



Anais Brasileiros de Dermatologia

www.anaisdedermatologia.org.br



ARTIGO ORIGINAL

Dermatite das mãos: experiência de seis anos em hospital terciário de referência no Brasil☆☆

Larissa Relva da Fonte Gonçalves Endlich ^{ID}*, Luciana Paula Samorano ^{ID}, Ricardo Spina Nunes ^{ID} e Vitor Manoel Silva dos Reis ^{ID}

Departamento de Dermatologia, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

Recebido em 25 de junho de 2024; aceito em 11 de agosto de 2024

PALAVRAS-CHAVE

Dermatite alérgica de contato;
Dermatite irritante;
Dermatite ocupacional;
Dermatoses da mão;
Eczema;
Eczema disidróico

Resumo

Fundamentos: A dermatite das mãos (DM) é doença inflamatória cutânea prevalente com impacto socioeconômico significativo.

Objetivos: Caracterizar a população de pacientes com DM monitorados no Departamento de Dermatologia de hospital terciário.

Métodos: Foi realizado estudo transversal, retrospectivo e descritivo por meio da análise de prontuários de pacientes com DM atendidos no Ambulatório de Alergia do Departamento de Dermatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, entre 1º de março de 2016 e 31 de agosto de 2022.

Resultados: Dos 175 pacientes, 73,3% eram mulheres, e a média de idade de início do quadro foi de 41,7 anos. Houve associação estatisticamente significativa entre as categorias ocupacionais e a presença de dermatite ocupacional. Os casos foram classificados como dermatite de contato irritante (49,7%), dermatite de contato alérgica (57,1%) e DM vesicular endógena (3,4%). Foi observada frequência estatisticamente significativa maior de positividade dos testes de contato para metilcloroisotiazolinona e metilisotiazolinona (MCI/MI) e sulfato de níquel nas pacientes femininas e para bicromato de potássio e carba mix nos masculinos. O DLQI foi avaliado em 77 pacientes, e o escore médio foi de 7,8 pontos.

Limitações do estudo: As limitações incluem a coleta de dados em prontuários médicos, que apresentavam falta de algumas informações. Além disso, por se tratar de estudo transversal, não foi possível avaliar relações de causa e efeito entre as variáveis.

Conclusões: Os presentes dados reforçam a importância dos testes de contato na investigação da DM e destacam as altas taxas de sensibilidade a MCI/MI e ao sulfato de níquel em mulheres brasileiras e ao bicromato de potássio e carba mix em homens brasileiros.

© 2025 Sociedade Brasileira de Dermatologia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abd.2024.08.010>

☆ Como citar este artigo: Endlich LRFG, Samorano LP, Nunes RS, Reis VMS. Hand dermatitis: a 6-year experience in a tertiary referral Brazilian hospital. An Bras Dermatol. 2025;100:439–46.

☆☆ Trabalho realizado no Departamento de Dermatologia, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

* Autor para correspondência.

E-mail: larissarelvaendlich@gmail.com (L.R. Endlich).

Introdução

A dermatite das mãos (DM) é doença inflamatória cutânea que geralmente começa na terceira década de vida,¹ com prevalência ao longo da vida de 14,5% na população geral e taxa de incidência combinada de 7,3 casos/1000 pessoas-ano.¹ A condição é responsável por mais de 80% de todas as dermatites ocupacionais.^{2,3}

Os subtipos de eczema exógeno da mão incluem dermatite de contato irritativa (DCI) e dermatite de contato alérgica (DCA).³ O primeiro consiste em reação cutânea inespecífica ao contato com produto químico tóxico ou irritante, que pode ocorrer já na primeira exposição.²⁻⁴ Por outro lado, a DCA é reação imune tardia do tipo IV ao contato com alérgeno em indivíduo sensibilizado.⁵ Seu diagnóstico é confirmado quando há reação positiva do teste de contato à substância e exposição relevante, documentada ou suspeita, à mesma.³⁻⁵

A dermatite vesicular endógena das mãos, anteriormente conhecida como pompholyx ou eczema disidrótico, é forma de doença endógena que apresenta etiologia pouco compreendida.³ Manifesta-se com erupções vesiculares recorrentes nas mãos, geralmente simétricas e pruriginosas, na ausência de alergia de contato relevante ou irritantes que possam causar DM.^{2,3,5}

Como o eczema das mãos tende a ser multifatorial, geralmente não é possível identificar e eliminar o fator causador para curar a condição.^{4,6} Além das medidas comportamentais, o tratamento envolve opções tópicas e sistêmicas, dependendo da gravidade da doença,⁷ e deve ser iniciado o mais cedo possível, uma vez que a resistência ao tratamento tópico é comumente observada na doença crônica.^{4,6}

Em geral, o prognóstico para a condição é ruim.³ Em um seguimento de 15 anos de eczema das mãos, 44% dos pacientes relataram sintomas durante o ano anterior e 12% relataram sintomas contínuos durante todo o período de seguimento.⁸ Em relação à doença ocupacional, outra investigação constatou que apenas 19,3% dos pacientes relataram remissão completa do eczema após cinco anos.⁹

A DM é doença altamente prevalente, com impacto físico, psicológico, social e econômico negativo.^{6,10,11} A doença gera custos diretos e indiretos do tratamento em virtude das horas de trabalho perdidas.^{3,12}

O presente estudo teve como objetivo caracterizar a população de DM atendida no Serviço de Dermatologia de um hospital terciário de São Paulo, Brasil. Foram coletados dados epidemiológicos e clínicos de pacientes com DM; os subtipos da doença e os resultados de testes de contato são descritos.

