

Abordagem clínica da dermatite atópica

A dermatite atópica é uma doença alérgica da pele que se manifesta através de inflamação e prurido, de predisposição genética a que está associada, ainda que não necessariamente, a um aumento de IgE frente a alérgenos ambientais.

Glória Pol, DVM
Pilar Brazis, DVM, PhD
UNIVET S. L
Universidad Autònoma de Barcelona
www.univet.es

OS ALERGENOS PODEM penetrar pela via cutânea, inalatória e oral. O seu diagnóstico baseia-se na história clínica do paciente, nos sintomas que apresenta e na eliminação de outras causas de prurido. Para se chegar ao diagnóstico clínico da dermatite atópica, devem-se descartar as doenças parasitárias, a dermatite por *Malassezia*, as infecções bacterianas, assim como a intolerância alimentar. As provas de alergia (teste intradérmico e/ou teste sorológico) ajudam a confirmar o diagnóstico da dermatite atópica e, sobretudo, permitem conhecer os alérgenos que se incluirão na imunoterapia de tratamento da doença.

Apresenta-se em seguida um caso clínico de dermatite atópica onde são detalhadas todas as fases que devem ser seguidas para uma boa abordagem do problema:

Caso clínico

Examinou-se *Marlene*, uma fêmea da raça West Highland White Terrier, de 2 anos de idade, com uma história de prurido constante, infecções recidivantes e otite crónica desde o seu primeiro ano de vida (*Figura 1*). Apresenta pododermatite que se desenvolve com eritema, alopecia, exsudação e alopecia com hiperpigmentação na zona ventral do abdomen, axilas e virilha. (*Figura 2 & 3*).

Inicialmente, suspeitou-se de:

- Dermatite atópica;
- Dermatite por *Malassezia*;
- Doenças parasitárias (dermodicose, sarna sarcóptica);
- Alergia/intolerância alimentar.

Abordagem do caso

Observa-se que a pele dos animais que sofrem de dermatite atópica pode apresentar uma alteração na barreira epidérmica que predispõe a ocorrência de infecções bacterianas, parasitárias ou por fungos. A pele sofre desidratação e, a soma de todos esses fatores, favorece a penetração percutânea dos alérgenos.

Portanto, antes de iniciar um tratamento específico para a dermatite atópica, é necessário melhorar as condições da pele. Após a primeira visita de *Marlene*, foi estabelecido um protocolo clínico para poder restabelecer total ou parcialmente o estado da sua pele.

Fase I: Tratamento das infecções secundárias

Infecções bacterianas

Os cocos do gênero *Staphylococcus intermedius* formam parte da flora cutânea normal. Entretanto, nos animais atópicos, a infecção por essa bactéria é muito frequente e pode ser motivo suficiente para causar o

FIGURA 1



1. ?????????????????

FIGURA 2



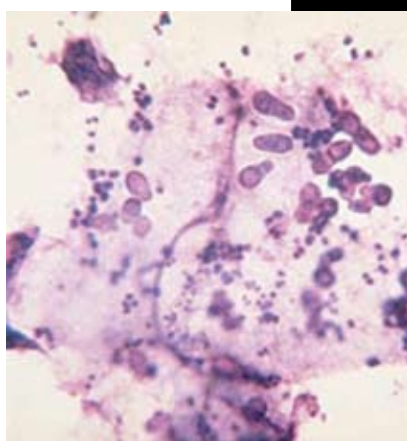
2. ?????????????

FIGURA 3



3. ?????????????

FIGURA 4



4. ?????????????

aumento do prurido.

Para obter o diagnóstico de uma infecção bacteriana, podem ser utilizados métodos tão simples e econômicos como a citologia. No caso de *Marlene*, foram realizadas

várias citologias de pústulas intactas da região ventral do abdomen, que mostraram a presença de bactérias intracelulares e neutrófilos (*Figura 4*). Foi estabelecido um tratamento a base de calafexina (30 mg/kg/12h) durante 4 semanas. No caso em questão, não foram realizadas culturas por não terem sido considerados necessários.

Em geral, recomenda-se realizar culturas de lesões cutâneas quando as bactérias observadas na citologia são bacilos ao invés de cocos ou quando, após realizar um ensaio terapêutico com um antibiótico de amplo espectro, não se observa uma melhoria clínica.

Infecções parasitárias

Com o objetivo de descartar a presença de parasitas do gênero *Demodex canis*, foram realizadas em *Marlene* inúmeras raspagens profundas nos espaços interdigitais e no focinho e rosto, assim como vários tricogramas. As zonas eleitas para essas provas são as lesões recentes, eritematosas e perdas de tecido. Aconselha-se evitar lesões muito crônicas, hiperpigmentadas e/ou liquenificadas, fibrosas.

Existem diferentes fármacos para o tratamento da demodicose (ivermectina de 0,3-0,6 mg/kg/dia); moxidectina (cada 3 semanas em aplicação sopt-on). O tratamento deve ser longo, entre 10-33 semanas.

