

# ECZEMA DE CONTATO FACIAL E ROSÁCEA: CONTRIBUIÇÃO PARA REDUZIR A CONFUSÃO DIAGNÓSTICA

CONSALTER, Luany Alves<sup>1</sup>  
MADUREIRA, Eduardo Miguel Prata<sup>2</sup>  
CAMPAGNOLO, Orley Alvaro<sup>3</sup>

## RESUMO

A rosácea é uma condição crônica que se caracteriza por sensibilidade cutânea na face. O eczema de contato é uma reação cutânea desencadeada pelo contato com substâncias exógenas. A confusão diagnóstica entre essas afecções cutâneas resulta em tratamento inadequado, sendo importante conhecer as diferenças entre essas dermatoses e, assim, favorecer o correto diagnóstico. O estudo foi realizado por meio de questionário aplicado a estudantes de medicina do Centro Universitário FAG, cursando entre o 8º e 12º período, no ano de 2021, no primeiro semestre, e comparou-os com a literatura. 104 participantes apresentaram queixas cutâneas e 90 responderam que as regiões mais acometidas incluíam malaras, nariz, mento ou fronte. 63 estudantes referiram notar a influência do clima nas manifestações cutâneas e 62 alegaram possuir algum fator de exacerbação, sendo o frio o mais citado. 61 deles não procurou nenhum tipo de auxílio médico. Dos participantes que procuraram atendimento médico, 28 referiram ter recebido diagnóstico de eczema de contato. A maior parte dos participantes não realizou tratamento complementar, mas apenas 52,06% obtiveram melhora. Concluiu-se que os dados obtidos com o questionário aplicado, ao serem comparados com a literatura, sugerem um correto diagnóstico de eczema de contato e um subdiagnóstico de rosácea.

**PALAVRAS-CHAVE:** eczema de contato. rosácea. confusão diagnóstica.

## CONTACT DERMATITIS ON FACE AND ROSACEA: CONTRIBUTION TO REDUCE DIAGNOSTIC CONFUSION

### ABSTRACT

Rosacea is a chronic condition manifested by skin sensitivity on the face. Contact eczema is a skin reaction triggered by contact with exogenous substances. The diagnostic confusion between these skin conditions results in wrong treatment and it is important to know the differences between these dermatoses for the correct diagnosis. The study was development with a questionnaire applied to medical students at Centro Universitário FAG who were studying between the 8th and 12th periods in the year 2021 in the first semester and compared to literature. 104 participants had skin complaints, 90 said that the most affected regions included zygomatic bone, nose, chin or forehead. 63 students reported noticing the influence of climate on skin manifestations and 62 claimed to have some exacerbation factor, with cold being the most cited. 61 of them did not seek any kind of medical assistance. Of the participants who sought medical care 28 reported having been diagnosed with contact eczema. Most participants did not undergo complementary treatment, but only 52.06% improved. The study showed that the data obtained with the questionnaire applied when compared with the literature suggest a correct diagnosis of contact eczema and an underdiagnosis of rosacea.

**KEYWORDS:** contact eczema. rosacea. diagnostic confusion.

## 1. INTRODUÇÃO

A rosácea é uma condição muito comum, principalmente na região Sul do Brasil, pelo grande contingente de descendentes europeus. Essa afecção cutânea deixa a pele da face muito sensível, geralmente reagindo com rubor exacerbado (MESQUITA; IGREJA; REIS, 2011).

<sup>1</sup> Acadêmica do Curso de Medicina do Centro Universitário FAG. E-mail: [luu.consalter@hotmail.com](mailto:luu.consalter@hotmail.com)

<sup>2</sup> Orientador, Economista, Mestre em Desenvolvimento Regional e Agronegócio. Professor do Centro Universitário FAG. E-mail: [eduardo@fag.edu.br](mailto:eduardo@fag.edu.br)

<sup>3</sup> Coorientador, Médico Dermatologista, membro da Sociedade Brasileira de Dermatologia. Professor do Centro Universitário FAG. E-mail: [clinicaeuderma@yahoo.com.br](mailto:clinicaeuderma@yahoo.com.br)

O eczema de contato é uma reação cutânea desencadeada pelo contato com substâncias exógenas (ROSMANINHO; MOREIRA; SILVA, 2016). Dentre elas, ressaltam-se os cosméticos, cada vez mais usados, como consequência da disseminação do conceito de skincare e o uso de produtos de maquiagem (MARTIN; GLASER, 2011). Na rotina de atendimento da dermatologia, a queixa de irritação na pele pelo uso de cosméticos na face é extremamente comum, sobretudo em jovens. Uma pesquisa realizada na Espanha apontou, porém, que apenas 11,6% desses pacientes apresentavam teste de contato positivo (NINET; ENCINAS *et al*, 2016). Tal resultado pode significar eczema de contato por irritante primário ou mesmo sensibilidade cutânea aumentada devida à rosácea. Como há pouca ênfase da literatura em relação a essa distinção, há motivos para suspeitar-se que, muito provavelmente, na prática clínica, a irritação secundária à rosácea - considerando-se que essa dermatose é altamente prevalente - sequer venha sendo considerada no exercício diagnóstico. Ao analisar-se a epidemiologia da rosácea, nota-se que a faixa etária mais comum é dos 30 aos 50 anos da idade; contudo, na prática clínica, é frequente que ela tenha início em pacientes jovens, em torno dos 20 anos. Outro aspecto relevante é que estudos recentes apontaram que essa afecção cutânea tem sido subestimada, visto que sua prevalência documentada parte de 1, mas pode chegar a 10% (KORTING; SCHOLLMANN, 2009). Portanto, é possível que muitos casos tenham sido diagnosticados erroneamente como eczema de contato, quando, na verdade, tratavam-se de rosácea.