Métodos

Desenho e sujeitos do estudo

Foi realizado estudo transversal, retrospectivo e descritivo, por meio da análise dos prontuários de pacientes com DM, monitorados no Ambulatório de Alergia do Departamento de Dermatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP). O comitê de ética local aprovou a investigação (número do protocolo de aprovação: CAAE 58151222.0.0000.0068).

Foram incluídos nas análises pacientes com DM monitorados entre 1º de março de 2016 e 31 de agosto de 2022. O diagnóstico de DM foi clinicamente estabelecido, excluindo diagnósticos diferenciais, e foi apoiado por exames complementares, se aplicável. Os critérios de exclusão incluíram pacientes que não apresentavam DM, pacientes com lesões eczematosas em outros locais que não mãos e pés, aqueles que não realizaram o teste de contato ou cujo teste apresentou resultados inconclusivos, além dos pacientes com prontuários incompletos.

Avaliações de prontuários médicos

Os prontuários dos pacientes foram avaliados para obtenção dos seguintes dados: idade de início da DM; idade da primeira consulta no ambulatório; gênero; ocupação; tabagismo; diagnóstico de dermatite atópica (DA) de acordo com os critérios de Hanifin e Rajka;¹³ outras comorbidades; subtipo de DM e suas características ao exame dermatológico; resultados dos testes de contato; e tratamentos prescritos durante o seguimento.

Além disso, os escores do *Dermatology Quality of Life Index* (DLQI) foram coletados dos prontuários, de acordo com o questionário aplicado em até 30 dias após a primeira visita do paciente ao ambulatório.¹⁴ Hongbo et al. propuseram o seguinte sistema de faixas para o escore DLQI: 0-1: nenhum efeito na qualidade de vida (QV) do paciente; 2-5: efeito pequeno; 6-10: efeito moderado; 11-20: efeito muito grande; e 21-30: efeito extremamente grande na QV do paciente.¹⁵

O eczema ocupacional das mãos é doença inflamatória da pele das mãos causada ou agravada pela exposição ocupacional.¹² Neste estudo, a dermatite de contato alérgica ocupacional foi identificada quando o paciente apresentou resultado positivo no teste de contato para exposição ocupacional.¹² Por outro lado, dermatite de contato irritativa ocupacional foi definida quando não houve resultados positivos no teste de contato para exposição ocupacional, mas houve exposição ocupacional relevante para irritantes.¹²

Testes de contato

Os testes de contato seguiram as recomendações do Grupo Brasileiro de Estudos sobre Dermatite de Contato.¹⁶ As 30 substâncias da bateria padrão brasileira (fornecidas pela Endo-Derme Formulas Magistrais Ltda, São Paulo, Brasil) foram padronizadas, posicionadas nos recipientes e aplicadas, preferencialmente, na região dorsal superior do paciente.¹⁵ De acordo com o histórico de exposição, também foi aplicada a bateria de cosméticos (fornecida pela Endo-Derme Formulas Magistrais Ltda, São Paulo, Brasil).¹⁶

Os testes foram removidos 48 horas após a aplicação para a primeira leitura (D2). A segunda leitura foi realizada 96 horas após a aplicação dos testes (D4). Os resultados foram interpretados de acordo com a manifestação clínica no local do teste: negativo (–); duvidoso (?); reação fraca (+); reação forte (++) e reação muito forte (+++).¹⁷ O teste foi considerado sugestivo de sensibilização pela substância quando houve resultado (++) ou (+++) no D4.¹⁷ Entretanto, em caso de diminuição da positividade entre D2 e D4, o teste foi considerado negativo, sugestivo de irritação primária.¹⁶

Resultado positivo foi considerado relevante quando houve exposição documentada ou suspeita à substância.³⁻⁵

Análise estatística

As variáveis qualitativas e quantitativas foram analisadas por meio de frequências absolutas e relativas e pela média, mediana, desvio padrão, valores mínimos e máximos, percentis 25 e 75 (variáveis quantitativas). A normalidade dos dados foi avaliada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. A comparação entre dois grupos independentes foi realizada pelo teste *t* de Student (dados de distribuição normal) e pelo teste de Mann-Whitney (dados sem distribuição normal), enquanto a comparação entre três grupos foi avaliada pelo teste de Kruskal-Wallis. A associação entre as variáveis qualitativas foi realizada pelo teste Qui-Quadrado de Pearson ou teste exato de Fisher. Os dados foram analisados pelo software SPSS for Windows v.25, adotando-se nível de significância de 5%.

Resultados

Durante o período investigado, 188 pacientes com DM foram atendidos no Ambulatório de Alergia do Departamento de Dermatologia do HC-FMUSP. Após a aplicação dos critérios de exclusão, 175 pacientes foram incluídos no estudo.

Dentre os pacientes incluídos, 129 (73,7%) eram do gênero feminino. A média de idade no início das manifestações clínicas foi de 41,7 anos (variação de 2,9 a 74,2), e a média de idade no início do seguimento ambulatorial foi de 45,5 anos (variação de 13,8 a 75,5). O tempo médio entre o início dos sintomas e o início do seguimento ambulatorial foi de 46,0 meses (variação de 0 a 360).

As ocupações declaradas foram agrupadas em categorias. A categoria ocupacional mais frequente foi a de cuidados domésticos (tabela 1). Na amostra, 107 pacientes (61,1%) foram classificados como portadores de doença ocupacional.

Houve associação estatisticamente significativa entre as categorias de ocupação e a DM como dermatite ocupacional ($p < 0,001$). Como demonstrado na tabela 1, a maior prevalência de doença ocupacional foi observada em profissionais com funções de limpeza e arrumação em ambientes não domésticos ($n = 16$; 94,1%), profissionais de cuidados de beleza ($n = 12$; 92,3%) e ocupações relacionadas a cuidados domésticos ($n = 37$; 86,0%).

