



Uma visão diferenciada no manejo do dermatografismo

A differentiated view of the management of dermatographism

Eduardo Magalhães Souza Lima, MD^{1,2}; Ingrid Cunha de Souza Lima, MD^{1,2};
Cynthia Dias Pinto Coelho, LCP³; Marina Cunha de Souza Lima⁴

RESUMO

A urticária apresenta-se com diversos aspectos clínicos e tem causas distintas. Constitui uma das dermatoses mais frequentes: 15 a 20% da população tem pelo menos um episódio agudo da doença, resultando em 1 a 2% dos atendimentos nas especialidades de Dermatologia e Alergia/Imunologia. Urticária é classificada em aguda, com duração inferior a seis semanas, ou crônica, com duração superior a seis semanas. A urticária crônica pode ser espontânea ou induzida. O tratamento da urticária compreende tanto medidas farmacológicas, que podem estar associadas a efeitos adversos, como medidas não farmacológicas, incluindo realização do psicodiagnóstico. Dermatografismo é um tipo de urticária crônica induzida física em que a aplicação de uma determinada pressão na pele do paciente resultará no aparecimento de pápula no trajeto da pressão exercida. Para investigar a associação entre dermatografismo e alterações psicológicas, foi avaliado grupo de 280 pacientes com dermatografismo, na faixa etária de 18 a 68 anos de idade, com predominância de 3:1 do sexo feminino. Muitos destes pacientes não apresentavam resposta favorável com o tratamento convencional. Quando foi associado ao seu tratamento o uso de um antidepressivo tricíclico com ação anti-histamínica, como o cloridrato de doxepina, e avaliação psicológica pelo Teste Projetivo HTP (*House-Tree-Person*), foi evidenciada melhora significativa dos sintomas. O psicodiagnóstico foi realizado por psicóloga clínica. Os resultados revelaram uma clara associação com fatores psicossomáticos na evolução do dermatografismo, indicando benefício da abordagem multiprofissional, com visão diferenciada, biopsicossocial, e do uso de terapêutica antidepressiva isolada ou adjuvante a anti-histamínicos para o controle sintomático do dermatografismo.

Descritores: Urticária, dermatografismo, urticária crônica.

ABSTRACT

Urticaria can present with different clinical aspects and have distinct causes. It is one of the most frequent dermatoses: 15 to 20% of the population experiences at least one acute episode of the disease, which accounts for 1 to 2% of all medical appointments in the fields of Dermatology and Allergy/Immunology. Urticaria is classified as acute when it lasts for less than six weeks or chronic when it lasts for longer than six weeks. Chronic urticaria can be spontaneous or induced. The treatment of urticaria includes both pharmacological measures, which may be associated with adverse effects, and non-pharmacological measures, including psychodiagnosis. Dermatographism is a type of physically induced chronic urticaria in which pressure applied to the patient's skin will result in the appearance of a linear wheal or papule exactly matching the pressured area. In order to investigate the association between dermatographism and psychological findings, a group of 280 patients with dermatographism was assessed. Patients were aged 18-68 years, and there was a predominance of females, at a 3:1 ratio. Many of these patients did not present a favorable response to conventional treatment. When treatment was combined with the use of tricyclic antidepressants with antihistamine properties, such as doxepin hydrochloride, as well as psychological assessment using the House-Tree-Person test, symptoms significantly improved. Psychodiagnosis was performed by a clinical psychologist. The results revealed a clear association with psychosomatic factors in the evolution of dermatographism, suggesting benefits of a multiprofessional approach, with a differentiated biopsychosocial view of the disease, as well as of the use of antidepressants alone or combined with antihistamines for the control of symptomatic dermatographism.

Keywords: Urticaria, dermatographism, chronic urticaria.

¹ Clínica de Alergia Souza Lima Ltda., Belo Horizonte, MG.

² Faculdade Ciências Médicas e da Saúde Juiz de Fora - SUPREMA, Belo Horizonte, MG.

³ Psicóloga de clínica privada, Belo Horizonte, MG.

⁴ Acadêmica de Medicina, UNIBH, Belo Horizonte, MG.

Correspondência para:

Eduardo Magalhães Souza Lima
E-mail: eduardosl@souzalima.med.br

Não foram declarados conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Submetido em: 17/03/2016,
aceito em: 18/07/2016.

INTRODUÇÃO

No século XIX, o neurologista francês Pierre Paul Broca observou que as estruturas em forma de “C” da face média do cérebro tinham importante papel nas emoções e denominou O Grande Lobo Límbico, (do latim, *limbus*-borda) porque as estruturas que o constituem – giro do cíngulo, hipocampo, giro para-hipocampal – servem de borda, de limite para o diencéfalo e estruturas inter-hemisféricas. No mesmo século, o neuroanatomista Alois Alzheimer identificou alterações anatomopatológicas em cérebros de dementes, com destaque para as alterações do hipocampo¹.

No segundo século, Galeno, um dos pais da Medicina, já tinha observado que mulheres “melancólicas” pareciam ser mais susceptíveis a desenvolver câncer do que aquelas que ele chamava de “sanguíneas”. Com isto, muitos clínicos da época começaram a observar a importância do estado emocional na evolução de doenças infecciosas e neoplásicas.

Foi feito um paralelismo entre as células do sistema nervoso e do sistema imune: são dotadas de memória e tem função defensiva, contribuindo para a homeostase e o autorreconhecimento; porém, quando funcionam adaptativamente mal, costumam provocar enfermidades¹.

Outros trabalhos demonstraram que a intermediação destes sistemas se faz através do hipotálamo, possibilitando estudar a partir daí a atuação mútua dos três sistemas: nervoso, endócrino e imunológico, constituindo-se naquilo que costumamos chamar de tripé homeostático².

