

DERMATOSES OCUPACIONAIS

- Aula baseada no artigo de 2010.
- Qualquer alteração da pele, mucosa, anexos, direta ou indiretamente causada, condicionada, mantida ou agravada por agentes presentes na atividade ocupacional ou no ambiente de trabalho.
- No Brasil é subnotificada.
- Nos países industrializados correspondem a 60% das doenças ocupacionais.
- Agentes químicos são os principais.
- 90% são dermatites de contato. A frequência esta aumentada pelo contato com novos produtos.
- **A dermatite de contato irritativa é mais comum do que a alérgica, na proporção de 4:1.**
- Em geral, as mãos são as áreas mais afetadas, por serem dermatoses ocupacionais, manipulação de muitas substancias com excesso de umidade e atrito.
- A maioria das DC não são graves, mas causam desconforto, pruridos, ferimentos, traumas, alterações estéticas e funcionais.
- A prevalência do Ca cutâneo ocupacional é pouco estudado pq é difícil estabelecer nexos causal da atividade e separar da exposição fora do trabalho, além de ter um tempo de latência muito grande. Não sabemos quanto tempo de exposição é necessário do contato com esses fatores para ter o câncer.
- Além disso, o paciente tem contato com varias substancias, então não conseguimos determinar qual a substancia.

- ETIOPATOGENIA
- Determinadas pela interação de 2 grupos de fatores:
- Causas indiretas ou predisponentes:
 - Idade, etnia, gênero, antecedentes mórbidos e doenças preexistentes como DA, fatores ambientais como clima, temperatura, umidade, hábitos e facilidade de higiene.
- Causas diretas:
 - Agentes biológicos, físicos, químicos ou mecânicos presentes no trabalho que atuam na pele diretamente produzindo ou agravando uma dermatose pré existente.

- IDADE
- Jovens são mais acometidos por inexperiência no trabalho e ainda não há espessamento da camada córnea.
- A DC ocupacional diminui com o treinamento profissional.

- RAÇA

- É mais rara em negros. Os indivíduos de pele amarela e negra são os mais protegidos da ação degenerativa dos raios solares. Os negros apresentam respostas queloidianas com maior frequência.

*Alguns pacientes alérgicos vão desenvolver tolerância e outros nunca vão desenvolver. Esse mecanismo é incerto e não sabemos o porque disso. A grande maioria não desenvolve tolerância.

- GENERO
- Mais comum nos homens 4:1. As substancias sensibilizantes variam segundo o gênero.
- Sensibilizante é sempre DC alérgica. Irritante é DC irritativa.
- No masculino há principalmente por **cimento, borracha dos EPI.**
- Na mulher – **níquel** é o mais frequente por contato não relacionado ao trabalho, mas uso de bijuteria.

- Dermatoses preexistentes podem facilitar a penetração de agentes sensibilizantes. Os trabalhadores que apresentam maior probabilidade de desenvolver DC são os que tem contato com **produtos de limpeza.**
- Podemos ter Dermatite Atópica e pacientes que por causa de uma DC irritativa, apresenta maior possibilidade de ter DC alérgica, pq há fragilidade maior da camada córnea.

- CAUSAS DIRETAS
- Químicos, físicos ou biológicos.
- Químicos – metais, ácidos e álcalis. Hidrocarbonetos aromáticos, óleos lubrificantes, de corte e arsênicos.
- Físicos – radiações, traumas, vibração, pressão, calor, frio.
- Biológicos – vírus, bactérias, fungos, parasitas, plantas e animais.
- Alterações psíquicas que levam a dermatites factícias e obtenção de algum benefício. Há paciente que se expõe ao produto para conseguir afastamento temporário.

- DERMATITE DE CONTATO IRRITATIVA
- Processo inflamatório em contato com agentes – álcalis, ácidos e solventes, em contato com a pele provoca lesão da camada córnea, com aumento da permeabilidade e entrada de produtos que lesam os queratinocitos, produzindo citocinas inflamatórias que estimulam outras células.