Em relação ao hábito de fumar, 72% ($n = 103$; n total = 143) nunca fumaram, 13,3% pararam de fumar antes de iniciar o seguimento no ambulatório e 14,7% eram fumantes ativos.

Na amostra, 12 pacientes (6,9%) apresentavam DA, 18 (10,3%) apresentavam diagnóstico de transtornos psiquiátricos (depressão, ansiedade e esquizofrenia) e 21 (12,0%) tinham asma ou rinite alérgica.

De acordo com as manifestações clínicas, os pacientes foram divididos em dois grupos: dermatite disidrosiforme (apresentação predominante com vesículas) e dermatite não disidrosiforme. No primeiro grupo foram incluídos 74 pacientes (42,3%), e no outro, 101 participantes (57,7%). Lesões nas palmas e dorso das mãos estavam presentes em 75,4% ($n = 132$) e 43,1% ($n = 75$) dos pacientes, respectivamente; 26,9% dos pacientes do estudo ($n = 47$) apresentavam lesões em ambas as locais. Além disso, 36,0% ($n = 63$) dos pacientes manifestaram lesões nos pés.

Trinta e três pacientes com DM (18,9%) foram submetidos a exame anatomopatológico, cujos resultados apoiaram o diagnóstico de eczema. Cento e vinte e seis pacientes (72,0%) tiveram teste de contato positivo, dos quais 100 foram considerados relevantes. Assim, 57,1% dos pacientes do estudo apresentaram teste de contato positivo e relevante, enquanto 14,9% apresentaram resultado positivo irrelevante e 28,0% tiveram teste de contato negativo.

Com base nos resultados dos testes de contato e nas manifestações clínicas, os pacientes foram classificados em DCI ($n = 69$; 39,4%), DCA ($n = 82$; 46,8%), DCI e DCA simultaneamente ($n = 18$; 10,3%) e DM vesicular endógena ($n = 6$; 3,4%). Os antígenos mais frequentemente associados aos testes de contato positivos relevantes foram sulfato de níquel, metilcloroisotiazolinona e metilisotiazolinona (MCI/MI - Kathon CG) e mix de fragrâncias (25,7%, 24,0% e 14,3%, respectivamente; tabela 2).

As mulheres apresentaram maior positividade para MCI/MI ($n = 36$; 27,9%) e sulfato de níquel ($n = 39$; 30,2%) em comparação aos homens ($n = 6$; 13,0%, para ambos os antígenos), e essa associação foi estatisticamente significativa (tabela 2). Por outro lado, os pacientes masculinos apresentaram maior positividade para bicromato de potássio ($n = 7$; 15,2%) e carba mix ($n = 5$; 10,9%) em comparação aos femininos ($n = 5$; 3,9% e $n = 3$; 2,3%, respectivamente), também com significância estatística (tabela 2).

Pacientes com eczema disidrosiforme tiveram testes de contato positivos para MCI/MI em 37,8% dos casos ($n = 28$), em comparação com positividade de 13,9% ($n = 14$) em pacientes sem eczema disidrosiforme ($p < 0,001$). Além disso, foi observada maior porcentagem de positividade do teste de contato para sulfato de níquel e para fenilenodiamina em pacientes com eczema disidrosiforme em comparação com aqueles com eczema não disidrosiforme: 35,1% ($n = 26$) vs. 18,9% ($n = 19$) e 8,1% ($n = 6$) vs. 1,0% ($n = 1$), com $p = 0,015$ e $p = 0,043$, respectivamente.

O DLQI foi avaliado em 77 pacientes, e o escore médio foi de 7,8 pontos. Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os escores do DLQI e as características epidemiológicas, clínicas e de tratamento dos pacientes.

Em relação ao tratamento da doença, foram prescritos emolientes para todos os pacientes e corticosteroides tópicos para 174 (99,4%) deles. O tacrolimus tópico foi utilizado em quatro pacientes (2,3%), enquanto o creme de ureia foi administrado em cinco casos (2,9%). Antibióticos foram prescritos por via oral em 13 casos (7,4%) e topicamente em 17 pacientes (9,7%). Anti-histamínicos orais foram usados em 140 casos (80%). Cinquenta e quatro pacientes (30,9%) receberam ciclos de prednisona oral para otimizar o controle clínico. Metotrexato foi administrado a três pacientes para controle de doença recalcitrante. Na série, 43 (24,6%) pacientes receberam alta do ambulatório por controle regular das manifestações clínicas.

Dos 87 pacientes com DCI, 62 eram mulheres (71,3%). A categoria ocupacional mais frequente foi a de cuidados domésticos ($n = 21$; 24,1%), seguida de funções administrativas ($n = 18$; 20,7%). A maioria desses casos ($n = 68$; 78,2%) apresentou-se clinicamente como eczema não disidrosiforme, em comparação com 37,5% ($n = 33$) dos pacientes com outros diagnósticos – DCA e dermatite vesicular endógena das mãos ($p < 0,001$). As lesões localizavam-se principal-

Tabela 1 Ocupações dos participantes do estudo agrupadas em categorias, Departamento de Dermatologia do HC-FMUSP, março de 2016 a agosto de 2022

