

Maria Regina de Paula Leite Kraft: Elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; aprovação da versão final do manuscrito.






## Conflito de interesses

Nenhum.

## Referências

- Alchorne Ade O, Alchorne MM, Silva MM. Occupational dermatosis. *An Bras Dermatol*. 2010;85:137–47.
- Duarte I, Lazzarini R, Hafner M, Monteiro NA. Dermatite de contato. In: Belda Junior W, DiChiachio N, Criado PR, editors. *Tratado de Dermatologia*. 3 ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2018.
- Ingber A, Merims S. The validity of the Mathias criteria for establishing occupational causation and aggravation of contact dermatitis. *Contact Dermatitis*. 2004;51:9–12.
- Lise MLZ, Feijó FR, Lise MLZ, Lise CRZ, Campos LCE. Occupational dermatoses reported in Brazil from 2007 to 2014. *An Bras Dermatol*. 2018;93:27–32.
- Miranda FMD, Purim KSM, Sarquis LMM, Shwetz ANC, Delatorre LS, Saalfeld RM. Dermatoses ocupacionais registradas em sistema de notificação na região Sul do Brasil (2007 a 2016). *Rev Bras Med Trab*. 2018;16:442–50.
- Holguín-Gómez L, Sastre Domínguez J. Occupational Contact Dermatitis in Spain. *J Investig Allergol Clin Immunol*. 2017;27:134–6.

- Brutti CS, Bonamigo RR, Cappelletti T, Martins-Costa GM, Menegat AP. Dermatite de contato alérgica ocupacional e não-ocupacional e qualidade de vida: um estudo prospectivo. *An Bras Dermatol*. 2013;88:670–1.
- Higgins J, Cahill R, Jolanki R, Nixon. Epoxy resins. In: SM John et al.;(eds) *Kanerva's Occupational Dermatology*.
- Groot AC, Flyholm M-A. Formaldehyde and formaldehyde-releasers In: SM John et al. *Kanerva's Occupational Dermatology*.

Rosana Lazzarini <sup>a,\*</sup>,  
Mariana de Figueiredo Silva Hafner <sup>a</sup>,  
Nathalie Mie Suzukia <sup>a,b</sup>, Isabela Marangon Pasotti <sup>b</sup>  
e Maria Regina de Paula Leite Kraft <sup>b</sup>

<sup>a</sup> *Clínica de Dermatologia, Hospital Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil*

<sup>b</sup> *Escola de Medicina, Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil*

\* Autor para correspondência.

E-mail: [rosana.fototerapia@gmail.com](mailto:rosana.fototerapia@gmail.com) (R. Lazzarini).

Recebido em 7 de agosto de 2020; aceito em 6 de outubro de 2020

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2021.11.016>  
2666-2752/ © 2021 Sociedade Brasileira de Dermatologia.  
Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

## Prevalência de dermatite atópica em adultos<sup>☆,☆☆</sup>



Prezado Editor,

A dermatite atópica (DA) é uma doença inflamatória cutânea crônica, recorrente, que afeta entre 15 e 20% das crianças e 2 e 3% dos adultos.<sup>1</sup> Os casos com início na infância e persistência da doença até a idade adulta (10 a 30%) tendem a ter história de atopia. No entanto, quando a DA se apresenta pela primeira vez na idade adulta, pode não haver tal associação e o diagnóstico geralmente é mais complexo.<sup>1,2</sup>

Em adultos, a doença tem impacto significativo na qualidade de vida, que é agravado pelos subdiagnósticos e está relacionado a um aumento significativo nos custos de cuidados de saúde.<sup>3</sup> Poucas informações estão disponíveis em nosso país sobre a epidemiologia de DA em adultos.

O objetivo deste estudo foi descrever a prevalência de DA e suas características clínicas nesta coorte de pacientes.

Um estudo observacional transversal foi conduzido entre 1º de janeiro de 2015 e 1º de janeiro de 2018 em pacientes adultos membros de um programa de convênio médico

de um Hospital Universitário da Comunidade, no Hospital Italiano, Buenos Aires (IPHI). Esse programa de convênio de saúde engloba cerca de 160.000 membros que são principalmente de classe média e habitantes da cidade de Buenos Aires, Argentina. Os dados do paciente são registrados centralmente em um prontuário pessoal de saúde.