- DERMATITE DE CONTATO ALERGICA
- A reação inflamatória é do tipo IV com imunidade celular.
- 3 fases –
 - **1) indução, imunização ou sensibilização,**
 - **2) elicitação ou desencadeamento,**
 - **3) resolução ou termino da reação inflamatória.**

- Para ter indução, normalmente, o prazo que necessitamos é de no mínimo 1 semana, geralmente 20-40 dias. Já a elicitação ou desencadeamento, uma vez que possua a imunidade celular já pronta, podemos ter respostas que levam 1 semana, mas as vezes podem ser imediatas levando 12 a 24h.
- CANCER CUTANEO
- Há dificuldade de estabelecer os causadores.
- Físicos – **radiações ionizantes e não ionizantes** (RX, raios UV e infravermelhos) e traumas.
- Químicos – **arsênico** inorgânico (pesticidas e contaminação ambiental), **hidrocarbonetos** aromáticos, **nitrosaminas** (fluidos de corte)
- Biológicos – Virus **HPV**.
- CLASSIFICACAO E CLINICA
- Dermatite de contato irritativa ou alérgica.
- DERMATITE DE CONTATO IRRITATIVA
- É muito mais frequente, 80% das DC. As lesões surgem após exposição a substâncias irritantes, sucessivas ou não, **restritas as áreas de contato**.
- Ocorrem de acordo com a frequência e duração da exposição e pode ser por irritante relativo ou absoluto.
- **Relativa** por solventes (múltiplas exposições vão levar ao aparecimento da dermatite).
- **Absoluta** por soda cáustica (única exposição já leva ao aparecimento imediato).
- Dependendo de sua concentração, uma mesma substância pode ser irritante absoluto (concentração alta) ou irritante relativo (concentração baixa).
- Uma única exposição a substância em concentração baixa, porém de duração prolongada, também pode induzir a uma irritação absoluta.
- Quando ocorre acometimento nas mãos, é mais intenso na mão dominante e mais intenso nas regiões palmares.
- Retinoico não é irritante primário, ele tem efeito metabólico.
- Ácidos com efeito físico que são irritantes – alteração de pH e levam a trauma direto. O retinoico nunca queima de imediato.
- DERMATITE DE COANTATO ALERGICA
- As lesões ocorrem nas áreas de contato com a substância sensibilizante, onde são mais intensas, e também a distância, podendo ser disseminadas.
- Não é fácil de diferenciar pq pode ter sensibilização a distância, mas nem sempre tem.
- Se tiver sensibilização a distância, com ctz não é irritativa, mas sim é alérgica.
- Após a exposição prévia, as lesões surgem em períodos de tempos variáveis, sendo necessário um período mínimo de **uma semana** para a sensibilização, e **podem ocorrer após meses ou anos de contato**.

- Hidroquinona pode dar DC irritativa ou alérgica.
- DC alérgica pode ser disseminada.
- A DCA pode surgir de forma abrupta após contato prévio com o sensibilizante e a cada reexposição a intensidade das lesões podem piorar e surgir mais rapidamente. A presença de DCI facilita o desencadeamento da reação alérgica.
- A primeira fase de sensibilização tem um tempo mínimo para acontecer. Para a maioria das pessoas entre 20-40 dias, sendo tempo mínimo de 1 semana.
- A pessoa pode ter DCA após meses ou anos de contato – comum em profissionais estéticos – cabeleireiros que desenvolvem depois de anos DCA a parafenilenodiamina.
- Depois da sensibilização pode surgir de forma abrupta e com as reexposições as respostas são mais agressivas. A reexposição pode levar a pessoa a se tornar resistente, mas isso é incerto, então não pensar isso para a prova de título. Cada vez que houver reexposição, se ela já foi sensibilizada, vamos considerar resposta mais rápida e abrupta.
- Pessoa sensibilizada com um produto e anos depois a pessoa se expõe ao produto – pode perder a resposta imunológica ou não – a princípio vai ter a resposta mesmo após 10 anos da sensibilização inicial. Na prática pode acontecer diferente.

