

Dermatite atópica - uma revisão de literatura

Atopic dermatitis - a literature review

Dermatitis atópica - revisión bibliográfica

DOI:10.34119/bjhrv7n3-361

Submitted: May 07th, 2024

Approved: May 28th, 2024

Gabriely Lorrany de Oliveira Silva

Graduanda em Medicina

Instituição: Universidade de Uberaba (UNIUBE)

Endereço: Uberaba, Minas Gerais, Brasil

E-mail: gabylorrany13@gmail.com

Amanda da Silva Costa

Graduada em Medicina

Instituição: Universidade Unigranrio

Endereço: Duque de Caxias, Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: dramandasilvacosta@gmail.com

Beatriz Ribeiro Carneiro

Graduanda em Medicina

Instituição: Universidade de Uberaba (UNIUBE)

Endereço: Uberaba, Minas Gerais, Brasil

E-mail: biarcarneiro@gmail.com

Letícia Ferreira de Hybi Cerqueira

Graduanda em Medicina

Instituição: Centro de Estudos Superiores de Maceió (CESMAC)

Endereço: Maceió, Alagoas, Brasil

E-mail: leticia.fhc@gmail.com

Mariana Luíza Ferreira de Azevedo

Graduada em Medicina

Instituição: Universidade de Vassouras (UV)

Endereço: Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: marianalfazevedo@gmail.com

RESUMO

A dermatite atópica, também conhecida como eczema atópico, é uma doença crônica da pele caracterizada por inflamação e prurido intenso. A etiologia é multifatorial, envolvendo uma complexa interação entre fatores genéticos, imunológicos e ambientais. Epidemiologicamente, é uma condição comum, afetando principalmente crianças, com uma prevalência global estimada em torno de 15-20% na população pediátrica. Fatores como histórico familiar de doenças atópicas, condições socioeconômicas e estilo de vida urbano têm sido associados a um maior risco de desenvolvimento da dermatite atópica. O diagnóstico é predominantemente clínico, baseado na história médica detalhada e na apresentação dos sintomas cutâneos. Os

critérios diagnósticos incluem prurido crônico, padrão de lesões típicas e histórico de atopia pessoal ou familiar. Em alguns casos, testes alérgicos e biópsias cutâneas podem ser utilizados para excluir outras condições e confirmar o diagnóstico. O tratamento visa principalmente o controle dos sintomas e a prevenção de surtos. Medidas de cuidados com a pele, como a hidratação regular e o uso de emolientes, são fundamentais. Além disso, modificações no estilo de vida e a identificação e evitação de fatores desencadeantes são essenciais para o manejo eficaz da doença. Complicações podem incluir infecções cutâneas secundárias, devido à quebra da barreira cutânea e ao ato de coçar, além de impacto significativo na qualidade de vida dos pacientes. Problemas psicológicos, como ansiedade e depressão, são comuns entre indivíduos com dermatite atópica crônica, devido ao desconforto constante e às limitações sociais impostas pela doença. O prognóstico varia, sendo que muitos casos infantis melhoram significativamente ou até resolvem na adolescência. No entanto, uma proporção substancial de pacientes pode continuar a experimentar sintomas na idade adulta. O manejo adequado e contínuo é crucial para minimizar os surtos e melhorar a qualidade de vida dos pacientes, permitindo que muitos levem uma vida relativamente normal apesar da condição.

Palavras-chave: dermatite atópica, diagnóstico, epidemiologia, etiologia, tratamento.

ABSTRACT

Atopic dermatitis, also known as atopic eczema, is a chronic skin disease characterized by inflammation and intense itching. The etiology is multifactorial, involving a complex interaction between genetic, immunological and environmental factors. Epidemiologically, it is a common condition, mainly affecting children, with an estimated global prevalence of around 15-20% in the pediatric population. Factors such as family history of atopic diseases, socioeconomic conditions and urban lifestyle have been associated with a greater risk of developing atopic dermatitis. The diagnosis is predominantly clinical, based on detailed medical history and the presentation of cutaneous symptoms. Diagnostic criteria include chronic pruritus, typical lesion pattern, and personal or family history of atopy. In some cases, allergy tests and skin biopsies may be used to exclude other conditions and confirm the diagnosis. Treatment is mainly aimed at controlling symptoms and preventing outbreaks. Skin care measures, such as regular hydration and the use of emollients, are essential. Furthermore, lifestyle modifications and the identification and avoidance of triggering factors are essential for effective management of the disease. Complications can include secondary skin infections, due to breakdown of the skin barrier and the act of scratching, in addition to a significant impact on patients' quality of life. Psychological problems, such as anxiety and depression, are common among individuals with chronic atopic dermatitis, due to the constant discomfort and social limitations imposed by the disease. The prognosis varies, with many childhood cases improving significantly or even resolving in adolescence. However, a substantial proportion of patients may continue to experience symptoms into adulthood. Appropriate and ongoing management is crucial to minimizing outbreaks and improving patients' quality of life, allowing many to lead relatively normal lives despite the condition.

