

Dermatite de Contato por Soda Cáustica

Caustic Soda Contact Dermatitis

Resumo

Introdução O hidróxido de sódio é uma substância alcalina capaz de causar reações alérgicas, queimaduras e intoxicações. Paralelamente, considerada a principal dermatose ocupacional, a dermatite de contato é uma reação inflamatória da pele decorrente da exposição a um agente, podendo provocar quadros clínicos eritrodérmicos.

Objetivos Relatar caso de dermatite de contato por soda cáustica, diante de um paciente eritrodérmico de difícil diagnóstico.

Materiais / Sujeitos e Métodos Revisão de prontuário, entrevista com paciente atendido em ambiente ambulatorial, registro fotográfico e revisão em bibliotecas digitais de saúde.

Resultados Paciente masculino, 63 anos, com placas eritrodérmicas liquenificadas e pruriginosas difusas há dois meses após contato com soda cáustica. Anatomopatológico: dermatite perivascular superficial com hiperplasia epidérmica e espongiose focal. Diante dos achados, foi feito o diagnóstico de dermatite alérgica.

Conclusões É de extrema importância se atentar ao diagnóstico precoce de dermatite de contato frente a paciente eritrodérmico de difícil diagnóstico, uma vez que a dermatose traz incômodo, constrangimento, e comprometimento estético e funcional que afetam na vida social e profissional.

Abstract *Or sodium hydroxide is an alkaline substance capable of causing allergic reactions, burns and poisoning. At the same time, considered the main occupational dermatosis, contact dermatitis has an inflammatory skin reaction in relation to exposure to an agent, which can cause clinical erythrodermic symptoms. It reports a case of contact dermatitis caused by caustic soda in an erythrodermic patient who was difficult to diagnose. Review of medical records, interview with outpatient care, photographic record and review in digital health libraries. A 63-year-old male patient presented with diffuse, lichenified and pruritic erythrodermic plaques for two months after contact with caustic soda. Pathologic: Superficial perivascular dermatitis with epidermal hyperplasia and focal sponge. In view of two findings, the diagnosis of allergic dermatitis was made. It is extremely important to respond to the early diagnosis of contact dermatitis in a difficult-to-diagnose erythrodermic patient, since dermatitis is uncomfortable, constrictive and with aesthetic and functional impairment that affects social and profession*

Autora/Coautora



Victória Almeida de Andrade
Pós-graduanda em Cirurgia
Dermatológica
Faculdades BWS
Brasil



Seomara Passos Catalano
Professora - Cirurgia Dermatológica
Faculdades BWS
Brasil

Palavras-chave

Alergia. Dermatite de contato. Eczema.

Keywords

Allergy. Contact dermatites. Eczema.

Trabalho submetido: 30/11/21. Publicação aprovada: 15/12/21. Financiamento: nenhum. Conflito de interesses: nenhum.

INTRODUÇÃO

O hidróxido de sódio, também conhecido como soda cáustica, é uma base química utilizada principalmente na indústria e ocasionalmente também no uso doméstico para limpeza. Por ser altamente corrosivo, esta substância pode causar reações alérgicas, queimaduras, intoxicações, cicatrizes, cegueira e até mesmo morte se ingerido. Em relação à pele, as queimaduras são as lesões mais comuns após o contato com o elemento alcalino em questão, entrando na estatística de 2500 óbitos por ano no Brasil ⁽¹⁾.

Considerada a principal dermatose ocupacional, as dermatites de contato - também chamadas de eczemas de contato, são reações inflamatórias da pele decorrentes da exposição a um agente capaz de causar irritação ou alergia. Pode ser subdividida em dois tipos principais: a irritativa, gerada normalmente por substâncias ácidas ou básicas, como a soda cáustica, provocando lesões restritas ao local de contato; e a alérgica, que surge após repetidas exposições a um produto ou substância, podendo demorar anos para acontecer, já que depende de ações do sistema imune do indivíduo ^(1,2).

O presente artigo propõe relatar um caso de difícil diagnóstico de dermatite de contato alérgica por exposição a hidróxido de sódio.

RELATO DO CASO

Paciente masculino, 63 anos, buscou serviço ambulatorial referindo lesões em toda extensão do corpo, com intenso prurido há dois meses após ter entrado em contato com soda cáustica para processo de saponificação, procedimento este que estava acostumado a fazer há anos.

Anteriormente a consulta, fez uso de hidrocortisona creme em face e dexometasona creme em membros por três dias, relatando piora do quadro. No momento da consulta, estava em uso de Cetaphil creme hidratante três vezes ao dia, Hixizine 25mg a noite, prednisona 60mg por dia e vitamina D 2000 UI há cinco dias.