Em 1975, foi apresentada uma monografia que se tornou clássica, na qual mostraram-se as três fases da resposta imune: alça aferente, central e eferente. Estas fases foram relacionadas às doenças bacterianas, ao câncer, às doenças alérgicas e autoimunes e a disfunções do sistema imune induzidas pelo estresse, mediadas pelo sistema endócrino. Esta foi a primeira revisão do assunto que possibilitou, inclusive, que se começasse a usar o termo psicoimunologia ou psiconeuroimunologia para designar este novo campo de conhecimento³. Distúrbios no funcionamento do sistema imune têm sido classicamente associados às dificuldades do organismo em lidar com infecções.

Estresse (físico, psicológico ou social) é um termo que compreende um conjunto de reações e estímulos, que causam distúrbios no equilíbrio do organismo, frequentemente com efeito danosos. Um dos conceitos de estresse foi definido a partir de experimento em que animais eram submetidos a situações agressivas diversas, tais como dor, frio, e fome (agentes de estresse), e sempre respondiam de forma regular e específica anatomicamente⁴. Esta era chamada de síndrome geral de adaptação, com três fases sucessivas: alarme, resistência

e esgotamento. Após a fase de esgotamento, surgem as doenças, as assim chamadas doenças de adaptação, como a úlcera péptica, a hipertensão arterial, artrites e lesões miocárdicas⁴. Chama-se de *coping*, “sistema de adaptação e enfrentamento”, o conjunto de mecanismos de que o organismo lança mão para reagir aos agentes do estresse, representando a forma como cada pessoa avalia e lida com estas agressões⁵. Os mecanismos de *coping* explicam porque avaliamos desta ou daquela forma uma situação desafiadora, enfrentando-a ou não, e o fazendo com particularidades muito pessoais, com maior ou menor repercussão sobre o organismo.

Alguns dos experimentos de maior impacto na demonstração da interdependência dos sistemas nervoso e imune na resposta aos agentes de estresse dizem respeito aos efeitos na resposta imunológica obtida em consequência a lesões em estruturas nervosas produzidas em animais de laboratório. Através de vários experimentos, pôde-se deduzir que lesões em sistema nervoso central, especialmente no hipotálamo, induzem alterações na resposta imunológica e na histologia dos órgãos linfoides. O hipotálamo seria, assim, uma das bases de integração entre os sistemas nervoso e imune na resposta aos agentes de estresse⁶. Alterações ocorridas na hipófise também podem determinar modificações imunológicas, visto que sua extirpação ou bloqueio farmacológico impede a resposta imune no animal de laboratório⁶. Por outro lado, a atividade imunológica promove alterações sobre a atividade elétrica cortico-cerebral⁷.

A resposta ao estresse se dá através da ação integrada dos sistemas nervoso, endócrino e imune, num processo de alteração e recuperação da homeostase. Quando a reação de adaptação ao estresse não é adequada ou suficiente, aparece a doença, mediada por alterações no funcionamento daqueles sistemas. Estas alterações de adaptação são mais bem observadas como respostas clínicas intermediadas pelo sistema imune, cujas alterações estão por trás destas condições. São reconhecidos atualmente vários aspectos desta regulação sobre o sistema imune como: regulação neuroendócrina, regulação a neuropeptídios e outras formas. A regulação neuroendócrina e imune provavelmente acontece a partir do sistema límbico, que faz interagir as percepções corticocerebrais com o hipotálamo. Este, por contiguidade com a hipófise e também por meio de neurohormônios como a dopamina, norepinefrina, e fator liberador da corticotrofina (CRF), orquestra a resposta aos agentes de estresse⁸.

O sistema mais bem estudado de resposta ao estresse é o sistema hipófise/suprarrenal. A partir do CRF que estimula a hipófise há um aumento da produção do ACTH, que induz, por sua vez, um aumento da liberação dos hormônios da suprarrenal (corticosteroides e catecolaminas), elementos fundamentais da resposta

ao estresse. O aumento de corticosteroides influencia o sistema imune na inibição da resposta inflamatória, afetando essencialmente a função das células T auxiliaadoras, e mantendo intacta a das células T supressoras⁸. A regulação hormonal da resposta aos agentes de estresse envolve a participação de outros hormônios hipofisários, como ACTH, a vasopressina, a prolactina, o hormônio somatotrófico (GH), e o hormônio estimulador da tireoide (TSH). A ação de neuropeptídeos vem apresentando um papel importante na regulação, transmissão e execução das ações do sistema nervoso. Estes são substâncias de natureza proteica, liberadas a partir de terminações nervosas em diversos órgãos (incluindo hipotálamo, principalmente) e também por células incluindo as linfoides. Alguns destes peptídeos, como a beta-endorfina, a encefalina-metionina, a substância P, o peptídeo intestinal vasoativo (VIP) e a somatomedina, em determinadas condições, parecem inibir ou estimular células linfoides diversas, participantes do processo de resposta ao estresse⁸.

Formas adicionais de regulação do sistema imune incluem regulação neuroendocrinoimunológica por citocinas. Outros produtos inflamatórios também estão envolvidos como prostaglandinas, leucotrienos e tromboxanes, que agem sobre linfócitos T e macrófagos, estimulando-os ou inibindo-os na reação ao estresse⁸. O sistema imune, portanto, parece ser o elo que explica as interações entre os fenômenos psicossociais e importantes áreas de patologia humana, como as doenças de autoagressão, infecciosas, neoplásicas e alérgicas.

URTICÁRIA CRÔNICA E DERMOGRAFISMO

A urticária é uma doença caracterizada pelo aparecimento de pápulas eritematosas, difusas ou localizadas, tendo sido considerada inicialmente como uma condição essencialmente alérgica. Enfoque mais recente aponta para causas alérgicas e não alérgicas no seu desencadeamento⁹. Aproximadamente 20% da população pode apresentar, ao menos uma vez na vida, um episódio de urticária aguda. O quadro pode se manifestar em qualquer faixa etária, e em geral o sexo feminino é mais acometido⁹. As lesões de urticária apresentam-se de forma muito variável, porém em geral são pruriginosas, circunscritas, eritematopapulosas ou maculares, e usualmente, regridem em 24-48 horas sem aspectos residuais.