Categoria ocupacional	Profissões declaradas	n = 174 (n _{faltantes} = 1); n (%)	Dermatite ocupacional	
			Não (n = 67); n (%)	Sim (n = 107); n (%)
Ocupações relacionadas ao cuidado doméstico	Donas de casa, cuidadores de idosos e trabalhadores domésticos	43 (24,7)	6 (14,0)	37 (86,0)
Profissionais de beleza	Cabeleireiros, barbeiros, esteticistas, manicures e massoterapeutas	13 (7,5)	1 (7,7)	12 (92,3)
Profissionais de saúde	Médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, técnicos de imobilização ortopédica e órteses, agentes comunitários de saúde, fisioterapeutas, dentistas e instrumentadores cirúrgicos	17 (9,8)	5 (29,4)	12 (70,6)
Profissionais da indústria e metalurgia mecânica	Funcionários da indústria química e metalúrgica	5 (2,9)	1 (20,0)	4 (80,0)
Ocupações relacionadas à construção	Pedreiros, pintores e encanadores	16 (9,2)	4 (25,0)	12 (75,0)
Profissionais com funções de limpeza e arrumação em ambientes não domésticos	Zeladores e faxineiros	17 (9,8)	1 (5,9)	16 (94,1)
Profissionais envolvidos com o preparo de alimentos e serviços em ambientes não domésticos	Cozinheiros e mordomos	8 (4,6)	4 (50,0)	4 (50,0)
Profissionais com funções administrativas e/ou que exerçam funções em empresas, comércio, telecomunicações ou serviços de transporte	Profissionais de recursos humanos, supervisores de vendas, caixas, assistentes logísticos, atendentes, auditores, recepcionistas, vendedores, assistentes administrativos, comerciantes, motoristas, instaladores de telecomunicações, estoquistas, <i>designers</i> gráficos e distribuidores de panfletos	32 (18,4)	27 (84,4)	5 (15,6)
Profissionais rurais	Trabalhadores rurais	1 (0,6)	0	1 (100)
Artistas	Artesãos, gravadores, fotógrafos, artistas de circo e costureiras	6 (3,4)	2 (33,3)	4 (66,7)
Ocupações relacionadas à educação	Professores e alunos	9 (5,2)	9 (100)	0
Profissionais aposentados e inativos	Aposentados, profissionais desempregados e aqueles afastados temporariamente das atividades laborais	7 (4,0)	7 (100)	0

HC-FMUSP, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

mente nas palmas das mãos (n = 60; 69,0%), seguidas do dorso das mãos (n = 34; 39,1%); o envolvimento dos pés foi observado em 28 pacientes (32,2%). A frequência de lesões nas palmas das mãos foi menor no grupo de DCI do que no grupo de outro diagnóstico (n = 72; 81,8%), e essa associação foi estatisticamente significativa (p = 0,048). Vinte pacientes (23,0%) com DCI faziam uso de prednisona oral, em comparação com 34 pacientes (38,6%) com outro diagnóstico (p = 0,025). Além disso, entre os pacientes que receberam alta por controle regular do quadro, 65,1% (n = 28) tinham DCI, em comparação com 44,7% (n = 59), daqueles que não receberam alta (p = 0,020).

Cem pacientes foram classificados como DCA (80% mulheres). Entre os pacientes com DCA, a categoria ocupacional mais frequente foi a de cuidados domésticos (n = 27; 27,0%), seguida por funções administrativas (n = 19; 19,0%) e profissionais de cuidados de beleza (n = 11; 11,0%). A maioria

dos casos (n = 53; 53,0%) apresentou-se clinicamente como eczema disidrosiforme, em comparação com apenas 28,0% (n = 21) dos pacientes com outros diagnósticos (p = 0,001). Em relação à topografia das lesões, 81,0% (n = 81) dos pacientes manifestaram lesões nas palmas das mãos (n = 81), 49,0% (n = 49) no dorso das mãos e 37,0% (n = 37) também apresentaram acometimento dos pés. A frequência de lesões no dorso das mãos foi maior nesse grupo (n = 49; 49,5%) em comparação com aqueles com outro diagnóstico (n = 26; 34,7%), com significância estatística (p = 0,050). Prednisona oral foi prescrita para 40,0% desses indivíduos durante o seguimento, em comparação com apenas 18,7% dos pacientes com outros diagnósticos (p = 0,002). Entre os pacientes que receberam alta por controle regular do quadro, apenas 32,6% (n = 14) apresentavam DCA, em comparação com 65,2% (n = 86) daqueles que não receberam alta (p < 0,001).

Tabela 2 Resultados do teste de contato para pacientes com dermatite das mãos monitorados no Departamento de Dermatologia do HC-FMUSP, de março de 2016 a agosto de 2022