- DERMATITES DE CONTATO ECZEMATOSAS
- Podem ter evolução:
 - Aguda – eritema, edema, vesículas, bolhas e exsudação
 - Subaguda – exsudação e crostas
 - Crônica – xerose, descamação, queratose, infiltração, liquenificação e fissuras.
- Em geral **DCI relativa tem apresentação crônica e a absoluta é aguda.**
- Pensar na queimadura sendo aguda.
- A DCA pode apresentar as 3 fases evolutivas – agudas, subagudas e crônicas.

- FOTODERMATITES
- Causadas por:
 - **Agentes fototoxicos** – aspecto é sempre de uma CDI absoluta como limão
 - **Agentes fotoalergicos** – aspecto de DCA e predominam em áreas expostas. Drogas são modificadas pela luz UV – mas como é alérgica pode ter presença em áreas não expostas a luz.

- DERMATITES DE CONTATO NÃO ECZEMATOSAS (CAI MUITO NA PROVA)
- Difícil pq ninguém sabe. É algo que foge do padrão. Cai na prova os agentes etiológicos.
- São as mais raras. As mais frequentes são:
 - **Desidrose** – metais, óleos de corte. É um tipo de eczema, e tem pelo menos 6 causas diferentes (DCA, DCI, DA, psoríase, micides (sensibilização a distância de uma tinea – micide e tinea é a mesma coisa), ingestão de metais na alimentação).

- **Dermatite liquenoide de contato** – reveladores fotográficos, resina epóxi, níquel e cobre.
- **Urticaria de contato** – imunológica ou não imunológica. Imunológica – mediada por IgE – ocorrem minutos após o contato – **látex, alimentos, plantas, medicamentos, conservantes e fragrâncias**. Clinicamente há edema e vermelhidão – vergão. O látex é o mais importante pq muitos profissionais usam luvas.
- **Vitiligo químico** – leucodermia de contato, principalmente por hidroquinona.
- **Erupção purpúrica de contato** – produtos da borracha e branqueadores de roupa.
- **Eritema polimorfo** – plantas, madeiras, medicamentos e pesticidas. Semelhante a dermatite de contato.
- **Erupção pustulosa** – metais e pomadas.
- **Dermatite queratósica de contato** – por borracha.
- **DC hipercrômico por eczematosa ou não** – cremes, conservantes de óleos, perfumes, corantes, madeira, sabão em pó e limão.

- OUTRAS DERMATOSES OCUPACIONAIS
- ACNES
 - **Elaiocnose** – acomete áreas expostas ou cobertas por vestimentas sujas, de **óleos de corte e mecânicos (graxas)**. É um tipo de acne grave. As lesões geralmente tem padrão monomorfo. Sempre uma erupção monomorfa em áreas cobertas.
 - **Cloracne** – acne ocupacional causada por contaminação ambiental ou uso industrial de hidrocarbonetos clorados, presentes nos defensivos agrícolas. Ocorre por obstrução dos folículos pilosos, com irritação e infecção secundária.

- CERATOSES
- Podem ser traumáticas ou pré cancerosas – solares, arsenicais ou óleos de corte.

- CANCER
- Relacionados a agentes virais e químicos. Os CBC e CEC são os mais comuns e manifestam-se como lesões papulosas, nódulo-tumorais e ou ulceradas em áreas expostas.
- Raramente ocorrem melanomas e ainda é controverso se linfomas tem relação com dermatite crônica acnítica causada por dermatose ocupacional.

- GRANULOMA DE CORPO ESTRANHO
- Ocorre em pessoas que mexem com plantas, limalha de metais e pelos de humanos ou animais, há uma fistula pilosa.

