

TRATAMENTO E PREVENÇÃO

TRATAMENTO

- Identificar e remover agente causal.
- Uso criterioso de corticoides tópicos (potência adequada para local e tempo) e imunomoduladores tópicos.
- Emolientes para restauração e proteção da barreira cutânea.
- Orientar sobre prevenção de recidivas

PREVENÇÃO

- Uso de produtos hipoalergênicos.
- Higienização das mãos após a exposição a substâncias irritantes.
- **Exposição ocupacional:** uso de vestimentas adequadas (luvas, calçados e uniformes).



QUANDO ENCAMINHAR?

- Eczema persistente (>4 semanas);
- Lesões recidivantes em padrão sugestivo de DCA;
- Falha terapêutica após abordagem inicial adequada;
- Suspeita de alérgeno ocupacional.



Comissão das Ligas Acadêmicas (Comissão de Ensino e Credenciamento)

Biênio 2025 - 2026

Sergio Duarte Dortas Junior
Carolina Tavares de Alcântara
Fabrício Prado Monteiro
Gil Bardini Alves
Guilherme Gomes Azizi
Melissa Thiessen Tumelero
Natasha Rebouças Ferraroni
Rossy Moreira Bastos Júnior



Elaboração:
Carolina Alcântara



DERMATITE DE CONTATO

Que todo médico generalista e pediatra precisa saber para diagnosticar precocemente e evitar complicações.

Porque falar sobre Dermatite de Contato?

- É uma das **principais causas de eczema em adultos** e crianças acima de 2 anos.
- **Alta subnotificação:** muitos casos tratados como “eczema inespecífico” ou “alergia alimentar”.
- Impacto direto na qualidade de vida e na produtividade laboral.
- Diagnóstico correto **evita cronificação, falhas terapêuticas e uso excessivo de corticoides.**

Trata-se de uma **inflamação cutânea** decorrente da **exposição a um agente** capaz de causar **irritação ou alergia.**

Pode ser dividida em:

Dermatite de Contato Irritativa (DCI):

80% dos casos.

Lesão da barreira cutânea por **agentes irritantes** (sabonetes, detergentes, solventes ou outras substâncias químicas); Surge após a **primeira exposição.**

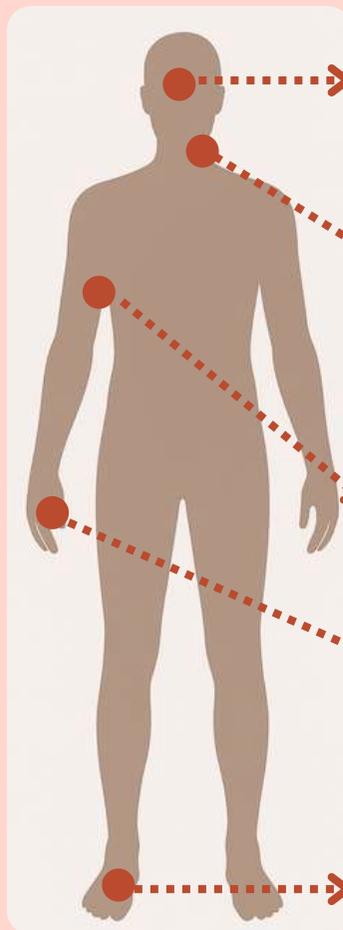
Dermatite de Contato Alérgica (DCA):

20% dos casos;

Reação de **hipersensibilidade tardia** (tipo IV) mediada por linfócitos T, após repetidas exposições a substâncias de uso diário e frequente;

Surge **após meses ou anos** da primeira exposição.

DISTRIBUIÇÃO DAS LESÕES DE ACORDO COM OS PRINCIPAIS AGENTES ENVOLVIDOS



FACE/PALPEBRA

Cosméticos, esmalte de unha, maquiagem, tinturas capilares e metais.

PESCOÇO

Correntes e bijuterias de metais, cosméticos, tinta capilar e produtos de barbear.

AXILAS

Desodorantes e tecidos sintéticos

MÃOS/DEDOS

Sabões, detergentes, luvas de borracha, unhas artificiais, ferramentas e utensílios.

PÉS

Calçados em geral, meias.

Sintomas variáveis podendo ocorrer: **vermelhidão (eritema), edema, ardor ou queimação, coceira intensa (prurido) e formação de vesículas, bolhas, crostas e descamação,** dependendo da causa e área acometida.

Cronicidade: liquenificação e fissura.

EPIDEMIOLOGIA

Prevalência geral: **15–20% da população.**

Mais comum em mulheres, mas também relevante em pediatria.

Profissões de risco: profissionais da área da saúde, cabeleireiros, auxiliares de limpeza e pedreiros.

UM PACIENTE PODE APRESENTAR DCI, DCA OU AMBAS AS DOENÇAS SOBREPOSTAS.

DIAGNÓSTICO

- **História detalhada** de exposições (profissional, domiciliar, recreativa).
- Correlação entre tempo de contato e aparecimento das lesões.

Teste de contato (“Patch test”):

Padrão-ouro para diagnóstico de DCA.



Realizado e interpretado **exclusivamente por médico especialista** habilitado e treinado.