

DERMATITE ATÓPICA NA INFÂNCIA

PEREIRA, Naldya; COSTA, Laureci Dias; ROCHA, Márcia Santos da
naldya_ibi@hotmail.com

Centro de Pós-graduação, Pesquisa e Extensão Oswaldo Cruz

RESUMO: A Dermatite atópica (DA) é definida por pele seca e perda transdérmica de água, com pouca ceramida no estrato córneo. Caracterizada por coceiras intensas e lesões eczematosas que se iniciam em 85% das vezes nos primeiros anos de vida. A DA tem baixa mortalidade, mas alta morbidade, contribuindo para uma baixa qualidade de vida. É indispensável que se entenda a fisiopatologia da dermatite atópica para que os métodos terapêuticos sejam devidamente realizados. **OBJETIVO:** Avaliar métodos terapêuticos ou comportamentais no tratamento da dermatite atópica. **JUSTIFICATIVA:** Mostrar a importância de novos estudos na busca de uma melhor qualidade de vida para os portadores da Dermatite Atópica na Infância, que é uma doença que acomete crianças nos seus primeiros anos de vida. Este assunto é de suma importância, pois está relacionado a fatores genéticos, ambientais e alimentares. **METODOLOGIA:** Este trabalho teve como objetivo fazer uma revisão bibliográfica com base de dados em artigos e revista da Scielo e Bireme. Foram incluídos apenas os artigos que relatavam pesquisas sobre a Dermatite Atópica na Infância e os métodos terapêuticos e comportamentais.

Palavras-chave: Dermatite atópica, Doença inflamatória de pele, Qualidade de vida na infância.

ABSTRACT: BACKGROUND: Atopic Dermatitis (AD) is a common inflammatory disease for dry skin and transdermal water loss, with little ceramide in the stratum corneum. Characterized by intense itching and eczematous lesions that start in 85% of the time in the early years of life. The DA has low mortality, but high morbidity, contributing to a poor quality of life. It is essential to understand the pathophysiology of atopic dermatitis to therapeutic methods are properly carried out. **Objective:** It was evaluate therapeutic or behavioural methods in the treatment of atopic dermatitis. Show the importance of further studies in search for a better quality of life for patients with atopic dermatitis in childhood, which is a disease that affects children in their first years of life. Included importance factors like genetic, environmental and food. It was a literature review on the basis of data in articles and journal.

Keywords: Atopic dermatitis, Inflammatory skin disease, Quality of life in childhood

INTRODUÇÃO

A dermatite atópica (DA) é uma doença de pele de caráter alérgico, constitui de um processo inflamatório da pele (FERREIRA et al, 2006). Doença cutânea crônica, predominante na Infância, apresenta sintoma como prurido, inflamação, avermelhamento,

coceira intensa, que muitas das vezes, agravam a infamação na pele. De etiologia desconhecida com períodos de remissão e exacerbação (PIRES & CESTARI, 2005; SAMPAIO & RIVIRTI, 1998 apud ZAZULA et al, 2011). Caracterizada por coceiras intensas e lesões eczematosas que se iniciam, em 85% das vezes, nos primeiros anos de vida (HANIFIN, 1980 apud RESENDE et al, 2012). Existe na dermatite atópica fatores intrínsecos e extrínsecos que atuam na sensibilidade genética do indivíduo. Suas manifestações dependem de fatores inerentes, como predisposição genética, irritabilidade aumentada da pele, vários alérgenos, reatividade vascular alterada, aumentada produção de suor, poluição climática e ambiental e a coceira oriunda (BUSKE-KIRSCHBAUM & cols, 2001; PÉREZ, MACIEL, BÁEZ & GARZÓN, 1997; VALDA & cols, 2002; VÁSQUEZ & CEDILLO, 1999; WONG & cols, 1997 apud FERREIRA et al,2006).

A DA causa desordem em todo suporte familiar do paciente, comprometendo o desenvolvimento escolar, atividades de trabalho e lazer. A carência de uma definição padronizada e de exames laboratoriais específicos para o diagnóstico da DA impossibilita a uniformização do diagnóstico e a realização de estudos epidemiológicos. (CASTRO et al, 2006). A DA é um problema de saúde pública disperso pelo mundo todo, predomínio de 10 a 20% nas crianças de 1 a 3% nos adultos. A prevalência tem sido registrada nas áreas urbanas de países industrializados, sendo mais comum nas classes sociais mais elevadas. Estudos comprovam que o estilo de vida e o meio ambiente têm um papel decisivo na expressão da atopia incluindo a dermatite atópica (LEUNG, 2003 apud MENDES, et al 2006).