Substâncias testadas		Testes de contato positivos relevantes (n = 175); n (%)	Testes de contato positivos relevantes por gênero		Valor de p
			Gênero masculino (n = 46); n (%)	Gênero feminino (n = 129; n (%))	
Bálsamo do Peru	Sim	6 (3,4)	0	6 (4,7)	0,342 ^a
	Não	169 (96,6)	46 (100)	123 (95,3)	
PPD mix	Sim	5 (2,8)	0	5 (3,9)	0,328 ^a
	Não	170 (97,1)	46 (100)	124 (96,1)	
Hidroquinona	Sim	2 (1,1)	1 (2,2)	1 (0,8)	0,458 ^a
	Não	173 (98,8)	45 (97,8)	128 (99,2)	
Bicromato de potássio	Sim	12 (6,8)	7 (15,2)	5 (3,9)	0,015 ^a
	Não	163 (93,1)	39 (84,8)	124 (96,1)	
Propilenoglicol	Sim	1 (0,6)	1 (2,2)	0	0,263 ^a
	Não	174 (99,4)	45 (97,8)	129 (100)	
Neomicina	Sim	4 (2,3)	2 (4,3)	2 (1,6)	0,283 ^a
	Não	171 (97,7)	44 (95,7)	127 (98,4)	
MCI/MI	Sim	42 (24,0)	6 (13,0)	36 (27,9)	0,043 ^b
	Não	133 (76,0)	40 (87,0)	93 (72,1)	
Cloreto de cobalto	Sim	11 (6,3)	4 (8,7)	7 (5,4)	0,482 ^a
	Não	164 (93,7)	42 (91,3)	122 (94,6)	
Tiuram mix	Sim	8 (4,6)	3 (6,5)	5 (3,9)	0,435 ^a
	Não	167 (95,4)	43 (93,5)	124 (96,1)	
Etilenodiamina	Sim	1 (0,6)	0	1 (0,8)	0,999 ^a
	Não	174 (99,4)	46 (100)	128 (99,2)	
Mix de fragrâncias	Sim	25 (14,3)	4 (8,7)	21 (16,3)	0,207 ^b
	Não	150 (85,7)	42 (91,3)	108 (83,7)	
MBT mix	Sim	1 (0,6)	1 (2,2)	0	0,263 ^a
	Não	174 (99,4)	45 (97,8)	129 (100)	
Quinolina mix	Sim	1 (0,6)	0	1 (0,8)	0,999 ^a
	Não	174 (99,4)	46 (100)	128 (99,2)	
Resina epóxi	Sim	1 (0,6)	1 (2,2)	0	0,263 ^a
	Não	174 (99,4)	45 (97,8)	129 (100)	
Timerosal	Sim	17 (9,7)	5 (10,9)	12 (9,3)	0,775 ^b
	Não	158 (90,3)	41 (89,1)	117 (90,7)	
Terebintina	Sim	5 (2,9)	1 (2,2)	4 (3,1)	0,999 ^a
	Não	170 (97,1)	45 (97,8)	125 (96,9)	
Carba mix	Sim	8 (4,6)	5 (10,9)	3 (2,3)	0,030 ^a
	Não	167 (95,4)	41 (89,1)	126 (97,7)	
Prometazina	Sim	3 (1,7)	1 (2,2)	2 (1,6)	0,999 ^a
	Não	172 (98,3)	45 (97,8)	127 (98,4)	
Sulfato de níquel	Sim	45 (25,7)	6 (13,0)	39 (30,2)	0,022 ^b
	Não	130 (74,3)	40 (87,0)	90 (69,8)	
Colofônio	Sim	8 (4,6)	3 (6,5)	5 (3,9)	0,435 ^a
	Não	167 (95,4)	43 (93,5)	124 (96,1)	
Parafenilenodiamina	Sim	7 (4,0)	0	7 (5,4)	0,192 ^a
	Não	168 (96,0)	46 (100)	122 (94,6)	
Formaldeído	Sim	7 (4,0)	1 (2,2)	6 (4,7)	0,677 ^a
	Não	168 (96,0)	45 (97,8)	123 (95,3)	
Germall 115	Sim	1 (0,6)	1 (2,2)	0	0,263 ^a
	Não	174 (99,4)	45 (97,8)	129 (100)	
Resina de tosilamida-formaldeído	Sim	8 (4,6)	0	8 (6,2)	0,113 ^a
	Não	167 (95,4)	46 (100)	121 (93,8)	
Trietanolamina	Sim	12 (6,8)	2 (4,3)	10 (7,8)	0,734 ^a
	Não	163 (93,1)	44 (95,7)	119 (92,2)	
Bronopol	Sim	3 (1,7)	0	3 (2,3)	0,567 ^a
	Não	172 (98,3)	46 (100)	126 (97,7)	
Clorexidina	Sim	1 (0,6)	0	1 (0,8)	0,999 ^a
	Não	174 (99,4)	46 (100)	128 (99,2)	

Tabela 2 (Continuação)

Substâncias testadas		Testes de contato positivos relevantes (n = 175); n (%)	Testes de contato positivos relevantes por gênero		Valor de p
			Gênero masculino (n = 46); n (%)	Gênero feminino (n = 129; n (%))	
Dietanolamida de ácido graxo de coco	Sim	2 (1,1)	1 (2,2)	1 (0,8)	0,458 ^a
	Não	173 (98,8)	45 (97,8)	128 (99,2)	

^a Teste exato de Fisher.^b Teste Qui-Quadrado de Pearson.

HC-FMUSP, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

O valor de p demonstra a associação entre as variáveis gênero e positividade no teste de contato para cada substância avaliada.

Seis pacientes apresentaram dermatite vesicular endógena das mãos. Quatro desses pacientes (66,7%) receberam alta por controle regular do quadro.

Discussão

O presente estudo revela a experiência de seis anos e meio com o tratamento de DM em ambulatório especializado em Dermatologia de um hospital terciário brasileiro. Na amostra, 73,3% dos pacientes eram do gênero feminino, com média de idade de 42 anos no início das manifestações clínicas. Gênero feminino tem sido considerado fator de risco para o desenvolvimento de eczema nas mãos, o que provavelmente se deve à maior exposição a fatores desencadeantes, uma vez que ocupações predominantemente femininas relacionadas com estética, limpeza e saúde envolvem contacto frequente das mãos com umidade e produtos de higiene.^{1,18–20} Deve-se considerar também que as mulheres provavelmente procuram atendimento médico com mais frequência.²¹ A distribuição por gênero e a média de idade de início do eczema foram semelhantes no presente estudo e em uma investigação brasileira publicada recentemente.²⁰

Em relação ao tempo médio relativamente longo (46 meses) entre o início do quadro e o início do seguimento ambulatorial, isso possivelmente reflete a demora dos pacientes em procurar atendimento médico, por não considerarem a DM uma doença ou mesmo por não conhecerem as opções de tratamento.^{3,22} Também é possível que a condição não seja valorizada ou diagnosticada com precisão por alguns profissionais de saúde.^{3,22}