Urticária e angioedema podem ser decorrentes de estímulos antigênicos ou físicos, ação direta de fármacos sobre células e/ou mediadores bioquímicos de reações de hipersensibilidade, doenças sistêmicas ou por mecanismos de autoimunidade e idiopáticos, e podem ser classificados em agudos e crônicos, a depender do tempo de evolução sendo, em geral, considerados

crônicos com mais de seis semanas de evolução. Geralmente, as formas agudas predominam em crianças e adultos jovens, enquanto as formas crônicas são mais observadas em adultos⁹.

Apesar de relatos de associação entre urticária crônica e fatores psicossomáticos, tal associação tem sido pouco estudada nos modelos de investigação etiológica clássicos. Ao contrário do que se estabeleceu classicamente, em cerca de 80% dos casos existiam conflitos emocionais na gênese e na manutenção dos sintomas da urticária crônica, o que levou a classificar este distúrbio como sendo de natureza psicossomática¹⁰.

Dermografismo é um tipo de urticária física, observado frequentemente na prática médica, seja na urgência em hospitais, ou em consultório de clínicos, alergistas/imunologistas e dermatologistas. O dermatografismo pode manifestar-se concomitante ao angioedema, embora sejam mais frequentes manifestações isoladas¹¹. Quando se arranha a pele destes pacientes com um material de ponta romba, aparece urticária de forma isolada linear que dura menos que 2 horas. Este teste pode ser realizado com o uso de aparelhos para induzir pressão como o FricTest[®] ou o Dermografômetro[®].

O tratamento da urticária crônica, incluindo o tratamento do dermatografismo, compreende tanto medidas farmacológicas como não farmacológicas. As medidas farmacológicas incluem intervenções medicamentosas convencionais, que podem ser isoladas ou associadas. Segundo o consenso da *European Academy of Allergy and Clinical Immunology/Global Allergy and Asthma European Network/European Dermatology Forum/World Allergy Organization, EAACI/GA2LEN/EDF/WAO*¹² update 2014, é recomendado o tratamento nas seguintes etapas: tratamento de primeira linha com anti-histamínico de segunda geração em doses habituais; tratamento de segunda linha com anti-histamínico de segunda geração em doses mais altas, podendo chegar até quatro vezes a dose recomendada; tratamento de terceira linha, com associação de omalizumabe (anti-IgE), ou ciclosporina, ou antileucotrieno (montelukaste). Diferenças existem entre o consenso EAACI/GA2LEN/EDF/WAO e o consenso americano, preparado pela *American Academy of Allergy Asthma and Immunology e American College of Allergy Asthma and Immunology, AAAAI/ACAAI*¹³. De acordo com o consenso americano, o tratamento de primeira linha consiste no uso de anti-histamínico de segunda geração, utilizado em doses aprovadas pelo FDA. Já o tratamento de segunda linha inclui um ou mais dos seguintes: aumentar a dose do anti-histamínico de segunda geração para duas a quatro vezes a dose recomendada; adicionar um outro anti-histamínico de segunda geração; adicionar um antileucotrieno; adicionar um anti-histamínico anti-H2; e/ou adicionar um anti-histamínico de primeira geração à noite antes de dormir. A terceira etapa recomendada é o avanço na

dose dos anti-histamínicos anti-H1 de primeira geração ou agentes combinados (doxepina ou hidroxizina), se tolerado. Se houver sedação excessiva ou ausência de eficácia, então a urticária crônica é considerada refratária e o avanço para a quarta etapa, que é também a etapa final, é recomendado. A quarta etapa de tratamento inclui anti-inflamatórios (hidroxicloroquina, dapsona, sulfasalazina, colchicina), imunossupressores (ciclosporina, micofenolato, tacrolimus, metotrexato), ou biológicos, notadamente o omalizumabe, anti-IgE (Xolair®). Em qualquer das etapas, podem ser utilizados cursos rápidos de corticosteroide oral de até 10 dias de duração segundo o consenso EAACI/GA2LEN/EDF/WAO, e de 1 a 3 semanas de duração de acordo com o consenso AAAAI/ACAAI, para controle rápido de exacerbações. As medidas terapêuticas de segunda a quarta linhas podem estar associadas a efeitos adversos, devendo, portanto, ser reservadas aos pacientes que não apresentarem controle da doença com os medicamentos de primeira linha. Medidas não farmacológicas incluem a realização do psicodiagnóstico.

MODELO DE MANEJO DA URTICÁRIA CRÔNICA (DERMOGRAFISMO) INCLUINDO USO DE ANTIDEPRESSIVO E AVALIAÇÃO POR PSICODIAGNÓSTICO

Para investigar o papel de alterações psicológicas no contexto da urticária/dermatografismo, avaliamos um grupo de 280 pacientes com dermatografismo, incluindo realização de psicodiagnóstico. Trata-se de uma avaliação psicológica, feita por psicólogo(a) clínico(a), que consiste em um teste psicológico com o objetivo de evidenciar se há um componente psicológico no contexto da urticária. Além disso, este estudo avaliou o efeito de se utilizar um antidepressivo, cloridrato de doxepina, de forma isolada ou associada a anti-histamínico (fexofenadina), no controle e melhora completa dos sintomas de dermatografismo. O objetivo final foi obter informações específicas para propor uma nova visão para o tratamento do dermatografismo, baseada no reconhecimento do papel importante de elementos biopsicossociais.

É reconhecido que quando pacientes com dermatografismo procuram os cuidados do alergista/imunologista, já estão em uso crônico de anti-histamínicos sem resultado satisfatório, e vêm em busca de uma etiologia alérgica para os seus sintomas, como por exemplo, um alimento, medicamento, corantes ou conservantes, e outros, tendo muitas vezes já realizado dieta de restrição. Após anamnese detalhada, é comum o alergista/imunologista afastar estas etiologias pré-estabelecidas pelo paciente, e formular a suspeita de que algum fator emocional possa estar envolvido, justificando uma avaliação psicológica.

