

## Dermatite da Área das Fraldas – Diagnóstico Diferencial

### Departamento Científico de Dermatologia

**Presidente:** Vânia Oliveira de Carvalho

**Secretária:** Ana Maria Mosca de Cerqueira

**Membros do Conselho Científico:** Ana Elisa Kiszewski Bau, Antônio Carlos Madeira de Arruda, Jandrei Rogério Markus, Marice Emanuela El Achkar Mello, Matilde Campos Carrera

### Introdução

A dermatite de fraldas é a forma mais frequente de dermatite de contato por irritante primário na criança. Estima-se que até os 2 anos de vida 25% das crianças apresentarão esta dermatose. É uma erupção inflamatória aguda da pele da área coberta pela fralda que ocorre em lactentes e pré-escolares que utilizam fraldas.

A lesão cutânea na dermatite de fraldas é determinada por processo inflamatório na pele coberta pela fralda e resulta da interação de múltiplos fatores como: o aumento da umidade, pH elevado, enzimas fecais e micro-organismos que se desenvolvem pela condição ideal proporcionada pela oclusão (1). Ocorre ainda irritação pela limpeza e principalmente pela utilização de lenços úmidos contendo álcool ou sabões com pH alcalino e todos estes fatores levam à quebra da função de barreira cutânea o que permite que a lesão se estabeleça. Como estes fatores são constantes, enquanto a criança estiver utilizando fraldas, medidas preventivas devem ser aplicadas até o momento da aquisição do controle esfinteriano e retirada das fraldas (2).

### Formas clínicas

As lesões são caracterizadas por eritema que poupa as pregas, e acomete as áreas que estão em contato com as substâncias que promovem o dano à pele da região, dando uma configuração clínica que lembra a letra W. A manifestação clínica pode ser leve (Figura 1) com eritema localizado e pouca descamação, moderada (Figura 2), com eritema mais intenso e pápulas, e grave (Figura 3), com intenso eritema, maceração, pápulas, pústulas e exulceração (3, 4).

**Figura 1 – dermatite de fraldas leve** – eritema leve na região perineal, as pregas estão poupadas.



Fonte: Serviço de Dermatologia Pediátrica – HC – UFPR

**Figura 2 – dermatite de fraldas moderada** – eritema mais intenso e pápulas, e que acomete área em formato de W na região de fraldas, sem eritema nas pregas.



Fonte: Serviço de Dermatologia Pediátrica – HC – UFPR

**Figura 3 – dermatite de fraldas grave** – eritema intenso, pápulas, vesículas, áreas de exulceração e descamação, as pregas estão poupadadas.



Fonte: Serviço de Dermatologia Pediátrica – HC – UFPR.

**A história clínica permite excluir outras causas e detecta fatores desencadeantes da doença, perguntar dados como:**

- Tempo de evolução
- Localização inicial
- Sintomas como dor ou prurido
- Medidas de higiene utilizadas nas trocas
- Exposição a substâncias e produtos de higiene
- Uso recente de antibiótico
- Aumento da frequência de evacuações e micções

- Frequência de troca de fraldas
- Hábitos alimentares e mudanças nos mesmos

## Tratamento

A prevenção está indicada e pode ser obtida com: troca frequente das fraldas, limpeza suave e cremes de barreira

**Quando a lesão se estabelece é necessário:**

- Trocar as fraldas com maior frequência que a habitual
- Limpar suavemente a região
- Expor a pele ao ar
- Aplicar cremes de barreira

**Trocar fraldas com maior frequência** – trocar o mais breve possível após cada evacuação ou micção. Nos recém-nascidos, a cada 2 horas e à medida que diminui o número de evacuações a troca a cada 3 a 4 horas é adequada (3). As fraldas cada vez mais absorventes evitam a hiper-hidratação e diminuem o contato com urina e fezes.

**Limpar suavemente** – a limpeza deve ser realizada com água fria ou morna e sabonetes com pH ácido. Esta medida permite manter o manto ácido. Na presença de fezes utilizar um sabonete infantil líquido. Os lenços úmidos, desde que sem álcool ou fragrância, podem ser uma opção para a limpeza ocasional (3, 5). **Limpar de maneira muito suave** sem esfregar a pele e enxugar com suavidade.