A Dermatite é definida por pele seca e perda transdérmicas de água, com pouca ceramida no estrato córneo. A deficiência de filagrina, proteína estrutural da pele que tem como precursor a pró-filagrina em camada mais profunda da pele. Alteração do gene da filagrina foram associada a dermatite atópica em aproximadamente 50% dos pacientes (SMITH, 2006 apud CASTRO 2012). A alteração do pH, acarreta aumento da ação de proteases e maior índice de morte celular. Banhos diários com sabões alcalinos podem causar dano celular, podendo diminuir os teores lipídicos do estrato e, portanto, promover uma pele mais ressecada, com isso intensificando a doença. As lesões causadas pela dermatite atópica são também resultantes da ativação de célula do sistema imunológico, ressaltando linfócitos T, células dendríticas, macrófagos, queratinócitos, mastócitos e eosinófilos (CASTRO 2012).

A DA tem baixa mortalidade, mas alta morbidade, contribuindo para uma baixa qualidade de vida e sua prevalência parece estar aumentando, principalmente nos países desenvolvidos e nas classes sociais mais altas (ABAGGE, 2012).

ETIOPATOGENIA

No quadro mais grave da doença predomina os linfócitos Th2 que, quando ativados, secretam citocinas, destacando-se IL-4, IL-5, IL-13. Como consequência, há estímulo à síntese de IgE, facilitando o desenvolvimento e ativação de eosinófilos, promovendo uma infecção. No quadro crônico, ressalta o intenso processo inflamatório, com aspecto de remodelamento; observa-se também, infiltrado de mononucleares, que provoca alterações do perfil de citocinas locais, com aumento de Interferon-G e diminuição de IL-4. Eosinófilos são encontrados nesta fase e podendo verificar pequeno número de linfócitos. Em pelo menos 80% dos indivíduos adultos com dermatite atópica, os níveis de IgE estão aumentados, consequência da sensibilidade para agentes alérgicos inalatórios e/ou alimentares (FISSET, 2006 apud CASTRO, 2012). *Os pacientes que apresentam níveis de IgE dentro dos valores normais iniciam o quadro, geralmente, após os 20 anos de idade e neste caso não são observados essas sensibilização* (CASTRO, 2012).

DEFINIÇÃO

Define-se como uma dermatose comum entre as crianças e expõe-se em episódios recorrentes durante a vida (CHMPION, 1994; KIEBERT, 2002 apud FONTES NETO, 2005). Traços de personalidades são observadas em pacientes com DA (Dermatite Atópica), que são considerados mais comuns, que são: insegurança, sentimento de inferioridade e inadequação, tensão, ansiedade, depressão, agressividade, dependência, sensibilidade, labilidade emocional, hiperatividade, dificuldade em expressar seus sentimentos, conflitos sexuais, masoquismo, inteligência elevada, timidez e desconfiança (GIL, 1989; GIL, 1987 apud FONTES NETO, 2005). Não existe um caminho definido entre o normal e o patológico, quando se refere a avaliação de uma criança, pois estas estão em desenvolvimento. O profissional deve ter bem claro que os quadros de sintomas não são estáveis os mesmos podem variar (CARMICHAEL, 1975 apud FONTES NETO, 2005). A proporção que a criança cresce seu contexto muda e, portanto, surgem outros desafios, os quais ela deverá demonstrar diferentes habilidades para adaptar ao novo ambiente (BEE, 1996 apud FONTES NETO et al, 2005).

Estudos divulgados mostram que indivíduos com DA apresentam de 50% a 80% maior risco de desenvolver, posteriormente, doenças alérgicas respiratórias, rinite e /ou asma e que os pacientes com as formas moderadas/ grave da doença na infância possui maior propensão para persistirem com a doença na vida adulta (LAUGHTER, 2000 apud CASTRO, 2012).

