma dermatite distinta, ictiose linear circunflexa, onde as lesões cutâneas são disseminadas de forma linear serpiginosa ou circinada.

#### 4.6 AVALIAÇÃO DA GRAVIDADE E CONTROLE: ESCORES DE AFERIÇÃO

A avaliação da gravidade da DA é essencial para guiar as opções terapêuticas e ponderar a resposta ao tratamento. Na ausência de um padrão ouro ou de biomarcadores específicos disponíveis para uso clínico, vários instrumentos foram desenvolvidos e validados para mensurar a gravidade e controle da DA. (WILLIAMS, 2022)

Para aferição da gravidade clínica pelo profissional, os escores mais utilizados e amplamente validados são o índice Scoring Atopic Dermatitis (SCORAD) e o Eczema Area and Severity Index (EASI). Também é recomendada a avaliação da gravidade pelo próprio paciente e o instrumento mais utilizado é o Patient Oriented Eczema Measure (POEM). Além destes, o instrumento validado Investigator Global Assessment for Atopic Dermatitis (vIGA-AD) tem sido particularmente indicado como instrumento complementar para avaliar gravidade em ensaios clínicos. (WILLIAMS, 2022).

#### 4.7 TRATAMENTO

Considerando a cronicidade da DA e os diferentes níveis de gravidade, os objetivos do tratamento da DA são os seguintes: reduzir a extensão e a gravidade das lesões; reduzir o prurido e melhorar a qualidade do sono; manter normais as atividades diárias; melhorar a qualidade de vida; maximizar os períodos livres de doença; prevenir as complicações infecciosas e evitar/minimizar eventos adversos do tratamento.

Sendo assim, o tratamento tem como ponto principal a hidratação da pele, com foco em garantir a integridade da camada cutânea. Deve ser feita duas vezes ao dia, com hidratante sem fragrância e sem conservante, com o objetivo de diminuir o prurido e o ressecamento da pele. É necessário que se evite o uso excessivo de sabonetes, a prática de banhos quentes e prolongados, evitar a fricção excessiva e uso de produtos químicos (CARVALHO VO, et al., 2017).

É interessante que se elimine fatores desencadeantes que funcionam como agentes irritantes para pele da criança, como é o caso do uso de roupas de lã e fibras sintéticas, com o foco de diminuir o atrito que ela causa na pele. Também é importante evitar o uso de roupas muito quentes que aumentará a produção de suor. Ainda, deve ser feito o controle de agentes infecciosos como bactérias, controle de aeroalérgenos e alérgenos alimentares (CARVALHO VO, et al., 2017).

Para o controle da inflamação e das crises, o uso de corticosteroides tópicos é considerado o tratamento de escolha, minimizando o prurido e as lesões. No entanto, seu uso está relacionado a efeitos cutâneos adversos, como telangiectasia, estrias, púrpura, hipertricose focal, hipopigmentação e dermatite perioral. Ainda, se usado por muito tempo ou em regiões onde a pele é mais delgada, pode ocasionar efeitos colaterais sistêmicos como supressão adrenal, crescimento deficiente, hipertensão, hiperglicemia, resistência à insulina e catarata (NINA ASC, et al, 2017).

Os corticosteróides podem ser usados em compressas úmidas (wet wrap) que consiste em aplicar o corticosteróide ou um emoliente sobre as lesões, colocar uma camada de gaze ou tecido de algodão embebido em água morna, e em seguida outra camada, porém, seca, que tem como objetivo diminuir a evaporação da água e manter a pele hidratada. O intuito da técnica wet wrap é diminuir o prurido e diminuir a inflamação, além de aumentar a hidratação da pele. Os inibidores da calcineurina, que são imunomoduladores tópicos, também ajudam no controle da inflamação na dermatite atópica, no entanto não são a primeira linha de escolha, e podem apresentar ardor e prurido que tendem a desaparecer com o tempo de aplicação. Os principais inibidores da calcineurina são o tacrolimo e o pimecrolimo, sendo que este último está indicado a partir dos meses de vida da criança e o tacrolimo somente após os dois anos de idade (CARVALHO VO, et al., 2017).

Os anti-histamínicos tradicionais bloqueadores do receptor de histamina 1 (H1R) têm sido usados há décadas, na tentativa de aliviar o prurido em pacientes com dermatite atópica. No entanto, apresentam pouca ou nenhuma redução do prurido. Já os anti-histamínicos bloqueadores do receptor de histamina 4 (H4R) representam um tratamento promissor adicional

para a dermatite atópica, porém os resultados ainda não foram publicados. Como segunda escolha, existem terapias com ciclosporina, ciclos mais curtos de corticosteroides orais, e fototerapia (CARVALHO VO, et al., 2017).

A fototerapia como tratamento do eczema infantil não é antiga. Consiste na aplicação da radiação UV artificial e pode ajudar a reduzir as lesões na pele, diminuir a colonização bacteriana, diminuir o prurido e conseqüentemente melhorar o sono, além de não apresentar efeitos adversos graves. É um tratamento muito utilizado em adultos com eczema moderado a grave. Em caso de infecção bacteriana, geralmente causada por *S. aureus* e/ou *S. pyogenes*, na presença do eczema infantil está indicado o uso de antibiótico tópico ou sistêmico nas lesões infectadas. Da mesma forma, na presença de infecções virais está indicado o uso de antivirais e na presença de infecção fúngica, com *M. sympodialis*, está indicado o uso de antifúngico (CARVALHO VO, et al., 2017).