**Expor a pele ao ar** – expor o períneo ao ar logo após a limpeza, para secar a pele melhor (5).

**Aplicar cremes de barreira** – a utilização contínua nas trocas de fralda é uma medida eficaz de prevenção da dermatite de fraldas e também tem efeito terapêutico. Os cremes de barreira formam um filme lipídico que protege da umidade e evita o contato com irritantes. Deve ser hipoa-lérgico e dermatologicamente testado. Estes produtos exercem atividade protetora e preventiva ao mesmo tempo, por meio da formação de um filme na superfície cutânea. Devem ainda ser de fácil aplicação e inócuos para a pele da crian-

ça. A maioria dos cremes de barreira contém os ingredientes ativos óxido de zinco e/ou petrolato (6), além de óleo de fígado de bacalhau, *aloe barbadensis*, dimeticona, e dexpanthenol (3). O creme deve ser aplicado em uma camada que cubra as áreas passíveis de lesão, nas trocas subsequentes não é necessário remover toda a camada, as áreas que não contiverem resíduos de fezes podem ser mantidas e se renova aplicação.

#### Orientação de higiene para prevenção da dermatite de fraldas (5):

- Lavar as mãos antes e depois das trocas
- Trocar a fralda o mais breve possível quando a criança urina ou evacua
  - A cada 1 a 2 horas de dia (RN) e pelo menos uma vez durante a noite
  - A cada 3 a 4 horas de dia no lactente
- Limpeza
  - Não esfregar para evitar dano
  - Limpar o períneo da frente para trás
  - Não remover toda a camada de creme de barreira se não houver resíduos
- Deixar a região perineal exposta ao ar um tempo
- Aplicar o creme de barreira – camada que cubra toda a região exposta

## Candidíase

Trata-se de infecção fúngica que acomete a área de fraldas, principalmente nos menores de 12 meses de vida. Apresenta eritema difuso de cor vermelha intensa, bem delimitada, com pápulas características ou vesículas satélites (Figura 4). Localiza-se nas regiões perineal anterior, perianal e dobras, as lesões satélites sugerem esse diagnóstico (7). A cavidade oral deve ser examinada quando existem lesões no períneo. O uso prévio de antibióticos sistêmicos é fator desencadeante frequente e sugere o diagnóstico. O tratamento consiste no uso de nistatina ou miconazol creme (8), limpeza suave e frequente e se existirem lesões na cavidade oral associar a nistatina solução oral.

**Figura 4 – Candidíase perineal** – eritema de coloração vermelho intenso e inúmeras pápulas eritematosas satélites que acometem inclusive as pregas.



Fonte: Serviço de Dermatologia Pediátrica – HC – UFPR

## Dermatite Seborreica

É uma dermatose inflamatória frequente com períodos de exacerbação e remissão. No lactente inicia nos primeiros 15 dias de vida com pico aos 3 meses e remissão até um ano de vida. Na fisiopatologia são descritas alterações hormonais, infecção por espécies de *Malassezia*, fatores ambientais e endógenos, como produção de citocinas inflamatórias (9, 10). O diagnóstico é baseado no aspecto e localização da lesão que é de cor salmão nas pregas inguiniais (Figura 5), cervicais e axilares e escamas amareladas, graxentas e aderentes no couro cabeludo (crosta láctea), sem vesículas ou exsudação (4).

**Figura 5 – dermatite seborreica** – A - eritema de coloração salmão com áreas de descamação na região perineal que acomete inclusive as pregas inguiniais. B - crostas amareladas no couro cabeludo.



