

Dermatite Atópica: uma revisão de literatura

Atopic Dermatitis: a literature review

DOI:10.34119/bjhrv6n6-524

Recebimento dos originais: 24/11/2023

Aceitação para publicação: 27/12/2023

Luana Maria Costa Cartaxo

Graduada em medicina

Instituição: Universidade de Pernambuco

Endereço: Rua João Moura, 945, Pinheiros - SP, CEP: 05412-002

E-mail: luanamccartaxo95@hotmail.com

RESUMO

A dermatite atópica (DA) é uma doença inflamatória crônica e multifatorial. Sua prevalência é maior na população pediátrica e vem aumentando nos últimos anos. A fisiopatologia da DA consiste na disfunção da barreira cutânea de proteção, por motivos diversos. É caracterizada pela presença de prurido, xerose e eczema, com apresentação variável a depender da faixa etária, e gera grande impacto emocional na vida do paciente. O diagnóstico é clínico. Em geral, o tratamento é conservador, com uso de hidratantes tópicos e ajuste de fatores ambientais desencadeantes.

Palavras-chave: Dermatite Atópica, xerose, infância.

ABSTRACT

Atopic dermatitis (AD) is a chronic and multifactorial inflammatory disease. Its prevalence has increased in recent years, occurring mainly in the pediatric population. The pathophysiology of AD consists of dysfunction of the protective barrier, for various reasons. It is characterized by the presence of itching, xerosis and eczema, with variable presentation depending on the age group, and generates a great emotional impact on the patient's life. The diagnosis is clinical. In general, treatment is conservative, with the use of detailed moisturizers and adjustment of triggering environmental factors.

Keywords: Atopic Dermatitis, xerosis, childhood.

1 INTRODUÇÃO

A dermatite atópica (DA) é uma doença inflamatória crônica, multifatorial, caracterizada por lesões eczematosas, prurido intenso e xerose cutânea, mais frequentemente encontrada na infância¹. Gera grande impacto na qualidade de vida do paciente por conta dos sintomas físicos, além de potencialmente afetar suas relações interpessoais e conferir problemas de auto-estima. Diante disso, faz-se necessário diagnosticar correta e precocemente a doença, a fim de reduzir morbidades. O presente estudo objetiva versar sobre os principais aspectos da DA, da epidemiologia ao tratamento.

2 EPIDEMIOLOGIA E FATORES DE RISCO

A prevalência da DA tem aumentado nos últimos anos e estima-se que atinja 6,8% dos escolares e 4,7% dos adolescentes brasileiros². Embora esteja presente em todas as faixas etárias, 60% dos casos ocorrem em menores de um ano¹⁻².

A interface entre fatores genéticos e ambientais é a mais correlacionada com o risco de desenvolver dermatite atópica. Alguns dos coeficientes de risco mais citados são as exposições maternas durante a gestação, irritantes de contato com a pele, mudanças climáticas, contato com poluentes, fumaça de tabaco e água dura³⁻⁴. Alguns estudos têm associado o uso de dieta pobre em vegetais, frutas, peixes, e azeite a uma maior prevalência de DA em crianças e adolescentes⁵. É discutido também o papel dos fatores psicológicos sobre a patogênese da doença, como o estresse e os perfis de personalidade, sendo foco de pesquisas psicodermatológicas⁶.

Além disso, existe o fenômeno da marcha atópica, que é definida como a história natural das manifestações alérgicas. É caracterizada por uma sequência típica de progressão dos sinais e sintomas das atopias, envolvendo principalmente a asma, a rinite alérgica e a dermatite atópica. Uma possível explicação para isso seria o fato de as doenças descritas anteriormente compartilharem aspectos genéticos e fisiopatológicos semelhantes, como a sensibilização a alérgenos e o predomínio de padrão Th2⁷.

3 FISIOPATOLOGIA

Por conta de fatores genéticos, imunológicos e ambientais, há uma disfunção na barreira cutânea em pacientes com dermatite atópica. Esta estrutura complexa fornece proteção mecânica e funcional à pele. Portanto, distúrbios na sua anatomia e função atrapalham seu funcionamento. Como exemplo, a filagrina, proteína responsável por agregar queratina e outras proteínas para formação da camada córnea, está reduzida na DA⁸. Além disso, a ceramida, lipídio que colabora com a manutenção da hidratação da pele, também está diminuída⁹. O mecanismo para esta redução se dá por aumento dos níveis da enzima glicosilceramida e esfingomielina deacilase, que a degradam¹⁰.