A confusão diagnóstica entre essas afecções cutâneas resulta em tratamento inadequado, uma vez que as abordagens terapêuticas são diferentes. O conhecimento da frequência dessa imprecisão é de extrema importância, pois ajuda a evitá-la, na medida em que permite conhecer comparativa e detalhadamente suas diferenças, favorecendo, assim, o correto diagnóstico. A presente pesquisa aplicada em estudantes de medicina, além de auxiliar na análise da questão, pode contribuir na formação acadêmica, uma vez que chama a atenção para a diferença entre as duas dermatoses.

Este estudo justifica-se, portanto, nos motivos citados. Nele, são propostos, como questões de pesquisa, levantamento das semelhanças e diferenças entre a rosácea e o eczema de contato na face, da frequência de confusão diagnóstica entre elas, bem como do número de alunos do curso de medicina do Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz entre o 8º e 12º período, cursando o primeiro semestre do ano de 2021, com queixa de sensibilidade a produtos de uso facial, cuja importância reside no fato de que tal queixa, se não analisada de forma criteriosa pelo clínico, poderia induzir a um diagnóstico equivocado de eczema de contato, ao invés de rosácea.

Esta pesquisa foi realizada por meio de um questionário enviado ao referido grupo de alunos visando a determinar a frequência da queixa de sensibilidade a produtos de uso facial e comparar com os dados da literatura.

## **2. REVISÃO DE LITERATURA**

### **2.1 ECZEMA DE CONTATO**

#### **2.1.1 Definição e fisiopatologia**

O eczema de contato, também chamado de dermatite de contato, é afecção cutânea caracterizada por reação inflamatória na pele diante do contato com alguma substância exógena. A fisiopatologia determina sua classificação, ou seja, o eczema de contato pode ser por irritante primário ou alérgico (ROSMANINHO; MOREIRA; SILVA, 2016; SBD, 2017)

O eczema de contato por irritante primário não necessita de sensibilização prévia do sistema imune. É multifatorial em relação à causa, comumente relacionado ao dano químico da barreira protetora da pele, que gera reação inespecífica com liberação de citocinas inflamatórias (BILIC *et al*, 2018). Já o eczema de contato alérgico é dependente da resposta imune e seu conhecimento tem sido aumentado ao longo dos anos. Ele ocorre por reação de hipersensibilidade mediada por linfócitos T (citotóxicos) contra substâncias de baixo peso molecular não-imunogênicas que, ao se ligarem a proteínas, podem ser reconhecidas pelo sistema imune, provocando alergia. Essa classificação é dependente de sensibilização prévia do indivíduo ao antígeno (MARTINS; REIS, 2011).

#### **2.1.2 Epidemiologia**

O eczema de contato é dermatose de grande prevalência no mundo, de frequência crescente em países em desenvolvimento, principalmente por sua relação com o trabalho. Essa afecção demonstrou ser a principal doença cutânea ocupacional, responsável por até 95% dos diagnósticos de doenças cutâneas relacionadas ao trabalho (ROSMANINHO; MOREIRA; SILVA, 2016). A dermatite de contato por cosméticos também cresceu ao longo dos últimos anos, tornando-se extremamente comum, representando, provavelmente, o principal motivo de solicitação de teste de contato (ZIRWAS, 2019).

#### **2.1.3 Quadro clínico**

O quadro clínico de eczema de contato pode variar muito. Os sinais e sintomas mais comumente percebidos são: ardência, queimação, prurido e eritema no local de contato com as substâncias. O eczema de contato alérgico causa eritema e prurido mais proeminentes, podendo ser acompanhados

de edema, calor local, bolhas ou crostas. Geralmente, a reação alérgica surge em até 48 horas após o contato. Já o eczema de contato por irritante primário causa sintomas mais discretos, representados por ressecamento, espessamento cutâneo e fissuras (SBD, 2017).

#### 2.1.4 Diagnóstico e tratamento

O diagnóstico é frequentemente clínico, com base na história do paciente e achados do exame físico. Quando há suspeita da causa, a primeira maneira de confirmar o diagnóstico é suspender o contato com o possível irritante. Caso não haja efeito, pode ser indicado o teste alérgico de contato (patch test) (USATINE; RIOJAS; 2010; SBD, 2017).

O tratamento assenta-se principalmente na retirada da substância causadora. Os sintomas agudos podem ser aliviados com compressas frias, banho de aveia e loção de calamina. As lesões do eczema de contato alérgico podem ser tratadas com corticoides tópicos, de baixa potência para áreas de pele mais finas e de média a alta potência em demais áreas. Caso a área afetada seja de grande extensão, o uso de corticoides sistêmicos pode ser considerado. Embora comumente utilizados para diminuição do prurido, os anti-histamínicos normalmente não têm eficácia (USATINE; RIOJAS, 2010).

## 2.2 ROSÁCEA

### 2.2.1 Definição e fisiopatologia

A rosácea é uma dermatose que se caracteriza por inflamação cutânea crônica, principalmente nas regiões malares, de nariz, queixo e fronte (ZUUREN, 2017). Sua fisiopatologia ainda não é completamente definida. Contudo, atualmente, considera-se a influência de fatores genéticos, imunes, de desregulação neurovascular, de microrganismos, além de fatores ambientais (AHN; HUANG; 2018).