Fonte: Serviço de Dermatologia Pediátrica – HC – UFPR

## Histiocitose das Células de Langerhans

Apesar de rara pode ser confundida com dermatite de fraldas e com dermatite seborreica, portanto seu reconhecimento pelo pediatra permite o diagnóstico precoce, fato que melhora o prognóstico. Trata-se de proliferação clonal anormal de histiócitos semelhantes à célula de Langerhans e acúmulo em diferentes tecidos e órgãos. Sua apresentação clínica e evolução são heterogêneas, e varia desde lesão cutânea isolada com resolução espontânea até casos graves que envolvem fígado, baço, pulmões e sistema hematopoiético (11). A manifestação cutânea mais comum é de lesões semelhantes à dermatite seborreica, porém purpúricas, presentes no couro cabeludo, sobrancelhas, orelhas e áreas intertriginosas (12) (Figura 6). A presença de lesões semelhantes à dermatite seborreica, porém resistentes ao tratamento habitual, ausência de remissão ao redor dos 8 meses de vida e presen-

ça de hepatoesplenomegalia devem levantar a suspeita da doença e a biópsia cutânea estabelece o diagnóstico. O tratamento depende dos órgãos acometidos, e baseia-se no uso de quimioterapia sistêmica, como vimblastina, clofarabina, cladribina, cytarabina ou outros agentes. O prognóstico é variável e pior se houver acometimento multissistêmico (11).

**Figura 6 – Histiocitose das Células de Langerhans –** Petéquias no abdômen, associadas a lesão purpúrica nas pregas inguinais (A) e axilares (C), descamação amarelada com base eritematosa e petéquias na região frontal (B).



Fonte: Serviço de Dermatologia Pediátrica – HC – UFPR

## REFERÊNCIAS

1. Prasad HR, Srivastava P, Verma KK. Diaper dermatitis--an overview. *Ind J Ped* 2003;70(8):635-7.
2. Yonezawa K, Haruna M, Shiraishi M, Matsuzaki M, Sanada H. Relationship between skin barrier function in early neonates and diaper dermatitis during the first month of life: a prospective observational study. *Ped Dermatol* 2014;31(6):692-7.
3. Stamatias GN, Tierney NK. Diaper dermatitis: etiology, manifestations, prevention, and management. *Ped Dermatol* 2014;31(1):1-7.
4. Paller A, Mancini AJ, Hurwitz S. Hurwitz clinical pediatric dermatology. 4th ed. Edinburgh ; New York: Elsevier Saunders; 2011.
5. Merrill L. Prevention, Treatment and Parent Education for Diaper Dermatitis. *Nurs Women Health* 2015;19(4):324-36.
6. Humphrey S, Bergman JN, Au S. Practical management strategies for diaper dermatitis. *Skin Ther Lett* 2006;11(7):1-6.
7. Folster-Holst R, Buchner M, Proksch E. Diaper dermatitis. *Hautarzt*. 2011;62(9):699-708.
8. Hoeger PH, Stark S, Jost G. Efficacy and safety of two different antifungal pastes in infants with diaper dermatitis: a randomized, controlled study. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2010;24(9):1094-8. 9.
- 9- Alexopoulos A, Kakourou T, Orfanou I, Xaidara A, Chrousos G. Retrospective analysis of the relationship between infantile seborrheic dermatitis and atopic dermatitis. *Ped Dermatol* 2014;31(2):125-30.
10. Trznadel-Grodzka E, Blaszkowski M, Rotsztein H. Investigations of seborrheic dermatitis. Part II. Influence of itraconazole on the clinical condition and the level of selected cytokines in seborrheic dermatitis. *Postepy Hig Med Dosw (Online)*. 2012;66:848-54.
11. Kim BE, Koh KN, Suh JK, Im HJ, Song JS, Lee JW, et al. Clinical features and treatment outcomes of Langerhans cell histiocytosis: a nationwide survey from Korea histiocytosis working party. *J Pediatr Hematol Oncol* 2014;36(2):125-33.
12. Porto DA, Jahnke MN, Fustino NJ. An Infant with a Rash Resembling Seborrheic Dermatitis and Petechiae. *J Pediatr* 2014; 165(3):633-633.e1.