- INFECCOES

- Difíceis de estabelecer. São doenças infecciosas específicas da profissão – erisipeloide no açougueiro, carbúnculo ou antrax e nódulos dos ordenhadores nos pecuaristas e esporotricose nos floristas.

- ONIQUIAS
- Infecciosas, traumáticas e discromicas (melanoniquias ou leuconiquias).

- ULCERACOES
- Difíceis de estabelecer.
- COMPLICACOES
- Queratoses pré cancerosas e os cânceres ocupacionais tem a malignidade em si. Infecções de acordo com a etiologia.

- PROFISSIONAIS DE CONSTRUCAO CIVIL
- Pedreiros tem DCI e além disso, 50% tem DCA, principalmene por falta de condições de trabalho e EPI.
- RISCOS SÃO:
 - **Metais contaminantes do cimento** = cromo hexavalente e cobalto. O cimento não tem cromo e cobalto normalmente, isso é contaminante.
 - **Vulcanizadores da borracha das luvas** = tiurans, carbamatos, mercaptobenzotiazóis, parafenilenodiamina e hidroquinona e madeiras.
 - **Pele ressecada e presença de DCI** facilitam a sensibilização.
 - **EPIs de borracha** podem desencadear DCI (suor, pH das luvas, irritantes do produto), DCA (vulcanizadores de borracha) e urticaria de contato (mediada por IgE, pelo látex).
 - **Pó de cimento costuma ser irritante** – alcalino, higroscópico e abrasivo, quando molhado o pH é mais irritante e pode levar uma DCI relativa e absoluta. Leva a absoluta quando mesmo em baixa concentração quando em exposição prolongada. Leva a queimaduras com bolhas, necrose e ulcerações do cimento.

- **Composição básica do cimento** – silicatos e aluminatos de cálcio, óxidos de ferro e magnésio, álcalis e sulfatos. Não é sensibilizante, mas, como o produto é contaminado por metais muito alergizantes, provenientes de seu preparo, desencadeia DCA. Sua contaminação tem cromo e cobalto.

- PROFISSIONAIS DA SAUDE
- Comum mais nas mãos, trabalho úmido predispõe.
- Luvas, metais, resinas epóxi e acrílicas, outros químicos – desinfecção para higiene como **glutaraldeido** e medicamentos que tbm podem ser irritantes.
- O glutaraldeido pode ser usado para limpar materiais e ate para verrugas virais.

- **Urticaria pelo látex das luvas** não é rara e os aditivos da vulcanização da borracha das luvas – diaquil tioureias tem sido considerados como os sensibilizantes mais comuns nos profissionais da saúde. Os medicamentos deixaram de ser os principais sensibilizantes e as luvas estão em 1º lugar (aditivos da vulcanização da borracha).
- Os tipos de dermatose e incidencia varia conforme a categoria profissional e a funcao.
- Enfermeiros e membros de equipes de CC e depois os dentistas são os mais acometidos.
- **PROFISSIONAIS DA ESTETICA**
- No Brasil é o 2º setor empresarial em numero de trabalhadores.
- Metade dos cabeleireiros tem DCA e nos ajudantes e aprendizes, as DCI são mais frequentes. Pq eles tem função úmida, lavam.
- Entram em contato com vários produtos – xampus, água oxigenadas, ar quente, luvas, formol.
- As mais sensibilizantes são com metais – níquel e cobalto, parafenilenodiaminas das tinturas de cabelos e tatuagens de hena.
- **Tioglicolato de sódio** de produtos envolvidos no processo de ondulação e alisamento de cabelos. Nas provas cai pegadinha que é de tintura.
- Latex e vulcanizadores de borracha das luvas.
- Persulfato de amônia que acelera a descoloração dos cabelos
- Fragrancias
- Formol
- Esmaltes
- Próteses e colas acrílicas
- Cosméticos
- **PROFISSIONAIS DA METALURGIA**
- DCI por fluido de corte.
- DCA por metais de galvanização ou fluido de corte, cromo e borracha.
- Raramente acne ocupacional – elaiocnirose e cloracne.
- **PROFISSIONAIS DA ALIMENTACAO**
- Contatos com agentes irritantes, sensibilizantes e material úmido.
- Padarias – farinha, adoçantes, emulsificantes, espumantes, branqueadores, fermento, corantes e aromatizantes.
- Cozinhas – materiais úmidos e alimentos irritantes, frutas e temperos, sensibilizantes – alho e cebola, fotossensibilizantes – cascas de laranja e limão, aipo.
- **PROFISSIONAIS DE LIMPEZA**
- DCI é mais comum pela umidade – sabões e detergentes.
- Sensibilizantes – produtos de limpeza e borracha das luvas.

