

hydraporin AI

DUPLA HIDRATAÇÃO
PARA PELES EXTRASSECCAS
E SENSÍVEIS

CORPO
E ROSTO

MELHORA DA
HIDRATAÇÃO

USO
ADULTO
E INFANTIL



Aumenta a retenção e não pinga



Melhora a ação na pele



© 2020 Distribuído por: EDITORA QUÍMICA ASA KOOBY L.TDA | www.corporativomantecorp.com.br

DERMATITE ATÓPICA

CASO CLÍNICO

Dra. Lucia Ito | CRM-SP 74.834

Docente da Disciplina de Dermatologia da Faculdade de Medicina do ABC (FMABC). Responsável pelos Ambulatórios de Dermatopediatria e Dermatite Atópica da FMABC.

LIMPEZA COM AÇÃO HIDRATANTE¹

REPARAÇÃO DA BARREIRA CUTÂNEA COM
AUXÍLIO NO EQUILÍBRIO DO MICROBIOMA^{2,3}



Sem fragrância, corantes e parabênos⁴



Hipoalergênico, não comedogênico e não acetogênico⁴



Uso adulto e infantil aprovado em recém-nascidos



Não contém glúten



Milho fermentado em animais

Referência bibliográfica: 1. Dasa et al. 2. Krausz, J. Pre- and postnatal for human skin. Journal of Dermatological Science. 2006;Vol-6. 3. Rouzargem et al. Proxioo.

ATENÇÃO AO CONSUMIDOR
800 07 99 99 (Linha gratuita)

WWW.MANTECORPSCIENCE.COM.BR



O PAPEL DA HIDRATAÇÃO NA DERMATITE ATÓPICA



Dra. Lucia Ito | CRM-SP 74.834

Docente da Disciplina de Dermatologia da Faculdade de Medicina do ABC (FMABC).
Responsável pelos Ambulatórios de Dermatopediatria e Dermatite Atópica da FMABC.

Introdução

A dermatite atópica (DA) caracteriza-se por ser uma doença cutânea inflamatória crônica e recidivante, com sintomatologia de prurido intenso, associado frequentemente à asma e/ou rinite alérgica (triada atópica).

Inicia-se geralmente nos primeiros meses de vida, com lesões em sua maioria eczematosas, seguindo padrões morfológico e de distribuição característicos, variáveis para cada faixa etária.

A doença pode progredir com curso recorrente, geralmente desaparecendo antes da puberdade; entretanto, alguns casos podem persistir até a fase adulta. Há, inclusive, indivíduos que só apresentam os sintomas já adultos (*adult onset atopic dermatitis*).¹

A etiopatogenia envolve fatores genéticos, disfunções imunológicas e de alterações da barreira cutânea, acometendo, segundo alguns estudos, 20% das crianças e 2% dos adultos na maioria dos países do mundo.²

Dois mecanismos fisiológicos são extremamente importantes na fisiopatogenia da doença: as alterações da barreira cutânea (*outside-inside*), condizentes com alterações do gene da filagrina,² e a desregulação imune com resposta inflamatória exacerbada a irritantes e alérgenos ambientais (*inside-outside*).³

Os principais sintomas são pele ressecada e sensível e surgimento de placas eritemato descamativas, em surtos, sobre áreas muito específicas, como superfícies extensoras e flexoras de membros superiores e inferiores, face, mãos e pés. Apresenta prurido importante e, em muitos casos, pode ocorrer generalização das lesões por todo o tegumento.

A maioria dos casos (aproximadamente 80%) apresenta-se na forma leve, com melhora gradual até o final da infância e o início da adolescência, com boa resposta aos tratamentos convencionais. Já nos casos moderados a graves, a doença apresentará alta morbidade, com impacto negativo na qualidade de vida, em razão, principalmente, do sintoma de prurido que não responde aos anti-histamínicos, frequentemente levando a transtornos do sono, estresse psicológico e social relacionado com o estigma da doença.⁴ As principais complicações associadas à DA são as infecções virais e bacterianas.⁵

A doença tem impacto considerável na qualidade de vida do paciente, de seus familiares e de seus cuidadores, ocasionando importantes implicações sociais e até mesmo econômicas.