Foram incluídos no estudo pacientes com mais de 17 anos, que eram membros ativos do IPHI entre 1º de janeiro de 2015 e 1º de janeiro de 2018 e estavam em acompanhamento há pelo menos seis meses. Um diagnóstico de DA foi definido como apresentando três ou mais dos principais critérios de Hanifin e Rajka.<sup>2</sup> A DA foi considerada grave na presença de pelo menos um dos seguintes: tratamento sistêmico, fototerapia, hospitalizações relacionadas a complicações (infecções e/ou inflamação cutânea ou sistêmica na qual a DA ativa foi a porta de entrada) e/ou eritrodermia.

Especialistas em alergia e dermatologia revisaram os prontuários médicos dos pacientes selecionados aleatoriamente. Para a robustez dos dados sobre as características e prevalência de DA durante o período do estudo com uma frequência esperada de 3%,<sup>3</sup> uma amplitude de 0 a 3% e um intervalo de confiança de 95%, foi necessário avaliar 350 registros clínicos. O tamanho da amostra foi calculado utilizando o *software* Power and Precision. Os pacientes que atenderam aos critérios de inclusão foram selecionados por amostragem aleatória, e a prevalência de DA no período do estudo foi calculada a partir do número total de prontuários avaliados, expresso como uma proporção com seus intervalos de confiança como denominador.

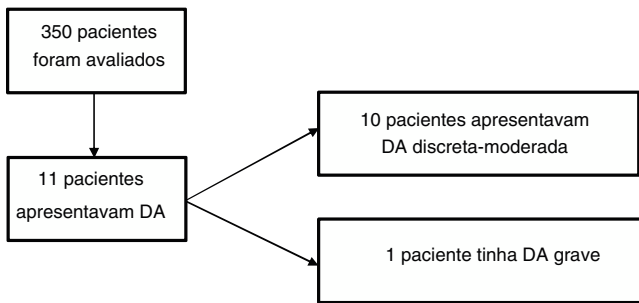
O Comitê de Ética Institucional aprovou o estudo.

DOI of original article:

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2021.11.016>.

<sup>☆</sup> Como citar este artigo: Angles MV, Antonietti CA, Torre AC, Franzé EJ, Mazzuocollo LD, Parisi CAS. Prevalence of atopic dermatitis in adults. *An Bras Dermatol*. 2022;97:107–9.

<sup>☆☆</sup> Trabalho realizado no Hospital Italiano de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.



**Figura 1** Fluxograma de pacientes, membros de um programa de convênio médico de um Hospital Universitário da Comunidade, avaliados no período de 1º de janeiro de 2015 a 1º de janeiro de 2018.

No total, 350 pacientes com média de idade de 60 anos (DP 20) foram incluídos aleatoriamente no estudo (fig. 1); 59% (207) eram do sexo feminino.

Dos 350 pacientes que eram membros ativos do IPHI entre 1º de janeiro de 2015 e 1º de janeiro de 2018, 11 tinham DA. A prevalência geral de DA foi de 3% (IC95% 1,5-5,5) e a prevalência de DA grave foi de 0,3%. Da coorte total de pacientes com DA, 9% apresentavam doença grave. A **tabela 1** descreve as características dos pacientes com DA.

Nenhum paciente necessitou de hospitalização em decorrência de eritrodermia ou infecção de pele ou tecidos moles. A **tabela 2** mostra os tratamentos utilizados nesse grupo de pacientes.

A prevalência geral de DA em pacientes adultos nessa população foi de 3%. Que seja de nosso conhecimento, este é um dos primeiros estudos que avaliam a prevalência de DA na América Latina.<sup>4</sup>

No presente estudo, o início de DA foi observado após os 19 anos em mais de 50% dos pacientes. De maneira similar, uma metanálise recente publicada por Lee et al. relatou que o início de DA na idade adulta foi observado em 24% e 53% dos pacientes na Europa e na América, respectivamente.<sup>5</sup>

A prevalência de DA, bem como a preponderância feminina (73%) na presente população, estão de acordo com outros relatos.<sup>4</sup> Diferentes estudos avaliaram a prevalência de DA principalmente com base em pesquisas autoadministradas e nos critérios do *Working Party*.<sup>6</sup> Um estudo realizado<sup>7</sup> em 11 países europeus e nos Estados Unidos encontrou uma prevalência de DA em adultos variando de 0,3% (Suíça) a 6,2% (Estônia), enquanto outros estudos realizados nos Estados Unidos e Japão observaram uma prevalência entre 2,9%<sup>4</sup> e 10,7%,<sup>7</sup> respectivamente. Esses dados estão de acordo com a prevalência geral de 3% encontrada no presente estudo.