É indispensável que se entenda a fisiopatologia da dermatite atópica, para que os métodos terapêuticos sejam devidamente realizados. A patogênese da DA é peça de complexa interação entre genética, ambiente, alterações da barreira cutânea, infecções e resposta imunológicas (CASTRO, 2012).

FORMAS CLÍNICAS

Fase do lactente

Pode ocorrer entre os 2 meses e os 2 anos de idade. O mais comum é manifestar-se do segundo ao terceiro mês de vida. (SIMÃO, 2014; SIMÃO e Departamento de Alergia e Imunologia da SBP, 2008).

As lesões ocorrem principalmente na face, poupando a região central (nariz e boca), no couro cabeludo, no tronco e na região extensora dos membros, poupando a região coberta pelas fraldas (ABAGGE, 2012)

Fase infantil

Inclui o período de 2 a 12 anos. Agridem preferencialmente áreas extensoras e flexoras, com específica afinidade pelas fossas poplíteas e cubitais, assim como dorso das mãos, tornozelos e pescoço. O modelo típico é o eczema subagudo e numular em mãos e pés. Destaca-se o prurido intenso e pele muito seca. (SIMÃO, 2014; SIMÃO e Departamento de Alergia e Imunologia da SBP, 2008).

Fase da adolescência

Inicia-se a partir dos 12 anos de idade. Predomina a morfologia liquenóide, com formação de placas. Acometem, principalmente, as superfícies de flexão, punho, dorso das mãos, pescoço e pálpebras inferiores. (SIMÃO, 2014; SIMÃO e Departamento de Alergia e Imunologia da SBP, 2008).

Com o aumento das doenças alérgicas do tipo dermatite atópica, foram estabelecidos alguns fatores de riscos para investigação.

Alimentos

Estudos vêm demonstrando que existem associações entre DA e Alergia Alimentar (AA). O alimento pode estar envolvido em até 30% dos casos de DA moderada e grave na infância, este dado não pode ser generalizado a outras faixas etárias, onde o alimento não tem sido apontado como um desencadeante importante da DA (SAMPSON, 2003 apud CASTRO et al, 2006).

Agentes Infecciosos

Pacientes com dermatite atópica tem propensão para infecções cutâneas, fúngicas, bacterianas e virais. A pele do indivíduo com DA é mais vulnerável a infecções por microorganismos. O motivo dessas infecções é devido a deficiência de peptídeos antimicrobianos, que são sintetizado na epiderme e são um componente do sistema imunológico inato fundamental ao funcionamento rápido e efetivo na defesa do vetor contra a gentes infecciosos. O prurido propicia colonização bacteriana por expor a laminina e a fibronectina (CASTRO et al 2006).

O autor supra citado também afirma que os *Staphylococcus aureus* secretam toxina, A e B e a toxina 1 da síndrome do choque tóxico, na superfície da pele, que atuam como superantígenos na DA. Os mesmos atuam como alérgenos, desencadeia uma resposta IgE específica. Varios pacientes com DA apresentam IgE específico contra as toxinas estafilocócicas presentes na pele.

Os fungos também destacam fatores desencadeantes de DA, principalmente os do gênero *Malassezia* (KANG, 2003 apud CASTRO et al, 2012). A IgE específica à *Malassezia* é encontrada em até 93% dos pacientes atópicos com mais de doze anos de idade e em até 39% dos mais novos, enquanto que os níveis nos pacientes com pitíriase versicolor, dermatite seborreica e pacientes sadios são quase indetectáveis (ELLMAN, 2002 apud CASTRO et al, 2006).

Aeroalérgenos

Tem sido observada a relevância dos aeroalérgenos em provocar ou agravar as lesões eczematosas da DA. Resalta-se os ácaros da poeira domiciliar, os animais domésticos, as baratas e os fungos. Os alérgenos de ácaros são os mais envolvidos na sensibilidade atópica. A exposição nos primeiros anos vida a concentração elevada de alérgenos de ácaros, tem sido associada a maior risco do estabelecimento de DA (RING, 1997; WISTOKAT-WULFING, 1999 apud CASTRO et al, 2006).

Fatores neuro-psico-imunológicos

Acredita-se que o estresse emocional pode intensificar a DA. Embora o mecanismo exato da interação entre o sistema imunológico cutâneo e o sistema nervoso não tenha ainda sido identificado. Pressupõe que este fenômeno deva ser mediado por fatores neuroimunológicos com os neuropeptídeos. Esses neuropeptídeos podem desregular a produção de citocinas e outros fatores que resultam na diminuição da defesa do hospedeiro (TOYODA,2002; JARVIKALLIO, 2003 apud CASTRO et al, 2006).

