



CARTAS - CASO INVESTIGAÇÃO

Perfil epidemiológico e principais alérgenos identificados em casos de queilite alérgica de contato ☆☆☆



Prezador Editor,

As queilites alérgicas de contato (QAC) são reações inflamatórias nos lábios, decorrentes de reação de hipersensibilidade tipo 4.¹ Podem ocorrer isoladamente ou associadas a eczema perioral, estomatite, dermatite de contato, dermatite atópica e outras doenças.^{1,2} Dentre as principais etiologias descritas estão: instrumentos musicais, produtos de higiene (como creme dental e bastão labial), cosméticos (aplicados na face ou em outras áreas), medicamentos tópicos, materiais odontológicos ou alérgenos alimentares.³

Foram selecionados os pacientes provenientes dos ambulatórios de um serviço público e um privado com suspeita de QAC, com comprometimento exclusivo dos lábios, atendidos entre janeiro de 2018 e agosto de 2024. Os alérgenos utilizados nos testes foram os presentes nas baterias padrão brasileira (FDA Allergenic/RJ/Brasil), série capilar e latino-americana (IPI Asac-SP/Brasil, composta pelas substâncias presentes na série padrão acrescida de galato de propila, disperse blue, dialquil tiureia, metilisotiazolinona (MI), butirato de hidrocortisona, fragrância mix 2, cocoamidopropilbetaina, metildibromo glutaronitrilo [MDBGN], IPPD, sesquiterpeno lactona mix, própolis, budesonida, acetato de hidrocortisona, liral, resina toluenossulfonamida-formaldeído, diazolinidil ureia e imidazolinidil ureia) além de alérgenos selecionados na literatura comuns para dermatite alérgica de contato (DAC) nessa localização (manipulação magistral). As leituras foram realizadas em 48 e 96 horas, de acordo com critérios já estabelecidos.

Foram realizados 736 testes de contato no serviço público e 250 no setor privado no período analisado, com total de 986 testes. Destes, foram selecionados aqueles com lesões

exclusivamente em lábios. Assim, foram oito casos (1%) do serviço público e 13 (5,2%) do privado, com total de 21 casos (2,1%). As idades dos pacientes variaram entre 18 e 78 anos, com média de 35 anos. A maior frequência foi de pacientes do sexo feminino (76%). O tempo médio de surgimento da doença até a realização do teste de contato foi de 12 meses. A substância de maior frequência nos testes foi fragrância mix 1 (FM1, 14,6%), como demonstrado na [tabela 1](#).

Foram avaliados 21 casos suspeitos de QAC, com lesões exclusivamente dos lábios (2,1%) entre os submetidos aos testes de contato, mostrando baixa frequência da dermatose nessa localização, o que está de acordo com resultados da literatura, que mostram frequência de 1% a 3,4%.⁴ A média de idade dos pacientes foi de 35 anos, variando entre 18 e 78 anos, semelhante a de alguns estudos, que mostraram idades entre 41 e 47 anos. O grupo foi composto em sua maioria por mulheres (16/76%), dado compatível com outros trabalhos, possivelmente pelo maior uso de cosméticos por essa população.^{4,5} Os alérgenos mais comuns observados foram as fragrâncias, respectivamente FM1 (9/14,6%) e FM2 (3/4,8%), presentes em cremes dentais, medicamentos tópicos, cosméticos labiais e perfumes. Sua relevância para os casos de queilite na literatura variou entre 5,4% e 38%, compatível com o achado neste estudo.^{6,7} O bálsamo do Peru, também considerado marcador de alergia a fragrâncias, foi positivo em um caso (1,5%), que estava associado à positividade ao citronelal (1,5%). A cocoamidopropilbetaina (CAPB) foi positiva em três casos (4,8%) ([figs. 1 e 2](#)). CAPB é um alérgeno comum para os lábios, classificado como surfactante, muitas vezes diluído no óleo de hortelã, ingrediente comum nos cremes dentais.⁸ Os galatos são antioxidantes presentes em cosméticos, medicamentos tópicos e alimentos e comumente empregados nos batons labiais; foram positivos em cinco casos (8,2%) neste estudo, prevalência menor do que os 36% encontrada no estudo de Loidi-Pascual et al.⁴ O MDBGN é um conservante utilizado em sabonetes líquidos, xampus, hidratantes, géis vaginais, lenços removedores de maquiagem, colas, adesivos, absorventes higiênicos e medicamentos tópicos; foi positivo em 6,6% dos casos e esteve relacionado em nossos pacientes ao uso de hidratante labial.^{5,7} Já o própolis é um alérgeno pouco comum para os lábios e geralmente presente como contaminante na cera de abelhas, componente comum nos *balms* e batons, tendo sido observado em um caso (1,5%), mas o estudo de Nyman et al. mostrou 19% de frequência entre 95 pacientes com suspeita de queilite de contato, DC da face e região perioral.⁵ Alguns conservantes, como parabenos, diazolinidil