O componente imune é um dos fatores mais importantes que desencadeiam a doença. Sua desregulação causa a ativação da imunidade inata, gerando o aumento de citocinas e peptídeos antimicrobianos. Foi observado em pacientes com rosácea níveis elevados de catelicidina e calicreína 5 (KLK5) nas lesões cutâneas, além do aumento também de TLR2 e MMPs que levam à ativação do sistema imune inato no baço e degranulação dos mastócitos de forma indireta, respectivamente (AHN; HUANG, 2018).

A desregulação neurovascular é explicada pelo aumento do receptor TRPV1 (Transient Receptor Potential) relacionado com os canais de cátions. Sua ativação provoca o aumento de mediadores neurogênicos de inflamação e dor. Esses neuropeptídios são reguladores vasculares que induzem o rubor sustentado, característico da doença (AHN; HUANG, 2018).

Pacientes com rosácea possuem uma desregulação na camada de microorganismos da pele, verificando-se, nesses pacientes, maior número de organismos comensais e bactérias do que em indivíduos sem essa afecção cutânea. Entretanto, não se sabe se isso desencadeia a doença ou se é secundária a ela. Com relação aos fatores ambientais, destaca-se a radiação ultravioleta que funciona como um gatilho causador de degeneração de colágeno e liberação de mediadores inflamatórios (AHN; HUANG, 2018).

### 2.2.2 Epidemiologia

Estudos apontam que, ao redor do mundo, a prevalência da rosácea pode variar entre menos de 1% a 20%, dependendo da população avaliada, método, cultura e percepções sociais. (14) A faixa etária mais afetada é a de 30-50 anos, sendo mais prevalente em mulheres caucasianas. A média documentada da ocorrência é de 10%; entretanto, pesquisas recentes demonstram que esses dados são subestimados, provavelmente pela ausência de diagnóstico em muitos casos (KORTING; SCHOLLMANN, 2009).

### 2.2.3 Quadro clínico

As manifestações clínicas da rosácea incluem, principalmente, rubor, eritema facial persistente, telangiectasias, pápulas e pústulas (ZUUREN, 2017; TAN; BERG, 2013). Pode haver também sensação de queimação ou “picadas”, ressecamento cutâneo, descamação, edema, espessamento cutâneo e acometimento ocular (TAN; BERG, 2014).

A rosácea é classificada nos subtipos eritêmato-telangiectásica, pápulo-pustulosa, fimatosa e ocular. Além dessas formas clínicas, há ainda a rosácea granulomatosa, variante que se apresenta com nódulos endurecidos (TAN; BERG, 2014).

#### 2.2.4 Diagnóstico e tratamento

O diagnóstico da rosácea é clínico, com base na história clínica e exame físico. A necessidade de biópsia de pele ocorre apenas em casos de dúvida diagnóstica, quando é realizada para afastar outras afecções cutâneas (ZUUREN, 2017).

O manejo da doença é condicionado por suas formas clínicas; contudo, orientações gerais sobre o cuidado com a pele são essenciais para todos os pacientes, como o uso de filtro solar que protege contra os raios ultra-violetas (ZUUREN, 2017; TAN, BERG, 2013). São referidas como opções atuais de tratamento: isotretinoína, laser vascular, luz intensa pulsada, medicamentos tópicos, antibioticoterapia (TAN; BERG, 2013).

### 3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório de caráter qualiquantitativo que se utilizou do método indutivo com coleta de dados por meio de questionário. Os critérios de inclusão foram todos os estudantes acima de 18 anos do curso de medicina do Centro Universitário FAG que estavam cursando entre o 8º e 12º período no primeiro semestre de 2021, independente de sexo. O questionário obteve 121 respostas. Todos os 121 participantes estavam de acordo com os critérios de inclusão. Os dados foram coletados e analisados em março, abril e maio de 2021.

Por envolver seres humanos, a pesquisa cumpriu as normativas definidas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Nesse sentido, o estudo passou por avaliação e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz e pela Plataforma Brasil, sob o parecer de nº 4.591.730, possuindo o CAAE: 43161320.7.0000.5219. Em razão do questionário ter sido aplicado no modelo eletrônico, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) constou na apresentação do instrumento, onde o participante indicou sua concordância ou não em participar da pesquisa.

Os dados coletados no presente estudo permitiram análise teórica da queixa genérica de sensibilidade facial a produtos de uso tópico e frequência de diagnóstico, nessa população, de eczema de contato facial e/ou rosácea. Posteriormente, verificou-se na literatura a frequência com que a queixa de sensibilidade facial esteve de fato relacionada à rosácea e não ao eczema de contato, comparando-se e correlacionando-se com os dados obtidos na pesquisa com os estudantes.

Após a coleta, os dados foram organizados em planilhas do software Microsoft Excel ® e analisados por estatística descritiva, sendo calculadas frequência absoluta e média. Os resultados obtidos foram correlacionados com a literatura específica.

## 4. ANÁLISES E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O questionário obteve 121 respostas de estudantes de medicina do Centro Universitário FAG, que estavam cursando entre o 8º e 12º período, durante o primeiro semestre do ano de 2021.