Keywords: atopic dermatitis, diagnosis, epidemiology, etiology, treatment.

RESUMEN

La dermatitis atópica, también conocida como eccema atópico, es una enfermedad crónica de la piel caracterizada por inflamación y picor intenso. La etiología es multifactorial, con una compleja interacción entre factores genéticos, inmunológicos y ambientales. Epidemiológicamente, es una enfermedad frecuente que afecta principalmente a los niños, con una prevalencia global estimada en torno al 15-20% en la población pediátrica. Factores como

los antecedentes familiares de enfermedades atópicas, las condiciones socioeconómicas y el estilo de vida urbano se han asociado a un mayor riesgo de desarrollar dermatitis atópica. El diagnóstico es predominantemente clínico, basado en una historia clínica detallada y la presentación de síntomas cutáneos. Los criterios diagnósticos incluyen prurito crónico, un patrón de lesiones típicas y antecedentes personales o familiares de atopia. En algunos casos, pueden utilizarse pruebas alérgicas y biopsias cutáneas para excluir otras afecciones y confirmar el diagnóstico. El tratamiento se dirige principalmente a controlar los síntomas y prevenir los brotes. Las medidas de cuidado de la piel, como la hidratación regular y el uso de emolientes, son fundamentales. Además, las modificaciones del estilo de vida y la identificación y evitación de los factores desencadenantes son esenciales para el tratamiento eficaz de la enfermedad. Las complicaciones pueden incluir infecciones cutáneas secundarias, debidas a la ruptura de la barrera cutánea y al acto de rascarse, así como un impacto significativo en la calidad de vida de los pacientes. Los problemas psicológicos, como la ansiedad y la depresión, son frecuentes entre las personas con dermatitis atópica crónica, debido a la incomodidad constante y a las limitaciones sociales que impone la enfermedad. El pronóstico varía, y muchos casos infantiles mejoran significativamente o incluso se resuelven en la adolescencia. Sin embargo, una proporción considerable de pacientes puede seguir experimentando síntomas en la edad adulta. Un tratamiento adecuado y continuado es crucial para minimizar los brotes y mejorar la calidad de vida de los pacientes, lo que permite a muchos llevar una vida relativamente normal a pesar de la enfermedad.

Palabras clave: dermatitis atópica, diagnóstico, epidemiología, etiología, tratamiento.

1 INTRODUÇÃO

A dermatite atópica, ou eczema atópico, é a doença inflamatória da pele mais prevalente em todo o mundo, podendo afetar diferentes faixas etárias, desde crianças e jovens até adultos. É uma doença crônica, inflamatória e recidivante, frequentemente associada a outras manifestações de atopia como alergia alimentar, rinite e asma. O prurido é a sua principal manifestação e o que causa maior impacto na qualidade de vida, afetando as atividades diárias, prejudicando a qualidade do sono e predispondo à depressão e ansiedade. Esta inflamação crônica resulta em pele seca, acompanhada de prurido, lesões eczematosas e um risco aumentado para infecções cutâneas e até mesmo sistêmicas potencialmente fatais. O quadro clínico, no entanto, é heterogêneo, variando conforme a idade do paciente ou a região de localização das lesões (AVENA-WOODS, 2017, ALI; VYAS; FINLAY, 2020).

A dermatite atópica é mais comum em bebês e crianças, podendo ser persistente ao longo de toda a vida e predispor ao aparecimento de alergias e asma no futuro. O diagnóstico geralmente é feito na infância, por volta dos cinco anos de idade, mas pode ser realizado em qualquer faixa etária, visto que é uma doença crônica com períodos de sintomatologia intermitente e recidivante. A sintomatologia e a gravidade da dermatite atópica são variadas e

o diagnóstico nem sempre é fácil, especialmente quando feito em idades mais avançadas. A incidência dessa patologia aumentou de duas a três vezes desde 1970, acometendo 20% das crianças e de 1 a 3% dos adultos no mundo todo. Pacientes que desenvolvem sintomas antes dos dois anos de idade provavelmente terão sintomas persistentes. A dermatite atópica pode desaparecer em uma pequena porcentagem de casos durante a vida adulta, porém cerca de 10 a 30% dos pacientes continuarão a apresentar sintomas (AVENA-WOODS, 2017, FISHBEIN et al., 2020, FASSEEH et al., 2022).

