

Dermatite de contacto a mercaptobenzotiazol com início na infância

Contact dermatitis to mercaptobenzothiazole starting in childhood

Data de receção / Received in: 21/02/2018

Data de aceitação / Accepted for publication in: 13/03/2018

Rev Port Imunoalergologia 2018; 26 (4): 291-292

Joana Pita¹, Frederico Regateiro^{1,2}, Carlos Loureiro¹, Ana Todo-Bom^{1,2}

¹ Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

² Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra



COMENTÁRIO

Doente do sexo feminino, 18 anos, enviada por eczema plantar refratário à terapêutica, com início aos 5 anos.

Lesões descamativas, pruriginosas, localizadas às plantas e dedos dos pés com distribuição simétrica, com aparecimento frequente de bolhas dolorosas, à marcha (Figura 1). Foi medicada com emolientes, corticoides tópicos e sistémicos (1-2 ciclos/ano) e azatioprina (100mg id, 3 meses), com melhorias parciais, mas recidiva após suspensão terapêutica.

Os testes epicutâneos com a série *standard* europeia e borrachas foram positivos às 48 horas para mercaptobenzotiazol (++) e negativos para os outros alérgenos.

Com o início da evicção de calçado com borrachas e a utilização de palmilhas sem mercaptobenzotiazol (MBT) houve resolução completa das lesões em 2 meses (Figura 2). Toda a medicação foi suspensa sem recidiva.

A dermatite de contacto alérgica tem uma prevalência de 15% aos 12-16 anos de idade¹ mas a sensibilização ao MBT é pouco frequente em crianças². O MBT é utilizado na vulcanização das borrachas, pelo que, em doentes sensibilizados, se devem evitar produtos com borracha, e.g., elásticos, pulseiras, sapatos, sapatilhas, luvas de látex, nitrilo ou neopreno, preservativos e outros produtos de contacto diário. Em doentes com dermatite plantar, é recomendável o uso de palmilhas de proteção sem MBT.

COMENT

Eighteen-year old female patient referred to our Service for plantar eczema refractory to treatment starting at 5 years of age.

The plantar lesions were scaly and pruritic, with symmetric distribution and affecting the ventral region of toes, frequently complicated with bullous lesions painful when walking (Figure 1).

She had been treated with emollients, topical and systemic corticosteroids (1-2 cycles/year) and azathioprine (100mg id, 3 months) with partial improvement, and relapses after treatment withdrawal.

In our appointment, epicutaneous tests were performed with the European Standard and Rubbers series of allergens. Reading at 48h showed positive results for mercaptobenzothiazol (++); other allergens were negative.

About two months after initiating avoidance of mercaptobenzothiazol in shoes, a complete resolution of lesions had occurred. All medications were stopped without relapsing (Figure 2).

The prevalence of allergic contact dermatitis (ACD) is about 15% at 12-16 years-old¹ but sensitization to mercaptobenzothiazole (MBT) is infrequent in children². MBT is used in rubber vulcanization. In patients sensitized to MBT, products containing rubber should be avoided, e.g., elastics, bands, shoes, boots, latex, nitrile or neoprene gloves, condoms, medical objects, and other daily contact products. The use of insoles without MBT is recommended in sensitized patients with plantar dermatitis.

REFERÊNCIAS

1. Peiser M, Tralau T, Heidler J, Api AM, Arts JHE, Basketter DA, et al. Allergic contact dermatitis: Epidemiology, molecular mechanisms, in vitro methods and regulatory aspects. *Cell Mol Life Sci* 2012;69(5):763-81.
2. Ortiz-Salvador JM, Esteve-Martínez A, García-Rabasco A, Subiabre-Ferrer D, Martínez-Leboráns L, Zaragoza-Ninet V. Dermatitis of the foot: Epidemiologic and clinical features in 389 children. *Pediatr Dermatol* 2017;34(5):535-9.