Diante disso, ocorre maior perda de água livre em relação a pele de pacientes que não possuem DA. Este fenômeno gera xerose cutânea, que é o ressecamento da pele, e sintomas como o prurido. Este último, por sua vez, acaba levando também à ativação de citocinas, prostaglandinas e taquicininas e liberação de histamina, que perpetuam o processo inflamatório¹¹.

4 QUADRO CLÍNICO

O quadro clínico varia de acordo com a faixa etária do paciente portador de dermatite atópica e apresenta-se na forma de surtos abruptos. A tríade clássica consiste em prurido intenso, lesões eczematosas e xerose cutânea. Faz diagnóstico diferencial com outras doenças eczematosas, como psoríase e dermatite seborreica¹²

Na população infantil, as lesões são frequentes na face, poupando o maciço central, e nas superfícies extensoras dos membros, associadas ou não a presença de secreções. Em pacientes mais velhos as lesões predominam nas flexuras cubitais e poplíteas e região anterior dos tornozelos¹².

Por conta do prurido intenso, há formação de lesões traumáticas e escoriações na pele, favorecendo entrada de micro-organismos e conseqüentemente a formação de infecções bacterianas, fúngicas e virais. Além disso, há associação entre dermatite atópica e aumento de ansiedade, vulnerabilidade ao estresse e distúrbios do sono, provocando grande impacto psicossocial na vida do paciente¹³⁻¹⁴.

5 DIAGNÓSTICO

O diagnóstico é clínico, feito pela junção de fatores de risco e quadro clínico. Envolve a presença de prurido por mais de 12 meses, associado a pelo menos 3 dos seguintes achados: história de pele ressecada nos últimos 12 meses; história pessoal de rinite ou asma (ou parentes de primeiro grau em crianças menores de 4 anos); início dos sintomas antes dos 2 anos (também considerando menores de 4 anos); história de lesões em regiões flexurais (antecubital, poplíteas, tornozelos, pescoço ou periorbital); dermatite na região flexural visível (em menores de 4 anos, incluir região malar, fronte e superfície extensora de membros)¹²⁻¹⁵.

Algumas ferramentas ajudam a estimar o grau de comprometimento do paciente. A corneometria mede, de maneira não invasiva, o conteúdo hídrico da camada córnea¹⁶. Alguns estudos associam a intensidade do prurido com o grau de perda de água, sendo proporcionais¹⁷. Um dos índices mais utilizados para avaliação da gravidade da DA é o SCORAD (Scoring Atopic Dermatitis), que permite o acompanhamento padronizado dos pacientes, bem como é útil para estudos clínicos¹⁸. Ele considera a extensão da doença, a gravidade da lesão e a presença de sintomas subjetivos, como prurido e a perda de sono. Outro instrumento envolvido é o EASI (Eczema Score and Severity Index), que utiliza a extensão das lesões da DA pelas regiões do corpo como base da sua avaliação, eliminando os sintomas subjetivos¹⁹.

6 TRATAMENTO

O tratamento inicial consiste em devolver hidratação à pele do paciente com DA, melhorando a barreira cutânea de proteção e reduzindo o prurido e a inflamação²⁰. Para isto é recomendado o uso de hidratantes tópicos espessos e banhos com água fria. O controle de fatores desencadeantes, como evitar banhos quentes, contato com aeroalérgenos e uso excessivo de sabonetes também é essencial²¹.

Corticoides tópicos podem ser aventados em casos graves e/ou refratários ao tratamento inicial, no entanto, seu uso prolongado deve ser devido aos potenciais efeitos colaterais²². Inibidores da fosfodiesterase e inibidores da Janus Kinase despontam como novas terapias tópicas para casos graves de DA, com redução da inflamação e alívio do prurido²¹.

7 CONCLUSÃO

A dermatite atópica é uma doença crônica e inflamatória da pele, e por conta de sua alta prevalência e impacto na vida do paciente acometido, deve ser cada vez mais valorizada e compreendida, a fim de iniciar um plano terapêutico e conseqüentemente reduzir morbidades.

