

Conexão da Alergia com a Odontologia: precisamos construir pontes

Arq Asma Alerg Imunol. 2024;8(2):180-2.
<http://dx.doi.org/10.5935/2526-5393.20230095>

Prezado Editor,

O artigo publicado no último número (março/2024) do *The Journal of The American Dental Association*, intitulado “Gingival hypersensitivity reactions to toothpastes”, chamou nossa atenção. Reforçamos que é uma revista indexada de alto impacto na base de dados Scopus (CiteScore 5.0), da conceituada Associação Americana de Odontólogos. O trabalho é uma série de casos, associado a uma revisão de literatura¹. Ele se destacou para nós, por mostrar que não é apenas a nossa especialidade de alergistas, nem exclusivamente a profissão de médicos, que se interessa pelas doenças alérgicas. Estamos nos esquecendo dos dentistas!

A publicação científica contempla 11 pacientes provenientes de serviço espanhol, sendo a maioria de mulheres (72,7%) com sensibilidade ao “cinamon”. A lesão mais comumente encontrada foi eritema gengival, acompanhado de prurido ou leve desconforto. A pasta dentária foi implicada na gênese dos quadros, uma vez que a descontinuação dela levou ao desaparecimento das lesões. Ressaltamos que diferentes pastas foram implicadas. Eles contextualizam que pode haver na odontologia reações de hipersensibilidade do tipo I, mediada por IgE e do tipo IV, mediada por linfócitos T. As reações de hipersensibilidade tardia são mais frequentes, sendo nesse caso conhecidas como estomatites de contato¹. Destacamos que neste serviço de referência, mesmo com suspeita clínica forte e provável intenção de publicação, só foi realizado teste de contato em aproximadamente metade dos casos e em muitas vezes apenas com a pasta dentária! A pergunta pertinente seria, em casos assim, como estaríamos no Brasil?

Admite-se que reações de hipersensibilidade a dentifrícios são incomuns. Isto se deve ao fato de que as pastas estão sendo diluídas em água e saliva durante a escovação¹. No entanto, é preciso frisar que as formulações dos cremes dentais são bastante complexas, com vários ingredientes. Estão inclusos abrasivos leves, fluoretos, umectantes, aromatizantes, adoçantes, espessantes, corantes e surfactantes, dentre outros². Percebe-se ainda

que há variações de acordo com o fabricante. Assim, na situação implicada é preciso se testar o dentifrício. Esta é uma máxima na conduta da dermatite de contato em geral: é necessário se testar o produto do paciente! Porém, nós alergistas sabemos que somente testar com pasta não diluída pode induzir a reações falso-positivas. Anton de Groot, renomado especialista, aconselha que seja realizado inicialmente um teste semiaberto ou fechado com a pasta não diluída. Porém, como já dito, este teste sendo positivo, não comprova alergia. Assim, a pasta deveria ser adicionalmente testada em diluições seriadas (pura, 50% e 20% diluídos em vaselina ou água) e/ou testar em controles. A interrupção do uso com reexposição posterior pode ser útil para comprovar relevância clínica de teste positivo². O alergista é o profissional habilitado e acostumado a realizar tais diluições para a realização destes procedimentos.

Entretanto, o aconselhamento ao paciente só está completo quando se testa os ingredientes, visando se identificar o agente químico ofensor². O trabalho científico do grupo espanhol citou o artigo que cancelou o lançamento da série latino-americana adaptada para testes de contato no Brasil³. Não há dúvida de que esta série representou um avanço no sentido de se atualizar a nossa antiga bateria padrão brasileira. Para se ter ideia desta importância, recente trabalho levantou as substâncias que mais mostraram sensibilização em pacientes com patologias na cavidade oral. O tetracloropaladato de sódio foi a substância mais implicada, com incrível positividade acima de 27% dos pacientes testados. Para comparação, o sulfato de níquel ficou em segundo lugar, com 23%⁴. Este mesmo sal, que representa o elemento paládio, está na série latino-americana. Em termos de queilites alérgicas, a série adaptada ainda contempla própolis. O grupo norte-americano de dermatite de contato (NACDG) o aponta entre as substâncias mais prevalentes, com 8,6% de positividade⁵. Há crescente preocupação com própolis na Europa, já tendo sido incorporado na série base deles⁶. Relato de lesão perioral por própolis surgiu no Brasil, com o advento da série latino-americana⁷. Acreditamos que anteriormente não havia relato deste diagnóstico pelo fato desta substância não ser regularmente testada em nosso país. Precisamos mostrar aos dentistas que estamos habituados a realizar testes de contato utilizando esta série, o que representa a possibilidade de se descobrir o agente etiológico específico responsável pela patologia bucal.