Observou-se associação estatisticamente significativa entre as categorias ocupacionais e o diagnóstico de dermatite ocupacional, com maior prevalência de doença ocupacional em profissionais com funções de limpeza e arrumação em ambientes não domésticos (94,1%), profissionais de cuidados de beleza (92,3%), ocupações relacionadas a cuidados domésticos (86,0%), profissionais da indústria e metalurgia mecânica (80,0%), profissionais da construção civil (75,0%) e profissionais de saúde (70,6%). Esses dados estão de acordo com a literatura brasileira recente.^{20,21} Um aumento na incidência de dermatite nas mãos geralmente está associado ao trabalho úmido, possivelmente em virtude do comprometimento da barreira cutânea.^{3,18,21,23} Além disso, algumas ocupações são frequentemente expostas a gatilhos alérgicos e irritantes. Uma revisão sistemática com metanálise demonstrou risco significativamente aumentado

de dermatite de contato em profissionais de saúde, cabeleireiros, operários, pintores, metalúrgicos e faxineiros.²³

O escore médio do DLQI foi de 7,8 pontos, o que significa efeito moderado na QV do paciente, semelhante aos resultados de estudos anteriores.^{15,22,24–26} Deve-se considerar, entretanto, que esse instrumento pode não ser suficiente para analisar a magnitude do comprometimento da QV em pacientes com DM, uma vez que aspectos gravemente impactados, como a capacidade para o trabalho, são pouco representados, enquanto outros aspectos menos afetados pela doença são valorizados.¹⁷

Apenas 6,9% dos pacientes da presente amostra apresentavam DA, o que pode ter sido subestimado em virtude da ausência de manifestações clínicas da doença durante as consultas e da falta de precisão dos pacientes em identificar condição prévia. A exclusão de pacientes com lesões eczematosas em outros locais que não mãos e pés também pode explicar a menor frequência de pacientes com DA. A DA é considerada importante fator de risco para o desenvolvimento de DM.^{1,3,18–20,27,28} No estudo de coorte conduzido por Koskelo et al., a DA foi confirmada em 72,4% dos pacientes com eczema das mãos, enquanto na metanálise de Quade et al. a proporção combinada de adultos com DM atual ou anterior e história de DA foi de 34,4%.^{1,19}

Observou-se que pacientes do gênero feminino apresentaram maior frequência de positividade para MCI/MI e sulfato de níquel nos testes de contato, enquanto os pacientes do gênero masculino apresentaram maior positividade para bicromato de potássio e carba mix. Os principais sensibilizadores encontrados no presente estudo estão de acordo com a literatura.^{20,21,29–36}

MCI/MI é utilizada como conservante em cosméticos, detergentes, tintas à base de água e produtos industriais. Portanto, a sensibilização ocorre principalmente em ocupações domésticas, trabalhadores de limpeza, esteticistas, pintores e trabalhadores industriais; alguns estudos apontaram o gênero feminino como fator de risco para essa sensibilização.^{29–31} Espera-se redução nas taxas de sensibilidade a esse conservante no Brasil, uma vez que a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) emitiu nota estipulando a restrição da concentração de MCI/MI em até 15 ppm em produtos pessoais comercializados no país, a ser cumprida antes de agosto de 2024.^{20,37}

O níquel é o principal alérgeno de contato na maioria dos países industrializados, com prevalência de aproximadamente 8% a 19% em adultos e forte predominância em

mulheres em comparação com homens (4 a 10 vezes).³² A exposição cutânea ocorre a partir de itens metálicos, detergentes e cosméticos, enquanto a exposição sistêmica ocorre por meio de alimentos, água, implantes cirúrgicos e materiais dentários.³²

O bicromato de potássio está presente em cimento e produtos de couro. É considerado o gatilho de dermatite de contato mais comum em trabalhadores da construção civil e foi demonstrada associação estatisticamente significativa entre sensibilização a essa substância e gênero masculino.^{33–35}

Carba mix é uma mistura de substâncias aceleradoras de borracha, usadas na produção industrial de borracha para sapatos, pneus e luvas.³⁶ Warshaw et al. demonstraram que os pacientes sensibilizados à carba mix eram mais propensos a ser do gênero masculino e a ter dermatite ocupacional em comparação com indivíduos que não reagiram a esse alérgeno.³⁶

Em relação ao tratamento da DM, os emolientes foram prescritos para todos os pacientes do estudo, considerados componente-chave no tratamento da DM, promovendo a recuperação da barreira epidérmica e ajudando a controlar os sintomas.⁷ Os corticosteroides tópicos, que são considerados tratamento farmacológico de primeira linha para DM, foram usados em quase todos os casos.⁴ Inibidores tópicos de calcineurina podem ser considerados em casos que requeiram tratamento em longo prazo.^{5,7} Na presente amostra, 31,0% dos pacientes receberam ciclos de prednisona oral para otimizar o controle clínico, e anti-histamínicos orais foram usados em 80,0% dos casos, principalmente para controle do prurido. Esses achados são semelhantes ao que já foi descrito e recomendado anteriormente.^{4,5,7}

Das mulheres estudadas, 62,0% apresentaram DCA nas mãos, enquanto esse diagnóstico foi confirmado em 43,5% dos pacientes homens. A categoria ocupacional relacionada ao cuidado domiciliar foi a mais frequente entre os pacientes com DCI e com DCA, o que coincide com a literatura brasileira recente.²⁰ A DCI de mãos manifestou-se como lesões nas palmas das mãos em 69,0% dos casos. Foi descrito que o eczema irritativo geralmente se limita aos locais de exposição, em geral as palmas das mãos e o dorso dos dedos.^{2,5} Entretanto, as lesões nas palmas das mãos, na presente amostra, foram mais prevalentes nos casos de DCA. Ressalta-se, nesse ponto, a limitação imposta pela coleta de dados dos prontuários e a dificuldade de estabelecer relação entre a etiologia e os achados clínicos da DM, que é doença com curso clínico dinâmico.²⁰ As lesões no dorso das mãos também foram mais prevalentes nos casos de DCA, o que está de acordo com a literatura, uma vez que é indicado que as lesões na DCA geralmente são bem demarcadas no local da exposição – principalmente no dorso das mãos, dedos e punhos.^{2,5}