Realizamos revisão de prontuários de 280 pacientes com diagnóstico de dermatografismo com evolução superior a seis semanas, atendidos numa clínica especializada em tratamento de alergia na cidade de Belo Horizonte, no período de março de 1997 a março de 2011. Todos os pacientes eram adultos, com faixa etária entre 18 a 68 anos de idade, com predominância de 3:1 para o gênero feminino (Figura 1). Todos os pacientes com diagnóstico de dermatografismo realizaram o psicodiagnóstico, por uma psicóloga clínica.

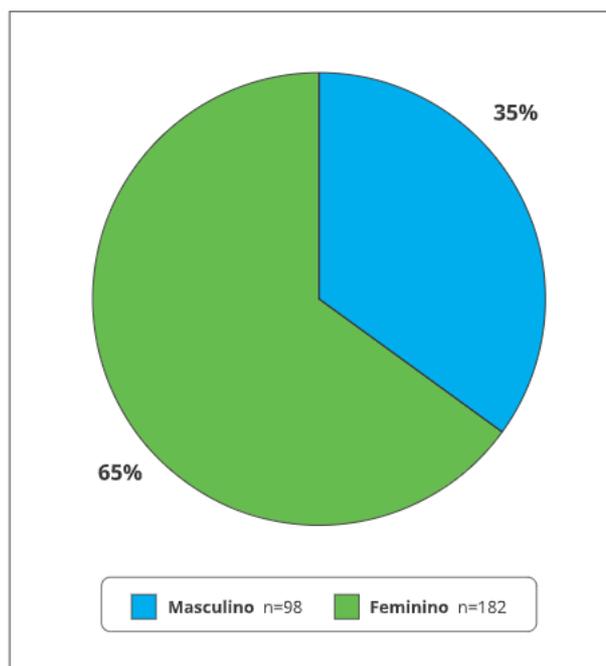


Figura 1 - Distribuição dos pacientes com dermatografismo de acordo com o gênero

Para o diagnóstico de dermatografismo, foram consideradas as respostas às seguintes questões: Piora com atrito físico? Piora com pressão na pele, ao carregar algum peso ou roupa apertada? Piora com calor, suor, banho quente? Piora com atividade física? Há melhora clínica durante o repouso noturno? Se positivo, a melhora com o sono sugere que o estresse e a ansiedade podem estar envolvidos.

O tratamento consistiu em terapia medicamentosa e avaliação psicológica. Nestes pacientes, foi observado que somente anti-histamínicos não foram suficientes para controlar o dermatografismo de forma eficaz e definitiva. No entanto, a associação com um antidepressivo tricíclico, como o cloridrato de doxepina, trouxe melhora clínica e emocional para o paciente, quando comparada ao uso isolado dos anti-histamínicos.

A doxepina (Cloridrato de Doxepina) possui fórmula química $C_{19}H_{21}NO_{11}$. É um antidepressivo tricíclico com ações e usos semelhantes aos da amitriptilina. Assim

como esta, a doxepina tem acentuada propriedade sedativa. Ela aumenta a concentração sináptica da serotonina e/ou norepinefrina no sistema nervoso central. Age por inibição da recaptação desses neurotransmissores pela membrana pré-sináptica dos neurônios. A doxepina é utilizada no tratamento de várias formas de depressão, normalmente em conjunto com psicoterapia. É aplicada no tratamento das desordens da ansiedade, pode ser usada como analgésico para certas dores crônicas ou neuropáticas, e ainda é indicada para tratar prurido moderado, em adultos com dermatite atópica ou líquen simples crônico. A dosagem usual em adultos é de 25 a 50 mg/dia em uma única dose ou em doses divididas. Gradualmente, pode-se aumentar esta dose, iniciando com incrementos de 10 mg/dia até se chegar à dose de controle dos sintomas, que pode atingir até 300 mg/dia. Dose única não deve exceder 150 mg. Alguns pacientes podem responder a doses de 25 a 50 mg/dia¹⁴.

No presente estudo, a doxepina foi administrada somente à noite, devido a sedação que provoca. Houve uma melhora clínica significativa, e a dose terapêutica foi baseada na melhora dos sintomas, negatização da urticária após pressão na pele, sinal característico do dermatografismo. A dose da doxepina variou de 10 mg a 100 mg.

Foram investigados: a eficácia do uso de anti-histamínico de segunda geração (fexofenadina) isolado, em até o dobro da dose recomendada e/ou associado a anti-histamínico de primeira geração (hidroxizina); o uso de anti-histamínico de segunda geração (fexofenadina) associado a diferentes dosagens de antidepressivo tricíclico estudado, no caso a doxepina; e por fim, o uso da doxepina, de forma isolada em diferentes dosagens (Tabela 1).

Após 60 dias do início do tratamento, e uma vez controlados os sintomas, foi iniciada a retirada gradual da medicação, inicialmente com diminuição da dosagem. Tentou-se reduzir doxepina de 50 mg para 25 mg, de 25 mg para 10 mg e de 10 mg para 5 mg. O controle dos pacientes foi realizado a cada 60 dias, sendo que o apoio psicológico se fez mandatório. À medida que os sintomas foram sendo controlados, nova redução foi realizada até a dose de 5 mg de doxepina. A partir daí o intervalo entre as doses foi aumentado, passando-se para o uso em dias alternados, até a sua retirada completa. Em torno de 180 dias, a maioria dos pacientes apresentou controle dos sintomas e melhora da qualidade de vida.