É a doença de pele que mais afeta crianças, e o diagnóstico precoce é importante para minimizar os impactos negativos na qualidade de vida do paciente e de seus cuidadores. As áreas mais afetadas na vida do paciente são o convívio social, mental, acadêmico e profissional. Além disso, essa doença afeta drasticamente a qualidade de vida dos familiares e cuidadores devido principalmente aos altos custos associados à dermatite atópica. Esses custos estão relacionados com consultas, hospitalizações, medicamentos e exames. Ademais, é importante ressaltar as abdições que essa doença exige dos pacientes, como a ausência nas atividades escolares e de trabalho e o grande tempo gasto com os cuidados necessários para estabilizar o quadro clínico. Sendo o prurido o principal sintoma associado, ele leva ao desgaste mental e físico dos pacientes, estando diretamente relacionado ao sofrimento mental e ao aumento do risco de ideações suicidas (AVENA-WOODS, 2017).

O tratamento da dermatite atópica é baseado em um efeito multifacetado e gradativo conforme a gravidade da doença. Até alguns anos atrás, o tratamento dessa patologia e suas manifestações era inespecífico e, nas formas mais graves, ineficazes e com muitos efeitos adversos. Pode-se utilizar corticosteroides tópicos e anti-inflamatórios tópicos quando necessário. Pacientes mais graves devem fazer uso de imunossuppressores sistêmicos, que devido ao uso crônico podem levar a efeitos deletérios. Tendo em vista esse cenário ineficaz de tratamento, em 2016, duas novas terapias se mostraram eficazes: o Crisaborol e o Dupilumab, as primeiras novas classes de medicamentos anti-inflamatórios para a dermatite atópica a serem aprovadas. Assim, novos tratamentos estão surgindo, proporcionando alívio e esperança para os pacientes e seus familiares (FISHBEIN et al., 2020).

Essa patologia gera um grande impacto econômico, tornando-se um problema de saúde pública. O impacto na economia está relacionado aos custos do tratamento, os inúmeros dias de produtividade perdidos e os resultados negativos dos questionários que existem para calcular a qualidade de vida dos pacientes com dermatite atópica e de seus cuidadores. Esses pacientes não conseguem ter uma boa qualidade de sono devido principalmente ao prurido que leva a despertares noturnos, resultando em fadiga diurna e baixo rendimento nas atividades escolares

e no trabalho, gerando um mínimo lucro diário para os empregadores. Além disso, crianças com distúrbios do sono estão mais propensas ao desenvolvimento de transtornos de déficit de atenção, hiperatividade e até mesmo à baixa estatura. Sendo assim, a dermatite atópica e suas repercussões nas diferentes áreas da vida dos pacientes e cuidadores geram um enorme impacto econômico negativo devido aos altos gastos médicos (AVENA-WOODS, 2017, FASSEEH et al., 2022).

2 OBJETIVO

O objetivo deste artigo é reunir informações, mediante análise de estudos recentes, acerca dos aspectos inerentes à doença pulmonar obstrutiva crônica, sobretudo a etiologia, epidemiologia, diagnóstico, tratamento, complicações e prognóstico.

3 METODOLOGIA

Realizou-se pesquisa de artigos científicos indexados nas bases de dados Latindex e MEDLINE/PubMed entre os anos de 2018 e 2023. Os descritores utilizados, segundo o “MeSH Terms”, foram: *atopic dermatitis, etiology, diagnosis e management*. Foram encontrados 1765 artigos, segundo os critérios de inclusão: artigos publicados nos últimos 5 anos, textos completos, gratuitos e tipo de estudo. Papers pagos e com data de publicação em período superior aos últimos 5 anos foram excluídos da análise, selecionando-se 12 artigos pertinentes à discussão.

