

DISIDROSE: ANÁLISE DOS FATORES DE DESENCADEAMENTO E POTENCIAIS TERAPIAS

Juliana Isquierdo Miron¹;

Centro Universitário Nossa Senhora do Patrocínio (Ceunsp), Itu, São Paulo.

<http://lattes.cnpq.br/0846051747533911>

Tereza Raquel Xavier Viana²;

Centro Universitário Nossa Senhora do Patrocínio (Ceunsp), Itu, São Paulo.

<http://lattes.cnpq.br/1006939025223938>

Regiane Pricila Ratti³;

Centro Universitário Nossa Senhora do Patrocínio (Ceunsp), Itu, São Paulo.

<http://lattes.cnpq.br/5478150276850174>

Larissa Teodoro Rabi⁴.

Centro Universitário Nossa Senhora do Patrocínio (Ceunsp), Itu, São Paulo.

<http://lattes.cnpq.br/9166927311966949>

RESUMO: A disidrose é uma condição de pele caracterizada por bolhas nas mãos e/ou pés, desencadeada por diversos fatores irritantes externos e internos, como a hiperhidrose, alérgenos e fatores genéticos. Apesar de ser uma condição relativamente comum, os mecanismos fisiopatológicos que levam ao seu desenvolvimento ainda não estão completamente esclarecidos. Fatores emocionais, atopia, medicamentos, substâncias de contato, entre outros, têm sido relatados como seus causadores. Este artigo tem como objetivo fornecer uma análise abrangente dos fatores desencadeantes conhecidos e potenciais terapias disponíveis para o tratamento dessa condição. Além disso, a compreensão completa dos mecanismos fisiopatológicos ainda é limitada, e mais pesquisas são necessárias para desenvolver abordagens terapêuticas mais eficazes e direcionadas.

PALAVRAS-CHAVE: Eczema. Disidrose. Manifestações. Tratamento.

DYSHIDROSIS: ANALYSIS OF TRIGGERING FACTORS AND POTENTIAL THERAPIES

ABSTRACT: Dyshidrosis is a skin condition characterized by blisters on the hands and/or feet, triggered by several external and internal irritating factors, such as hyperhidrosis, allergens and genetic factors. Despite being a relatively common condition, the pathophysiological mechanisms that lead to its development are not yet completely understood. Emotional factors, atopy, medications, contact substances, among others, have been reported as their causes. This article aims to provide a comprehensive analysis of known triggers and potential therapies available for treating this condition. Furthermore, complete understanding of pathophysiological mechanisms is still limited, and more research is needed to develop more effective and targeted therapeutic approaches.

KEY-WORDS: Eczema. Dyshidrosis. Manifestations. Treatment.

INTRODUÇÃO

Eczema vesicular palmoplantar, eczema disidrótico (DE), *Pompholyx*, e/ou erupções disidrosiformes, conhecidos popularmente como disidrose, é uma condição dermatológica, classificada como uma dermatose vesiculosa, sendo uma condição cutânea caracterizada principalmente pelo desenvolvimento de pequenas bolhas profundas nas palmas das mãos e/ou nas solas dos pés, e pode-se desenvolver em qualquer idade. A disidrose pode manifestar-se como uma dermatose aguda, crônica ou recorrente nos dedos, palmas das mãos e plantas dos pés. Caracteriza-se pelo surgimento repentino de numerosas vesículas claras, pruriginosas e profundas, acompanhadas de sintomas como, descamação da pele no local podendo ser superficial ou intensa, fissuras, eritema (vermelhidão), edema (inchaço), prurido intenso, e em alguns casos, levar à liquenificação da pele (lesão cutânea que faz com que a pele se torne mais espessa e grossa, apresentando sulcos e manchas diversas), como demonstra a figura 1.

Figura 1: Liquenificação da pele de um paciente com disidrose.



