

## Eczema atópico: genética *versus* ambiente

Diferente de outras doenças cutâneas, não há teste laboratorial ou lesão específica de eczema atópico (EA) que seja capaz de identificá-lo de forma incontestável. Em geral, o diagnóstico baseia-se numa série de critérios clínicos cuja complexidade torna difícil seu emprego em estudos epidemiológicos. Vários fatores podem interferir na obtenção dos dados sobre EA em estudos de prevalência. Sabe-se, por exemplo, que formas leves de EA podem passar despercebidas ou serem esquecidas com o passar do tempo e que, em crianças mais velhas, o EA pode ser confundido com outras afecções dermatológicas, além disso, as várias denominações do EA podem dificultar ainda mais sua identificação.

Estudos epidemiológicos recentes avaliaram a frequência de EA em várias localidades no mundo e mostraram diferenças na sua prevalência. Assim como ocorria com a asma e outras doenças alérgicas, as taxas de prevalência de EA vinham aumentando, entretanto, o emprego de diferentes definições da doença e de diferentes métodos na identificação dos "doentes", tornava as comparações, muitas vezes, impossíveis.

Há quase 15 anos o "International Study of Asthma and Allergies in Childhood" (ISAAC) elaborou e padronizou um questionário escrito (QE), auto-aplicável, de fácil inteligência e capaz de identificar os escolares (EC) e os adolescentes (AD) com EA, asma e rinite alérgica. A análise dos resultados mundiais obtidos ao final da Fase I mostrou ter havido ampla variação, nas duas faixas etárias, com relação à prevalência dessas doenças. Os resultados sobre EA foram os que apresentaram maior amplitude de variação (até 60 vezes) oscilando entre 0,3% e 20,5% (2,5).

No Brasil a Fase I do ISAAC, contou com a colaboração de sete centros. Já na Fase III – que ocorreu pelo menos cinco anos após a Fase I - participaram 21 centros de 20 cidades, das cinco regiões do país. Assim, o aumento de três vezes no número de centros avaliados e a inclusão de centros de todas as regiões, permite que os dados obtidos sejam considerados como representativos do Brasil.

A comparação entre a prevalência média de eczema flexural observada na Fase I (8,2% para EC e 5,0% para AD) com a observada na Fase III (7,3% para EC e 5,3% para AD) sugere que o eczema flexural está diminuindo entre EC e aumentando entre AD. Já, a prevalência média de eczema grave revelou aumento significativo em ambos os grupos (5,0% para EC e 4,4% para AD).

A partir da obtenção dos dados do ISAAC, vários outros estudos foram realizados com o intuito de verificar a relação entre a prevalência de EA, asma e rinite e possíveis fatores de risco para a manifestação dessas doenças. Entre os fatores mais frequentemente analisados estão: imunização de rotina, notificações de tuberculose, padrão alimentar, altitude, latitude, umidade do ar, temperatura ambiental e nível socioeconômico (NSE).

Vale ressaltar que embora muitos estudos, ao redor do mundo, tenham relatado aumento nas taxas de prevalência do EA, alguns demonstraram estabilização dessas taxas. Seja como for, nenhum aumento recente bem como nenhuma variação de ampla magnitude na prevalência da doença, num período de tempo tão curto, pode ser explicado por alterações genéticas.

Assim, parece não existir dúvida do papel crucial do ambiente sobre a expressão fenotípica do EA. Nesse sentido, a maior parte das evidências aponta para associação entre maior risco de EA e: a vida em região urbana e industrial; o maior NSE.

Nesta edição, encontramos o estudo de Borges e colaboradores que, empregando um instrumento padronizado e simples – o QE do ISAAC - além de demonstrarem as tendências na prevalência do eczema atópico e de sintomas relacionados, entre adolescentes do Distrito Federal, no intervalo de seis anos – avaliaram o possível efeito do NSE sobre essas tendências.

**Profa. Dra. Inês C Camelo-Nunes**  
Doutora em Medicina pela UNIFESP-EPM