QUADRO CLÍNICO

O sintoma clínico mais importante é o prurido. É observado em crianças mais velhas, mas em lactantes pode ser interpretado como sintoma de inquietação, dificuldade de dormir e irritabilidade. A coceira é resultante da liberação dos mediadores inflamatórios e do ressecamento da pele destes pacientes. O eczema é a lesão de caráter da dermatite atópica, podendo ocorrer hiperemia e descamação variável. Em palmas de mãos e plantas dos pés a pele encontra-se infiltrada, com aumento da linearidade (CASTRO, 2012).

DIAGNÓSTICO

Em 1980, foram estabelecidos critérios para o diagnóstico da Dermatite atópica que são utilizados até hoje. Há critérios maiores e menores que define diferentes formas de apresentação da dermatite atópica. São necessários três ou mais critérios maiores e, ao menos, três critérios menores. Em 1984, no Reino Unido foram determinados e regularizados critérios mais simplificados para o diagnóstico. Seguindo estes critérios, o paciente apresenta a doença se existir a presença de lesões pruriginosas, associadas a três ou mais dos seguintes itens (HANIFIN, 1980 apud CASTRO, 2012).

- Comprometimento progressivo de cotovelo, joelho, pescoço ou em volta dos olhos; histórico pessoal de asma ou rinite alérgica ou histórica familiar;
- Pele com predisposição ao ressecamento
- Início abaixo dos primeiros anos de vida.

Exames laboratoriais com dosagem de IgE e biópsia de pele não mostra achados peculiares da dermatite atópica, mas podem auxiliar no esclarecimento de outros diagnósticos diferenciais (CASTRO, 2012).

Aspecto clínico

A progressão e o parecer do quadro vão depender da gravidade e duração da doença. Cerca de 60% dos casos iniciam-se durante o primeiro ano de vida e evoluem com exacerbação e remissões. Por volta dos 10 a 20 anos de idade as porcentagens de melhora variam em cerca de 40 a 60% dos quadros. Motivos que dão prognósticos menos propício são: início precoce, forma infantil severa, alergia respiratória, histórico familiar de atopia e sexo feminino (VALDA & cols, 2002 apud FERREIRA et al, 2006).

TRATAMENTO

O tratamento da dermatite atópica implica em educar o paciente e a família, direcionar sobre a severidade da doença, buscando transmitir orientação de autocuidados sobre o tratamento da doença. Sendo assim, o tratamento envolve o afastamento dos fatores desencadeantes, a recuperação da barreira, o manejo do prurido e da inflamação (CASTRO, 2012).

O controle básico da dermatite atópica consiste em três pilares fundamentais (SIMÃO, 2014; SIMÃO e Departamento de Alergia e Imunologia da SBP, 2008):

- 1- Afastamento de fatores irritantes e desencadeantes
- 2- Hidratação adequada e continuada da pele

3- Controle da inflamação e prurido com medicamento

Identificação e eliminação de fatores desencadeantes.

Inúmeros irritantes e alergênicos podem estar envolvidos na piora da dermatite atópica. Detergentes, sabões, amaciantes, roupas sintéticas, etiquetas, materiais abrasivos e produtos químicos (SIMÃO, 2014; SIMÃO e Departamento de Alergia e Imunologia da SBP, 2008).

Hidratação

A hidratação da pele ocorre principalmente durante o banho, que deve ser rápido e morno, evitando-se o uso de sabões com fragrância e corante (CASTRO 2012).

Sua ação essencial é estabelecer a barreira cutânea evitando a perda excessiva de água transepidérmica (SIMÃO, 2014; SIMÃO e Departamento de Alergia e Imunologia da SBP, 2008).

Tratamento medicamentoso

Corticoesteróides (CE), Antihistamínicos orais, Inibidores da calcineurina. Estes medicamentos reduzem a inflamação e o prurido. A escolha depende da gravidade e da extensão das lesões. Os cremes devem ser utilizados para lesões agudas e sensíveis e as pomadas para lesões crônicas (SIMÃO, 2014; SIMÃO e Departamento de Alergia e Imunologia da SBP, 2008).