### PRESIDENTE:

Luciana Rodrigues Silva (BA)

### 1º VICE-PRESIDENTE:

Clóvis Francisco Constantino (SP)

### 2º VICE-PRESIDENTE:

Edson Ferreira Liberal (RJ)

### SECRETÁRIO GERAL:

Sidnei Ferreira (RJ)

### 1º SECRETÁRIO:

Cláudio Hoinoff (RJ)

### 2º SECRETÁRIO:

Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS)

### 3º SECRETÁRIO:

Virgínia Resende Silva Weffort (MG)

### DIRETORIA FINANCEIRA:

Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)

### 2ª DIRETORIA FINANCEIRA:

Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

### 3ª DIRETORIA FINANCEIRA:

Fátima Maria Lindoso da Silva Lima (GO)

### DIRETORIA DE INTEGRAÇÃO REGIONAL:

Fernando Antônio Castro Barreiro (BA)

### Membros:

Hans Walter Ferreira Greve (BA)

Eveline Campos Monteiro de Castro (CE)

Alberto Jorge Félix Costa (MS)

Análiria Moraes Pimentel (PE)

Corina Maria Nina Viana Batista (AM)

Adelma Alves de Figueiredo (RR)

### COORDENADORES REGIONAIS:

#### Norte:

Bruno Acatauassu Paes Barreto (PA)

#### Nordeste:

Anamaria Cavalcante e Silva (CE)

#### Sudeste:

Luciano Amedée Péret Filho (MG)

#### Sul:

Darci Vieira Silva Bonetto (PR)

#### Centro-oeste:

Regina Maria Santos Marques (GO)

### ASSESSORES DA PRESIDÊNCIA:

#### Assessoria para Assuntos Parlamentares:

Marun David Cury (SP)

#### Assessoria de Relações Institucionais:

Clóvis Francisco Constantino (SP)

#### Assessoria de Políticas Públicas:

Mário Roberto Hirschheimer (SP)

Rubens Feferbaum (SP)

Maria Albertina Santiago Rego (MG)

Sérgio Tadeu Martins Marba (SP)

#### Assessoria de Políticas Públicas – Crianças e

#### Adolescentes com Deficiência:

Alda Elizabeth Boehler Iglesias Azevedo (MT)

Eduardo Jorge Custódio da Silva (RJ)

#### Assessoria de Acompanhamento da Licença

#### Maternidade e Paternidade:

João Coriolano Rego Barros (SP)

Alexandre Lopes Miralha (AM)

Ana Luiza Velloso da Paz Matos (BA)

#### Assessoria para Campanhas:

Conceição Aparecida de Mattos Segre (SP)

### GRUPOS DE TRABALHO:

#### Drogas e Violência na Adolescência:

Evelyn Eisenstein (RJ)

#### Doenças Raras:

Magda Maria Sales Carneiro Sampaio (SP)

#### Metodologia Científica:

Gisélia Alves Pontes da Silva (PE)

Cláudio Leone (SP)

#### Pediatria e Humanidade:

Álvaro Jorge Madeiro Leite (CE)

Luciana Rodrigues Silva (BA)

Christian Muller (DF)

João de Melo Régis Filho (PE)

#### Transplante em Pediatria:

Themis Reverbel da Silveira (RS)

Irene Kazue Miura (SP)

Carmen Lúcia Bonnet (PR)

Adriana Seber (SP)

Paulo Cesar Koch Nogueira (SP)

Fabiana Carlese (SP)

### DIRETORIA E COORDENAÇÕES:

#### DIRETORIA DE QUALIFICAÇÃO E CERTIFICAÇÃO

#### PROFISSIONAL

Maria Marluce dos Santos Vilela (SP)

#### COORDENAÇÃO DO CEXTEP:

Hélcio Villaza Simões (RJ)

### COORDENAÇÃO DE ÁREA DE ATUAÇÃO

Mauro Batista de Morais (SP)

### COORDENAÇÃO DE CERTIFICAÇÃO PROFISSIONAL

José Hugo de Lins Pessoa (SP)

### DIRETORIA DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS

Nelson Augusto Rosário Filho (PR)

### REPRESENTANTE NO GPEC (Global Pediatric Education Consortium)

Ricardo do Rego Barros (RJ)

### REPRESENTANTE NA ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRIA (AAP)

Sérgio Augusto Cabral (RJ)

### REPRESENTANTE NA AMÉRICA LATINA

Francisco José Penna (MG)

### DIRETORIA DE DEFESA PROFISSIONAL, BENEFÍCIOS E PREVIDÊNCIA

Marun David Cury (SP)

