

Caso Dermatológico

Alergia às Caneleiras

Ana Oliveira¹, Iolanda Fernandes¹, Inês Lobo¹, Manuela Selores¹

Criança de 12 anos, sexo masculino, sem antecedentes patológicos de relevo. Enviado à consulta de Dermatologia por eritema, descamação e prurido nas faces anteriores de ambas as pernas, com 4 meses de evolução.

Ao exame objectivo observava-se uma placa ovalada, eritemato-descamativa e liquenificada, na face anterior de cada perna, do tornozelo até ao terço superior (Figura 1).

Qual o seu diagnóstico?

Qual a sua atitude?



Figura 1 – Placas ovaladas, eritemato-descamativas e liquenificadas na face anterior de ambas as pernas

¹ Serviço de Dermatologia, Hospital de Santo António / CHPorto



Figura 2a – Testes epicutâneos positivos para a face interna da caneleira



Figura 2b – Testes epicutâneos positivos para dicromato de potássio, IPPD a 1% e níquel

COMENTÁRIOS

O quadro de eritema, descamação e liquenificação circunscritos a uma área bem delimitada e associados a prurido colocaram-nos na pista de um eczema de contacto. Após uma anamnese dirigida pudemos averiguar que o doente jogava futebol três vezes por semana e usava caneleiras, cujos limites correspondiam aos limites da dermatose. Foi submetido a testes epicutâneos com a série *standard* do Grupo Português para o Estudo das Dermatites de Contacto, com a série de calçado e com a face interna e face externa da caneleira. Os testes foram aplicados no dorso durante dois dias e a leitura ao terceiro dia mostrava positividade (++) para dicromato de potássio (constituente do couro), níquel, IPPD (isopropilaminodifenilamina) 1% (constituente das borrachas) e para a face interna das caneleiras. (Figuras 2a, 2b)

Foi aconselhado a evitar o uso de caneleiras e foi medicado com aceponato de metilprednisolona a 0,1% em pomada, associado a um emoliente.

O eczema de contacto alérgico é uma dermatose relativamente frequente, correspondendo a cerca de 10% de todas as doenças inflamatórias da pele e afectando cerca de 8% da população pediátrica. Corresponde a uma reacção de hipersensibilidade retardada (ou do tipo IV) a alérgenos para os quais se

foi previamente sensibilizado. Divide-se em duas fases: aguda e crónica. A fase aguda surge 24 a 48h após a exposição e traduz-se pelo aparecimento de eritema, vesiculação e exsudação limitados à área de contacto com o alérgeno, em associação com um prurido intenso. A fase crónica ocorre quando a exposição ao alérgeno persiste por um período longo de tempo. Clinicamente manifesta-se por eritema, descamação e liquenificação, associados a prurido local.

O diagnóstico é sugerido pela anamnese e exame físico e confirmado por testes epicutâneos.

O tratamento passa pela evicção do alérgeno e pelo uso de corticosteróides tópicos, emolientes e anti-histamínicos orais.

É uma patologia frequente e benigna, na qual é necessário um elevado índice de suspeição para identificar o alérgeno implicado.

ABSTRACT

Many adverse events can occur when the skin comes in contact with external agents. Eczema is one of them. The eczema can be either allergic or irritant in nature. Irritant contact dermatitis (ICD) accounts for approximately 80% of all contact dermatitis and allergic contact dermatitis (ACD) accounts for the remaining 20%. ACD is a delayed-type hyper-

sensitivity reaction that is elicited when the skin comes in contact with a chemical to which an individual has previously been sensitized.

The classic picture of contact dermatitis is a well-demarcated erythematous vesicular (in the acute form) and/or scaly patch or plaque (in the chronic form) lesion, with well-defined margins corresponding to the area of contact.

It requires an appropriate level of suspicion for the possibility of an allergen to elicit a contact dermatitis.

Treatment is based on avoidance of the allergen associated with corticosteroids and antihistamines.

The authors present a case of allergic contact dermatitis to football shin guards in a 12 year-old boy who regularly practiced soccer.

Keywords: allergic, contact dermatitis, football shin guards

Nascer e Crescer 2010; 19(3): 169-170

BIBLIOGRAFIA

1. Fisher's Contact Dermatitis. Ed Rietschel RL, Fowler JF. Lippincott Williams & Wilkins 2009
2. Textbook of Pediatric Dermatology. Ed Harper J, Oranje A, Prose NS. Wiley-Blackwell 2010