4 ETIOLOGIA E EPIDEMIOLOGIA

A gravidade da dermatite atópica é variável e sua etiologia não é totalmente compreendida devido à sua alta complexidade. No entanto, sabe-se que fatores genéticos e imunológicos, assim como determinadas condições ambientais, desempenham um papel fundamental na fisiopatologia da doença. Com relação aos fatores genéticos, deve-se levar em consideração o histórico familiar de atopia, incluindo rinite e asma alérgica como fatores predisponentes, uma vez que a dermatite atópica aparenta compartilhar mecanismos genéticos e fisiopatológicos com outras patologias presentes na chamada "marcha atópica". Este evento é caracterizado por um conjunto de doenças que estão presentes na vida do paciente atópico, variando conforme a faixa etária e predisposição genética do indivíduo. Normalmente, a marcha

atópica inicia-se com a manifestação de dermatite atópica na primeira infância e, ao longo da vida, evolui para alergias alimentares, asma e rinite alérgica. Vale ressaltar, contudo, que podem ocorrer variações na trajetória da marcha atópica, e existem pacientes que não desenvolvem outras formas de atopia além da dermatite (FISHBEIN et al., 2020, NORITO KATOH et al., 2020).

No que se refere aos fatores imunológicos característicos dos quadros de eczema atópico, destacam-se anormalidades na barreira cutânea e atividade imunológica desregulada. As anormalidades na camada córnea da epiderme causam hipersensibilidade na pele dos pacientes atópicos. A função de barreira epitelial, uma vez comprometida, desencadeia irritabilidade aumentada a estímulos não específicos e eleva as chances de desenvolvimento de inflamação e sensibilização a alérgenos. As alterações na função de barreira epitelial ocorrem devido a mutações na expressão da filagrina. Como consequência, há uma significativa e constante perda de água transepidermica, que resulta na deterioração dos lipídeos intercelulares do estrato córneo e na diminuição do conteúdo de ceramidas, além da xerose cutânea excessiva, que provoca prurido constante e inflamação crônica na pele do paciente. A atividade excessiva de células T helper 2 nas vias (Th2 e Th22), além dos níveis séricos de IgE e de anticorpos IgE específicos de alérgenos, são marcadores da doença, uma vez que os níveis séricos de IgE aumentam em resposta à expressão da patologia (FISHBEIN et al., 2020, NORITO KATOH et al., 2020).

Os dados epidemiológicos sobre dermatite atópica mostram uma maior concentração de casos na faixa etária pediátrica, com mais de um milhão de crianças no mundo acometidas por essa doença. A idade média de diagnóstico é de 1,6 anos, e observa-se que 5% dessas crianças sofrem com a persistência da doença nos 20 anos seguintes. Em adultos, a prevalência está entre 3-5%, com 38% dos adultos com dermatite atópica tendo iniciado a manifestação da doença ainda na infância. Além disso, são considerados fatores associados à persistência do quadro de atopia o início tardio dos sintomas e o sexo feminino. Pacientes com dermatite atópica têm chances significativamente maiores de desenvolver quadros de infecções virais em comparação a pacientes sem a doença, destacando-se um dos muitos prejuízos sofridos por essa parcela da população em relação à qualidade de vida. Nesse contexto, observou-se que os impactos em outras esferas da vida dos pacientes agravam-se à medida que a doença se manifesta de maneira mais intensa. Verifica-se que 57% dos adultos acometidos perdem ao menos um dia de trabalho por ano devido a problemas relacionados à intimidade e sentimentos de culpa quanto à dermatite atópica. Além disso, indivíduos com quadros graves de eczema atópico apresentam sintomas

depressivos, relatam constrangimento e influência na forma de se vestir, e referem um impacto extremamente alto em sua qualidade de vida (ALI; VYAS; FINLAY, 2020).

5 DIAGNÓSTICO

O diagnóstico da doença é realizado clinicamente, através de anamnese e exame físico adequado, atendendo aos critérios clínicos necessários. A dermatite atópica é uma doença inflamatória crônica da pele, manifestando-se em três fases clínicas distintas: fase aguda, caracterizada por erupções vesiculares e crostas; fase subaguda, com pápulas e placas secas, escamosas e eritematosas; e fase crônica, marcada por liquenificação e espessamento da pele. As lesões costumam aparecer em áreas flexoras, como a região anterior e lateral do pescoço, pálpebras, testa, punhos, dorso dos pés e das mãos. Além disso, é essencial considerar que a forma clínica varia conforme a idade do paciente (AVENA-WOODS, 2017).