Além disso, temos atualmente séries complementares de testes de contato muito boas que devem ser utilizadas em situações assim. A série dental, manipulada por empresa de extratos para testes de contato, é muito

similar à equivalente existente na Europa⁸, mostrando que não estamos mais presos exclusivamente a baterias padrões (Tabela 1). Observando esta série, vemos que nela predomina os acrilatos e certos metais comumente utilizados na dentística. E estas substâncias ampliam muito as possibilidades diagnósticas para os dentistas que lidam com pacientes com reações de hipersensibilidades variadas.

Ao abrir a literatura específica atual vemos com frequência casos que demonstram a importância de séries complementares específicas. Exemplificando, há o caso de uma criança de 8 anos, com queilite há 1 ano. Fez tratamentos tópicos com melhora somente durante o uso, havendo a recorrência com a interrupção. Negava uso de batons e afins. O problema gerava ansiedade familiar. Ao exame, se observava a presença de 4 coroas metálicas.

Tabela 1Série dental de teste de contato^a

Série dental	Concentração	Veículo
1. Metacrilato de metila	2%	Vaselina
2. Dimetacrilato de trietilenoglicol	2%	Vaselina
3. Dimetacrilato de diuretano	2%	Vaselina
4. Dimetacrilato de etilenoglicol	2%	Vaselina
5. Dimetacrilato de bisfenol A diglicidil	2%	Vaselina
6. N, N-Dimetil-p-toluidina	5%	Vaselina
7. Benzofenona 3 (Oxibenzona)	10%	Vaselina
8. Dimetacrilato de 1,4 butanodiol	2%	Vaselina
9. Dimetacrialdo de bisfenol A	2%	Vaselina
10. Bicromato de potássio	0,5%	Vaselina
11. Cloreto de cobalto	1%	Vaselina
12. Metacrilato de 2-Hidroxi-etila (2-HEMA)	2%	Vaselina
13. Sulfato de níquel	5%	Vaselina
14. Eugenol	2%	Vaselina
15. Colofônia	20%	Vaselina
16. Formaldeído	2%	Água
17. p-Tolildietanolamida	2%	Vaselina
18. Sulfato de cobre	2%	Vaselina
19. Metilhidroquinona	1%	Vaselina
20. Cloreto de paládio	2%	Vaselina
21. Cloreto de alumínio	2%	Vaselina
22. Canforoquinona (bornanedione)	1%	Vaselina
23. Metacrilato de dimetilaminoetila	0,2%	Vaselina
24. Diacrilato de 1,6-Hexanodiol	0,1%	Vaselina
25. Drometrisol (2(2'-hidroxi 5'-metil fenil) benzotrisol)	1%	Vaselina
26. Metacrilato de tetrahidrofurfurila	2%	Vaselina
27. Estanho	50%	Vaselina
28. Tetracloropaladato de sódio	3%	Vaselina
29. Carvone	5%	Vaselina
30. Glutaraldeído	0,2%	Vaselina

^a Bateria de teste de contato: série dental da IPI ASAC BRASIL®.

Investigação laboratorial foi normal. Então, decidiu-se por teste de contato que mostrou sensibilidade ao níquel. Negava qualquer contato com instrumentos metálicos. Assim, optou-se pela troca das coroas por resinas, com a remissão total do quadro em 2 semanas⁹.

Casos com sensibilidade aos acrilatos é ainda mais comum. Como o de uma japonesa, de 41 anos, que utilizou produto de proteção gengival, ao se submeter a clareamento dentário. Um segundo tratamento ocorreu uma semana após. No dia seguinte, a gengiva desenvolveu ulcerações acompanhada de púrpura e edema labial. Feito o diagnóstico clínico de dermatite de contato, foi submetida a teste, que se mostrou positivo a dois acrilatos e três metacrilatos. O produto usado continha 2-hidroxietil metacrilato. A ausência de sintomas no tratamento inicial, mas com reação grave após a segunda aplicação, sugere que foi sensibilizada no primeiro contato com o produto. Reações cruzadas entre metacrilatos são esperadas¹⁰.