Fonte: Site Minha Vida Saúde. Por **Dra. Daniela Landim** Dermatologia (CRM 106025/SP). Publicado em 7 de junho de 2023

Wollina U. sugere ser uma condição caracterizada pela espongiose intraepidérmica da epiderme, na qual o acúmulo de edema leva à formação de vesículas pequenas, tensas, transparentes e preenchidas com líquido nas laterais dos dedos, podendo eventualmente aumentar de tamanho e evoluir para bolhas.

De acordo com o estudo de Jessica Dunkley *et. al* (2021) sobre Eczema Vesicular Palmoplantar, há diferentes formas de eczema que afetam as mãos. Essas formas incluem o eczema pomfolix (figura 2), que causa bolhas graves nas palmas das mãos e, às vezes, nas solas dos pés. Há também o eczema vesiculo escamoso crônico (figura 3), que se manifesta como pequenas bolhas nas mãos e pés, seguidas por descamação e reaparecimento. O eczema hiperkeratótico crônico (figura 4) causa espessamento e fissuras nas palmas. Por fim, as reações id (figura 5) são erupções eczematosas generalizadas em resposta a infecções, como infecções fúngicas.

Figura 2: eczema pomfolix



Fonte: NHS England. Publicado 02 de março de 2022.

Figura 3: eczema vesiculo escamoso crônico.



Fonte: MyMedFarma. Publicado em 2017.

Figura 4: eczema hiperkeratótico crônico



Fonte: Md Saude. Dr Pedro Pinheiro. Publicado em 26 de outubro de 2023.

Figura 5: reações id.



Fonte: Md Saude. Dr Pedro Pinheiro. Publicado em 26 de outubro de 2023.

Existem diversos tipos de eczema e diferentes manifestações, todos compartilham características histológicas de dermatite. Se incluem a dermatite atópica, uma doença crônica da pele, caracterizada por inflamação e prurido; Eczema de contacto, sendo uma reação localizada por contato a alérgenos e sua sintomatologia se dá por eritema, prurido e ardor; Dermatite de contacto alérgica caracterizada por eritema, erupções cutâneas e prurido na área da pele que teve contato direto com substâncias que o sistema imunitário reconhece como estranha; Eczema seborreico, uma inflamação da pele caracterizada por prurido e placas eritemato-descamativas nas áreas mais oleosas do corpo, como o couro cabeludo; Eczema numular são manchas arredondadas e avermelhadas, com descamação, apresentam coceira intensa e surgem em diversas partes do corpo, principalmente em áreas com glândulas sudoríparas; Neurodermatitis, caracterizada por manchas escamosas

em regiões específicas, como cabeça, pernas, pulsos e antebraços, causando prurido intenso no local, semelhante a picada de insetos; Dermatite ocre é uma irritação na pele que assume uma pigmentação acastanhada e surge nas pernas, geralmente associadas a problemas circulatorios.

O aparecimento dessas reações variam de paciente, pois podem ser desencadeados ou agravados por diversos motivos como, estresse emocional, mudanças sazonais que parecem estar diretamente relacionadas às recaídas, uma vez que os episódios são mais comuns nos meses de primavera e verão, o aumento da sudorese parece estimular a condição e muitos pacientes com hiperidrose palmar também apresentam eczema disidrótico coexistente, a sensibilidade a certos metais, especialmente níquel e cobalto, manuseio com agentes de higienização domésticos e possivelmente tóxicos (detergente, desinfetantes, produtos de limpeza em geral), produtos cosméticos, exposição a ácaros, e também uso de alguns medicamentos como anticoncepcionais e aspirinas.

OBJETIVO

Fornecer uma revisão abrangente sobre a disidrose e sua correlação com a dermatite, além de destacar os fatores desencadeantes associados e as terapias potenciais disponíveis para seu tratamento.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão da literatura, abrangendo as bases de dados, PubMed (*National Library of Medicine*), SciELO (*Scientific Electronic Library Online*) e os portais da Organização Mundial da Saúde (OMS/OPAS). Foram selecionados estudos em inglês e português, submetidos à revisão por pares e disponíveis na íntegra, abrangendo um período de 20 anos (2004 - 2024).