Na primeira apresentação da doença em bebês, geralmente entre 2 e 6 meses de vida, é comum ocorrer uma erupção papular eritematosa que pode evoluir para vermelhidão, descamação e exsudação. Essas lesões podem afetar a face de forma centrífuga (poupando o nariz), as mãos e os extensores, além de acometer o couro cabeludo, pescoço e tronco. As áreas flexurais são mais frequentemente afetadas após o primeiro ano de vida. Na infância, é comum a xerose, frequentemente generalizada, com pele áspera ou escamosa. Pode ocorrer palidez facial, eritema e descamação ao redor dos olhos, além das linhas de Dennie-Morgan. Também são observadas escoriações e crostas devido ao intenso prurido. A doença afeta toda a pele precocemente, principalmente nas áreas flexurais, excluindo a área de fraldas. A liquenificação é mais comum em crianças mais velhas. Nos adultos, as lesões são heterogêneas e variam em morfologia, apresentando-se como xerose difusa e eritema, pele seca e descamativa. Pode-se encontrar liquenificação, escoriações e crostas, além de um anel macular castanho em volta do pescoço devido a um depósito localizado de amiloide. As lesões têm predileção por cabeça, pescoço, mãos e pés. O prurido é essencial para o diagnóstico da dermatite atópica em todas as idades, podendo ser desencadeado por múltiplos fatores como calor, suor, lã, estresse emocional, alimentos, infecções de vias aéreas superiores e ácaros. O prurido pode ocorrer à noite, agravando o quadro da doença, pois o paciente se coça inconscientemente. A pele ao redor da área afetada pode reagir involuntariamente (alocnese) e apresentar prurido também com estímulos simples como a fricção com a roupa (AVENA-WOODS, 2017, FRAZIER; BHARDWAJ, 2020).

A apresentação clínica e as alterações no exame físico podem se assemelhar a outras doenças, como dermatite seborreica, psoríase, sarna, pitiríase alba, queratose pilar, ictiose vulgar, dermatografismo e doenças cutâneas raras associadas à imunodeficiência, como a síndrome de hiper-IgE (HIES), a síndrome de Netherton e a síndrome de Omenn, além de síndromes paraneoplásicas, erupções cutâneas medicamentosas e dermatite alérgica de contato. Portanto, é fundamental estabelecer um diagnóstico diferencial e seguir os critérios de Hanifin e Rajka ou os critérios do UK Working Party, estabelecidos para o diagnóstico correto da dermatite atópica. Os critérios de Hanifin e Rajka são considerados o padrão ouro para diagnosticar dermatite atópica e podem ser aplicados em bebês, crianças e adultos. Avaliam as seguintes características do exame físico/história, com os critérios maiores sendo: prurido, morfologia e distribuição típicas (liquenificação flexural em adultos e envolvimento facial e dos extensores na infância), dermatite crônica ou cronicamente recidivante, e história pessoal ou familiar de doença atópica (asma, rinite alérgica, DA). Para o diagnóstico, o paciente precisa apresentar 3 desses critérios e mais 3 critérios menores, que incluem: xerose, ictiose/hiperlinearidade das palmas das mãos/queratose pilar, reatividade imediata ao teste cutâneo, IgE sérica elevada, idade de início precoce, tendência para infecções cutâneas, tendência para dermatite inespecífica das mãos/pés, eczema do mamilo, queilite, conjuntivite recorrente, pregas infra-orbitais de Dennie-Morgan, ceratocone, cataratas subcapsulares anteriores, escurecimento da órbita, palidez facial/eritema facial, pitiríase alba, dobras anteriores do pescoço, prurido ao suar, intolerância à lã e aos solventes lipídicos, acentuação perifolicular, hipersensibilidade alimentar, evolução influenciada por fatores ambientais e/ou emocionais, e dermatografismo branco ou branqueamento retardado ao agente colinérgico. Além disso, existem os critérios do UK Working Party, que foram criados para simplificar a prática clínica, exigindo apenas 1 critério obrigatório e 5 critérios principais, embora não considerem o diagnóstico em crianças pequenas (AVENA-WOODS, 2017, FRAZIER; BHARDWAJ, 2020).

O diagnóstico é clínico, baseado nos critérios mencionados. Não existem biomarcadores específicos para o diagnóstico. A dosagem laboratorial de IgE, quando realizada, pode estar aumentada na maioria dos pacientes, mas não é confiável, pois nem todos os pacientes apresentam aumento dessa imunoglobulina, e em outros, os níveis elevados de IgE específica para alérgenos são inespecíficos. Outras opções incluem a dosagem de linfócitos CD30, MDC, interleucinas (IL-12, IL-16, IL-18, IL-31) e a quimiocina TARC, mas essas não são indicadas para a dermatite atópica, pois não se mostraram sensíveis ou específicas para uso regular no diagnóstico e controle da doença (AVENA-WOODS, 2017).