A cavidade oral deverá ser bem estudada por médicos e odontólogos sempre que houver algum tipo de lesão, seja na mucosa oral ou na língua. Não esquecer de observar os lábios e a região perioral. Esta investigação deverá ser feita através de uma rica anamnese, incluindo avaliação imunoalérgica. Quando bem indicado, sugere-se a realização do teste de contato com série padrão acompanhada de série dental e produtos de uso do próprio paciente.

Acreditamos que precisamos nos aproximar dos odontólogos! Necessitamos que eles conheçam bem a nossa especialidade e que saibam que estamos capacitados a ajudá-los a resolver quando aparecem estes sintomas. Sabemos que eles são, muitas vezes, os primeiros a perceber tais doenças em seus pacientes. E os alergistas necessitam que a nossa Sociedade atue fazendo essa conexão, por exemplo, fomentando palestras para os odontólogos nos principais estados da federação, mostrando a nossa *expertise* e o trabalho de excelência que já fazemos e que não paramos de aperfeiçoar.

É hora de construir pontes...

Referências

1. López-Pintor RM, González-Serrano J, Ivaylova Serkedzhieva K, Serrano Valle J, de Arriba L, Hernández G, et al. Gingival hypersensitivity reactions to toothpastes. *J Am Dent Assoc.* 2024;155(3):213-226.e3. doi:10.1016/j.adaj.2023.11.003.
2. de Groot A. Contact Allergy to (Ingredients of) Toothpastes. *Dermatitis.* 2017;28(2):95-114. doi:10.1097/DER.000000000000255.
3. Belluco PES, Giavina-Bianchi P, Belluco RZF, Novaes MRCG, Reis CMS. Prospective study of consecutive patch testing in patients with contact dermatitis using an adapted Latin American baseline series. *Eur Ann Allergy Clin Immunol.* 2023;55(05):235. doi:10.23822/EurAnnACI.1764-1489.250.
4. Al-Gawahiri M, Rustemeyer T, Franken SM, van Zuuren EJ, Ipenburg NA. Frequency and clinical relevance of contact allergy in dental patients. *Contact Dermatitis.* 2024;90(1):66-73. doi:10.1111/cod.14440.
5. Dekoven JG, Warshaw EM, Reeder MJ, Atwater AR, Silverberg JI, Belsito D V, et al. North American Contact Dermatitis Group Patch Test Results: 2019-2020. *Dermatitis.* 2023;34(2):90-104. doi:10.1089/derm.2022.29017.jdk
6. Wilkinson M, Gonçalo M, Aerts O, Badulici S, Bennike NH, Bruynzeel D, et al. The European baseline series and recommended additions: 2019. *Contact Dermatitis.* 2019;80(1):1-4. doi:10.1111/cod.13155.
7. Belluco PES, Belluco RZF, Reis CMS. Allergic contact cheilitis caused by propolis: case report. *Einstein (Sao Paulo).* 2022;20:eRC6151. https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2022RC6151.
8. Chemotechnique Diagnostics. Patch Test Products & Reference Manual. 2024 [Internet]. Disponível em: <https://www.chemotechnique.se/ckfinder/userfiles/files/Katalog%202024%20w%20cover2.pdf>.
9. Zeng Q, Wang S, Cheng L, Mu J, Yang J, Zhou H. Allergic contact cheilitis caused by nickel from stainless steel crowns in primary molars: An easily overlooked intraoral allergen in children? *Contact Dermatitis.* 2023;89(6):505-7. doi:10.1111/cod.14413.
10. Hayakawa M, Baba Y, Kouno M. Allergic Contact Stomatitis Caused by (Meth)acrylates in a Gingival Protection Product Used During Teeth Whitening. *Dermatitis®.* 2024;35(1):96-8. doi:10.1089/derm.2023.0180.

Não foram declarados conflitos de interesse associados à publicação desta carta.

Paulo Eduardo Silva Belluco

Escola Superior de Ciências da Saúde - ESCS -
Brasília, DF, Brasil.

Eduardo Souza Lima

Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora -
Juiz de Fora, MG, Brasil.