O manejo da doença exige uma ampla abordagem, com medidas ambientais, comportamentais e farmacológicas. O tratamento farmacológico implica no uso de corticóides efetivo e bem tolerados no uso em curto prazo. Os efeitos adversos limitam o uso prolongado desses medicamentos, e os esteroides potentes são contraindicados para o uso na fase. As crianças são muito susceptíveis aos efeitos adversos sistêmicos, como supressão do eixo hipotálamo-hipófise – adrenal, doença de Cushing e osteonecrose da cabeça do fêmur, devido a superfície de aplicação do corticóide e massa corporal (PALLER, 2001; FISHER, 1995 apud GONTIJO et al, 2008).

CONCLUSÃO

A Dermatite atópica é uma doença inflamatória crônica, com predisposição genética, caracterizada por prurido intenso. As infecções bacterianas e fúngicas são comuns no curso da doença. É uma doença complexa, que envolve uma série de tratamento, onde implica educar paciente e família para que haja adesão no controle e tratamento da doença. Portanto, pesquisas futuras devem considerar a relação entre os componentes epidérmicos e o sistema imune de modo geral. O melhor conhecimento das bases do sistema imune da dermatite atópica certamente levará ao desenvolvimento de novas estratégias terapêuticas com mais benefícios aos pacientes.

REFERÊNCIAS

- ABAGGE, K. T. **Dermatite Atópica** – O que o Pediatra deve saber. 2015. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/src/uploads/2012/12/Dermatite-Atpica-o-que-o-pediatra-deve-saber-2015.pdf>. Acesso em: 25/08/2016
- CASTRO, M. Ana Paula. 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. **Rev. Bras. Alerg. Imunopatol**, 06/29-06/268, 2006. Disponível em: http://www.sbai.org.br/revistas/Vol296/ART_6_06_Guia_Pratico.pdf. acesso em: 20/04/2016
- CASTRO, M. Ana Paula. Dermatite atópica na Infância. **RBM** set V 69 Especial Pediatria Disponível em: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id_materia=5129&fase=imprime acesso em: 20/04/2016
- FERREIRA, T. Vinícius Renato. et al. Dinâmica das Relações em Família com um membro portador de dermatite Atópica: um estudo qualitativo.. **Psicologia em Estudo**. Maringá, V.11.n.3.p.617-625, set/dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/pe/v11n3/v11n3a17.pdf> . acesso em: 05/05/2016
- FONTES NETO. et al. Avaliação dos sintomas emocionais e comportamentais em crianças portadoras de dermatite atópica. **Rev. Psiquiatr RS** set/dez 2005; 27(3)279-291. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v27n3/v27n3a07> .acesso em: 10/05/2016.
- GONTIJO, Bernardo. et al. Avaliação da eficácia e segurança do tacrolimo pomada 0,03% no tratamento da dermatite atópica em pacientes pediátricos. **An Bras Dermatol**, 2008;83(6):511- Disponível em: <http://www.producao.usp.br/handle/BDPI/10623>. acesso: 15/07/16.
- MENDES, Ana. et al. Dermatite Atópica- Seguimento Farmacoterapêutico e Indicação Farmacoterapêutica. **Revista Lusófona de Ciências e Tecnologia da Saúde**, 57- 71. 2006. Disponível em: <http://revistas.ulusofona.pt/index.php/revistasaude/article/viewFile/699/591> acesso em 20/04/2016
- SIMÃO, Helio M. **Dermatite Atópica**,. 2014. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/src/uploads/2015/02/daportalsbp-helio2014.pdf>
- SIMÃO, Helio M, e Departamento de Alergia e Imunologia da SBP. **Atualização em Dermatite Atópica**. 2008. Disponível em: http://www.sbp.com.br/pdfs/DERMATITE_AT%C3%93PICA_ATUALIZA%C3%87%C3%83O_EM.pdf. Acesso em: 21/08/2016.
- ZAZULA, R. et al. Educação terapêutica para a pacientes com dermatite atópica e seus cuidadores: uma revisão sistematica. **Acta comportamental**, vol. 19, n.2 p.241-252, 2011. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0188-81452011000200007&script=sci_arttext acesso em 15/03/2016.