Prescrição foi feita por médico da unidade básica de saúde, havendo melhora gradual do quadro.

Paciente apresentou exames laboratoriais gerais de sangue e urina e protoparasitológico de fezes, sem alterações. Ao exame físico, foi constatado a presença de placa eritemato-descamativa, com crosta melicéricas de aproximadamente 2cm em região parieto-temporal, placas liquenificadas, eritematosas, edemaciadas com presença de fissuras em região frontal, cervical posterior, pavilhão auricular e face. No tronco, abdômen (Figuras 1 e 2) e membros superiores presença de placa eritemato-descamativa marmórea com áreas de coloração arroxeadada e de pele sã, atelangiectasias e realce da vascularização profunda.

Figura 1 – Abdome presença de placa eritemato-descamativa marmórea com áreas de coloração arroxeadada e de pele sã, atelangiectasias.



Fonte: original da autora.

Figura 2 – Dorso presença de placa eritemato-descamativa com áreas de coloração arroxeadada.



Fonte: original da autora.

Paciente apresentou, em ambas as mãos, placas eritemato-liquenificadas e fissuras, além de descamação furfurácea em toda extensão do couro cabeludo. Em membros inferiores, notou-se a presença de eritema e descamação furfurácea em fossa poplítea bilateral.

Dentre as hipóteses diagnósticas consideradas destacam-se a sarna crostosa ou norueguesa, dermatite de contato fotoalérgica, hanseníase, micose fungóide e dermatite actínica crônica.

A biópsia e estudo anatomopatológico de pele indicaram a presença de dermatite perivascular superficial com hiperplasia epidérmica e espongiose focal, ausência de ácaros ou granulomas na amostra, pesquisa de fundos negativa e ausência de epidermotropismo.

Diante dos achados clínicos e laboratoriais, concluiu-se o diagnóstico de dermatite alérgica e paciente fotorreator crônico.

O tratamento do paciente foi realizado com uso de ciclosporina 250 mg/dia e controle pressórico ambulatorial.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Patologia de crescente prevalência nos países com desenvolvimento industrial, as dermatites de contato são as principais causas de doenças cutâneas ocupacionais, representando cerca de 90% de seu total, porém, pesquisas epidemiológicas sobre esse grupo de dermatose no Brasil são infrequentes. Por ser uma doença cuja notificação não se faz obrigatória, o número de casos subdiagnosticados é elevado, uma vez que muitos pacientes não buscam o atendimento médico. Tal fato se deve, frequentemente, por temerem que a falta ou o atraso no trabalho possa levar a perda do emprego ou desconto do salário, sobretudo diante de uma doença que os acomete com lesões repetidamente ^(1,3).

As doenças ocupacionais podem ser estabelecidas devido a interação de fatores indiretos como gênero, idade, etnia, antecedentes pessoais e patologias concomitantes, fatores ambientais, como exemplo a temperatura, umidade, hábitos de saúde e higiene; e fatores diretos constituídos por causas biológicas, físicas, químicas ou mecânicas existentes no ambiente de trabalho que afetam de forma direta a pele, provocando ou exacerbando uma doença preexistente ⁽¹⁾.

Incontáveis agentes diretos estão presentes no ambiente de trabalho e podem ocasionar as doenças ocupacionais. Dentre os mais frequentes, destacam-se os agentes químicos – metais, substâncias ácidas e alcalinas, hidrocarboneto aromático, óleo lubrificante e de corte, arsênico; físicos – radiação, vibração, traumas, pressão, frio e calor; biológicos – fungo, bactéria, vírus, parasita, planta, animal. E, sabe-se que os agentes químicos são as principais causas desse grupo de doenças, sendo que 90% das dermatoses ocupacionais correspondem às dermatites de contato ⁽¹⁾.

As dermatites de contato são classificadas a partir de sua fisiopatologia em dermatite de contato alérgica e irritativa. Nas dermatites de causa alérgicas, as lesões cutâneas podem manifestar-se abruptamente, posterior ao contato prévio com o agente sensibilizante, sendo que a cada nova exposição a gravidade e a extensão das lesões podem se agravar e se apresentar mais rapidamente ⁽¹⁾.