A maioria dos pacientes que receberam alta do ambulatório após o controle clínico regular tinha diagnóstico de DCI, o que pode ser justificado pela possibilidade de controlar a condição irritante com alterações comportamentais, não dependendo da exclusão de um ou mais gatilhos específicos, como no caso das condições alérgicas, nas quais isso pode ser mais difícil de realizar. De fato, existem estudos que apontam a DCA como fator de risco para prognóstico ruim em longo prazo.³

Na presente amostra, os pacientes com eczema disidrosiforme apresentaram maior percentual de positividade do

teste de contato para MCI/MI, sulfato de níquel e parafe-nilenodiamina. A associação entre eczema disidrosiforme e sensibilização ao sulfato de níquel e à parafe-nilenodiamina já foi descrita na literatura.^{38–40} Esse aspecto reforça a importância de realizar testes de contato em pacientes com eczema das mãos.

Como limitações, destacam-se a coleta de dados dos prontuários, que em alguns casos apresentavam falta de informações, como escores do DLQI, tabagismo e topografia precisa das lesões. A frequência de pacientes com DA pode ter sido subestimada. Além disso, por se tratar de estudo transversal, não foi possível avaliar relações de causa e efeito entre as variáveis.

Conclusões

Esta investigação brasileira sobre DM apresenta aspectos epidemiológicos, clínicos, diagnósticos e terapêuticos dos pacientes. Os dados do presente estudo reforçam a importância dos testes de contato na investigação da DM e destacam as altas taxas de sensibilidade a MCI/MI e ao sulfato de níquel em mulheres brasileiras e ao bicromato de potássio e carba mix em pacientes brasileiros masculinos.

O eczema das mãos é condição importante, pois sua alta prevalência e curso geralmente crônico é responsável por parcela significativa das doenças ocupacionais e compromete a QV dos pacientes. Devem ser desenvolvidas atividades de educação em saúde tanto para prevenir a doença quanto para promover seu controle o mais precocemente possível.

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Larissa Relva da Fonte Gonçalves Endlich: Curadoria de dados; análise formal; investigação; metodologia; visualização, rascunho original do manuscrito.

Luciana Paula Samorano: Concepção; investigação; metodologia; administração do projeto; supervisão; validação; visualização; redação-revisão e edição do manuscrito.

Ricardo Spina Nunes: Análise formal; investigação.

Vitor Manoel Silva dos Reis: Concepção; investigação; metodologia; administração do projeto; supervisão; validação; visualização; redação-revisão e edição do manuscrito.

Conflito de interesses

Nenhum.

Referências

1. Quaade AS, Simonsen AB, Halling AS, Thyssen JP, Johansen JD. Prevalence, incidence, and severity of hand eczema in the general population - a systematic review and meta-analysis. *Contact Dermatitis*. 2021;84:361–74.

