

DERMATITE DE CONTACTO OCUPACIONAL EM PROFISSIONAL DE SAÚDE

OCCUPATIONAL CONTACT DERMATITIS IN A HEALTH PROFESSIONAL

TIPO DE ARTIGO: Caso Clínico

AUTORES: Couto C¹, Rodrigues A², Roque A³, Eiras J⁴, Carvalhas J⁵.

INTRODUÇÃO

A dermatite de contacto (DC) é definida como uma condição inflamatória da pele induzida pela exposição a um irritante ou alergénio externo, sendo responsável por cerca de 90% de todas as dermatoses ocupacionais. As mãos são a localização mais frequentemente afetada. A dermatite de contacto classifica-se em irritativa (DCI), que representa cerca de 80% dos casos e alérgica (DCA). A DCI resulta da disrupção da barreira cutânea por efeito tóxico direto pelos agentes irritantes. A DCA envolve a sensibilização do sistema imunológico a um alergénio específico e resulta numa resposta imunológica tardia tipo IV (1). Os profissionais de saúde são uma classe de risco para o desenvolvimento de dermatite de contacto, predominando a etiologia irritativa, devido ao uso frequente de desinfetantes e sabões (2).

CASO CLÍNICO

Mulher de 26 anos, assistente operacional no Serviço de Urgência do Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga (CHEDV), E. P. E., sem antecedentes pessoais de relevo. Foi avaliada no Serviço de Saúde Ocupacional em janeiro de 2021, altura em que iniciou quadro de eritema, descamação e prurido no dorso e palmas das mãos, que relacionava com alteração de desinfetante utilizado e que melhorava sempre que ocorria afastamento laboral (fim de semana, folgas e férias), com agravamento nos primeiros dias após

¹ Carla Couto

Médica Interna de Formação Especializada de Medicina do Trabalho do Serviço de Saúde Ocupacional do CHEDV, E.P.E. Morada para correspondência dos leitores: Rua Central, 143, 4505-028 Argoncilhe. E-MAIL: carlacouto87@hotmail.com
CONTRIBUIÇÃO PARA O ARTIGO: Pesquisa bibliográfica, estatística e redação do artigo.

² Andrea Tavares Rodrigues

Médica Especialista em Medicina do Trabalho e Medicina Geral e Familiar. Responsável do Serviço de Higiene e Segurança do Trabalho do CHEDV, E.P.E. 4520-035 Arrifana. E-MAIL: andrearodrigues1986@gmail.com
CONTRIBUIÇÃO PARA O ARTIGO: Realização do protocolo e revisão final

³ Alexandra Lima Roque

Médica Especialista em Medicina do Trabalho do Serviço de Saúde Ocupacional do CHEDV, E.P.E. 4500-316 Canidelo. E-MAIL: alexandra.roque@chedv.min-saude.pt
CONTRIBUIÇÃO PARA O ARTIGO: Revisão final

⁴ João Gonçalo Eiras

Médico Interno de Medicina do Trabalho do Serviço de Saúde Ocupacional do CHEDV, E.P.E. 4770-052 Famalicão. E-MAIL: joao.eiras@chedv.min-saude.pt
CONTRIBUIÇÃO PARA O ARTIGO: Realização da estatística e revisão final

⁵ Jacinta Carvalhas

Enfermeira do Trabalho do Serviço de Saúde Ocupacional do CHEDV, E.P.E. 3720-412 Oliveira de Azeméis. E-MAIL: jacinta.carvalhas@chedv.min-saude.pt
CONTRIBUIÇÃO PARA O ARTIGO: Revisão final



retornar ao trabalho. Foi medicada com corticoide tópico, anti-histamínico e emoliente e orientada ao uso de luvas hipoalergénicas de vinil. Apesar do tratamento e recomendações instituídas, a colaboradora manteve quadro clínico exuberante pelo que, após nova reavaliação pela Saúde Ocupacional, foi encaminhada para Dermatologia, onde realizou os testes epicutâneos com a bateria *standard* do Grupo Português de Estudo das Dermite de Contacto (GPEDC), que resultaram negativos. Pelo facto de usar unhas de gel, a colaboradora realizou também testes epicutâneos com a série de acrilatos, sem reatividade. Também foi testado o desinfetante e sabonete líquido que usava na sua atividade profissional, que revelaram positividade para o segundo, na leitura das 72 horas. Desta forma foi realizado o diagnóstico de dermatite de contacto mista, com componente irritativo e alérgico, tendo sido participada doença profissional pelo dermatologista. Após ter sido detetado reatividade ao sabonete líquido, procedeu-se à alteração do mesmo que, juntamente com medidas de evicção, nomeadamente utilização de luvas de algodão sob luvas hipoalergénicas de vinil e hidratação frequente das mãos, melhoraram significativamente o quadro clínico.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

O diagnóstico de dermatite de contacto deve ser sempre considerado na presença de eczema de difícil controlo. Nos profissionais de saúde é mais comum a dermatite de contacto irritativa, no entanto, a etiologia alérgica deve ser sempre considerada e excluída através da realização de testes epicutâneos. Os alérgenos que mais frequentemente causam dermatite de contacto alérgica nos profissionais de saúde são os componentes das borrachas, devido ao uso de luvas (tiurans), seguido dos preservativos e surfactantes, presentes nos desinfetantes e sabões (glutaraldeído, *cocamide diethanolamine*, *quaternium-15*) (2). A relação do nexo causal é fundamental para estabelecer o diagnóstico de dermatite de contacto ocupacional. Perante suspeita de dermatite de contacto ocupacional, a Saúde Ocupacional deve encaminhar para realização de testes epicutâneos, para esclarecimento da etiologia e proceder à declaração de suspeita de doença profissional. A Saúde Ocupacional tem um papel muito importante na evicção dos alérgenos no local de trabalho, orientando à troca de material quando possível bem como ao uso de equipamento de proteção individual, nomeadamente através de luvas de algodão debaixo de luvas hipoalergénicas. Esta evicção é um pilar fundamental para o tratamento e prognóstico das dermatites de contacto (3).

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não ter qualquer conflito de interesse.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Adisesh A, Robinson E, Nicholson P, Sen D, Wilkinson M. U.K. standards of care for occupational contact dermatitis and occupational contact urticaria. *The British Journal of Dermatology*. 2013; 168(6): 1167-1175. DOI: 10.1111/bjd.12256.
2. Chu C, Marks J, Flamm A. Occupational Contact Dermatitis: Common Occupational Allergens. *Dermatologic Clinics*. 2020; 38(3): 339-349. DOI: 10.1016/j.det.2020.02.002.
3. Rosmaninho I, Moreira A, Silva P. Dermatite de contacto: revisão da literatura. *Revista Portuguesa de Imunoalergologia*. 2016; 24(4): 197-209.

ANEXOS

Figura 1: Eritema dorso das mãos e punhos



Figura 2: Fissuras dorso das mãos e dedos



Figura 3: Liquenificação e descamação dorso das mãos



Data de recepção: 2023/07/21

Data de aceitação: 2023/07/31

Data de publicação: 2023/09/09