6 TRATAMENTO

Assim que o diagnóstico de dermatite atópica é recebido, o objetivo principal é alinhar as expectativas com o paciente e seus familiares, explicando sobre a história natural da doença crônica e sua evolução flutuante. Além disso, é crucial orientar sobre a importância de evitar fatores agravantes, como sabonetes com fragrância, lã, banhos demorados e quentes, roupas sintéticas e substâncias irritantes à pele. É importante recomendar o corte frequente das unhas para evitar escoriações. Outra prática essencial é a higienização do ambiente, incluindo a retirada de cortinas, almofadas, carpetes e brinquedos de pelúcia, substituindo-os por materiais de fácil limpeza, com o objetivo de afastar os alérgenos inalantes em geral. Nos casos mais graves, especialmente durante a primeira infância, podem ser prescritas dietas restritivas seguidas de exposição controlada para identificar possíveis alérgenos alimentares por meio de testes de exposição/exclusão (THANAPORN RATCHATASWAN et al., 2021).

A hidratação da pele deve ser uma medida primordial no tratamento da dermatite atópica, devendo ser realizada de forma contínua e otimizada após o banho (aplicando os produtos com a pele ainda úmida). A terapêutica tópica mencionada é feita com emolientes, especialmente óleo de amêndoas doce, vaselina ou alfa-hidroxiácidos, que podem ser associados ou não a cremes de corticoides de potência variável, dependendo da localização e do tipo da lesão, bem como da idade do paciente. A pele do paciente atópico é predominantemente seca, portanto, o uso de emolientes deve ser incentivado várias vezes ao dia, se necessário. A ureia, um hidratante clássico, deve ser evitada pois pode causar ardor e irritação. Os corticoides tópicos são os medicamentos mais úteis no tratamento da dermatite atópica, mas é fundamental esclarecer ao paciente sobre suas vantagens e possíveis efeitos colaterais para evitar a automedicação (ESTHER et al., 2017, ALI; VYAS; FINLAY, 2020, WILLIAMS; CHALMERS, 2020).

O uso de corticoides tópicos é benéfico em todas as formas clínicas da dermatite atópica e em todas as idades, mas não devem ser usados indiscriminadamente. Em crianças de 0 a 2 anos, recomenda-se o uso de corticoides de baixa potência, preferencialmente hidrocortisona a 0,5-1%, por períodos curtos, de 10 a 20 dias no máximo. Em crianças maiores de 2 anos, a hidrocortisona a 1-2% continua sendo o corticoide de escolha; em casos mais severos, podem ser utilizados corticoides de média potência, como a mometasona a 0,1%. Corticoides de alta potência (betametasona, diflucortolona, triancinolona) e de potência muito alta (clobetasol) devem ser usados apenas em adolescentes e adultos, e em lesões crônicas e liquenificadas. Como alternativa aos corticoides tópicos, novos imunomoduladores macrolídeos de uso tópico,

como pimecrolimo e tacrolimo, estão sendo utilizados. Esses fármacos têm a grande vantagem de não produzirem os efeitos colaterais dos corticoides tópicos. São indicados para formas menos intensas de dermatite atópica e para áreas com maior risco de efeitos adversos com corticoides, sendo também extremamente úteis como terapia de manutenção após o uso de corticoides (WILLIAMS; CHALMERS, 2020, LAX et al., 2022).

Em casos de infecção secundária, pode ser utilizada a mupirocina a 2%, que não deve ser aplicada em áreas maiores que 20% da superfície corporal devido ao risco de nefrotoxicidade. Alternativamente, pode-se usar ácido fusídico a 2% ou gentamicina a 0,1%. Em casos extensos de dermatite atópica, pode ser indicada a corticoterapia sistêmica e, eventualmente, a PUVA-terapia, com bons resultados. A ciclosporina oral tem sido usada em casos severos com boa resposta, embora com efeitos colaterais conhecidos e recidivas frequentes. Em casos moderados a graves de dermatite atópica, foi recentemente aprovado pela FDA um anticorpo monoclonal humanizado que bloqueia os receptores de IL-4 e IL-13, inibindo a liberação de citocinas e, conseqüentemente, a inflamação. Outros imunobiológicos e inibidores de pequenas moléculas estão sendo estudados, como os inibidores da Janus Quinase (JAK). O avanço do conhecimento sobre o mecanismo da doença permitirá identificar os melhores candidatos para essas terapias específicas, melhorando as estratégias de tratamento da dermatite atópica (FISHBEIN et al., 2020).