O PSICODIAGNÓSTICO

O psicodiagnóstico é uma avaliação psicológica realizada a pedido médico, com objetivo específico de esclarecer tanto ao médico quanto ao paciente a pos-

sível correlação existente entre o sintoma apresentado – neste caso, o dermatografismo – e o estado emocional. Ele consiste em entrevistas e aplicação de testes psicológicos para validar ou descartar hipóteses levantadas durante as entrevistas. O profissional psicólogo clínico, preferencialmente da área de psicologia médica, realiza através de quatro sessões em média, um estudo sobre a história de vida do paciente, sua personalidade, seu psiquismo, sua forma de lidar com as emoções e sua resiliência (que é a capacidade de se recuperar de situações traumáticas, dor e sofrimento, e de manter o equilíbrio, a saúde física e mental, apesar dos problemas e reveses da vida). Após meticulosa análise, utilizando técnicas de diagnóstico psicológico, é possível evidenciar ou não o fator psicossomático envolvido na patologia em questão. Na primeira sessão são analisadas a história de vida do indivíduo e suas relações com seu mundo. Na segunda sessão é feita a anamnese voltada para a história médica do paciente, e na terceira sessão é realizada a aplicação do teste psicológico. A quarta sessão é a entrevista devolutiva, onde o psicólogo comunica ao paciente o resultado de sua avaliação. Este resultado permite ao paciente ter uma visão clara sobre o funcionamento de seu psiquismo, sua estrutura de personalidade e a forma com a qual seu corpo e mente estão interligados na produção de seus sintomas. O médico que solicitou a avaliação recebe um relatório explicativo sobre a avaliação e seu resultado, mediante autorização do paciente. E ambos, médico e paciente, são informados sobre a melhor conduta a ser tomada, incluindo psicoterapia, necessidade de alteração de hábitos e comportamentos, expressão verbal dos sentimentos, acompanhamento psiquiátrico para tratamento de transtornos de humor, de ansiedade, e outros.

O ganho do paciente, ao finalizar o psicodiagnóstico, é o entendimento de que a maneira como ele, individualmente, lida com os fatores de estresse em sua vida pode levá-lo ao processo de somatização como saída. Ou seja, o adoecimento surge como forma de expressão quando o sujeito se depara com algo que considera uma ameaça de estresse, ainda que inconscientemente, e que lhe traga alguma desordem afetiva, com a qual haja uma dificuldade psíquica de enfrentamento. Curiosamente, a maioria dos pacientes relata ter percebido que “algo estranho” estava lhe acontecendo, mas que foi a compreensão deste “algo” e a maneira com a qual passou a lidar com “ele” que fez toda a diferença em sua melhora orgânica. O fato de o diagnóstico ser validado por um teste psicológico dá ao paciente o entendimento do funcionamento de seu psiquismo, podendo esclarecer de forma objetiva a impalpável relação entre o seu estado emocional e o adoecimento.

Além do entendimento do processo de somatização e da escolha somática para a expressão das emoções, o psicodiagnóstico permite o autoconhecimento através

do *feedback* do teste de personalidade. No presente trabalho, é apresentado estudo de casos em que a avaliação psicológica foi feita através do Teste Projetivo HTP (*House-Tree-Person*)¹⁵. A compreensão dos resultados

obtidos no teste modificou a postura do paciente em relação à sua patologia, pois foi a partir da tomada de consciência de suas características de personalidade e da mudança de atitude no enfrentamento das emo-

Tabela 1 - Resposta terapêutica e efeitos adversos do tratamento em 280 pacientes com dermatografismo

Pacientes (n) e (%)	Drogas	Percepção de melhora após 30 dias pelo paciente	Efeito adverso	Psico-diagnóstico	Fator psicossomático
Grupo 1 (n=18) (6,4%)	Fexofenadina 180 mg	2%	Nenhum	Não realizado	Não realizado
Grupo 2 (n=20) (7,2%)	Fexofenadina 180 mg pela manhã e à noite	50%	Sono leve	Realizado	Positivo
Grupo 3 (n=28) (10%)	Fexofenadina 180 mg pela manhã; Hidroxizina 25 mg à noite	50%	Sono	Realizado	Positivo
Grupo 4 (n=38) (13,6%)	Fexofenadina 180 mg + Doxepina 10 mg	70%	Sono	Realizado	Positivo
Grupo 5 (n=16) (5,7%)	Fexofenadina 180 mg + Doxepina 25 mg	80%	Muito sono	Realizado	Positivo
Grupo 6 (n=102) (36,4%)	Doxepina 10 mg	80%	Sono	Realizado	Positivo
Grupo 7 (n=52) (18,6%)	Doxepina 25 mg	100%	Muito sono Aumento do apetite	Realizado	Positivo
Grupo 8 (n=5) (1,7%)	Doxepina 50 mg	100%	Muito sono Aumento do apetite	Realizado	Positivo
Grupo 9 (n=1) (0,3%)	Doxepina 100 mg	100%	Muito sono Aumento do apetite	Realizado	Positivo

n=262 total de pacientes tratados.

Grupo 1: pouca melhora com dose única diária de cloridrato de fexofenadina, 180 mg/dia. A percepção de melhora do prurido pelos pacientes foi de 2%. O laudo psicológico não foi aceito e houve abandono do tratamento.

Grupo 2: melhora com o dobro da dose de cloridrato de fexofenadina, 360 mg/dia. A melhora do prurido nestes pacientes foi de 50%. Todos os pacientes realizaram e ficaram satisfeitos com a realização do psicodiagnóstico.

Grupo 3: melhora semelhante à do Grupo 2 (50% melhora do prurido), sendo usado o cloridrato de fexofenadina 180 mg pela manhã e hidroxizina 25 mg à noite. O psicodiagnóstico foi realizado e a orientação sobre o fator emocional contribuíram muito para a melhora clínica.

Não houve diferença entre o uso de um anti-histamínico de segunda geração pela manhã e de primeira geração ao deitar, quando comparado com o dobro da dose de anti-histamínico de segunda geração.

Grupo 4: melhora um pouco maior em relação aos grupos anteriores (70%), quando associado o cloridrato de doxepina 10 mg ao Cloridrato de Fexofenadina 180 mg. Leve sono ao amanhecer. Foi realizado o psicodiagnóstico, sendo positivo para fatores emocionais.

Grupo 5: melhora ainda maior do prurido (80%), com o aumento da dose do cloridrato de doxepina para 25 mg. Realizado o psicodiagnóstico, sendo comprovados fatores emocionais. Este grupo apresentou sono mais intenso, e 50% dos pacientes (n=8) não toleraram a dose de 25 mg de doxepina.