### 4.1 EPIDEMIOLOGIA

Neste estudo, a amostra dos participantes foi constituída predominantemente pelo sexo feminino (71,10%), pela faixa etária entre 18 e 25 anos (60,30%) (Tabela 1) e a maior parte dos estudantes estavam cursando o 8º período (n= 39), representando 32,23% (Tabela 2).

Tabela 1 – Dados gerais dos participantes.

VARIÁVEL	N	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	86	71,10%
Masculino	35	28,90%
<b>Faixa etária</b>		
18-25 anos	73	60,30%
25-30 anos	46	38,00%
> 30 anos	2	1,70%

Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 2 – Dados gerais dos participantes.

VARIÁVEL	N	%
<b>Período do curso</b>		
8º período	39	32,23%
9º período	35	28,92%
10º período	25	20,66%
11º período	10	8,26%
12º período	12	9,91%

Fonte: Dados da pesquisa.

Dos participantes, 104 (86%) relataram já ter apresentado, em algum momento, irritação cutânea, após a aplicação de produto na face, tais como cosméticos, fotoprotetores, medicamentos de uso cutâneo ou qualquer outro de uso tópico, manifestando-se com um ou mais dos seguintes componentes clínicos: eritema facial, prurido, ardência, edema ou descamação da pele (Tabela 3).

Tabela 3 – Participantes que se queixaram de após aplicar algum produto na face já terem apresentado quadro de irritação no rosto caracterizados por um ou mais dos seguintes sinais e sintomas: eritema facial, prurido, ardência, edema ou descamação da pele.

VARIÁVEL	N	%
<b>Queixas cutâneas</b>		
Sim	104	86%
Não	17	14%
Total	121	100%

Fonte: Dados da pesquisa.

Entre estes, 80 (76,92%) eram do sexo feminino e 24 (23,08%) do sexo masculino (Tabela 4). Em relação à idade, 61,54% (n=64) deles tinham entre 18 e 25 anos (Tabela 5).

Tabela 4 – Presença ou ausência de queixa de acordo com o sexo dos participantes.

VARIÁVEL	N	%
<b>Presença de queixas</b>		
Feminino	80	76,92%
Masculino	24	23,08%
<b>Ausência de queixas</b>		
Feminino	6	35,30%
Masculino	11	64,70%

Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 5 – Presença ou ausência de queixas de acordo com a idade dos participantes.

VARIÁVEL	N	%
<b>Presença de queixas</b>		
18-25 anos	64	61,54%
25-30 anos	38	36,54%
> 30 anos	2	1,92%
<b>Ausência de queixas</b>		
18-25 anos	9	53,00%
25-30 anos	8	47,00%
> 30 anos	0	0%

Fonte: Dados da pesquisa.

Os dados da literatura também apontam para maior prevalência do eczema de contato em mulheres. Em estudo feito na Europa com 3119 indivíduos com queixa de eczema, 54,9% eram do sexo feminino (DIEPGEN *et al*, 2016). A rosácea, de acordo com a literatura, também é afecção cutânea predominantemente feminina, principalmente entre 30 e 50 anos de idade. Embora altamente prevalente, muitos estudos sinalizam para importante subdiagnóstico dessa condição (BARBOSA, 2016). Entre as razões para o eczema de contato ser mais comum no sexo feminino está a maior



utilização de cosméticos faciais pelas mulheres, influenciado pelo fato de a beleza física ter-se tornado, socialmente, sinônimo de sucesso e felicidade (NINET *et al*, 2016). A rosácea é afecção cutânea com diferentes fenótipos de manifestações clínicas. Sua fisiopatogenia ainda não é completamente conhecida, embora os estudos indiquem grande participação da resposta imune inata, ativada por múltiplos fatores que servem como gatilho para a desregulação imune (YAMASAKI; GALLO, 2009). Além desse fator, os mecanismos patogênicos também incluem alterações vasculares por hiper-reatividade e aumento do fluxo sanguíneo local (o que explica o rubor, um dos principais sintomas), além de expressão elevada do fator de crescimento endotelial (VEGF), CD31 (responsável por adesão plaquetária) e D2-40 (marcador endotelial linfático). O envolvimento de espécies reativas de oxigênio (ROS) ainda está sendo analisada. A exposição à radiação ultravioleta é citada também como fator fisiopatológico por induzir angiogênese cutânea, que, histologicamente, é semelhante a telangiectasia, sinal comum na rosácea. Além dessas causas, discute-se o envolvimento de dois microrganismos que vivem no folículo sebáceo: *Demodex folliculorum* e *Helicobacter pylori*. Acredita-se que eles poderiam desencadear a rosácea por meio da inflamação do folículo pilosebáceo (YAMASAKI; GALLO, 2009). Com relação à predominância no sexo feminino, não há explicação satisfatória para essa diferença (DIEPGEN *et al*, 2016).

