

Dermatite alérgica de contato ao *slime*☆☆



Prezado Editor,

Slime é o nome coloquial de um produto visco-elástico usado como brinquedo, que ganhou popularidade nos últimos anos entre crianças e adolescentes do mundo todo. Pode ser de fabricação caseira ou industrializada. O primeiro é obtido pela mistura de artigos de uso cosmético e doméstico, inclusive espumas de barbear, soluções de lentes de contato com ácido bórico, colas, detergentes líquidos e sabão em pó, entre outros.¹

Relatamos o caso de uma menina de 9 anos, com antecedente pessoal de atopia, que apresentava dermatite eczematosa nas mãos havia 5 anos, com períodos de exacerbação relacionados à manipulação do *slime*. A mãe referia que a paciente teve contato com o produto comercial e, em algumas ocasiões, criou o próprio brinquedo com hidratante corporal, água boricada, cola, bicarbonato de sódio, corante de alimento azul e espuma de barbear.

Ao exame dermatológico apresentava intenso eritema nas regiões palmares, sobre o qual se notavam múltiplas vesículas de conteúdo claro associadas à descamação, fissuras e algumas áreas exulceradas (fig. 1). O tratamento foi feito com corticoterapia sistêmica 0,5 mg/kg/dia e, após 2 meses, realizou-se teste de contato com a bateria-padrão brasileira, somada à solução aquosa de metilisotiazolinona (0,02%) e uma parte do produto industrializado (mesmo sabendo-se da existência de potenciais irritantes em sua composição, que poderiam levar a possíveis reações falso-positivas) (fig. 2). A leitura após 96 horas demonstrou positividade 2+ para Kathon CG, que é uma mistura de metilisotiazolinona (MI) e metilclorotiazolinona (MCI), e também para a metilisotiazolinona (MI) isolada 2+ (fig. 3), componente presente no hidratante, na cola e na espuma de barbear usados na confecção do produto caseiro. A empresa produtora do *slime* industrializado informou que os conservantes usados na sua composição foram os parabens, negativos no teste de contato.

O *slime* pode causar tanto dermatite de contato irritativa (DCIP) quanto alérgica (DAC), principalmente quando é confeccionado em casa, com a adição de diferentes produtos comerciais. Quando irritativa, componentes do tipo ácido bórico, álcoois e glicóis são os responsáveis pela agressão da barreira cutânea.² Por outro lado, alérgenos como a metilisotiazolinona e a metilclorotiazolinona são bem reconhecidos como causadores de DAC e são usados como conservantes em produtos industrializados e cosméticos, como lenços umedecidos, hidratantes, maquiagem, laquês, produtos de limpeza, colas, entre outros.³ No caso exposto, revelou-se a importância da detecção das substâncias nos inúmeros produtos que podem ser usados.

Pacientes atópicos são propensos ao desenvolvimento de DAC pela deficiência da barreira cutânea e pelo contato constante com possíveis alérgenos. No caso relatado, a paciente tinha eczema das mãos relacionado à atopia, cuja exacerbação ocorreu após iniciar manipulação do gel e resultou na DAC.



Figura 1 Regiões palmares mostram eritema, descamação e algumas vesículas.



Figura 2 Aspecto do produto industrializado.



Figura 3 Teste de contato positivo para Kathon CG (++)

Neste último ano foram publicados vários relatos de DCI e DAC provocadas pelo *slime*, o que deve alertar pais e profissionais de saúde sobre os riscos dessa brincadeira, principalmente quando fabricado em casa.²

Anderson et al. reuniu os ingredientes de 48 receitas de géis disponíveis na internet e evidenciou os principais alérgenos. Os mais comuns foram as fragrâncias mix I e II e conservantes, como propilenoglicol e MI, esse último o alérgeno positivo no caso da nossa paciente.⁴

Clinicamente, as causas dos eczemas das mãos são indistinguíveis. Como o *slime* pode causar ambas as formas de dermatite de

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abd.2019.06.008>

☆ Como citar este artigo: Pessotti NS, Hafner MFS, Possa MS, Lazarini R. Allergic contact dermatitis to slime. An Bras Dermatol. 2020;95:265–6.

☆☆ Trabalho realizado no Setor de Alergias Cutâneas, Clínica de Dermatologia, Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

contato, o teste de contato é essencial, não só para diagnóstico diferencial como para detectar o alérgeno causador. Identificá-lo é importante, uma vez que as substâncias presentes no *slime* fazem parte da composição dos produtos de uso cotidiano dos pacientes, como shampoos, sabonetes e cremes. Desse modo, caso não haja um diagnóstico preciso, a dermatite pode evoluir com recidivas pela manutenção do contato com o alérgeno, aumentar a morbidade e dificultar o controle da doença.