Aspectos psicológicos podem estar envolvidos tanto na etiopatogenia quanto atuar como fator desencadeante das crises. Podem, também, agravar o



quadro. O estresse poderia, assim, contribuir para a formação de um ciclo vicioso, na qual a dermatite intensificaria as manifestações psicológicas que, por sua vez, piorariam as alterações dermatológicas.^{6,7}

A abordagem geral para o tratamento da DA envolve alguns pilares principais. São eles: restauração da barreira cutânea, terapia anti-inflamatória, controle do prurido e das infecções e dos fatores desencadeantes.⁴

É importante que o dermatologista oriente e trate adequadamente cada paciente, salientando a importância da restauração da barreira cutânea. Este é o pilar fundamental para a eficácia do tratamento.

Visão do especialista | Relatos clínicos

Na experiência clínica, observada após a utilização terapêutica de Hydraporin Al loção hidratante e sabonete líquido, notou-se rápida restauração da barreira cutânea logo nos primeiros dias de tratamento. A hidratação cutânea manteve-se por tempo prolongado, mesmo após muitas horas da aplicação. Foi constatada, também, ação calmante sobre a pele reativa e inflamada, evidenciada pela observação da diminuição do eritema e do sintoma pruriginoso. Em muitos casos foi dispensado o uso concomitante de corticoides tópicos para controle da sintomatologia; quando foi de fato necessária sua introdução, o tempo de utilização foi reduzido.

A faixa etária dos pacientes investigados variou de 30 dias de vida à fase adulta. A maioria dos indivíduos para os quais o produto foi prescrito apresentava-se com quadro de DA associado a outras

dermatoses. Havia casos de ressecamento cutâneo importante, como nos quadros da prurido (esteatótico, senil, metabólico, diabético, climatérico e metabólico), após uso de isotretinoína oral e pós-procedimentos estéticos nos quais a regeneração cutânea era necessária.

Neste artigo, serão abordados dois casos clínicos: o primeiro é o de um bebê de 8 meses de idade com história de DA desde os 2 meses de vida. A criança também apresentava crises recorrentes e pouca adesão aos tratamentos anteriores, pois, de acordo com a mãe, o paciente exibia irritação e eritema logo após a aplicação de inúmeros hidratantes. A mãe relatava, ainda, que os sabonetes utilizados para higienização também pioravam o quadro. Foi introduzido o tratamento com Hydraporin Al loção hidratante e sabonete líquido, com melhora importante do quadro, principalmente nos quesitos hidratação e restauração da barreira cutânea; além disso, houve diminuição do prurido e melhora importante da qualidade do sono.

O segundo caso clínico traz o relato de um paciente adulto com DA grave e refratária a inúmeros tratamentos tópicos e sistêmicos, sendo necessária a introdução de ciclosporina na dose de 300 mg/dia. O paciente melhorou com o uso de imunossupressores, mas a introdução de Hydraporin Al loção e sabonete líquido foi fundamental para a restauração da barreira cutânea, que se encontrava totalmente desestruturada. Além disso, pela gravidade do quadro, o paciente que anteriormente não tolerava a aplicação de nenhum hidratante aderiu bem ao tratamento proposto, pois não houve irritação e sensibilidade ao produto, com rápida reestruturação cutânea e melhora da sintomatologia.

Na experiência clínica, observada após a utilização terapêutica de Hydraporin Al loção hidratante e sabonete líquido, notou-se rápida restauração da barreira cutânea logo nos primeiros dias de tratamento. A hidratação cutânea manteve-se por tempo prolongado, mesmo após muitas horas da aplicação.