#### 4.2 QUADRO CLÍNICO

Dos 121 participantes da amostra que compõem a presente análise, 104 relataram, após aplicar algum produto na face, como cosméticos, fotoprotetores, medicamentos de uso cutâneo ou quaisquer outros de uso tópico, quadro de irritação no rosto, caracterizado por um ou mais dos seguintes sinais e sintomas: eritema facial, prurido, ardência, edema ou descamação da pele. Desses, 69 (66,35%) referiram que o episódio ocorreu mais de uma vez e 35 (33,65%) tiveram os sintomas apenas uma única vez (Tabela 6). Ao serem questionados se as regiões mais acometidas incluíam uma ou mais das seguintes regiões: malaras, nariz, mento ou fronte, 86,54% (n=90) responderam que sim e 13,46% (n=14) responderam que não (Tabela 6). Estudos mostram que o eczema de contato por irritante primário ocorre quando a substância irritante é aplicada em concentração e tempo suficientes para causar dano. Na forma aguda há reação de curta duração, após a exposição e a forma cumulativa (mais comum) pode levar de semanas a anos para se manifestar pelo contato repetido com o irritante (ROSMANINHO; MOREIRA; SILVA, 2016). Em contraste, o eczema de contato alérgico envolve mecanismo de hipersensibilidade do tipo IV, causado pelo contato repetido da pele com haptenos que ativam o sistema imune, provocando reação eczematosa. Mesmo concentrações pequenas da substância podem causar esse tipo de manifestação cutânea (ROSMANINHO; MOREIRA; SILVA,

2016; SBD, 2017; FERREIRA *et al*, 2014). Os dados da literatura mostram que o eczema de contato por irritante primário é mais frequente que a rosácea (LAZZARINI *et al*, 2009). A rosácea caracteriza-se por episódios frequentes de rubor, eritema, ardência, pústulas e telangiectasias, sobretudo na região central da face, principalmente nas formas eritêmato-telangiectásica e pápulo-pustulosa (BARBOSA, 2016; VAN ZUUREN *et al*, 2015).

Com relação à influência do clima, 63 (60,56%) estudantes referiram notar essa influência e 41 (39,45%) negaram tal relação (Tabela 6). Estudos apontam como fatores desencadeantes dos mais frequentes os extremos de temperatura, isto é, muito frio ou muito calor (TAN, BERG, 2013; TROIELLI *et al*, 2016). A rosácea é afecção cutânea que apresenta, em maior grau, diversos fatores de exacerbação, enquanto o eczema de contato, apesar de também sofrer influência de fatores externos químicos e físicos, está relacionado principalmente à própria reação em si da substância irritante ou alergênica sobre a pele (ROSMANINHO, MOREIRA, SILVA, 2016; USATINE, RIOJAS, 2010; TAN; BERG, 2013). Dos dados 62 (59,61%) estudantes que participaram da pesquisa relataram algum fator de exacerbação, enquanto 42 (40,39%) disseram não apresentar nenhum fator de agravamento (Tabela 6).

Tabela 6 – Descrição do quadro clínico dos pacientes com queixas cutâneas.

QUADRO CLÍNICO	N	%
<b>Frequência dos sintomas</b>		
Uma única vez	35	33,65%
Várias vezes	69	66,35%
Total	104	100%
<b>Região acometida</b>		
Malares, nariz, mento, fronte	90	86,54%
Outras regiões	14	13,46%
Total	104	100%
<b>Influência do clima</b>		
Sim	63	60,57%
Não	41	39,43%
Total	104	100%
<b>Fator de exacerbação</b>		
Sim	62	59,61%
Não	42	40,39%
Total	104	100%

Fonte: Dados da pesquisa.

Os estudantes que disseram apresentar algum fator de exacerbação foram questionados sobre qual seria esse fator. 64 (sessenta e quatro) respostas foram descritas e alguns participantes escreveram mais de um fator. As principais condições relatadas foram: frio (23,44%), ingestão de

álcool (15,63%), calor (14,06%), exposição ao sol (14,06%) e atividade física (12,50%). Outros fatores também foram mencionados em menor frequência, como suor, alimentos apimentados, chocolate, alimentos com corantes artificiais, alimentos não identificados, banhos quentes, baixa umidade do ar e uso prévio de maquiagem (Tabela 7). A literatura aponta que, além dos fatores de risco habituais como idade e sexo, tipo de pele, histórico familiar e infecções cutâneas, outros fatores estão associados à exacerbação da rosácea, entre os quais são muito comuns a exposição ao sol, ingestão de álcool, atividade física, exposição ao calor e ingestão de café. Esses fatores são capazes de desencadear a rosácea por provocarem vasodilatação cutânea (TAN; BERG, 2014). Um estudo no Reino Unido demonstrou associação crescente entre o consumo excessivo de álcool e a manifestação da rosácea (TAN; BERG, 2014), motivo que poderia explicar o álcool estar entre os principais fatores de exacerbação descritos também pelos participantes.

Tabela 7 – Principais fatores de exacerbação mencionados pelos participantes.

VARIÁVEL	N	%
<b>Principais fatores</b>		
Frio	15	23,44%
Calor	9	14,06%
Suor	4	6,25%
Baixa umidade do ar	1	1,56%
Ingestão de álcool	10	15,63%
Atividade física	8	12,50%
Exposição ao sol	9	14,06%
Banhos quentes	1	1,56%
Uso prévio de maquiagem	1	1,56%
Alimento não identificado	1	1,56%
Chocolate	1	1,56%
Alimentos apimentados	3	4,69%
Alimentos com corantes	1	1,56%

Fonte: Dados da pesquisa.