- **Detergente causa DCI (geralmente irritativa), raramente causa dermatite de contato alérgica.**
- (cuidado com pegadinhas).

- DIAGNOSTICO CLINICO
- Considerar historia de exposição ocupacional, concordância entre inicio do quadro e exposicao, localização das lesoes tem que ser nas áreas de contato, melhora com afastamento e piora com o retorno ao trabalho.
- Se tinha historia de alergia antes do emprego, não podemos considerar DO propriamente dita.

- EXAMES
- **Teste de contato (patch test)** é o principal recurso para diferenciar DCI de DCA.
- TC são feitos mediante substancias no doso com leitura após 48 e 96h
- As 2 leituras são feitas pq a de 48h não é suficiente para avaliar sensibilização. Serve mais para ver irritação. A principio a bateria é feita para que as substancias não sejam em concentrações irritantes, mas sim sensibilizantes.
- Teste padrão – 30 substancias. Dificilmente abrange todas as substancias que um profissional trabalha.
- Ex – não temos todos os tipos de madeira pra testar em paciente que trabalha como serralheiro. Temos q diluir a substancia e colocar em quantidade a ser sensibilizante e não irritante.
- Objetivo é confirmar o dx clinico e conhecer a prevalência dos agentes sensibilizantes e satisfazer razoes medico-legais.
- Bateria de padrão – saber onde estão as substancias e reações cruzadas.
- Exemplo – parafenilenodiamina presente em tintura de cabelo. Pode ter reação cruzada com PABA.
- O teste de contato positivo só tem relevância quando existe nexo causal entre as substancias positivas e a dermatite de contato, podendo ser sensibilização pregressa ou relacionada ao quadro atual (DCA) e a atividade do paciente, para caracterizar dermatose ocupacional.
- Ex: pedreiro com teste positivo para cobalto tem valor, já se vier positivo para parafenilenodiamina (tintura de cabelo) não tem relevância.

- No setor de limpeza, os testes são realizados em soluções diluídas a 1 ou 2% para evitar o efeito irritativo, para que tenhamos um produto sensibilizante e não irritante.
- Há vários produtos de limpeza ricos em níquel, cobalto ou cromo.
- No setor metalúrgico, TC que originam óleos originais podem apresentar resultados negativos, há aos que são realizados com óleos já utilizados, contendo aditivos preservativos (inibidores de corrosão e antimicrobianos), podem dar resultados positivos.

- Tanto óleos novos como os já usados podem causar irritação.
- Um óleo velho tem outras substâncias dentro dele para que haja preservação. Então se o teste é feito com o teste velho, e der positivo eu posso ter um contato negativo ao óleo novo pq não tem as substâncias adicionadas.
- Os testes de contato com alimentos na pele não lesada podem ser negativos. Isso pq eventualmente precisamos ter rompimento da camada córnea para ter sensibilização posterior – pode dar falso negativo. DCI concomitante com DCA.
- Prick test – teste intradérmico de leitura imediata – pode ser positivo para látex, vegetais e medicamentos.
- Teste de ingestão pode ser negativo na DCA a alimentos, em virtude de cozimento do alimento ou ação do suco digestivo. Vale a pena quando pensamos em alergia a alimentos.
- Exame histopatológico – pode ser importante. Não é específico na DC, mas pode ajudar nas outras dermatoses.