HISTÓRICO DOS PACIENTES

CASO 1

Paciente do sexo masculino, com 8 meses de idade. Há 6 meses, portanto, desde os 2 meses de vida, o paciente apresentava pele ressecada e sensível, associada a frequentes infecções cutâneas recorrentes, com piora acentuada nos períodos mais quentes do ano. A mãe relatou inúmeros tratamentos com pediatras e dermatologistas com uso de emolientes, corticoides e antibióticos tópicos, sem melhora satisfatória, e importante perturbação do sono, uma vez que o prurido se acentuava à noite e não cessava com anti-histamínicos.

O paciente apresentava inúmeras pápulas e placas descamativas por todo o tegumento, acentuando-se em dobras extensoras de cotovelos, membros inferiores, além da face e região cervical, com múltiplas lesões lineares escoriadas. A pele estava intensamente ressecada em toda sua extensão.

Foi iniciado tratamento com Hydraporin AI loção hidratante 2 vezes/dia e corticoterapia tópica com furoato de mometasona 2 vezes/dia por 7 dias e, depois, 1 vez/dia por 7 dias, passando

para o tratamento profilático, com manutenção do tópico 2 vezes/semana por 30 dias.

Foi introduzida antibioticoterapia oral com cefalexina por 7 dias e descolonização dos orifícios nasais com mupirocina creme 2 vezes/dia por 7 dias. O paciente retornou após 7 dias com melhora acentuada do quadro eczematoso, diminuição do prurido e melhora da qualidade do sono. Após 30 dias de tratamento a mãe referia que a criança já dormia muito melhor e que percebeu que a pele estava bem mais macia e hidratada. Houve boa adesão ao tratamento preconizado; a cuidadora referiu que não houve qualquer sintoma de sensibilidade ou ardência ao hidratante prescrito, fato que não ocorreu com tratamentos anteriores, quando os produtos utilizados produziram intensa ardência sobre as lesões, piorando o prurido.

Os resultados favoráveis se mantiveram mesmo após a suspensão dos antibióticos orais e cremes de corticoides. Com a manutenção da hidratação, o paciente manteve-se sem recidivas.



FIGURA 1 ■ Paciente de 8 meses de idade apresentando inúmeras pápulas e placas descamativas por todo o tegumento. A. Início do tratamento; prurido intenso. B. Retorno de 7 dias após início do tratamento; melhora do prurido e das lesões. C. Retorno de 30 dias após início do tratamento; diminuição extensa das lesões eczematosas e melhora acentuada da hidratação cutânea e do prurido.

Fonte: arquivo pessoal da autora.

CASO 2

Paciente do sexo masculino, 28 anos de idade, asiático, história de DA grave há 10 anos com piora gradual durante a adolescência. Referiu diversos tratamentos com dermatologistas e alergistas, uso de hidratantes variados, corticoides e imunomoduladores tópicos, além de anti-histamínicos orais, sem qualquer melhora do quadro. Apesar dos esforços do paciente, houve pouca adesão ao uso de hidratantes

comuns, pois todos produziam irritação, impossibilitando a aplicação de maneira adequada.

Durante uma das crises, optou-se pela introdução do hidratante Hydraporin AI loção, aplicação diária, 2 vezes/dia, além de corticoterapia tópica (furoato de mometasona) creme, anti-histamínico sedante (hidroxizina 25 mg 2 vezes/dia) e ciclosporina na dose de 300 mg/dia.

Houve boas aceitação e adesão ao tratamento, com melhora gradual da xerose cutânea, prurido e lesões eczematosas. Não houve sensibilização ao produto.

Após 15 dias da introdução do hidratante foi percebida melhora importante do quadro, talvez pela adesão ao importante pilar do tratamento, que se constitui na reparação da barreira cutânea. Os resultados positivos mantiveram-se por 3 meses quando se optou por redução da dose do imunossupressor, manutenção da hidratação cutânea e tratamento reativo apenas com o uso da corticoterapia tópica 2 vezes por semana.



FIGURA 2 ■ Paciente com 28 anos de idade, apresentando história de dermatite atópica grave há 10 anos com piora gradual durante a adolescência. A. Início do tratamento; prurido intenso. B. Retorno de 30 dias após início do tratamento; melhora do prurido.