Por meio dessa análise bibliográfica, objetivou-se oferecer uma perspectiva abrangente sobre a relevância do entendimento da disidrose e seu impacto na qualidade de vida dos pacientes, com ênfase nos fatores desencadeantes e nas terapias potenciais associadas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Antigamente o termo “disidrose” era relacionado com as glândulas sudoríparas, e em 1873 o termo foi atualizado para descrever bolhas nas palmas das mãos e nas plantas dos pés, acredita-se agora que a disidrose não estejam diretamente relacionadas com a condição de hiperidrose (sudorese intensa) (VEIEN NK, 2009). Sua prevalência exata não é totalmente conhecida, mas representa uma porcentagem significativa dos casos de eczema nas mãos, aproximadamente de 5 a 20% dos casos de dermatites. (MINELLI, et

al. 2008)

De acordo com a pesquisa *Eczema Unmasked* realizada pelo NES em 2020, o estresse emergiu como o principal desencadeador de surtos de eczema, afetando significativamente mais mulheres (57%) do que homens (41%). Além de promover a inflamação em todo o corpo, o estresse compromete a capacidade de reparação da pele. (MOLDS, 2021)

A descrição médica para a erupção cutânea nas mãos e/ou pés, que inclui bolhas ou vesículas simétricas, pode ser identificada por diferentes termos como *pompholyx*, disidrose ou eczema disidrótico. Este tipo de condição é comumente observado na prática médica, sendo recorrente e desafiador para o tratamento. Existem três tipos principais de dermatite nas mãos/pés, que são dermatite de contato irritante, dermatite de contato alérgica e eczema disidrótico. O tratamento dessas condições pode ser prolongado e, idealmente, incluir testes de contato para excluir outras causas possíveis. A aparência das bolhas, sua persistência e a intensidade dos sintomas como ardor, coceira e dor intensa podem ser atribuídos à anatomia específica da pele das palmas das mãos e plantas dos pés, que possuem uma camada espessa de epiderme com uma camada córnea compacta (VEIEN, 2009; WOLLINA, 2008).

As vesículas, bolhas cheias de líquido, aparecem nas palmas das mãos e plantas dos pés, tornando-se dolorosas ao crescerem. Apesar da pressão do líquido, elas permanecem fechadas, migrando lentamente para a superfície ao longo de três semanas, quando secam e desaparecem. Perfurar as bolhas alivia os sintomas, como coceira dolorosa. A sudorese excessiva pode causar inflamação localizada devido às substâncias químicas presentes no suor, mas a ausência de alterações no ducto sudoríparo descarta a obstrução das glândulas sudoríparas (SHACKELFORD & BELSITO, 2002).

A disidrose pode ser categorizada em dois subtipos principais: disidrose idiopática ou verdadeira, onde os agentes etiopatogênicos não são identificados, e erupções disidrosiformes, nas quais uma relação causal é estabelecida, como em condições como dermatite atópica, dermatite de contato, farmacodermia e dermatofitídeos (SHACKELFORD & BELSITO, 2002; LODI, *et al.*, 1992).

O diagnóstico da disidrose é principalmente baseado na avaliação clínica. Uma história clínica minuciosa pode ajudar a identificar possíveis causas, especialmente quando há um fator desencadeante identificável. Como parte das medidas gerais de manejo, é aconselhável instruir o paciente a lavar as mãos cuidadosamente e aplicar emolientes regularmente. Além disso, é importante evitar o contato direto com substâncias irritantes e produtos de limpeza, incentivando o uso de luvas de vinil e meias de algodão para proteção (MINELLI *et al.*, 2008).