REFERÊNCIAS

1. Deckers IA, McLean S, Linssen S, Mommers M, van Schayck CP, Sheikh A. Investigating international time trends in the incidence and prevalence of atopic eczema 1990-2010: a systematic review of epidemiological studies. *PLoS One* 2012;7:e39803. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22808063/>
2. Williams H, Stewart A, von Mutius E, Cookson W, Anderson HR, and the International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) Phase One and Three Study Groups. Is eczema really on the increase worldwide? *J Allergy Clin Immunol.* 2008; 121:947-54. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18155278/>
3. Weidinger S, Gupta AK. Atopic dermatitis. *Lancet.* 2016;387(10023):1109-22. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26377142/>
4. Kantor R, Silverberg JI. Environmental risk factors and their role in the management of atopic dermatitis. *Exp Rev Clin Immunol.* 2017;13(1):15-20. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27417220/>
5. Ellwood P, Asher M I, Garcia-Marcos L, Williams H, Keil U, Robertson C, et al. Do fast foods cause asthma, rhinoconjunctivitis and eczema? Global findings from the International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) phase three. *Thorax.* 2013;68:351-60. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23319429/>
6. Buske-Kirschbaum, A., Geiben, A. & Hellhammer, D. Psychobiological aspects of Atopic Dermatitis: An overview. *Psychotherapy Psychosomatic*,2001; 70, 6-16 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11150933/>
7. Spergell JM, Paller AS. Atopic dermatitis and the atopic march. *J. Allergy Clin Immunol.* 2003;112:118-27. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14657842/>
8. Kim J, et al. Pathophysiology of atopic dermatitis: Clinical implications. *Allergy Asthma Proc*, 2019; 40(2):84-92. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30819278/>
9. Di Nardo A, Wertz P, Gianetti A, Seidenari S. Ceramide and cholesterol composition of the skin patients with atopic dermatitis. *Acta Derm venereol.* 1998;78:27-30. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9498022/>
10. Murata Y, Ogata J, Higaki Y, Kawashima M, Yada Y, Higuchi K, et al. Abnormal expression of sphingomyelin acylase in atopic dermatitis: an etiologic factor for ceramide deficiency? *J Invest Dermatol.* 1996;106:1242-9. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8752664/>
11. Arai I, Takaoka A, Hashimoto Y, Honma Y, Koizumi C, Futaki N, et al. Effects of TS-022, a newly developed prostanoid DP1 receptor agonist, on experimental pruritus, cutaneous barrier disruptions and atopic dermatitis in mice. *Eur J Pharmacol.* 2007;556:207-14. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17141215/>
12. Paller AS, Mancini AJ. Hurwitz Clinical Pediatric Dermatology: A textbook of skin disorders of childhood and adolescence. Elsevier Health Sciences; 2015.

13. Linnet, J. & Jemek, G. B. E. Anxiety level and severity of skin conditions predicts outcome of psychotherapy in atopic dermatitis. *International Journal of Dermatology*, 2001; 40, 632-636. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11737422/>
14. Riebert, G., Sorensen, S. V., Revicki, D., Fagan, S. C., Doyle, J.J., Cohen, J. & Fivenson, D. Atopic dermatitis is associated with a decrement in health-related quality of life. *International Journal of Dermatology*, 2002; 41, 151-158. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12010340/>
15. Griffiths C, Barker J, Bleiker T, Chalmers R, Creamer D. *Rook's Textbook of Dermatology*, 4 Volume. Set: Wiley; 2016
16. Serup J. Characterization of contact dermatitis and atopy using bioengineering techniques. A survey. *Acta Derm Venereol Suppl (Stockh)*. 1992;177:14-25. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1466181/>
17. Seidenari S, Giusti G. Objective assessment of the skin of children affected by atopic dermatitis: a study of pH, capacitance and TEWL in eczematous and clinically uninvolved skin. *Acta Derm Venereol*. 1995;75:429-33. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8651017/>
18. Kunz B, Oranje AP, Labrèze L, Stalder JF, Ring J, Taïeb A. Clinical validation and guidelines for the SCORAD index: consensus report of the European Task Force on Atopic Dermatitis. *Dermatol*. 1997;195(1):10-9. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9267730/>
19. Hanifin JM, Thurston M, Omoto M, Cherill R, Tofte SJ, Graeber M. The eczema area and severity index (EASI): assessment of reliability in atopic dermatitis. EASI Evaluator Group. *Exp Dermatol*. 2001;10(1):11-8. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11168575/>
20. Hajar T, et al. New and developing therapies for atopic dermatitis. *An Bras Dermatol*, 2018; 93(1): 104-107. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29641707/>
21. 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. http://aaai-asbai.org.br/detalhe_artigo.asp?id=773
22. Einchenfield LF, Totri C. Optimizing outcomes for paediatric atopic dermatitis. *Br J Dermatol*, 2014; 170 Suppl 1:31-7. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24720616/>