### 4.3 DIAGNÓSTICO

Quanto ao diagnóstico, os pacientes foram questionados se procuraram ou não atendimento médico. 61 responderam (58,66%) que não procuraram nenhum tipo de auxílio médico, enquanto 43 (41,34) procuraram atendimento médico (Tabela 8). Um estudo realizado em um serviço de Dermatologia em São Paulo analisou as razões da não procura de auxílio médico e da automedicação tópica em pacientes. As respostas obtidas demonstraram que isso ocorre por confiança do paciente nas próprias habilidades e/ou por dificuldade de acesso ao serviço de saúde. Esse mesmo estudo

demonstrou que o eczema está entre as doenças em que, com maior frequência, faz-se automedicação e em que não há a busca de auxílio médico, provavelmente por sua natureza autolimitada. A rosácea também foi mencionada na lista das principais afecções que não recebem atendimento médico (PADOVEZE *et al*, 2012).

Dos participantes que procuraram atendimento médico, 28 (26,92%) referiram ter recebido diagnóstico de eczema de contato e 15 (14,42%) não receberam esse diagnóstico ou não concordaram com o diagnóstico dessa afecção. Um estudo sobre a prevalência do eczema de contato na população geral, em diferentes áreas da Europa, demonstrou que 25% da população apresentava esse diagnóstico (DIEPGEN, 2016). Outro estudo realizado em Portugal, apontou 27% de acometidos. Em relação à rosácea, estudos apontam prevalência geral de 10% (BARBOSA, 2016; GALLO *et al*, 2017; SANTOS, 2020), podendo variar de acordo com a área geográfica, caindo para até 2%, talvez pelo número relativamente reduzido de publicações a respeito dessa dermatose e pela dificuldade de comparação dos estudos, em função das diferentes metodologias e diversidade das amostras utilizadas (TROIELLI *et al*, 2016). Outro estudo indica que a rosácea é uma condição frequente nos ambulatórios de dermatologia, porém constantemente negligenciada e subdiagnosticada (MESQUITA; IGREJA; REIS, 2011). Em alguns países, em especial os de grande contingente populacional como o Brasil, os dados sobre a prevalência da rosácea são muito pobres, especialmente a do subtipo eritematoso, que possui muitos diagnósticos diferenciais com outras doenças que causam eritema e rubor e demanda muita atenção do profissional médico (BUDDENKOTTE; STEINHOFF, 2018). O eczema de contato pode manifestar-se também com eritema e rubor (SBD, 2017). Estudo realizado na América Latina apontou que o eczema de contato pode simular a rosácea por desencadear eritema, ardor e prurido, ressaltando a possibilidade de confusão diagnóstica entre essas afecções cutâneas (TROIELLI *et al*, 2016).

Ao compararem-se os dados obtidos com os da literatura é possível perceber que a prevalência do diagnóstico de eczema (26,92%) coincide com os 25% apontados pelos estudos mencionados, o que poderia significar o correto diagnóstico. Já os 14% que não receberam esse diagnóstico poderiam fazer parte dos 10% apontados pela literatura de prevalência de rosácea. Por outro lado, a maioria dos participantes declarou não ter procurado atendimento médico (58,66%) e que suas queixas cutâneas persistiram. Analisando-se o número de participantes que não procurou atendimento médico (n=61 ou 58,66%) com o que referiu fatores de exacerbação (59,61% ou n=62), é possível que muitos desses respondentes coincidam e, dado que na rosácea os fatores de exacerbação são mais perceptíveis do que no eczema de contato, poderia ser a rosácea sua verdadeira condição clínica, o que reforçaria a tese do subdiagnóstico e da falta de informações da prevalência real dessa doença em países com grande contingente populacional (BUDDENKOTTE; STEINHOFF, 2018).

Tabela 8 – Número de pacientes que receberam diagnóstico de eczema de contato.

VARIÁVEL	N	%
<b>Diagnóstico de eczema de contato</b>		
Sim	28	26,92%
Não	15	14,42%
Não procurou atendimento médico	61	58,66%

Fonte: Dados da pesquisa.

#### 4.4 TRATAMENTO

Grande parte dos participantes apenas interrompeu o uso do produto suspeito na face (n=88 ou 84,61%). Desses, 63 estudantes (52,06% do total e 71,59% dos que 88) relataram melhora clínica, enquanto 25 (20,70% do total e 28,41% dos 88) queixaram-se de permanência do quadro clínico mesmo com a interrupção. Apenas 15,39% (n=16) referiu algum tratamento complementar (Tabela 9).

Tabela 9 – Número de pacientes que realizaram algum tratamento além de interromper o uso do produto suspeito na face.

VARIÁVEL	N	%
<b>Realizou outro tratamento</b>		
Sim	16	15,39%
Não	88	84,61%

Fonte: Dados da pesquisa.

Já 14 (11,60%) participantes declararam ter obtido melhora com interrupção do uso do produto suspeito na face combinada com algum tratamento complementar e apenas 2 (1,70%) alegaram que não houve remissão do quadro clínico, mesmo com tratamento complementar combinado à interrupção do uso do produto suspeito na face (Tabela 10).

Tabela 10 – Número de pacientes que obtiveram melhora ou não do quadro clínico.

VARIÁVEL	N	%
<b>Obteve melhora do quadro</b>		
Sim, sem tratamento complementar	63	52,06%
Não, sem tratamento complementar	25	20,70%
Sim, com tratamento complementar	14	11,60%
Não, com tratamento complementar	2	1,70%
Nunca teve o quadro clínico mencionado	17	14,03%

Fonte: Dados da pesquisa.