## 5 CONCLUSÃO

A dermatite atópica é uma doença de curso crônico, em que anormalidades da resposta imune e da constituição da barreira cutânea exercem um papel relevante nas crises da enfermidade. Sua patogênese envolve fatores genéticos, imunológicos e ambientais e dentre os principais fatores de risco para desenvolver essa doença estão defeitos no gene FLG e história familiar de atopia. O diagnóstico é clínico, baseado na observação das lesões cutâneas, que podem variar de acordo com a idade do paciente e gravidade da doença. A DA é uma doença com alta prevalência, tendo importante impacto na qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares. Portanto, é fundamental o reconhecimento de seus fatores desencadeantes e suas manifestações clínicas pelo médico, que proporciona não só um diagnóstico adequado e precoce, como também um tratamento efetivo e individualizado.

## REFERÊNCIAS

LEITE, Rubens Marcelo Souza; LEITE, Adriana Aragão Craveiro; COSTA, Izelda Maria Carvalho. Dermatite atópica: uma doença cutânea ou uma doença sistêmica? A procura de respostas na história da dermatologia. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 82, p. 71-78, 2007.

FISHBEIN AB, et al. Update on Atopic Dermatitis: Diagnosis, Severity Assessment, and Treatment Selection. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice*, 2020; 8(1):91-101.

RIOS, Amanda Rodrigues et al. Dermatite atópica: um olhar sobre os tratamentos atuais. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 6, p. e7595-e7595, 2021.

ADDOR, Flavia Alvim Sant'Anna; AOKI, Valeria. Barreira cutânea na dermatite atópica. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 85, p. 184-194, 2010.

CALEGARI, Sabrina Martins et al. DERMATITE ATÓPICA: MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E ATUAIS INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS. In: **Anais Colóquio Estadual de Pesquisa Multidisciplinar (ISSN-2527-2500) & Congresso Nacional de Pesquisa Multidisciplinar**. 2022.

FRAZIER W, BHARDWAJ N. Atopic Dermatitis: Diagnosis and Treatment. *American Family Physician*, 2020; 101(10):590-598.

FURUEM, et al. Pathogenesis of Atopic Dermatitis: Current Paradigm. *The Iranian Journal of Immunology*, 2019; 16(2): 97-107.

GENELHU, Luiz Felipe Otero; BRANDÃO, Byron José Figueiredo. Dermatite Atópica grave em adultos: tratamento com imunossuppressores. **BWS Journal**, v. 4, p. 1-11, 2021.

FONTES NETO, Paulo TL et al. Avaliação dos sintomas emocionais e comportamentais em crianças portadoras de dermatite atópica. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 27, p. 279-291, 2005.

GUILHERME, Alysson Quitério et al. Abordagem da dermatite atópica na infância pelo Médico de Família e Comunidade. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 9, n. 31, p. 159-168, 2014.

WANG V, et al. The infectious complications of atopic dermatitis. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*, 2021; 126(1): 3-12.

PRADO, Evandro et al. Dermatite atópica grave: guia prático de tratamento da Associação Brasileira de Alergia e Imunologia e Sociedade Brasileira de Pediatria. **Arq Asma Alerg Immunol**, v. 6, n. 4, p. 432-67, 2022.

KOLB L, BRUKER SJF. Atopic Dermatitis. *StatPearls Publishing*, 2022.

CARVALHO VO, et al. Guia prático de atualização em dermatite atópica - Parte II: abordagem terapêutica. *Arquivos de Asma, Alergia e Imunologia*, 2017; 1(2): 157-82.

NINA ASC. Eczema atópico - Da fisiopatologia ao tratamento. Dissertação - Universidade de Coimbra, 2017.

Katoh N, Ohya Y, Ikeda M, Ebihara T, Katayama I, Saeki H, et al. Japanese guidelines for atopic dermatitis 2020. *Allergol Int.* 2020;69(3):356-69. doi: 10.1016/j.alit.2020.02.006.

WEIDINGER S, NOVAK N. Atopic dermatitis. *Lancet*, 2016; 387(10023): 1109-1122.

TORRES T, et al. Update on Atopic Dermatitis. *Acta Med Port*, 2019 Sep 2; 32(9): 606-613.

VILEFORT, Laís Assunção et al. Ampla abordagem sobre a dermatite atópica: revisão narrativa. **Revista Eletrônica Acervo Científico**, v. 41, p. e9807-e9807, 2022.

ANTUNES AA, et al. Guia prático de atualização em dermatite atópica - Parte I: etiopatogenia, clínica e diagnóstico. *Arquivos de Asma, Alergia e Imunologia*, 2017; 1(2): 131-56.

CZARNOWICKI T, et al. Atopic dermatitis endotypes and implications for targeted therapeutics. *J Allergy Clin Immunol*, 2019 Jan; 143(1): 1-11

CASTRO APM, et al. Guia Prático para o Manejo da Dermatite Atópica – opinião conjunta de especialistas em alergologia da Associação Brasileira de Alergia e Imunopatologia e da Sociedade Brasileira de Pediatria. *Revista brasileiradealergiaeimmunopatologia*,2006;29(6):268-282.

Williams HC, Schmitt J, Thomas KS, Spuls PI, Simpson EL, Apfelbacher CJ, et al. The HOME Core outcome set for clinical trials of atopic dermatitis. *J Allergy Clin Immunol.* 2022;149(6):1899-911. doi: 10.1016/j.jaci.2022.03.017.