

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE DERMATOSES E ALERGIA

Abordagem prática

Suzana Tschoepke Aires

Departamento Científico de Alergia e Imunologia - SBP

O presente artigo tem como objetivo orientar profissionais de saúde quanto à diversidade de diagnósticos diferenciais diante do pequeno paciente com erupção cutânea e prurido.

As dermatoses alérgicas mais freqüentes em nosso meio envolvem o prurigo estrófulo, erupções medicamentosas por penicilinas, sulfas, anti-inflamatórios e anticonvulsivantes. Com relação aos alimentos, os mais frequentemente implicados são as proteínas do leite de vaca, ovo, trigo, soja, frutos do mar, amendoim, castanhas e nozes (Roxo Junior, 2006). Cabe ressaltar ainda que o uso crescente de cosméticos pela população infantil e consumo exagerado de produtos industrializados também têm contribuído para o incremento das erupções de origem alérgica. Frequentemente os responsáveis procuram o alergista pediatra acreditando que seus filhos estejam com alergia de pele quando, na verdade, etiologia infecciosa está implicada na maioria das situações. Anamnese cuidadosa e características da lesão elementar são fundamentais para se chegar ao diagnóstico mais provável. A seguir descreveremos doenças cujas manifestações sugerem etiologia alérgica e que, no entanto, possuem outra origem.

ESCABIOSE

Dermatozoonose causada por um membro da classe Aracnida (Ordem Acari). O *Sarcoptes scabiei* infesta seres humanos de qualquer faixa etária e leva a erupção papular com vesículas e túneis lineares. Prurido intenso, principalmente noturno, é muito comum. As lesões primárias podem, em virtude do prurido, evoluir para eczematização cutânea e facilitar a aquisição de infecções secundárias. Deve-se ter alto índice de suspeição uma vez que se assemelha muito à dermatite atópica. Entretanto, diferente da localização da dermatite atópica, a erupção é observada principalmente em abdômen, axilas, regiões inguinais e interdigitais. A presença de demais familiares com os mesmos sinais e sintomas torna menos provável a hipótese de doença alérgica. Tratamento específico deve ser prontamente instituído para toda a família e contactantes íntimos (Schettino, 1999).

LARVA *MIGRANS* CUTÂNEA

É causada pela infestação cutânea de seres humanos por larvas do *Ancylostoma* que acomete o trato gastrointestinal de cães e gatos. A transmissão se dá através de penetração ativa destas larvas que se encontram em terrenos contaminados por fezes de cães e gatos infectados. As lesões típicas correspondem a pápulas eritematosas que vão aumentando e formando um trajeto sinuoso intensamente pruriginoso. A coçadura pode levar a eczematização cutânea e facilitar a aquisição de infecção secundária. Tiabendazol tópico e oral é o tratamento de escolha (Pernetta, 1985).

ERITEMA INFECCIOSO (QUINTA MOLÉSTIA)

Doença benigna causada pelo Parvovirus B19, é mais prevalente entre dois e 14 anos. Caracteriza-se por exantema maculopapular rosa-avermelhado, mais exacerbado em bochechas e palidez perioral. Ocorrência de febre é rara. Lesões podem recorrer em vigência de calor ou frio intensos e exposição solar. Prurido pode estar presente em alguns casos (Schettino, 1999).

VARICELA

Febre baixa, mal-estar, erupção inicialmente caracterizada por manchas de coloração rosada que evoluem para pápulas com uma vesícula em seu centro. Classicamente descrita como uma “gota de orvalho em uma pétala de rosa”. Neste estágio da doença as lesões assemelham-se muito a reações a picada de inseto. Muitas vezes o diagnóstico clínico é feito retrospectivamente com a evolução das lesões, especialmente nos casos mais brandos com poucos sintomas gerais. As máculas evoluem em cerca de 12 horas para crostas levando cerca de 2 a 3 semanas para resolução completa. A erupção acomete principalmente cabeça e tronco além de poder estar presente ainda em mucosas. A presença concomitante de lesões em vários estágios de evolução também é característica marcante da varicela (Folster-Holst, 2009). O processo é acompanhado ainda por intenso prurido sendo necessário o uso de doses generosas de antihistamínicos para controle do mesmo. Imunização ativa reduziu bastante o número de casos e gravidade dos mesmos embora não confira 100% de proteção contra a doença.

PITIRIASE ROSEA

De etiologia desconhecida, esta entidade acomete mais frequentemente pacientes na faixa etária entre 10 e 40 anos. Uma lesão oval, eritemato-descamativa, conhecida como “lesão mãe”, localizada frequentemente no tronco, pode preceder a erupção. As demais lesões surgem então, menores que a inicial, distribuindo-se pelo tronco e abdômen e apresentando a distribuição típica em forma de “Árvore de Natal”, mais perceptível quando a criança se curva sobre os joelhos. Não há febre e prurido está presente na maioria dos pacientes. As lesões podem levar de seis semanas a quatro meses para desaparecer. Não há tratamento específico podendo-se fazer uso de antihistamínicos quando da presença de prurido (Chuh, 2005; Browning, 2009).