2. Alavi A, Skotnicki S, Sussman G, Sibbald RG. Diagnosis and treatment of hand dermatitis. *Adv Skin Wound Care*. 2012;25:371–80, quiz 381–2.
3. Agner T, Elsner P. Hand eczema: epidemiology, prognosis and prevention. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2020;34 Suppl 1:4–12.
4. Coenraads PJ. Hand eczema. *N Engl J Med*. 2012;367:1829–37.
5. Diepgen TL, Andersen KE, Chosidow O, Coenraads PJ, Elsner P, English J, et al. Guidelines for diagnosis, prevention and treatment of hand eczema-short version. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2015;13:77–85.
6. Christoffers WA, Coenraads PJ, Svensson Å, Diepgen T, Dickinson-Blok JL, Xia J, et al. Interventions for hand eczema. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;4:CD004055.
7. Elsner P, Agner T. Hand eczema: treatment. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2020;34 Suppl 1:13–21.
8. Meding B, Wrangsjö K, Järholm B. Fifteen-year follow-up of hand eczema: persistence and consequences. *Br J Dermatol*. 2005;152:975–80.
9. Olesen CM, Agner T, Ebbelhøj NE, Carøe TK. Factors influencing prognosis for occupational hand eczema: new trends. *Br J Dermatol*. 2019;181:1280–6.
10. Capucci S, Hahn-Pedersen J, Vilsbøll A, Kragh N. Impact of atopic dermatitis and chronic hand eczema on quality of life compared with other chronic diseases. *Dermatitis*. 2020;31:178–84.
11. Lee GR, Maarouf M, Hendricks AK, Lee DE, Shi VY. Current and emerging therapies for hand eczema. *Dermatol Ther*. 2019;32:e12840.
12. Cvetkovski RS, Rothman KJ, Olsen J, Mathiesen B, Iversen L, Johansen JD, et al. Relation between diagnoses on severity, sick leave and loss of job among patients with occupational hand eczema. *Br J Dermatol*. 2005;152:93–8.
13. Hanifin JM, Rajka G. Diagnostic features of atopic dermatitis. *Acta Derm-Venereol*. 1980;44–7.
14. Finlay AY, Khan GK. Dermatology Life Quality Index (DLQI) – a simple practical measure for routine clinical use. *Clin Exp Dermatol*. 1994;19:210–6.
15. Hongbo Y, Thomas CL, Harrison MA, Salek MS, Finlay AY. Translating the science of quality of life into practice: what do dermatology life quality index scores mean? *J Invest Dermatol*. 2005;125:659–64.
16. Contact Dermatitis Brazilian Studying Group. Multicentric study for the development of a standard Brazilian patch test series. *An Bras Dermatol*. 2000;75:147–56.
17. Lazzarini R, Duarte I, Ferreira AL. Patch tests. *An Bras Dermatol*. 2013;88:879–88.
18. Thyssen JP, Johansen JD, Linneberg A, Menné T. The epidemiology of hand eczema in the general population-prevalence and main findings. *Contact Dermatitis*. 2010;62:75–87.
19. Koskelo M, Sinikumpu SP, Jokelainen J, Huilaja L. Risk factors of hand eczema: a population-based study among 900 subjects. *Contact Dermatitis*. 2022;87:485–91.
20. Suzuki NM, Hafner MFS, Lazzarini R, Duarte IAG, Veasey JV. Patch tests and hand eczema: retrospective study in 173 patients and literature review. *An Bras Dermatol*. 2023;98:339–46.
21. Lazzarini R, Hafner MFS, Suzukia NM, Pasotti IM, Kraft MRPL. Occupational contact dermatitis: analysis of cases observed in a service not specialized in occupational dermatosis between 2004 and 2017. *An Bras Dermatol*. 2022;97:105–7.
22. Hald M, Berg ND, Elberling J, Johansen JD. Medical consultations in relation to severity of hand eczema in the general population. *Br J Dermatol*. 2008;158:773–7.
23. Schütte MG, Tamminga SJ, de Groene GJ, Kezic S, van der Molen HF. Work-related and personal risk factors for occupational contact dermatitis: a systematic review of the literature with meta-analysis. *Contact Dermatitis*. 2023;88:171–87.
24. Tauber M, Lourari S, Bérard E, Questel E, Redoules D, Giordano-Labadie F, et al., Therapeutic Education Group (GET) of the French Society of Dermatology (SFD). Positive change in hand care habits using therapeutic patient education in chronic hand eczema. *Contact Dermatitis*. 2020;82:10–7.
25. Agner T, Anderson KE, Brandao FM, Bruynzeel DP, Bruze M, Frosch P, et al. Hand eczema severity and quality of life: a cross-sectional, multicentre study of hand eczema patients. *Contact Dermatitis*. 2008;59:43–7.
26. Cvetkovski RS, Zachariae R, Jensen H, Olsen J, Johansen JD, Agner T. Quality of life and depression in a population of occupational hand eczema patients. *Contact Dermatitis*. 2006;54:106–11.
27. Mahler V. Hand dermatitis – differential diagnoses, diagnostics, and treatment options. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2016;14:7–26, quiz 27–8.
28. Ruff SMD, Engebretsen KA, Zachariae C, Johansen JD, Silverberg JI, Egeberg A, et al. The association between atopic dermatitis and hand eczema: a systematic review and meta-analysis. *Br J Dermatol*. 2018;178:879–88.
29. Hernández Fernández CP, Borrego L, Mercader García P, Giménez Arnau AM, Sánchez Pérez J, Silvestre Salvador JF, et al. Sensitization to isothiazolinones in the Spanish Contact Dermatitis Registry (REIDAC): 2019-2021 epidemiological situation. *Contact Dermatitis*. 2023;88:212–9.
30. Havmose M, Thyssen JP, Zachariae C, Menné T, Johansen JD. The epidemic of contact allergy to methylisothiazolinone-An analysis of Danish consecutive patients patch tested between 2005 and 2019. *Contact Dermatitis*. 2021;84:254–62.
31. Schwensen JF, Menné T, Andersen KE, Sommerlund M, Johansen JD. Occupations at risk of developing contact allergy to isothiazolinones in Danish contact dermatitis patients: results from a Danish multicentre study (2009-2012). *Contact Dermatitis*. 2014;71:295–302.
32. Uter W, Strahwald J, Hallmann S, Johansen JD, Havmose MS, Kezic S, et al. Systematic review on skin adverse effects of important hazardous hair cosmetic ingredients with a focus on hairdressers. *Contact Dermatitis*. 2023;88:93–108.
33. Boyvat A, Kalay Yildizhan I. Patch test results of the European baseline series among 1309 patients in Turkey between 2013 and 2019. *Contact Dermatitis*. 2021;84:15–23.
34. Acer E, Erdogan HK, Batan T, Saracoglu ZN. European standard series patch test results in contact dermatitis patients in a tertiary care hospital. *Sisli Etfal Hastan Tip Bul*. 2020;54:206–10.
35. Lam WS, Chan LY, Ho SC, Chong LY, So WH, Wong TW. A retrospective study of 2585 patients patch tested with the European standard series in Hong Kong (1995-99). *Int J Dermatol*. 2008;47:128–33.
36. Warshaw EM, Gupta R, Dekoven JG, Fowler JF Jr, Silverberg JI, Atwater AR, et al. Patch testing to diphenylguanidine by the North American contact dermatitis group (2013-2016). *Dermatitis*. 2020;31:350–8.
37. Resolução de diretoria colegiada. RDC N° 528, de 4 DE AGOSTO DE 2021. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-de-diretoria-colegiada-rdc-n-528-de-4-de-agosto-de-2021-337561592>>. Acesso em 31 jul. 2024.
38. Boonstra MB, Christoffers WA, Coenraads PJ, Schuttelaar ML. Patch test results of hand eczema patients: relation to clinical types. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2015;29:940–7.
39. Nielsen GD, Jepsen LV, Jørgensen PJ, Grandjean P, Brandrup F. Nickel-sensitive patients with vesicular hand eczema: oral challenge with a diet naturally high in nickel. *Br J Dermatol*. 1990;122:299–308.
40. Gupta S, Pruthi S, Kumar A, Mahendra A. Common contact allergens in patients with chronic vesicular dermatitis of palms and soles: a retrospective study. *Indian Dermatol Online J*. 2019;10:396–400.