- TRATAMENTO
- Afastamento do agente causal, orientação a substância que o paciente não deve entrar em contato.
- EPI, infecções secundárias e medicamentos utilizados pelo doente podem provocar irritação ou sensibilização e as dermatoses autoinduzidas mascaram e pioram a dermatose ocupacional.
- **Lesões agudas** – fazer compressa de água boricada a 2 ou 3% ou permanganato de potássio 1:4litros e cremes a base de corticoide.
- **Lesões crônicas e formas localizadas** – corticoide em pomadas ou cremes, conforme a região afetada.
- **Lesões extensas** – corticoide sistêmico na dose de 0,5 a 1mg/kg-dia com redução gradual.
- *Geralmente não usamos menos de 0,5mg/kg-dia na dermatologia. O efeito anti-inflamatório cresce exponencialmente até 1mg/kg-dia e a partir disso já tem efeito imunossupressor e não anti-inflamatório.*
- Os cremes de barreira são comumente utilizados, embora sua eficácia seja questionada. Devem ser usados antes de a dermatite se desenvolver, uma vez que seus componentes podem causar a dermatite de contato irritativa e alérgica, especialmente se usados na pele lesada.
- Isso não afasta a necessidade de combinar hidratante com corticoide para aumentar a recuperação da pessoa, mas não estamos focando em creme de barreira, mas sim na hidratação da pele.
- Uso de luvas adequadas – alérgico a borracha – usar vinil ou poliuretano, alérgicos ao látex usar borracha sem látex (tem pacientes alérgicos só ao látex e não aos vulcanizadores da borracha), alérgicos a acrilatos (luvas de silicone) devem usar luvas de nitrila.

- ***Adição de sulfato ferroso ao cimento é interessante pq reduz o cromo hexavalente a cromo trivalente que é menos sensibilizante.***
- PROGNOSTICO
- Variável, a cronicidade é mais comum ao cromo e níquel. DCA é pior que DCI.

QUESTOES

- 1) Sobre as dermatoses ocupacionais não eczematosas – não são comuns, são mais raras. Podem se manifestar com lesões polimorfo-simile, eritemato-purpúricas. A borracha pode causar lesões queratósicas. Perfumes, corantes, madeira e sabão em pó são causas de dermatite de contato hipercromizante. (IMPORTANTE)
- 2) Dermatoses ocupacionais – podem ser causadas por metais, ácidos, álcalis, hidrocarbonetos aromáticos, arsênico, óleo lubrificante de corte, vírus, bactérias, fungos, parasitas.
- 3) Câncer cutâneo ocupacional – radiações ionizantes e não ionizantes – RUV e infravermelho podem causar. Agentes químicos oncogênicos são arsênico inorgânico, hidrocarbonetos aromáticos e nitrosaminas. Agentes biológicos oncogênicos – vírus HPV. Não é fácil estabelecer onexo causal.
- 4) Dermatoses ocupacionais podem ser causadas por radiações, traumas, vibração e pressão, calor e frio.
- 5) Fisiopatologia das dermatoses ocupacionais – dermatites factícias podem ser provocadas para obtenção de algum benefício. Processo inflamatório da dermatite de contato irritativa se inicia quando o agente em contato com a pele provoca lesão da camada córnea, com aumento da permeabilidade e entrada de produtos que lesam os queratinócitos. Na DCA a reação inflamatória é celular tipo IV. A etiopatogenia de DCA é dividida em 3 fases – ***indução, elicitação e resolução.***
- 6) Elaiocnose – graxas e óleos de corte levando a acne monomórfica ocorre em metalúrgicos e mecânicos. A cloracne ocorre pelo uso de hidrocarbonetos clorados. CBC e CEC podem ser dermatoses ocupacionais. Fístula pilosa dos barbeiros é um granuloma de corpo estranho por pelos.
- 7) Na indústria metalúrgica os maiores riscos são com fluidos de corte e galvanoplastia. Nos ajudantes e aprendizes de cabeleireiro, a dermatite de contato irritativa é mais frequente do que a alérgica. Na área da saúde, a dermatose ocupacional ocorre mais nas mãos. No setor de alimentação, as dermatoses ocupacionais podem ocorrer pelo contato com agentes irritantes e sensibilizantes e pela umidade.
- 8) Medidas preventivas de DO – a orientação mais importante na prevenção da DO é o afastamento do irritante ou alérgeno. Alérgicos ao látex deverão usar luvas de vinila, poliuretano ou borracha sem látex. Pacientes alérgicos à borracha deverão usar luvas de vinila ou poliuretano. Pacientes alérgicos aos acrilatos NÃO podem usar luvas de látex.
- 9) Os componentes dos cremes de barreira podem causar dermatite de contato irritativa ou alérgica. Além de tópicos fotoprotetores é importante uso de roupas para evitar a RUV.