HERPES ZOSTER

Erupção inicial é maculopapular sendo substituída rapidamente por numerosas vesículas acometendo, em geral, a pele suprida pelas fibras sensitivas de uma raiz espinhal posterior. Prurido local é comum no estágio inicial sendo seguido de dor e aumento da sensibilidade local. Acomete habitualmente o tronco sendo raro no pequeno paciente. Trata-se da reativação do vírus varicela-zoster, latente em gânglios nervosos, mas que em situações de imunossupressão ou stress, originam as lesões. Grupos de vesículas com distribuição topográfica típica, iniciando-se próximo à coluna vertebral e seguindo o trajeto do nervo intercostal, sugerem fortemente o diagnóstico. Dependendo da extensão das lesões e condição clínica do paciente tratamento antiviral pode ser instituído (Folster-Holst, 2009).

DERMATITE HERPETIFORME DE DUHRING-BROCQ

Doença crônica com períodos de remissão e de exacerbação. Associação freqüente com enteropatia ao glúten. Erupção simétrica com elementos que variam entre pápula, vesículas e bolhas. Acomete, em geral, superfícies extensoras dos membros, região sacral, nádegas, nuca e couro cabeludo. Há diferenciação nítida entre a pele normal e aquela acometida pelas lesões. Confirmação diagnóstica se dá através de achados característicos da biopsia da região perilesional (Schettino, 1999).

DOENÇA MÃO-PÉ-BOCA

Enterovirose provocada pelo coxsackievirus. Doença benigna febril, mais comum em menores de 10 anos, produz lesões aftosas e ulceradas em cavidade oral bem como exantema maculopapular, principalmente em nádegas e associado a vesículas em mãos, região interdigital e pés. Diagnóstico preciso se dá através da sorologia e tratamento sintomático da febre é, usualmente, a única medida necessária (Pernetta, 1985).

EXANTEMA SÚBITO (ROSÉOLA INFANTIL)

Muito comum entre lactentes e pré-escolares é causada, habitualmente pelo *Herpesvirus hominis tipo VI*. Possui evolução típica: três a quatro dias de febre alta acompanhada por irritabilidade que precede o aparecimento do exantema maculopapular. O aparecimento da erupção é marcado pelo drástico declínio da febre. Não há tratamento específico para a doença e confirmação sorológica encontra-se disponível caso necessário (Schettino, 1999).

DENGUE

Doença viral aguda que, na faixa etária pediátrica, pode variar de assintomática até quadros com grande repercussão clínica. Em geral estão presentes febre, adinamia, cefaléia, náuseas, vômitos e diarreia, assim como erupção maculopapular pruriginosa ou não. O prurido, de intensidade variável, pode ocorrer também no final da doença durando em média 48 horas. História epidemiológica e exames laboratoriais contribuem para confirmar o diagnóstico uma vez que os sinais e sintomas são pouco específicos e muito diversificados. Tratamento de suporte e acompanhamento laboratorial é necessário uma vez que não há, até o momento, tratamento específico (Ministério da Saúde, 2011).

MONONUCLEOSE

Causada pelo vírus Epstein-Barr (EBV), possui amplo espectro de manifestações, podendo passar despercebida, principalmente em menores de quatro anos ou apresentar-se com febre, fadiga, faringite exsudativa, linfadenopatia generalizada, petéquias em palato, hepatoesplenomegalia e exantema maculopapular. Edema palpebral

bilateral, conhecido como “Sinal de Hoagland”, pode estar presente em cerca de 30% dos pacientes e pode ser confundido, erroneamente, com angioedema alérgico (Folster-Holst, 2009). Exames laboratoriais confirmatórios incluem a sorologia para EBV. Com relação aos exames inespecíficos, leucocitose com predomínio de linfócitos atípicos bem como elevação das transaminases podem ser encontradas. Outras doenças com sintomatologia semelhante e que devem ser lembradas incluem: citomegalovirose, adenovirose, toxoplasmose, hepatites virais e a síndrome da imunodeficiência humana.

RUBÉOLA

Doença viral em que predominam manifestações ganglionares, erupção maculopapular com progressão cefalocaudal, febre e curso benigno. Linfadenopatia cervical posterior e occipital são sinais proeminentes. Rara hoje em dia em virtude da vacinação em massa da população. Pode cursar com artrite. Sorologia confirma o diagnóstico (Pernetta, 1985).

ESCARLATINA

Mais comum entre cinco e 15 anos, caracteriza-se por uma doença febril aguda associada à temperatura corporal elevada, cefaléia, vômitos, prostração, exsudato branco-acinzentado em amídalas palatinas, petéquias em palato, úvula e língua com papilas avermelhadas e proeminentes (“língua em framboesa”). Exantema característico inicia-se na face e pescoço e posteriormente se propaga para o restante do corpo sendo mais proeminente nas dobras do corpo (“Sinal de Pastia”). São características a palidez perioral e a aspereza da erupção cutânea que evolui para descamação generalizada, porém mais intensa em mãos e pés. O agente etiológico é o estreptococos beta hemolítico do grupo A e o tratamento consiste na administração de penicilina (Schettino, 1999).