7 COMPLICAÇÕES E PROGNÓSTICO

Algumas complicações são esperadas na evolução da dermatite atópica. Por se tratar de uma doença inflamatória crônica da pele, associada a estímulos contínuos, há um aumento do risco de infecções cutâneas e sistêmicas. Entre os mecanismos atribuídos a essas complicações, destacam-se os defeitos na barreira cutânea. A causa desses defeitos é atribuída à deficiência em proteínas e lipídios com funções de barreira, incluindo colesterol, ácidos graxos livres, filagrina, claudinas e ceramidas. Devido ao estrato córneo mais fino, resultado da falta de diferenciação terminal dos queratinócitos, os pacientes com dermatite atópica apresentam aumento da perda de água transepidermica, favorecendo a diminuição da hidratação da pele. Outros fatores determinantes para o aumento de infecções secundárias incluem a disbiose da flora cutânea e a desregulação imunológica, tornando os pacientes mais vulneráveis a insultos ambientais, incluindo alérgenos e patógenos (ESTHER et al., 2017, WANG et al., 2021, THYSSEN et al., 2023).

As infecções secundárias cutâneas na dermatite atópica aumentam o risco de infecções sistêmicas potencialmente fatais. Entre as infecções bacterianas, destacam-se impetigo, celulite e abscessos cutâneos, sendo o *Staphylococcus aureus* a causa mais comum. Isso explica as tentativas de descolonizar os indivíduos desse microrganismo. Grande parte das complicações infecciosas que levam à hospitalização em crianças tem etiologia viral, sendo a infecção pelo vírus herpes simplex (HSV-1) mais associada à dermatite atópica. Outras complicações virais incluem eczema coxsackium (EC), molusco contagioso (MC) e eczema vaccinatum (EV). Além dessas complicações, é importante destacar outros prejuízos à qualidade de vida dos pacientes, como interrupções no trabalho e nas atividades diárias, distúrbios do sono, depressão, ansiedade e o impacto econômico dos custos de tratamento (WANG et al., 2021, THYSSEN et al., 2023).

Em relação ao curso da doença, a dermatite atópica é considerada heterogênea, podendo incluir formas intermitentes, crescentes, decrescentes e crônicas persistentes. A gravidade da dermatite atópica é variável e pode ser resistente ao tratamento. O início da dermatite atópica, apesar das variações, geralmente precede o desenvolvimento de outras doenças atópicas ao longo da vida, podendo progredir para alergias alimentares, asma e, posteriormente, rinite alérgica, em um padrão conhecido como "marcha atópica" (FISHBEIN et al., 2020, THYSSEN et al., 2023).

O prognóstico da dermatite atópica é bastante variável e depende de vários fatores, incluindo a gravidade da doença, a presença de complicações e a resposta ao tratamento. Em muitos casos, a dermatite atópica tende a melhorar com a idade, especialmente quando surgida na infância. No entanto, alguns pacientes podem continuar a experimentar sintomas ao longo da vida ou enfrentar surtos ocasionais. A gestão adequada, incluindo a hidratação regular da pele, o controle de gatilhos e o uso de terapias médicas apropriadas, pode melhorar significativamente a qualidade de vida dos pacientes e reduzir o risco de complicações (ESTHER et al., 2017, WANG et al., 2021).

8 CONCLUSÃO

A dermatite atópica é uma condição crônica de pele que afeta uma significativa parcela da população, com causas multifatoriais que incluem fatores genéticos, imunológicos e ambientais. A etiologia da doença é complexa, envolvendo uma combinação de predisposição genética para disfunção da barreira cutânea e respostas imunológicas desreguladas. Além disso, fatores como exposição a alérgenos, estresse e clima também desempenham um papel importante no desenvolvimento e exacerbação dos sintomas. Epidemiologicamente, é