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abd.2025.501170>

☆ Como citar este artigo: Souza BCM, Ferrero LB, Hafner MFS, Lazarini R. Epidemiological profile and main allergens identified in cases of allergic contact cheilitis between 2018 and 2024. *An Bras Dermatol.* 2025;100:501170.

☆☆ Trabalho realizado na Clínica de Dermatologia, Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.



Figura 1 Paciente com queilite alérgica de contato (QAC) em lábio com sensibilidade ao cocoamidopropilbetaina (CAPB). À esquerda: paciente na primeira consulta. À direita: paciente após suspensão do contato com CAPB.

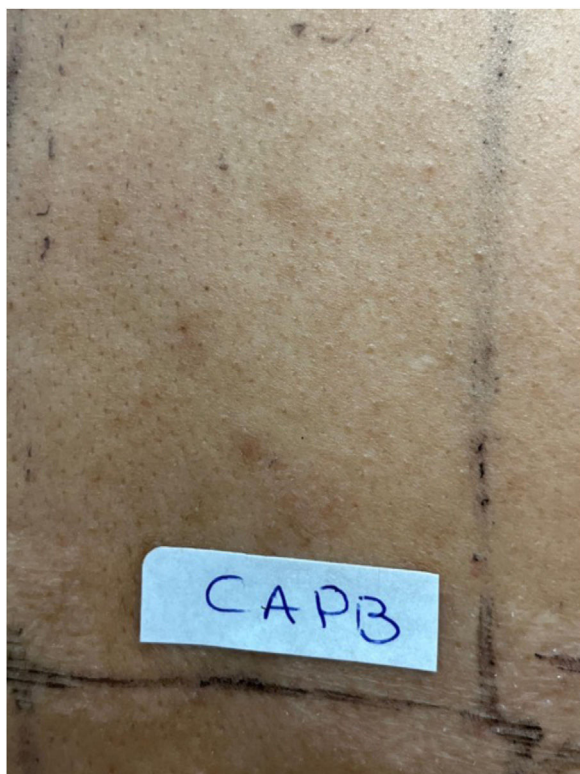


Figura 2 Teste de contato em dorso com positividade ao cocoamidopropilbetaina (CAPB) para o paciente com queilite alérgica de contato (QAC) em lábio.

ureia e butil-hidroxitolueno (BHT), são utilizados principalmente em medicamentos tópicos e considerados o segundo grupo de alérgenos mais presentes nos cosméticos após as

fragrâncias, com prevalências de até 32%.⁷ Entre os casos avaliados, foram positivos em um caso cada (1,5%). O shella-lac ou lacca é uma resina natural proveniente de um inseto (*Laccifer lacca*), utilizada nas indústrias de alimentos, medicamentos e cosméticos por suas características emolientes e formadoras de película e encontrada em *sprays* de cabelo, loções, xampus, delineadores, rímel, esmaltes, batons e fragrâncias; foi positivo em um caso (1,5%) e estava relacionado ao uso de batom.³ Por fim, a benzofenona-3 é um componente de filtro solares, também presente em outros cosméticos com a função de proteção do produto contra a deterioração pela ação da radiação ultravioleta; dentre os pacientes do estudo, foi positiva em um caso (1,5%), relacionado ao uso de brilho labial.

Apesar de a literatura descrever metais (p. ex., sulfato de níquel e bicromato de potássio) e fármacos (p. ex., neomicina) como alérgenos frequentemente implicados na queilite de contato, esses achados não foram evidenciados no presente estudo, provavelmente por se tratar de amostra pequena.⁹

Embora os testes de contato deste estudo não tenham sido realizados com os produtos utilizados pelos pacientes, conforme preconizado em alguns estudos, foi realizada anamnese detalhada com o objetivo de garantir que os alérgenos aos quais os pacientes estavam expostos fossem incluídos na bateria de testes aplicada.⁹ Embora os pacientes sejam orientados a levar os produtos suspeitos no dia do teste, existe uma baixa adesão ao procedimento, muitas vezes com alegações de esquecimento ou inexistência do produto no momento do exame.