#### 4.4.1 Discussão

O eczema de contato na face, na maioria das vezes, desenvolve-se de forma branda e autolimitada (PADOVEZE *et al*, 2012), o que explicaria grande parte da melhora do quadro clínico apenas com interrupção do produto suspeito, mesmo para aqueles que não procuram atendimento médico, o que pode ser verificado na Tabela 8. Diante de lesões ativas, além da cessação do uso do irritante primário, é preconizado a utilização de corticoesteróides tópicos para lesões em pequenas áreas (ROSMANINHO; MOREIRA; SILVA, 2016). Para casos crônicos e refratários, pode ser usada a PUVA (fototerapia com raios ultravioleta UVA associada com ingestão de psoralenos). Associa-se antibióticos tópicos, se houver infecção secundária, e hidratantes devem ser utilizados para o reestabelecimento da barreira cutânea (FERREIRA *et al*, 2014).

Já o tratamento da rosácea pode representar desafio para o médico (RIVERO; WHITFELD, 2018), uma vez que medidas gerais e específicas de tratamento (TROIELLI *et al*, 2016), às vezes, são difíceis de seguir. Seu tratamento pode variar de acordo com os subtipos e a severidade (RIVERO; WHITFELD, 2018), mas algumas recomendações são gerais, como fotoproteção, hidratação que não promova aumento da oleosidade e evitar exposição a fatores desencadeantes (TROIELLI *et al*, 2016). O tratamento tópico inclui ácido azelaico, ivermectina, metronidazol, sulfacetamida sódica, peróxido de benzoíla, antibióticos, inibidores da calcineurina, ácido retinoico, brimonidina, oximetazolina (TROIELLI *et al*, 2016). Em relação ao tratamento sistêmico, os principais medicamentos utilizados são as ciclinas: doxiciclina, tetraciclina, limeciclina e minociclina (TROIELLI *et al*, 2016; SANTOS, 2020). Embora as ciclinas sejam as mais utilizadas e consagradas pelo amplo e longo uso, a rigor, sua indicação tem sido off-label, exceto em relação à doxiciclina que é a única desse grupo aprovada pela FDA (Food and Drug Administration ou Administração Federal de Alimentos e Medicamentos) para o tratamento de lesões da rosácea (TROIELLI *et al*, 2016; SANTOS, 2020), principalmente para os casos mais inflamatórios, representados pelas formas eritêmato-telangiectásica e pápulo-pustulosa (ABOKWIDIR; FELDMAN, 2016). A não aprovação formal das outras ciclinas, mesmo diante da prática clínica, ratificada nas principais compilações (livros de texto) da dermatologia, pode dever-se pela insuficiência de trabalhos com as demais representantes dessa classe de antibióticos. A dose de doxiciclina preconizada é de 40 mg, que é considerada dose anti-inflamatória (SANTOS, 2020). A isotretinoína – na dose de 0,5 a 1,0mg/kg por dia – é mencionada no tratamento da rosácea pápulo-pustulosa severa, embora também não tenha indicação pela FDA (ABOKWIDIR, 2016). O metronidazol via oral também pode ser usado para o tratamento, em especial na forma pápulo-pustulosa, com resultados satisfatórios (TROIELLI *et al*, 2016; ABOKWIDIR, 2016) O tratamento

com laser e luz intensa pulsada mostrou-se eficaz em algumas formas de rosácea, com mais enfoque no eritema e na telangiectasia (TROIELLI *et al*, 2016; SANTOS, 2020).

Levando-se em conta que na maioria dos casos, tanto os relatados na literatura, como os da amostra, foram brandos e melhoraram por completo com a cessação do uso do produto suspeito na face, a persistência total de lesões e sintomas, após a interrupção do seu uso, poderia ser devida apenas à rosácea, já que no eczema de contato a regra é a cessação dos sintomas com a interrupção do irritante ou do alérgeno, enquanto na rosácea, dada a sua cronicidade, o quadro pode persistir ou não (BARBOSA, 2016). De fato, pela condição heterogênea dos diferentes fenótipos de rosácea (YAMASAKI; GALLO, 2009) é possível uma melhora clínica completa dessa afecção apenas com a interrupção do produto suspeito – visto que uma das medidas de tratamento não farmacológica é a interrupção de desencadeantes e agravantes (TROIELLI *et al*, 2016). Porém isso ocorre principalmente nos casos em que a irritação se manifesta por causa da existência da rosácea, ainda que assintomática (TROIELLI *et al*, 2016). Portanto, mesmo que a maioria (n= 63 ou 52,06%) dos estudantes tenha relatado melhora clínica unicamente interrompendo o uso do produto na face, isso não significa, automaticamente, eczema de contato. Já aqueles que melhoraram parcialmente poderiam ter concomitantemente quadro de base de rosácea, que favoreceria e amplificaria o eczema. Ao cessar o uso, melhoraria o componente clínico devido ao eczema, mas as lesões persistiriam, em parte, por causa da rosácea. Tais possibilidades são reforçadas tanto pela condição de cronicidade (TROIELLI *et al*, 2016) como pela alta prevalência da rosácea na faixa etária objeto deste estudo e, portanto, sugerem subdiagnóstico dessa dermatose.

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O conhecimento adequado das características clínicas particulares do eczema de contato e da rosácea e do que as distingue é fundamental para o correto diagnóstico e tratamento de ambas. Os dados quantitativos obtidos por meio do questionário empregado no presente trabalho demonstraram que, pelo menos em relação à prevalência, o percentual de estudantes com suspeita de eczema de contato acompanha o da literatura, o que pode indicar acerto no diagnóstico.