A prescrição de corticosteroides de aplicação tópica é amplamente aceita na prática clínica, embora os resultados por vezes não atendam às expectativas. As pomadas apresentam-se como uma opção mais eficaz em comparação aos cremes, devido à sua formulação com menor teor de conservantes. O uso de corticosteroides por via oral

demonstra uma rápida melhora em casos graves, entretanto, os potenciais efeitos adversos devem ser cuidadosamente considerados, especialmente em tratamentos de longa duração (MINELLI *et al.*, 2008).

O tratamento da disidrose é classificado como refratário quando não apresenta melhora após um período de duas a quatro semanas de terapia adequada. Em situações em que o diagnóstico diferencial não é claro, pode-se considerar a realização de investigações adicionais para detectar possíveis infecções bacterianas, fúngicas e virais, além de testes de adesivo cutâneo e biópsia de pele. A terapia tópica com psoraleno e ultravioleta A (PUVA) é uma opção para casos refratários de disidrose. Além disso, o uso de toxina botulínica pode desempenhar um papel no tratamento de casos de disidrose com prurido refratário (TZANEVA *et al.*, 2009; WOLLINA, 2010; WOLLINA & KARAMFILOV, 2002).

Apesar da presença de tratamentos padrão, como corticosteroides tópicos e medidas de manejo geral, alguns casos podem persistir e ser classificados como refratários. Nesses casos, é crucial realizar investigações adicionais para excluir outras condições e considerar opções terapêuticas alternativas, como a terapia com psoraleno e ultravioleta A (PUVA) ou o uso de toxina botulínica. Portanto, mais pesquisas são necessárias para desenvolver abordagens terapêuticas mais eficazes e direcionadas para esse desafio clínico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A disidrose é uma condição dermatológica complexa e desafiadora, caracterizada pela formação de bolhas nas mãos e/ou pés. Apesar dos avanços no entendimento e tratamento dessa condição, ainda há desafios significativos a serem superados. Os pacientes muitas vezes enfrentam recorrências persistentes e desconforto considerável, mesmo com as opções terapêuticas disponíveis. A abordagem terapêutica da disidrose requer uma compreensão abrangente dos mecanismos fisiopatológicos subjacentes e uma consideração cuidadosa dos fatores desencadeantes individuais de cada paciente. Embora os corticosteroides tópicos sejam comumente utilizados como tratamento de primeira linha, muitos casos acabam sendo refratários a essas terapias convencionais.

Diante disso, é essencial investir em pesquisa adicional para aprofundar o conhecimento sobre a disidrose e desenvolver abordagens terapêuticas mais eficazes e direcionadas. Estudos futuros podem explorar novos alvos terapêuticos, como a terapia com psoraleno e ultravioleta A (PUVA) ou o uso de toxina botulínica, além de investigar a eficácia de tratamentos combinados ou personalizados. Além disso, é fundamental fornecer suporte e educação contínuos aos pacientes, ajudando-os a entender melhor sua condição e a adotar medidas preventivas para evitar recorrências. Isso inclui a identificação e a eliminação de possíveis desencadeadores, como irritantes ambientais ou alergias conhecidas.

Em última análise, o manejo eficaz da disidrose requer uma abordagem multidisciplinar e colaborativa, envolvendo dermatologistas, alergologistas e outros profissionais de saúde. Somente através de esforços conjuntos e contínuos podemos melhorar significativamente a qualidade de vida dos pacientes afetados por essa condição dermatológica debilitante.

REFERÊNCIAS

ABREU-VELEZ AM, Pinto FJ Jr, Howard MS. **Dyshidrotic eczema: relevance to the immune response in situ.** N Am J Med Sci. 2009 Aug;1(3):117-20. PMID: 22666682; PMCID: PMC3364640.

AGNER T, Aalto-Korte K, Andersen KE, et al.: Classificação do eczema nas mãos . J Eur Acad Dermatologia Venereol. 2015, 29:2417-2422. 10.1111/jdv.13308.