O trabalho conduzido na Austrália<sup>8</sup> é metodologicamente semelhante ao presente estudo; no entanto, difere em relação ao fato de que Chidwick et al. identificaram pacientes com base no diagnóstico de DA nos prontuários clínicos. Outra diferença é que no estudo australiano foram incluídos pacientes adultos e pediátricos. A prevalência geral encontrada pelos autores foi duas vezes maior do que na população de adultos do presente estudo com mais de 20 anos.<sup>8</sup>

Em relação à gravidade da doença, observamos que 10% dos pacientes apresentavam DA grave. Essa observação é semelhante à de Chidwick et al., que verificaram que 15,6%

**Tabela 1** Características clínicas dos pacientes com dermatite atópica

Características relacionadas ao paciente (%) (n = 11)	
Sexo feminino	73% (8)
Idade (anos)	54 (24) <sup>a</sup>
<i>Comorbidades (n = 11)</i>	
Asma	18% (2)
Rinite	36% (4)
Hipertensão	9% (1)
Obesidade	55% (6)
Diabetes	9% (1)
Ictiose vulgar	Nenhum
Alopecia areata	18% (2)
Síndrome de Down	Nenhum
Dermatite de contato	27% (3)
Eczema da mão	27% (3)
Envolvimento ocular (conjuntivite alérgica, ceratocone, ceratoconjuntivite)	9% (1)
Características relacionadas à DA (n = 11)	
<i>Idade ao diagnóstico, em anos</i>	
Nascimento - 12 anos (infância)	27% (3)
13-18 anos (adolescência)	9% (1)
≥ 19 anos (idade adulta)	55% (6)
Idade ao diagnóstico desconhecida	9% (1)
História de ansiedade decorrente da falta de resposta ao tratamento e/ou estigma social relacionado à DA e/ou abulia, isolamento, falta de motivação e/ou integração social no contexto da DA.	18% (2)

<sup>a</sup> Média (desvio padrão).

da população de seu estudo foram classificados como portadores de doença grave.<sup>8</sup>

Entre as comorbidades atópicas, a rinite alérgica (36%) foi a mais frequentemente observada, como em outros estudos,<sup>4</sup> enquanto a obesidade foi a comorbidade não atópica mais comum (55%). No presente estudo, distúrbios psicológicos foram observados em 18% dos pacientes, uma taxa semelhante à encontrada no estudo australiano (18,9%).<sup>8</sup>

A principal limitação de nosso estudo é que ele foi realizado em uma população de classe média atendida em um Hospital Universitário da Comunidade com alto índice de pacientes idosos. Portanto, os resultados podem não ser aplicáveis a outras populações. Entretanto, acreditamos que um dos pontos fortes importantes é que os dados foram coletados de registros eletrônicos, que são uma fonte confiável e segura, ao contrário das pesquisas autoadministradas. Além disso, especialistas em DA revisaram os registros dos pacientes.

**Tabela 2** Características do tratamento recebido pelos pacientes com DA

Tratamento para DA recebido por pelo menos dois meses (%) (n = 11)	
Ciclosporina	9% (1)
Metotrexato	0%
UVB, e/ou UVA, e/ou PUVA	9% (1)
Metilprednisolona oral	18% (2)
Dupilumabe subcutâneo	9% (1)
Tratamento tópico: umectantes, emolientes, corticosteroides e/ou imunomoduladores	82% (9)
Número médio de consultas com um especialista em alergia	0 <sup>a</sup>
Número médio de consultas com um dermatologista	2 (2-6) <sup>b</sup>

UVB, ultravioleta de banda estreita; UVA, ultravioleta A; PUVA, psoraleno mais UVA.

<sup>a</sup> Média (desvio padrão).

<sup>b</sup> Mediana (intervalo interquartil),

A prevalência geral de DA em pacientes adultos foi de 3%, enquanto para as formas graves da doença foi de 0,3%. As comorbidades mais frequentes foram rinite alérgica e obesidade. A disponibilidade de dados estatísticos confiáveis sobre a prevalência de DA em adultos torna possível a visualização da doença e seu impacto.

Uma verba não restritiva foi recebida da Sanofi Genzyme Argentina para o desenvolvimento deste trabalho.

## Suporte financeiro

Nenhum.

## Contribuição dos autores

Maria Valeria Angles: Concebeu a ideia original, contribuiu com o desenho e implementação da pesquisa; contribuiu para a implementação da pesquisa e análise dos resultados; discutiu os resultados e contribuiu para o manuscrito final; aprovou o manuscrito final.