Grupo 6: melhora clínica do prurido em 80% com doxepina 10 mg isoladamente. Estes pacientes já haviam usado outros anti-histamínicos sem controle dos sintomas. O conhecimento dos aspectos emocionais através do psicodiagnóstico foi benéfico. A dosagem de doxepina de 10 mg pareceu ser a dose mais segura, com menos efeitos relativos ao sono, e levando a melhora clínica dos sintomas.

Grupo 7: melhora próxima a 100% do prurido. Aspectos emocionais foram comprovados por psicodiagnóstico, entretanto 40% dos pacientes (n=21) não toleraram a dose de doxepina de 25 mg, apesar dos sintomas terem sido bem controlados.

Grupo 8: melhora próxima a 100% do prurido, porém com dose de doxepina de 50 mg houve muita sonolência, apesar dos sintomas de prurido estarem bem controlados. Somente um paciente tolerou esta dose de doxepina.

Grupo 9: melhora próxima a 100% do prurido, sendo que esta dose foi tolerada por período de 15 dias, havendo abandono do tratamento devido ao efeito adverso de sono na dosagem de 100 mg de doxepina.

ções através da expressão pela fala que o paciente se envolveu diretamente no processo de controle da sua doença. É fundamental que o paciente consiga expressar melhor seus sentimentos e emoções para atenuar suas angústias somatizadas, ou seja, é através da fala, da expressão verbal dos sentimentos de sofrimento, frustração, impotência, medo, raiva, dentre outros, que o sintoma perderá sua função simbólica e entrará em remissão.

O HTP ou o teste do desenho é uma das técnicas projetivas mais sistematizadas e utilizadas na Psicologia Clínica. Pode se avaliar neste processo de psicodiagnóstico os afetos, as emoções, as condições de relacionamento humano, o nível de ansiedade, o controle da agressividade, o poder de controle de uma pessoa, não apenas tomados isoladamente, mas considerando um todo estrutural, dinâmico e funcional, como é a personalidade. Este é um teste de fácil aplicação em consultório e que abrange um público variado, como crianças, adolescentes, adultos e idosos. Além disso, não há restrição de escolaridade e pode ser aplicado em diversos momentos da vida de uma mesma pessoa. Por ser um teste projetivo grafomotor, as defesas estereotipadas são aplicadas com mais dificuldades do que nos testes que envolvem projeções verbais, reduzindo a resistência por parte do paciente bem como a manipulação de resultados. O emprego do desenho como técnica projetiva levou a se descobrir que os conflitos

mais profundos frequentemente se refletem mais prontamente no papel¹⁵.

Dentre as psicopatologias observadas segundo os psicodiagnósticos, a ansiedade apareceu em maior escala, seguida da depressão e por fim, o transtorno obsessivo compulsivo (TOC) (Figuras 2A e 2B).

Neste cenário, é importante que o médico tenha uma visão holística do paciente, sem pensar apenas no fator orgânico como determinante de seus sintomas. Os portadores de dermatografismo necessitam de abordagem segura e testes precisos que identifiquem o envolvimento do fator emocional em sua patologia, o que poderá resultar em efetiva melhora clínica. Deve ser considerado que os dados apresentados neste estudo referem-se a pacientes atendidos em uma clínica de alergia que habitualmente recebe pacientes já avaliados, muitas vezes por outros especialistas ou por clínicos em consultórios ou pronto-atendimentos. Por esta razão, é de se esperar que estes casos sejam crônicos, com evolução prolongada e de fisiopatologia mais complexa.

O dermatografismo pode acometer indivíduos de qualquer faixa etária. Aqui se observou que a urticária crônica induzida foi mais frequente em faixas etárias mais elevadas. Tem sido relatado que algumas formas de urticária física ou dermatografismo são mais frequentes a partir da segunda década de vida. No que diz respeito à urticária espontânea, cujos mecanismos complexos