- 10) Setor de estética – o **TIOLICOLATO** é usado para alisar os cabelos e não nas tinturas. DCA pela tatuagem de henna pode ser pela parafenilenodiamina. O persulfato de amônia é irritante e sensibilizante. É o 2º grupo de trabalhadores do Brasil.
- 11) DCA – atinge 50% dos cabeleireiros. Ocorre após a fase previa variável de sensibilização. É frequente na construção civil. Os principais alergenicos na construção civil são os metais. **Cromo e cobalto** são contaminantes do cimento e causam muitas dermatites. EPI tbm causam bastante DC.
- 12) Teste de contato é o principal recurso laboratorial para suspeita de dermatite de contato. São feitas 2 leituras com 48 e 96h. O histopatológico não diferencia DCA e DCI. Prick test é usado para **urticaria**. Quando furamos a pele, induzimos a tríplice reação de Lewis e isso já pode desencadear uma resposta. Alergista gosta muito, mas dermatologista não gosta. DCA o teste soberano é o patch test ou de contato.
- 13) Dx diferencial de DC são os demais eczemas, psoríase, infecção e dermatite artefata. São complicações das dermatoses ocupacionais as infecções secundárias e sequelas. As dermatites de contato podem ser eczematosas e não eczematosas. O tratamento tópico das dermatites de contato depende das lesões elementares presentes.
- 14) O uso de corticoides sistêmicos é indicado nas dermatites de contato ocupacionais extensas. As nitrosaminas são agentes oncogênicos. DC é reação tipo IV – resposta de imunidade celular. Não é mediada por IgE. Urticaria imunológica é mediada por IgE e existem urticárias não imunológicas. Os anti-histamínicos podem ser úteis. Se tiver infecção secundária, podemos usar atbs.
- 15) A borracha e cimento são os maiores riscos ocupacionais no gênero masculino, jovens são mais afetados por terem camada córnea mais fina e menos experiência no trabalho, mais frequentes nos homens 4:1, são menos frequentes na raça amarela e negra.
- 16) Urticaria de contato ao látex é mediada por IgE. DCA são um quarto das DCI. O alérgeno mais frequente no gênero feminino é o níquel por sensibilização anterior pelo uso de bijuterias (PEGADINHA).
- 17) Os agentes causadores de DO mais frequentes são **químicos**.
- 18) No setor de limpeza as DCI são as mais frequentes. Na área da saúde, DCA ocorrem por látex e substâncias vulcanizadoras da borracha. Na bateria de contato padrão, temos 5 substâncias ligadas a borracha. No setor de alimentos – DCI e DCA por fitodermatoses. DCI e DCA por cimento na construção civil.
- 19) Para o teste de contato no setor da limpeza, a concentração utilizada é 1 a 2%. Na maioria dos testes a concentração é essa, não apenas para setor de limpeza.
- 20) Os óleos usados tem antimicrobianos como conservantes, por isso eles podem dar mais dermatite do que os óleos sem ser usados.