As dermatites de contato alérgicas são desencadeadas por uma resposta imunológica específica contra determinados antígenos de substâncias que entram em

contato com a pele, desencadeando uma reação do tipo IV. A sensibilização ocorre por via aferente quando o agente entra na epiderme e se liga às células de Langerhans, ativando queratinócitos e estimulando as células da derme a liberarem citocinas com propriedades inflamatórias, tais como IL-1, IL-6, IL-8, TNF- α e GM-CSF. As células de Langerhans ligadas ao o antígeno vão até o linfonodo através do complexo principal de histocompatibilidade ^(1,4).

Ao atingir o linfonodo, tem-se a sensibilização do Th1 por via aferente, o que ocorre por cerca de 10 dias. Nesse período, caso o indivíduo entre novamente em contato com o agente sensibilizante, os linfócitos Th1 já sensibilizados secretam uma série de citocinas como IFN- γ , TNF- β , GM-CSF e IL-2, resultando num processo inflamatório com edema intercelular, patologicamente chamado de espongiose. Nessa fase tem-se como característica o eczema que dura entre 12 e 36 horas ^(1,4).

Em relação aos achados em exame físico, a dermatite de contato alérgica se manifesta com eczema agudo ou crônico. A fase aguda é frequentemente apresentada com prurido cutâneo importante e poucas lesões eczematosas. Por outro lado, na fase crônica são observados o espessamento do tegumento, placas eritematosas descamativas, fissuras e em casos de maior gravidade, quadro eritrodermico ⁽⁵⁾.

A principal forma de controle da dermatite de contato alérgica é o reconhecimento e eliminação de seus agentes desencadeantes. No entanto, mesmo com a remissão completa do quadro clínico, a reexposição aos desencadeantes propicia, muitas vezes, o ressurgimento das lesões, e isso decorre da hipersensibilidade latente que permanece. Em casos em que não haja a possibilidade de eliminar o agente causador, pode-se fazer uso de terapêutica baseada em imunossupressão com uso de corticoides ou ciclosporina, como no caso em questão ^(4,6).

CONCLUSÕES

As reações cutâneas causadas pela dermatite de contato podem causar incômodo, constrangimento, ferimentos por coçadura, comprometimento estético e funcional que afetam na vida social e profissional. Assim, é de extrema importância de se atentar a esse diagnóstico quando estiver à frente de um paciente eritodérmico de difícil diagnóstico.

REFERÊNCIAS

1. Sakai LR, Bezerra FMM, Wada A, Pinto DCS, Mattar CA, Almeida PCC, et al. Enxerto de pele parcial para tratamento de seqüela de queimadura cáustica em cavidade oral: relato de caso. *Revista Brasileira de Queimaduras*. [Internet]. 2012; 11(1):47-50. Disponível em: <http://www.rbqueimaduras.com.br/details/100/pt-BR/enxerto-de-pele-parcial-para-tratamento-de-sequela-de-queimadura-caustica-em-cavidade-oral--relato-de-caso>
2. João GFB, Brandão BJF. Dermatoses ocupacionais: revisão bibliográfica. *BWS Journal*. [Internet]. 2021;4:1-12. Disponível em: <https://bwsjournal.emnuvens.com.br/bwsj/article/view/130>
3. Rosmaninho I, Moreira A, Silva JPM. Dermatite de contato: revisão de literatura. *Revista portuguesa de imunoalergologia*. [Internet]. 2016;24(4):197-209. Disponível em: https://www.spaic.pt/client_files/files/dermatite-de-contacto-revisao-da-literatura.pdf
4. Motta AA, Aun MV, Kalil J, Giavina-Bianchi P. Dermatite de contato. *Rev. bras. alerg. imunopatol.* [Internet]. 2011;34(3):73-82. Disponível em: http://aaai-asbai.org.br/detalhe_artigo.asp?id=69
5. Cotta CF, Correa MCA, Lima MEM, de Oliveira Andrade YTM, Kashiwabara TGB. Dermatite de Contato por Agentes Químicos. In: *Medicina Ambulatorial com Ênfase em Medicina no trabalho*. 6ª Edição. Montes Claros: Dejan Gráfica e Editora. [Internet]. 2019;102-103. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Kashiwabara-Kashiwabara/publication/337363170_MEDICINA_AMBULATORIAL_VI/links/5dd3fca0299bf11ec8624fec/MEDICINA-AMBULATORIAL-VI.pdf#page=99
6. Fonsêca CVL, Luz ESM, Costa WJB, Alcântara GP, Soares LMS, Vieira YN. Dermatite de contato alérgica a lanolina: um relato de caso. *Brazilian Journal of Development*. [Internet]. 2021;7(2):16100-16106. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/24793>