prevalente em crianças, mas pode persistir ou até surgir na idade adulta. Estima-se que até 20% das crianças em países desenvolvidos sofrem desta condição, sendo que a prevalência em adultos varia, mas não é desprezível. A distribuição da doença é global, mas com variações regionais que podem ser atribuídas a diferenças ambientais e de estilo de vida. O diagnóstico é clínico, baseado na história médica e no exame físico. Critérios diagnósticos como os de Hanifin e Rajka são frequentemente utilizados para confirmar a doença. A presença de prurido, lesões eczematosas típicas e a cronicidade dos sintomas são elementos chave para o diagnóstico. Exames laboratoriais e de imagem não são rotineiramente necessários, mas podem ser úteis em casos atípicos ou para excluir outras condições. O tratamento envolve uma abordagem multifacetada. Medidas não farmacológicas incluem a hidratação adequada da pele e a evitação de desencadeantes conhecidos. Farmacologicamente, corticosteroides tópicos e inibidores de calcineurina são frequentemente utilizados para controlar a inflamação. Em casos mais graves, imunossuppressores sistêmicos e terapias biológicas podem ser indicados. Além disso, a educação do paciente e da família é crucial para o manejo eficaz da doença. Complicações podem incluir infecções cutâneas secundárias, como impetigo, devido ao comprometimento da barreira cutânea. A doença também está associada a outras condições atópicas, como asma e rinite alérgica, formando a chamada "marcha atópica". O impacto psicológico da dermatite atópica não deve ser subestimado, pois a coceira constante e a aparência das lesões podem levar a distúrbios do sono, ansiedade e depressão. O prognóstico varia, em muitos casos, a condição melhora com a idade, especialmente quando surge na infância. No entanto, para alguns pacientes, a dermatite atópica pode persistir ou mesmo começar na vida adulta. O manejo adequado e individualizado pode levar a uma melhora significativa da qualidade de vida, mesmo que a cura completa ainda não seja possível. Por fim, compreender sua etiologia, reconhecer a sua prevalência, diagnosticar adequadamente e tratar de forma eficaz são passos essenciais para minimizar suas complicações e melhorar o prognóstico dos pacientes. A pesquisa contínua e o desenvolvimento de novas terapias trazem esperança de avanços significativos no futuro tratamento desta condição debilitante.

REFERÊNCIAS

- ALI, F.; VYAS, J.; FINLAY, A. Y. **Counting the Burden: Atopic Dermatitis and Health-related Quality of Life**. *Acta dermato-venereologica*, v. 100, n. 12, p. adv00161–adv00161, 1 jan. 2020.
- AVENA-WOODS, C. **Overview of Atopic Dermatitis**. *AJMC*, v. 23, 20 jun. 2017.
- ESTHER et al. **Emollients and moisturisers for eczema**. *Cochrane library*, v. 2020, n. 8, 6 fev. 2017.
- FASSEEH, A. N. et al. **Burden of Atopic Dermatitis in Adults and Adolescents: a Systematic Literature Review**. *Dermatology and therapy*, v. 12, n. 12, p. 2653–2668, 5 out. 2022.
- FISHBEIN, A. B. et al. **Update on Atopic Dermatitis: Diagnosis, Severity Assessment, and Treatment Selection**. *Journal of allergy and clinical immunology*. In practice/*The Journal of allergy and clinical immunology*. In practice, v. 8, n. 1, p. 91–101, 1 jan. 2020.
- FRAZIER, W.; BHARDWAJ, N. **Atopic Dermatitis: Diagnosis and Treatment**. *American Family Physician*, v. 101, n. 10, p. 590–598, 15 maio 2020.
- LAX, S. J. et al. **Strategies for using topical corticosteroids in children and adults with eczema**. *Cochrane library*, v. 2022, n. 3, 11 mar. 2022.
- NORITO KATOH et al. **Japanese guidelines for atopic dermatitis 2020**. *Allergology international*, v. 69, n. 3, p. 356–369, 1 jul. 2020.
- THANAPORN RATCHATASWAN et al. **Biologics for Treatment of Atopic Dermatitis: Current Status and Future Prospect**. *Journal of allergy and clinical immunology*. In practice/*The Journal of allergy and clinical immunology*. In practice, v. 9, n. 3, p. 1053–1065, 1 mar. 2021.
- THYSSEN, J. P. et al. **Comorbidities of atopic dermatitis—what does the evidence say?** *The journal of allergy and clinical immunology*/*Journal of allergy and clinical immunology*/*The journal of allergy and clinical immunology*, v. 151, n. 5, p. 1155–1162, 1 maio 2023.
- WANG, V. et al. **The infectious complications of atopic dermatitis**. *Annals of allergy, asthma, & immunology*, v. 126, n. 1, p. 3–12, 1 jan. 2021.
- WILLIAMS, H. C.; CHALMERS, J. **Prevention of Atopic Dermatitis**. *Acta dermato-venereologica*, v. 100, n. 12, p. adv00166–adv00166, 1 jan. 2020.