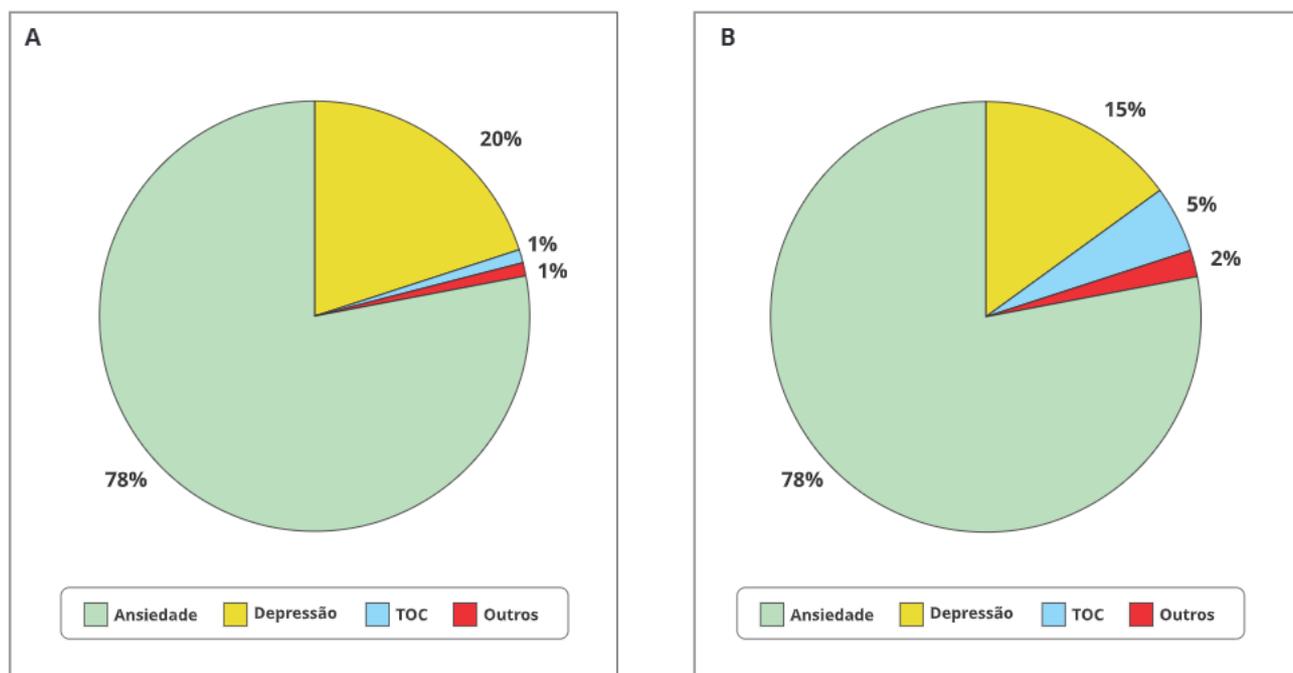


Figura 2 - Psicopatologias encontradas segundo o psicodiagnóstico no grupo de 280 pacientes com dermatografismo. **A** = gênero feminino (n=182), **B** = gênero masculino (n=98)

podem envolver autoimunidade, seria razoável esperar sua ocorrência mais frequente em faixas etárias mais elevadas.

No presente estudo, em função da experiência clínica, percebe-se que os testes cutâneos de hipersensibilidade imediata mostram resultados indeterminados em indivíduos com dermatografismo, em geral falso-positivos, devido à hiper-reatividade da pele, tendo assim, pouca contribuição para esclarecimento etiológico. O presente estudo demonstrou também que, nesta clínica especializada em alergia, existiu predomínio de formas crônicas de dermatografismo e o sexo feminino foi mais acometido por esta doença, tanto nas formas agudas, como nas crônicas.

Os resultados aqui apresentados devem ser validados com outros estudos, em outros centros do país, para um consenso sobre o real papel da doxepina e do psicodiagnóstico.

ASPECTOS PSICOSSOMÁTICOS

O dermatografismo é uma doença da pele caracterizada por prurido intenso, com manifestações clínicas típicas. É uma doença de caráter crônico, e é também conhecida como neurodermatose, em que a pele dos pacientes acometidos é hiper-reativa e muito susceptível ao atrito físico⁹. Historicamente, a opinião dos dermatologistas sobre a participação do componente psíquico no dermatografismo varia desde a visão de um mecanismo psicossomático como o principal fator da doença, até perspectivas que não atribuem importância aos fatores psicológicos nessa síndrome com diversas possibilidades¹⁶.

Foi descrito o fato de que uma doença orgânica pode surgir para evitar um sofrimento psíquico insuportável¹⁷. O trauma, sendo intolerável ao psíquico, atua no corpo e o lesiona. Dessa forma, o dermatografismo surgiria como um mecanismo de defesa, uma válvula de escape a fim de evitar um colapso psíquico maior. Seria a pele, o maior órgão do corpo humano, o palco para a expressão de sentimentos contidos e represados em função da incapacidade da verbalização ou da falta de consciência acerca destes sentimentos. A pele representa, também, uma das melhores metáforas do funcionamento emocional, um elo simbólico entre a realidade física e a realidade psíquica. Como resultado dessa capacidade metafórica, a pele acaba “carregando” os sinais dos sentimentos, dos conflitos, frustrações e amarguras.

A pele aglomera várias funções no organismo humano, como a de proteger contra as agressões ambientais e efetuar trocas fisiológicas fundamentais. Esta também demarca a área corporal, apresentando o indivíduo ao outro e ao mundo. Por meio da pele

é possível exprimir desejos e sofrimentos precoces, que podem ainda não estar simbolizados. Em estudos sobre as afecções da pele, o arranhar-se foi apontado como uma forma arcaica da agressividade atuar no corpo físico, diante da impossibilidade de uma resolução emocional do conflito. Além disso, ao iniciar o processo de se coçar a pessoa seria estimulada por uma força incontável e oculta e não conseguiria interromper seu ato. A excitação erótica encontrada no coçar tende a levar a pessoa então a uma reação circular cada vez mais patológica¹⁸. O ato de coçar nesta patologia pode ser intermitente durante o dia, e pode piorar ao anoitecer, se os problemas do paciente forem relacionados à sua casa ou família, sendo incoercível e dificultador do sono tranquilo e reparador.

O dermatografismo pode apresentar sintomas bastante graves, trazendo importante sofrimento para o paciente e sua família. Compreender a forma como fatores psicológicos estão relacionados à patologia se faz necessário para o planejamento de intervenções mais eficazes. O presente estudo mostra-se relevante na medida em que organiza e discute o dermatografismo através de tópicos específicos, contribuindo para a compreensão ampliada desta patologia, principalmente a visão contundente dos sintomas a partir de um viés psicossomático. Segundo a Organização Mundial da Saúde, o novo conceito de saúde é um bem estar físico, espiritual, social e mental, sendo a doença um desequilíbrio deste quarteto. As lesões na pele podem modificar-se por aspectos psicológicos, infecciosos e imunológicos, sendo a abordagem terapêutica bastante complexa.

Já foi comprovada a influência de fatores psicológicos no curso da doença, principalmente do estresse e da ansiedade que atuam sobre o funcionamento do sistema imune. Esta influência dos aspectos emocionais caracteriza o dermatografismo como um quadro psicossomático¹⁹. A urticária pode, simbolicamente, expressar medos escondidos, dificuldade de verbalização dos sentimentos, agressividade contida, incapacidade de defender-se contra a invasão advinda do outro. É sabido que manifestações psicossomáticas se apresentam a partir das dificuldades de simbolização e verbalização dos sentimentos¹⁹.

O termo “psicossomático” não é mais usado apenas para se referir a uma moléstia sem um diagnóstico claramente orgânico, mas ele agora deriva “do reconhecimento de uma interdependência fundamental entre mente e corpo em todos os estágios de doença e de saúde”²⁰. A psicossomática relaciona-se à lesão de órgão que não cede ao tratamento e que surge em épocas próximas de fatos marcantes na vida do indivíduo. Essas circunstâncias são sofridas por ele, por perda, luto ou uma sobrecarga afetiva. Lacan então contribui apontando que não há sujeito psicossomático

como estrutura, mas existe um sofrimento que lesa o corpo e que o tratamento específico da medicina é incapaz de tratá-lo²¹.