MILIÁRIA

Trata-se de uma erupção freqüente na infância provocada por obstrução parcial dos ductos das glândulas sudoríparas aliada a condições que favoreçam a transpiração como calor, febre e excesso de agasalhos. A lesão elementar é a pápula eritematosa embora não seja infreqüente a ocorrência de vesículas e pústulas. A distribuição corporal característica

envolve face, couro cabeludo, pescoço, tronco, dobras e topografia das fraldas. Pode ser bastante pruriginosa, daí ser confundida frequentemente com alergia. A coçadura pode levar à aquisição de infecção secundária. Em geral, soluções secativas, uso de roupas leves e claras e permanência em locais bem ventilados e refrigerados constituem medidas eficazes para tratamento e controle do quadro clínico (Schettino, 1999).

DERMATITE DAS FRALDAS

Desordem bastante comum na infância. Caracteriza-se por reação inflamatória aguda da pele na área coberta pela fralda. Pode ser irritativa (não imuno-mediada), quando as lesões são provocadas por fricção, suor e contato prolongado com fezes e urina. Em se tratando de dermatite não alérgica, incentivo aos cuidados de higiene é a medida mais importante. Menos comum é a dermatite de contato alérgica (imuno-mediada), entidade causada por reação de hipersensibilidade a componentes presentes na composição da fralda. Depende de contato prévio com o alérgeno, processamento do mesmo pelo sistema imunológico e subsequente aparecimento das lesões após reexposição ao alérgeno contido na fralda. As lesões são eritematosas, confluentes e podem evoluir para vesículas. Havendo suspeição de reação imuno-mediada, recomenda-se a troca da fralda por outra marca livre de alérgenos aos quais o paciente encontra-se sensibilizado. Testes de contato podem ser realizados a fim de identificar os alérgenos implicados e corticosteróides tópicos auxiliam na redução das lesões. A hipótese de dermatite atópica pode ser afastada, nesta situação, pela distribuição topográfica das lesões. Não raro a dermatite pode evoluir com infecção secundária fúngica e ou bacteriana que, além de prolongar o quadro clínico, requer tratamento específico (Alberta, 2005).

DOENÇAS REUMATOLÓGICAS

Artrite idiopática juvenil e lúpus eritematoso sistêmico podem cursar com exantema. História clínica, exame físico e testes laboratoriais específicos alterados corroboram para o diagnóstico destas doenças.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do paciente com erupção e prurido cutâneo deve-se considerar também outras etiologias não alérgicas, baseando-se em história clínica e exame físico minuciosos.

Levar em consideração as características das lesões, topografia, evolução das mesmas e faixa etária do paciente com objetivo de melhor desenvolver o raciocínio clínico e propor as hipóteses diagnósticas mais prováveis.

Lembrar que várias doenças exantemáticas podem cursar com prurido que, em geral, melhora com a resolução do quadro infeccioso (Folster-Holst, 2009).

Tratar o prurido apenas, sem buscar uma causa para o mesmo, pode retardar o tratamento adequado.

BIBLIOGRAFIA SUGERIDA

Roxo Junior P. Alergia e Imunodeficiências em Pediatria. Abordagem Prática. Editora Tecmedd. 2006.

Schettino CE. Doenças Exantemáticas em Pediatria e Outras Doenças Mucocutâneas. Editora Atheneu. 1999.

Pernetta C. Diagnóstico Diferencial em Pediatria. Editora Sarvier. 1985.

Dengue: Diagnóstico e Manejo Clínico: criança. Ministério da Saúde. 2011.

Alberta L. e cols. Diaper Dye Dermatitis. Pediatrics. 2005. Sep;116(3):450-452.

Browning JC. An update on pityriasis rósea and other similar childhood exanthems. Curr Opin Pediatr. 2009. Aug;21(4):481-5.

Chuh A. e cols. Pityriasis rosea - an update. Indian J Dermatol Venereol Leprol. 2005 Sep-Oct; 71(5):311-5.

Folster-Holst R, Kreth HW. Viral exanthems in childhood-infections (direct) exanthems. Part 1: Classic exanthems. J Dtsch Dermatol Ges. 2009. Apr;7(4):309-16.

Folster-Holst R, Kreth HW. Viral exanthems in childhood-infections (direct) exanthems. Part 2: Other viral exanthems. J Dtsch Dermatol Ges. 2009. May;7(5):414-19.

Folster-Holst R, Kreth HW. Viral exanthems in childhood. Part 3: Parainfectious exanthems and those associated with virus-drug interactions. J Dtsch Dermatol Ges. 2009. Jun;7(6):506-10.