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Nabila Scabine Pessotti: Elaboração e redação do manuscrito; revisão crítica da literatura.

Mariana de Figueiredo Silva Hafner: Aprovação da versão final do manuscrito; elaboração e redação do manuscrito; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados.

Mellanie Starck Possa: Aprovação da versão final do manuscrito; elaboração e redação do manuscrito; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados.

Rosana Lazzarini: Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados.

Conflitos de interesse

Nenhum.

Referências

1. Asher C, Dalan R, Aly MI. Home-made SlimeTM: a novel cause for pediatric burns' referrals; do we need to raise awareness? *Burns*. 2018;44:1613.
2. Heller E, Murthy AS, Jen MV. A slime of the times: Two cases of acute irritant contact dermatitis from homemade Slime. *Pediatr Dermatol*. 2019;36:139–41.
3. Piazza CD, Cestari SCP. Contact dermatitis from Do-It-Yourself Slime. *An Bras Dermatol*. 2018;93:944.
4. Anderson LE, Treat JR, Brod BA, Yu J. SlimeTM contact dermatitis: Case report and review of relevant allergens. *Pediatr Dermatol*. 2019;36:335–7.

Nabila Scabine Pessotti ^a,
Mariana de Figueiredo Silva Hafner ^a,
Mellanie Starck Possa ^b
e Rosana Lazzarini ^{a,*}

^a *Setor de Alergias Cutâneas, Clínica de Dermatologia, Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil*

^b *Curso de Aperfeiçoamento em Alergias Cutâneas, Clínica de Dermatologia, Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil*

* Autor para correspondência.

E-mail: rosana.fototerapia@gmail.com (R. Lazzarini).

Recebido em 24 de abril de 2019; aceito em 9 de junho de 2019
Disponível na Internet em 21 de abril de 2020

2666-2752/ © 2020 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/>).

Onicomadese secundária à síndrome mão-pé-boca: relato de dois casos

Prezado Editor,

A onicomadese secundária à síndrome mão-pé-boca é manifestação relativamente incomum, porém assustadora para os pais e cuidadores das crianças acometidas. Em relato de série de 145 casos da Tailândia, a onicomadese ocorreu em 5% a 37% dos casos, dependeu do vírus causador.¹ A síndrome mão-pé-boca é causada por vírus Cocksackie, o subtipo A6 é o mais comum, alguns por Enterovirus e Echovirus. É mais comum em crianças abaixo dos 10 anos,² com sintomas semelhantes a

processo gripal (febre, linfonodomegalia, náuseas e vômitos, mal-estar) associados a ulcerações tipo aftas na mucosa oral e vesículas nas mãos e pés. Entretanto, pode ocorrer transmissão oral-fecal por até 30 dias, mesmo com o cessar dos sintomas em 7 a 10 dias. As alterações ungueais mais comuns da síndrome mão-pé-boca são: linhas de Beau, leuconíquia e a onicomadese.³ As linhas de Beau são sulcos transversos esbranquiçados resultantes da parada temporária de formação da placa ungueal.³ A onicomadese seria forma mais grave desse acometimento. Quando ocorre parada do crescimento ungueal por uma a duas semanas resulta no descolamento da placa em relação ao leito ungueal. A nova unha cresce sem conexão com a unha anterior, ocorre separação e descolamento da unha antiga. Foi proposto que essa alteração seja por ação tóxica direta do vírus na matriz ou pela inflamação secundária à maceração das bolhas digitais.⁴ De acordo com série de casos,¹ a onicomadese é mais comum na síndrome mão-pé-boca causada por vírus Cocksackie A6 do que por outros vírus. Outro estudo espanhol,⁵ que investigou um surto de onicomadese (311 casos) demonstrou alta frequência de síndrome mão-pé-boca como possível causa (60%), identificou tanto vírus Cocksackie quanto da família Enterovirus em amostras fecais. O tratamento para a síndrome é sintomático, já que se trata de doença autolimitada com raras sequelas. Apresentamos dois casos de pacientes com onicomadese secundária à síndrome

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abd.2019.06.011>

* Trabalho realizado na Clínica Tiradentes, Araçatuba, SP, Brasil.

** Como citar este artigo: Ocanha-Xavier JP, Xavier Jr JCC. Onychomadesis secondary to hand-foot-and-mouth disease: report of two cases. *An Bras Dermatol*. 2020;95:266–268.