CONCLUSÃO

Conclui-se, a partir da experiência apresentada, que para se tratar o paciente com dermatografismo, além do uso tradicional de anti-histamínicos, o aspecto emocional deverá ser sempre abordado, visto que a resposta clínica do uso do antidepressivo tricíclico, cloridrato de doxepina (isoladamente ou associado), foi superior ao grupo de anti-histamínicos de primeira e segunda geração, associados ou isolados. Além da ação antidepressiva, a doxepina tem efeitos ansiolítico e de sedação, que podem equilibrar o humor, ajudando o paciente se sentir mais seguro e menos vulnerável aos problemas do dia a dia. Há uma diminuição da sensibilidade e da fragilidade desses pacientes, e por estarem fortalecidos emocionalmente, se abalam menos com as questões emocionais e levam a menor produção do sintoma tardio. Doxepina tem um efeito anti-histamínico, portanto, a indicação é adequada para a maioria dos casos.

Como foi apresentado, a avaliação psicológica foi importante para evidenciar aspectos emocionais no paciente, conscientizando-o sobre os motivos pelos quais o seu corpo adocece, bem como sobre a necessidade de mudanças em sua postura diante da vida e/ou de seus problemas.

O dermatografismo pode apresentar sintomas bastante incômodos, que podem levar sofrimento real e intenso ao paciente e à sua família. Afeta consideravelmente sua qualidade de vida, interfere em seu cotidiano, em seu lazer, em sua profissão e estudos. Os fenômenos de ansiedade e estresse que agem sobre o sistema imune conferem uma característica psicossomática a essa patologia.

É indiscutível a importância da medicina no tratamento de todas as doenças, inclusive no dermatografismo, mas é importante salientar que o paciente é um todo que vai além do biológico, apresentando componentes psíquicos relevantes para o seu bom funcionamento. A relevância médica desse estudo se traduz pelo fato de existirem poucas publicações sobre dermatografismo e a sua relação com fatores psicológicos e psicossomáticos, assim como o uso da terapia psicológica como possibilidade de auxílio para o seu tratamento. A relevância social desse estudo fica evidente, considerando-se a elevada prevalência de dermatografismo na população, o nível de sofrimento que esta doença traz para o indivíduo

e as consequências diversas que ela acarreta, incluindo significativo declínio em sua qualidade de vida.

Realizar um trabalho efetivo com pacientes com dermatografismo não é uma tarefa fácil, em virtude da etiologia multifatorial da doença. Entretanto, é necessário buscar uma abordagem multiprofissional, de modo a alcançar o bem-estar desses pacientes, que é o objetivo maior de todo profissional médico.

REFERÊNCIAS

1. Mello Filho J, Burd M. Psicossomática hoje. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 1992.
2. Mello Filho J. Conceção psicossomática: visão atual. 10ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2005.
3. Amkraut A, Solomon GF. From the symbolic stimulus to the pathologic response: immune mechanisms. *Intern J Psychiatry Med.* 1975;5(4):541-63.
4. Selye H. A syndrome produced by diverse nervous agents. *Nature.* 1936;148:32.
5. Lazarus RS. Stress and emotion. *Human Relations.* 2001;54(6):792-804.
6. Korneva EA, Klimenke, Khai IK. The hypothalamus and specific defensive adaptive response. In: *Evolution, ecology and the brain.* Lenigrado: Medicine; 1972.
7. Besedowsky H, Sorkin E, Felix D, Haas H. Hypothalamic changes during immune response. *Eur J Immunol.* 1977;7(5):323-5.
8. Hadden JW. Neuroendocrine modulation of the thymus dependent immune system. *Ann N Y Acad Sci.* 1987;496:39-48.
9. França AT, Valle SOR. *Urticária e Angioedema: diagnóstico e tratamento.* 3ª ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2014.
10. Mendonça JL. O ensino da Psicologia Médica. *Rev Med Minas Gerais;* 2001;11(1):51-4.
11. Soter NA. Treatment of urticaria and angioedema: low-sedating H1-type antihistamines. *J Am Acad Dermatol.* 1991;24(6):1084-7.
12. Zuberbier T, Aberer W, Asero R, Bindslev-Jensen C, Brzoza Z, Canonica GW, et al. The EAACI/GA(2) LEN/EDF/WAO Guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria: the 2013 revision and update. *Allergy.* 2014;69(7):868-87.
13. Bernstein JA, Lang DM, Khan DA, Craig T, Dreyfus D, Hsieh F, et al. The diagnosis and management of acute and chronic urticaria: 2014 update. *J Allergy Clin Immunol.* 2014;133(5):1270-7.
14. Goodman & Gilman. *As bases farmacológicas da terapêutica.* Vol. 2. 6ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara; 1983. p. 369-77.
15. Ocampo MLS. *O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas.* Trad. M. Felzenszwalb. São Paulo: Martins Fontes; 1999.
16. McDougall J. *Teatros do corpo – o psicossoma em psicanálise.* 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 2000.
17. Freud S. *Além do princípio do prazer (1920).* Rio de Janeiro: Imago; 2006. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XVIII).
18. Ballone GJ. *Da emoção à lesão.* Barueri: Editora Manole; 2002.
19. Campos, DMS. *O teste do desenho como instrumento de diagnóstico da personalidade.* Editora Vozes; 2001.
20. Jesus MAGS. *Histeria: um conto no corpo; fenômeno psicossomático: um ponto no corpo (dissertação).* Juiz de Fora (MG): Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora; 2002.
21. Ferreira VRT, Muller MC, Jorge HZ. *Dinâmica das relações em famílias com um membro portador de dermatite atópica: um estudo qualitativo.* *Psicologia em estudo, Maringá.* 2006;11(3):617-25.