No caso de *Marlene*, as raspagens não revelaram a presença de parasitas. Em determinadas raças (Bobtail, Scottish Terrier e Sharpei) as raspagens podem mostrar resultados falso-negativos, por isso, nesses casos a prova de eleição é a biópsia cutânea.

Dermatite por Malassezia

Malassezia pachydermatis é uma levedura que forma parte da flora normal da pele do cão, mas que em

determinadas situações prolifera e causa sinais clínicos. O exame diagnóstico recomendado é a citologia das zonas mais húmidas. A biópsia não é a técnica correspondente devido à vivência desse fungo entre os queratinócitos e, no momento em que a biópsia é introduzida no formol, a malassezia, junto com os queratinócitos, desprende-se da epiderme.

As citologias realizadas em *Marlene* nas regiões axilar, perivulvar e a nível interdigital evidenciaram a presença de numerosos fungos (foto 4), razão pela qual foi estabelecido um tratamento tópico a base de banhos com clorhexidina e parenteral com ketaconazol, a 5 mg/kg cada 12 horas, durante 1 mês.

Fase 2: Controle da barreira epidérmica

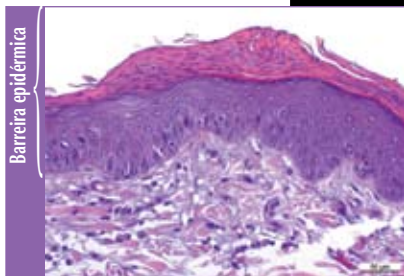
Banhos

A água por si só acalma a irritação e desinflama a pele. Mediante os banhos, é favorecida a eliminação dos alérgenos da pele do animal, diminuindo a possibilidade de penetração percutânea. A frequência dos banhos realizados em *Marlene* foi de 2 vezes por semana. Utilizou-se um Champô hidratante, dos muitos existentes no mercado: hidratante, para o controlo de infecções, para facilitar a drenagem dos folículos (*Figura 5*).

Nutrição

A barreira epidérmica é composta de lipídios (ceramidas, colesterol, ácidos gordos). Quanto mais "compacta" seja a barreira, mais impermeável será aos alérgenos.

A dieta prescrita a *Marlene* foi Skin Support da Royal Canin, um alimento rico em ácidos gordos e enriquecido com vitamina C, entre outros nutrientes que favorecem a integridade da barreira epidérmica.



5. Observa-se hiperqueratose, hiperplasia da epiderme e espongiose.

Fase 3: Tratamento específico

Após os tratamentos descritos, a condição da pele de *Marlene* melhorou notavelmente, entretanto, tanto o eritema como o prurido persistiram. Sendo assim, decidiu-se iniciar o tratamento de hipo-sensibilização. Para que isso fosse possível, foi necessário identificar os alérgenos implicados no quadro clínico. No caso de *Marlene*, optou-se por realizar um teste sorológico, a partir da amostra de 1ml de soro.

Identificação do alérgeno

Foi realizado um *test de sreening (Univet)*, baseado na tecnologia do receptor FcERI, para confirmar a presença de IgE específicas frente a dois grupos de alérgenos:

- Alérgenos do exterior: pólenes;
- Alérgenos do interior: ácaros e pulga.

Posteriormente, foi realizado um *painel de alérgenos Allercept (Univet)* para determinar as IgE específicas frente a cada caso individualmente. O *painel Allercept* revelou a presença de IgE específicas frente a um dos ácaros do pó (*Dermatophagoides farinae*) e um ácaro de armazenagem (*Tyrophagus putrescentiae*).

Imunoterapia

Finalmente, manipulou-se a imunoterapia que incluía os alérgenos

citados.

A imunoterapia é um processo de imunização lenta através da administração parenteral de doses crescentes de um alérgeno específico que tem como objetivo induzir a tolerância ao alérgeno envolvido e diminuir paulatinamente os sintomas.

A hipo-sensibilização é o único tratamento específico para a dermatite atópica. Ao formular a imunoterapia, recomenda-se incluir um máximo de 6-8 alérgenos. A pauta de injeções standard para a administração do tratamento divide-se em duas partes: um protocolo de início, que costuma ter uma duração de 6-7 meses, e os protocolos de manutenção, com uma duração de 10 meses cada um. A experiência clínica recomenda uma duração mínima de 3-4 anos de tratamento, inclusive pode chegar mesmo a ter que ser administrada durante toda vida.

As reações adversas são pouco frequentes e, as raras vezes que se apresentam, são leves: eritema e/ou edema na zona da inoculação e aumento transitório do prurido.

A maioria dos animais responde aos 3-6 meses, com uma taxa de êxito de 65-75% dos casos.

Conclusões

Antes de iniciar um tratamento específico (imunoterapia) é necessário melhorar a condição cutânea. O controle das infecções, os banhos com Champô medicado e a nutrição são factores importantes para o êxito do controlo da dermatite atópica.

Actualmente, após um ano do início da imunoterapia, *Marlene* recebe uma dose mensal do tratamento de hipo-sensibilização conjuntamente junto com banhos quinzenais para o controlo da dermatite por *Malassezia*. Esporadicamente, são prescritos rotinas de antibioterapia

para controlar pequenos surtos de foliculite bacteriana. ■