Não só em relação aos indivíduos da amostra, para os quais não houve um diagnóstico formal, mas também para os que não melhoraram com a mera suspensão do agente suspeito, considerando os dados que emergem do estudo e a experiência clínica acumulada, é possível suspeitar de subdiagnóstico de rosácea. É plausível pensar, ainda, que esse não diagnóstico pode bem refletir a realidade clínica cotidiana, em que a real prevalência de rosácea leve, em sua fase inicial, seja subestimada, fato que certamente contribuiria para reduzir a percepção da sua verdadeira importância

epidemiológica e a atenção do clínico para o diagnóstico correto, quando diante de tais lesões de face pouco específicas ou indistintas.

## REFERÊNCIAS

ABOKWIDIR, M.; FELDMAN, S.R. Rosacea Management. **Skin Appendage Disord**, v. 2, p. 26–34, 2016.

AHN, C. S.; HUANG, W.W. Rosacea Pathogenesis. **Dermatol Clin**. v. 36, n.2, p.81-86, 2018.

BARBOSA, H. I. M. A Rosácea e sua compreensão: etiopatogenia e clínica. **Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra**, Portugal, 2016. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10316/36181>. Acesso em: 19 ago. 2021.

BILIC G. N. *et al.* Irritant and Allergic Contact Dermatitis – Skin Lesion Characteristics. **Acta Clin Croat**, v. 57, p. 713-720, 2018.

BRASIL. SBD – Sociedade Brasileira de Dermatologia. **Dermatite de Contato**. 2017. Disponível em: <https://www.sbd.org.br/dermatologia/pele/doencas-e-problemas/dermatite-de-contato/2/>. Acesso em: 19 ago. 2021.

BUDDENKOTTE, J.; STEINHOFF, M. Recent advances in understanding and managing rosácea. **F1000 Research**, v.7, p. 1885, 2018.

DIEPGEN, T. L. *et al.* Prevalence of contact allergy in the general population in different European regions. **British Journal of Dermatology**, v. 174, p. 319-329, 2016.

FERREIRA, B. I. A. L. S. *et al.* Dermatites: diagnóstico e terapêutica. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, v. 5, n. 2, p. 22-26, 2014.

GALLO, R. L. *et al.* Standard classification and pathophysiology of rosacea: The 2017 update by the National Rosacea Society Expert Committee. **Journal of the American Academy of Dermatology**, v. 78, n. 1, 2017.

KORTING, H. C.; SCHOLLMANN, C. Current topical and systemic approaches to treatment of rosacea. **J Eur Acad Dermatol Venereol**, v. 23, n.8, p.876-882, 2009.

LAZZARINI, R. *et al.* Dermatite alérgica de contato a medicamentos de uso tópico: uma análise descritiva. **An Bras Dermatol**, v. 84, n.1, p.30-4, 2009.

MARTIN, K. I.; GLASER, D.A. Cosmeceuticals: The New Medicine of Beauty. **Mo Med**, v. 108, n.1, p.60-63, 2011.

MARTINS, L. E. A. M.; REIS, V. M. S. Immunopathology of allergic contact dermatites. **Anais Brasileiros de Dermatologia**. v. 86, n. 3, p. 419-433, 2011.

MESQUITA, K.C.; IGREJA, A. C. S. M.; REIS, C. M. S. Rosácea extrafacial: relato de caso. **Brasília Med**, v. 48, n.1, p. 94-98, 2011.



- NINET, V. Z. *et al.* Allergic contact dermatitis due to cosmetics: A clinical and epidemiological study in a tertiary hospital. **Actas Dermosifiliogr**, v. 107, n. 4, p.329-236, 2016.
- PADOVEZE, E. H. *et al.* Cross-sectional descriptive study of topical self-medication in a Hospital Dermatology Department in the State of São Paulo. **An Bras Dermatol**, v. 87, n. 1, p. 63-5, 2012.
- RIVERP, A. L.; WHITFELD, M. An update on the treatment of rosácea. **Australian Prescriber**, v.41, p. 20-4, 2018.
- ROSMANINHO, I.; MOREIRA, A.; SILVA, J. P. M. Dermatite de contacto: revisão da literatura. **Revista Portuguesa de Imunoalergologia**, v. 24, n.4, p. 197-209, 2016
- SANTOS, L. S. A. D. Rosacea: a review of new treatments. **BWS Journal**, v. 3, n. 20070066, p. 1-9, 2020.
- TAN, J.; BERG, M. Rosacea: Current state of epidemiology. **Journal of the American Academy of Dermatology**, v. 69, n.6, p.27-35, 2013.
- TROIELLI, P. *et al.* Actualización y recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de la rosácea en Latinoamérica. **Med Cutan Iber Lat Am**, v. 44 n. 1, p. 7-26, 2016
- USATINE, R. P.; RIOJAS, M. Diagnosis and management of contact dermatites. **Am Fam Physician**, v. 82, n.3, p. 249-255, 2010.
- VAN ZUUREN, E. J. *et al.* Interventions for rosacea (Review). **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v.4, 2015.
- YAMASAKI, K.; GALLO, R. L. The molecular pathology of rosacea. **Journal of Dermatological Science**, v. 55, p. 77-81, 2009.
- ZIRWAS, M. J. Contact Dermatitis to Cosmetics. **Clinical Reviews in Allergy & Immunology**. v. 56, n.1, p.119-128, 2019.
- ZUUREN, E. J. Rosacea. **The New England Journal of Medicine**. v.377, p.1754-64, 2017.