

## ECZEMAS DE CONTATO E SUAS DIFERENÇAS CLÍNICAS

Jornada Online de Dermatologia e Medicina Estética, 2ª edição, de 17/10/2022 a 20/10/2022  
ISBN dos Anais: 978-65-81152-91-8

**FARIA; Bruno Rodrigo <sup>1</sup>, JUNIOR; Nilson Batistela <sup>2</sup>**

### RESUMO

Os diversos eczemas resultam de causas externas e/ou internas com etiologia variada e acometem igualmente ambos os sexos e todas as raças. Com relação à faixa etária, o eczema de contato pode ocorrer em qualquer fase da vida. A característica básica do processo eczematoso é de natureza seroexsudativa, acometendo a epiderme e derme papilar na fase aguda. As lesões elementares que definem os eczemas são eritema, edema, vesículas, crostas e descamação. De acordo com a predominância dessas lesões, o quadro pode ser classificado em agudo, subagudo e crônico, traduzido pela ocorrência de erupção eritematovesiculosa, eritematopapulovesiculosa, eritematocrostosa e eritematoescamosa. Pretende-se neste trabalho diferenciar a clínica dos dois tipos de dermatite de contato, os quais apresentam etiologia e fisiopatogenia absolutamente distintas: dermatite de contato por irritante primário (DCIP) e dermatite de contato alérgica (DCA). Ademais, definir medidas de prevenção que funcione em ambos os casos a fim de evitar seu surgimento. Para isso, verificou-se que a dermatite de contato por irritante primário (DCIP) decorre de efeitos tóxicos e pró-inflamatórios de substâncias capazes de ativar a imunidade da pele de maneira inespecífica. Enquanto na dermatite de contato alérgica (DCA) há envolvimento primário do sistema imunológico, como a hipersensibilidade tipo IV da classificação de Gell e Coombs, que é a hipersensibilidade retardada ou mediada por células. Estima-se que aproximadamente 20% dos casos de dermatites de contato sejam atribuídos à dermatite de contato alérgica (DCA), acometendo preferencialmente os grupos expostos a maior número de antígenos sensibilizantes – portanto, indivíduos adultos de sociedades industrializadas e com determinadas profissões. Do estudo realizado, identificou-se que a dermatite de contato por irritante primário (DCIP) tem como manifestações clínicas eritema, descamação e, por vezes, vesículas e bolhas. O prurido, em geral, é discreto ou ausente, sendo substituído por sensação de dor ou queimação. Além disso, constatou-se que não há necessidade de sensibilização prévia, pois não ocorre formação de células de memória e frequentemente está restrita ao local do contato. Contudo, a dermatite de contato alérgica (DCA) pode apresentar-se de três formas clínicas distintas, sempre com muito prurido: aguda (eritema, vesículas, exsudação e crostas); subaguda (eritema, pápulas, escamas e crostas); e crônica (liquenificação). Em geral, a hipersensibilidade adquirida persiste por toda a vida, embora, eventualmente, ocorra o desenvolvimento de tolerância com a exposição continuada, havendo então a cura. Isto posto, conclui-se que na dermatite de contato por irritante primário (DCIP) as lesões surgem logo no primeiro contato, limitando-se à região exposta, sendo ela dependente da concentração e do tempo de exposição ao alergênico. Ao passo que, na dermatite de contato alérgica (DCA) ocorre disseminação à distância e há necessidade de sensibilização prévia. Como prevenção, o melhor método é afastar o agente causal e priorizar o uso de equipamentos de proteção individual (EPI) no trabalho – como luvas,

<sup>1</sup> Centro Universitário Ingá (Uningá), brunorodrigofaria@gmail.com

<sup>2</sup> Universidade Estadual de Maringá (UEM), juniorbattistela@hotmail.com

sapatos, macacões etc. Resumo – sem apresentação.

**PALAVRAS-CHAVE:** Eczemas, Dermatites, Dermatoses eczematosas, Dermatite de contato alérgica, Dermatite de contato por irritante primário