Fonte: arquivo pessoal da autora.

Conclusões

A restauração da barreira cutânea é o principal alvo terapêutico para DA, em qualquer estágio da doença. Somente assim é possível a recuperação das funções primordiais da pele: atuação como barreira física contra antígenos, irritantes e perda excessiva de água, além de barreira química com atividade antimicrobiana.⁴³

O ideal seria o uso de um hidratante intensivo que se mantivesse ativo por tempo prolongado, que fosse hipoalergênico e não comedogênico, sem fragrâncias e/ou parabenos, exercendo efeito calmante e ação moduladora e reequilibrante do microbioma da pele sensível e irritada, e que ainda pudesse ser utilizado em crianças e recém-nascidos.

Hydraporin AI contém, em sua formulação, o ativo Bioskin a 2%, com ação probiótica (extrato lisado de *Lactobacillus pentosus*). Estudos mostram que esse agente produz uma bacteriocina que exerce importante propriedade regenerativa, promovendo o equilíbrio da microbiota cutânea e dos sintomas

clínicos da DA em todas as fases. Constitui, portanto, um potencial aliado para o controle da doença.⁴⁴

É importante salientar também que o uso de higienizadores mais adequados a este tipo de pele seriam sabonetes que não alterassem o pH cutâneo, que é ligeiramente ácido. A maioria dos sabonetes tradicionais tem pH alcalino, podendo destruir a camada lipídica da pele e ocasionar irritação e ressecamento.^{2,8}

Hydraporin AI loção hidratante e sabonete líquido constituem importantes aliados no arsenal terapêutico das dermatoses, cuja principal sintomatologia constitui-se em ressecamento, sensibilidade, descamação e prurido da pele, como no caso da DA.

Sua ação hidratante por 24 horas, aliada aos ativos que acalmam e reparam a barreira cutânea, além de promoverem o equilíbrio da microbiota da pele por sua ação probiótica, produziu importante melhora das manifestações clínicas, otimizando a adesão ao tratamento e restringindo o uso prolongado de corticoides tópicos, assim como diminuindo as crises recorrentes e recidivas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Williams HC. Epidemiology of atopic dermatitis. *Clin Exp Dermatol*. 2000;25(7):529-9.
2. Elias PM, Han Y, Williams ML. Basis for the barrier abnormality in atopic dermatitis: outside-inside-outside pathogenic mechanism. *J Allergy Clin Immunol*. 2006;117(5):1337-41.
3. Weill-Engerer A, Babaro S, Bieber T et al. Consensus based European guidelines for treatment of atopic eczema in adults and children: part 1. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2010;25:657-62.
4. Anzures AM, Solé D, Carvalho V et al. Guia prático de abordagem em dermatite atópica. Parte I: etiopatogenia, clínica e diagnóstico. Posicionamento conjunto da Associação Brasileira de Alergia e Imunologia da Sociedade Brasileira de Pediatria. *Braz J Allergy Immunol*. 2012;3(2):13-56.
5. Bieber T, Guarnotta CA atopic dermatitis. In: *Biology of Atopy*, J. Schaffner (ed.). *Dermatology*. Beijing: Elsevier Saunders; 2012. p. 2003-17.
6. Balardini N, Kull I, Soderholl C et al. Eczema severity in preadolescent children and its relation to sex, filaggrin mutations, asthma, rhinitis, aggravating factors and topical treatment: a report from the BAMSE birth cohort. *Br J Dermatol*. 2012;166:588-94.
7. Ghnini S, Tada M, Sato T et al. Immunoprotective effects of oral intake of heat-killed *Lactobacillus pentosus* strain S240 in elderly adults: a randomized double-blind, placebo-controlled trial - CORRIGENDUM. *Br J Nutr*. 2006;105(6):1130-40.
8. Mendes BR, Shirotaikuro D, Uber M, Abzege KT. Critical assessment of the children's eczema. *J Pediatr*. 2006;92(3):290-5.

O conteúdo é de responsabilidade do autor e não expressa necessariamente a opinião do laboratório Hypers.