Carolina Andrea Antonietti: Concebeu a ideia original, contribuiu com o desenho e implementação da pesquisa; contribuiu para a implementação da pesquisa e análise dos resultados; discutiu os resultados e contribuiu com o manuscrito final; aprovou o manuscrito final.

Ana Clara Torre: Concebeu a ideia original, contribuiu com o desenho e implementação da pesquisa; contribuiu para a implementação da pesquisa e análise dos resultados; discutiu os resultados e contribuiu com o manuscrito final; aprovou o manuscrito final.

Estefanía Juskiewicz Franzé: Contribuiu para a implementação da pesquisa e análise dos resultados; discutiu os resultados e contribuiu com o manuscrito final; aprovou o manuscrito final.

Luis Daniel Mazzuocolo: Concebeu a ideia original, contribuiu com o desenho e implementação da pesquisa; supervisionou o projeto; discutiu os resultados e contribuiu com o manuscrito final; aprovou o manuscrito final.

Claudio Alberto Salvador Parisi: Concebeu a ideia original, contribuiu com o desenho e implementação da pesquisa;

supervisionou o projeto; discutiu os resultados e contribuiu com o manuscrito final; aprovou o manuscrito final.

## Conflito de interesses

Angles MV, Parisi CAS, Mazzuocolo LD: Pesquisadora e palestrante da Sanofi e Abbvie.







Torre AC: Palestrante da Novartis e pesquisadora da Sanofi.

Antonietti C: Pesquisadora da Abbvie e Sanofi.

Juskiewicz Franzé E: Pesquisadora da Sanofi.

## Referências

1. Asher MI, Montefort S, Björkstén B, Lai CKW, Strachan DP, Weiland SK, et al. Worldwide time trends in the prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and eczema in childhood: ISAAC Phases One and Three repeat multicountry cross-sectional surveys. *Lancet*. 2006;26:733–43.
2. Hanifin JM, Rajka G. Diagnostic Features of Atopic Dermatitis. *Acta Dermatovener (Stockholm)*. 1980;92:44–7.
3. Barbarot S, Auziere S, Gadjari A, Girolomoni G, Puig L, Simpson EL, et al. Epidemiology of atopic dermatitis in adults: Results from an international survey. *Allergy*. 2018;73:1284–93.
4. Arruda LK, Yang AC, Aoki V, Criado RFJ, Pires MC, Lupi O, et al. Clinical Features and Disease Management in Adult Patients With Atopic Dermatitis Receiving Care at Reference Hospitals in Brazil: the ADAPT Study. *J Investig Allergol Clin Immunol*. 2021;22:236–45.
5. Lee HH, Patel KR, Singam V, Rastogi S, Silverberg JI. A systematic review and meta-analysis of the prevalence and phenotype of adult-onset atopic dermatitis. *J Am Acad Dermatol*. 2019;80:1526–32.
6. Williams HC, Burney PG, Hay RJ, Archer BC, Shipley MJ, Hunter JJ, et al. The UK Working Party's Diagnostic Criteria for Atopic Dermatitis. I. Derivation of a minimum set of discriminators for atopic dermatitis. *Br J Dermatol*. 1994;131:383–96.
7. Harrop J, Chinn S, Verlato G, Olivieri M, Norbäck D, Wjst M, et al. Eczema, atopy, and allergen exposure in adults: a population-based study. *Clin Exp Allergy*. 2007;37:526–35.
8. Chidwick K, Busingye D, Pollack A, Osman R, Yoo J, Blogg S, et al. Prevalence, incidence, and management of atopic dermatitis in Australian general practice using routinely collected data from Medicine Insight. *Australas J Dermatol*. 2020;61:319–27.

Maria Valeria Angles <sup>a,\*</sup>, Carolina Andrea Antonietti <sup>b</sup>, Ana Clara Torre <sup>a</sup>, Estefanía Juskiewicz Franzé <sup>b</sup>, Luis Daniel Mazzuocolo <sup>a</sup> e Claudio Alberto Salvador Parisi <sup>b</sup>

<sup>a</sup> Departamento de Dermatologia, Hospital Italiano de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina

<sup>b</sup> Unidades de Alergia Pediátrica e em Adultos, Hospital Italiano de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina

\* Autor para correspondência.

E-mail: [maria.angles@hospitalitaliano.org.ar](mailto:maria.angles@hospitalitaliano.org.ar) (M.V. Angles).

Recebido em 4 de agosto de 2020; aceito em 26 de outubro de 2020

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2021.11.018>

2666-2752/ © 2021 Publicado por Elsevier España, S.L.U. em nome de Sociedade Brasileira de Dermatologia. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).