CALLE Sarmiento PM, Chango Azanza JJ. **Dyshidrotic Eczema: A Common Cause of Palmar Dermatitis.** Cureus. 2020 Oct 7;12(10):e10839. doi: 10.7759/cureus.10839. PMID: 33173645; PMCID: PMC7647841.

DUNKLEY, J., & Rehmus, W. (n.d.). [Contribuições ao artigo]. In F. Talavera, S. R. Feldman, & D. M. Elston (Eds.), *Dermatology* (pp. xx-xx). **Eczema Vesicular Palmoplantar.** 08 de outubro de 2021 Editora: Medscape.

LODI, A., BETTI, R., CHIARELLI, G., URBANI, C. E., & CROSTI, C. (1992). **Epidemiological, clinical and allergological observations on pompholyx.** *Contact dermatitis*, 26(1), 17–21. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0536.1992.tb00862.x>

MINELLI, I., Florião, R. A., Sternick, M., Gon, A. S., “**Disidrose: aspectos clínicos, etiopatogênicos e terapêuticos**” (**Dyshidrotic eczema: clinical, etiopathogenic and therapeutic aspects**), Educação Médica Continuada - EMC, Anais Brasileiros de Dermatologia, vol. 83, no. 2, April 2008, <https://doi.org/10.1590/S0365-05962008000200002>.

MOLDS, Claire. **Dicas para entrar na zona de relaxamento.** Exchange, v. 180, junho de 2021. National Eczema Society. Eczema Unmasked: Pesquisa de Pacientes. 2020. Disponível em: <http://www.eczema.org/pompholyx>.

SCHROETER, A. L., CONN, D. L., & JORDON, R. E. (1976). **Immunoglobulin and complement deposition in skin of rheumatoid arthritis and systemic lupus erythematosus patients.** *Annals of the rheumatic diseases*, 35(4), 321–326. <https://doi.org/10.1136/ard.35.4.321>

SHACKELFORD, K. E., & BELSITO, D. V. (2002). **The etiology of allergic-appearing foot dermatitis: a 5-year retrospective study.** *Journal of the American Academy of Dermatology*, 47(5), 715–721. <https://doi.org/10.1067/mjd.2002.124697>.

TZANEVA, S., KITTLER, H., THALLINGER, C., HÖNIGSMANN, H., & TANEW, A.

(2009). **Oral vs. bath PUVA using 8-methoxypsoralen for chronic palmoplantar eczema.** *Photodermatology, photoimmunology & photomedicine*, 25(2), 101–105. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0781.2009.00419.x>.

VEIEN N. K. (2009). **Acute and recurrent vesicular hand dermatitis.** *Dermatologic clinics*, 27(3), 337–vii. <https://doi.org/10.1016/j.det.2009.05.013>.

WILKINSON jd. **Vesicular palmoplantar eczema. Cutaneous changes in disorders of altered reactivity.** In: Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, Austen KF, Goldsmith LA, Katz SI, et al. (editores). *Fitzpatrick's dermatology in general medicine*. 5 ed. New York: McGraw-Hill; 1998. v. 127. p.1489-93.

WOLLINA U. (2008). **Pompholyx: what's new?** *Expert opinion on investigational drugs*, 17(6), 897–904. <https://doi.org/10.1517/13543784.17.6.897>

WOLLINA U: **Pompholyx: uma revisão das características clínicas, diagnóstico diferencial e tratamento** . *Sou J Clin Dermatol*. 2010, 11:305-314. 10.2165/11533250-000000000-00000.

WOLLINA, U., & KARAMFILOV, T. (2002). **Adjuvant botulinum toxin A in dyshidrotic hand eczema: a controlled prospective pilot study with left-right comparison.** *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology: JEADV*, 16(1), 40–42. <https://doi.org/10.1046/j.1468-3083.2002.00361.x>