Apesar de o grupo ter estudado um pequeno número de pacientes, o trabalho demonstra a importância dos testes de contato nos casos de queilite, de modo a estabelecer o diagnóstico de dermatite alérgica de contato, assim como os agentes causadores mais prevalentes.⁹

Tabela 1 Distribuição das substâncias positivas nos testes de contato nos casos de dermatite alérgica de contato (DAC) dos lábios

Substância	Número de reações	Porcentagem (%)
Fragrância mix 1	9	14,60%
Galatos	5	8,20%
MDBGN	4	6,60%
Fragrância mix 2	3	4,80%
CAPB	3	4,80%
Paladato de sódio	3	4,80%
Própolis	3	4,80%
Carba mix	2	3,30%
Butilfenol-p-terciário	2	3,30%
Aldeído cinâmico	2	3,30%
Lanolina	1	1,50%
Bálsamo do Peru	1	1,50%
Parabenos	1	1,50%
Diazolidinil ureia	1	1,50%
Shellac	1	1,50%
Liral	1	1,50%
Sesquiterpeno lactona mix	1	1,50%
Eugenol	1	1,50%
Dimeticona	1	1,50%
Hidrocortisona	1	1,50%
Benzil álcool	1	1,50%
Cloroxilenol	1	1,50%
Formaldeído	1	1,50%
Benzofenona 3	1	1,50%
BHT	1	1,50%
Propilenoglicol	1	1,50%
MI	1	1,50%
Cinamato de benzila	1	1,50%
Citronelol	1	1,50%
Total	62	100%

*Alguns pacientes tiveram mais de um teste positivo.

BHT, butil-hidroxitolueno; CAPB, cocamidopropilbetaina; MDBGN, metildibromoglutaronitrila; MI, metilisotiazolinona.

Editor

Luciana P. Fernandes Abbade.

Disponibilidade de dados de pesquisa

Todo o conjunto de dados que dá suporte aos resultados deste estudo foi publicado no próprio artigo.

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Bruna Cavaleiro de Macedo Souza: Análise estatística; aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Laiza Bertolucci Ferrero: Análise estatística; aprovação da versão final do manuscrito; elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Mariana de Figueiredo Silva Hafner: Análise estatística; aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Rosana Lazzarini: Análise estatística; aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Conflito de interesses

Nenhum.

Referências

1. Tramontana M, Hansel K, Bianchi L, Sensini C, Malatesta N, Stingeni L. Advancing the understanding of allergic contact dermatitis: from pathophysiology to novel therapeutic approaches. *Front Med (Lausanne)*. 2023;10:1184289.
2. Melchers RC, Quint KD, van Zuuren EJ. Contact allergy to a shellac-containing mouthguard. *Contact Dermatitis*. 2022;86:554–6.
3. Rosmaninho I, Moreira A, da Silva JPM. Contact dermatitis: Literature review. *Rev Port Imunoalergologia*. 2016;24:197–209.
4. Loidi-Pascual L, Hervella-Garcés M, Larrea-García M, Santesteban-Muruzábal R, Agulló-Pérez A, Yanguas-Bayona I. Lip eczema. Experience in the Contact Dermatitis Unit of a Spanish tertiary hospital. *An Sist Sanit Navar*. 2015;38:409–16.
5. Nyman GSA, Tang M, Inerot A, Osmancevic A, Malmberg P, Hagvall L. Contact allergy to beeswax and propolis among patients with cheilitis or facial dermatitis. *Contact Dermatitis*. 2019;81:110–6.
6. Francalanci S, Sertoli A, Giorgini S, Pigatto P, Santucci B, Valsecchi R. Multicentre study of allergic contact cheilitis from toothpastes. *Contact Dermatitis*. 2000;43:216–22.
7. Rocha VB. Prevalência de alérgenos nos produtos dermatológicos brasileiros [Dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2014. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1843/BUBD-9VZK3E>.
8. Van Baelen A, Kerre S, Goossens A. Allergic contact cheilitis and hand dermatitis caused by a toothpaste. *Contact Dermatitis*. 2016;74:187–9.
9. Narayanan D, Rogge M. Cheilitis: A diagnostic algorithm and review of underlying etiologies. *Dermatitis*. 2024;35:431–42.

Bruna Cavaleiro de Macedo Souza  a,*

Laiza Bertolucci Ferrero  b,

Mariana de Figueiredo Silva Hafner  a

e Rosana Lazzarini  b

^a Clínica de Dermatologia, Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

^b Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

* Autor para correspondência.

E-mail: brunacdms@gmail.com (B.C. Souza).

Recebido em 11 de dezembro de 2024; aceito em 21 de fevereiro de 2025