### DIRETORIA-ADJUNTA DE DEFESA PROFISSIONAL

Sidnei Ferreira (RJ)

Cláudio Barsanti (SP)

Paulo Tadeu Falanghe (SP)

Cláudio Orestes Brito Filho (PB)

Mário Roberto Hirschheimer (SP)

João Cândido de Souza Borges (CE)

### COORDENAÇÃO VIGILASUS

Anamaria Cavalcante e Silva (CE)

Fábio Eliseo Fernandes Álvares Leite (SP)

Jussara Melo de Cerqueira Maia (RN)

Edson Ferreira Liberal (RJ)

Célia Maria Stolze Silvano ((BA)

Kátia Galeão Brandt (PE)

Elizete Aparecida Lomazi (SP)

Maria Albertina Santiago Rego (MG)

Isabel Rey Madeira (RJ)

Jocileide Sales Campos (CE)

### COORDENAÇÃO DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Maria Nazareth Ramos Silva (RJ)

Corina Maria Nina Viana Batista (AM)

Álvaro Machado Neto (AL)

Joana Angélica Paiva Maciel (CE)

Cecim El Achkar (SC)

Maria Helena Simões Freitas e Silva (MA)

### COORDENAÇÃO DO PROGRAMA DE GESTÃO DE CONSULTÓRIO

Normeide Pedreira dos Santos (BA)

### DIRETORIA DOS DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS E COORDENAÇÃO

#### DE DOCUMENTOS CIENTÍFICOS

Dirceu Solé (SP)

### DIRETORIA-ADJUNTA DOS DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS

Lícia Maria Oliveira Moreira (BA)

### DIRETORIA DE CURSOS, EVENTOS E PROMOÇÕES

Liliane dos Santos Rodrigues Sadeck (SP)

### COORDENAÇÃO DE CONGRESSOS E SIMPÓSIOS

Ricardo Queiroz Gurgel (SE)

Paulo César Guimarães (RJ)

Cléa Rodrigues Leone (SP)

### COORDENAÇÃO GERAL DOS PROGRAMAS DE ATUALIZAÇÃO

Ricardo Queiroz Gurgel (SE)

### COORDENAÇÃO DO PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL:

Ruth Guinsburg (SP)

Maria Fernanda Branco de Almeida (SP)

### COORDENAÇÃO PALS – REANIMAÇÃO PEDIÁTRICA

Alexandre Rodrigues Ferreira (MG)

Kátia Laureano dos Santos (PB)

### COORDENAÇÃO BLS – SUPORTE BÁSICO DE VIDA

Valéria Maria Bezerra Silva (PE)

### COORDENAÇÃO DO CURSO DE APRIMORAMENTO EM NUTROLOGIA

#### PEDIÁTRICA (CANP)

Virgínia Resende S. Weffort (MG)

### CONVERSANDO COM O PEDIATRA

Victor Horácio da Costa Júnior (PR)

### PORTAL SBP

Flávio Diniz Capanema (MG)

### COORDENAÇÃO DO CENTRO DE INFORMAÇÃO CIENTÍFICA

José Maria Lopes (RJ)

### PROGRAMA DE ATUALIZAÇÃO CONTINUADA À DISTÂNCIA

Altacílio Aparecido Nunes (SP)

João Joaquim Freitas do Amaral (CE)

### DOCUMENTOS CIENTÍFICOS

Luciana Rodrigues Silva (BA)

Dirceu Solé (SP)

Emanuel Sávio Cavalcanti Sarinho (PE)

Joel Alves Lamounier (MG)

### DIRETORIA DE PUBLICAÇÕES

Fábio Ancona Lopez (SP)

### EDITORES DA REVISTA SBP CIÊNCIA

Joel Alves Lamounier (SP)

Altacílio Aparecido Nunes (SP)

Paulo Cesar Pinho Pinheiro (MG)

Flávio Diniz Capanema (MG)

### EDITOR DO JORNAL DE PEDIATRIA

Renato Procianny (RS)

### EDITOR REVISTA RESIDÊNCIA PEDIÁTRICA

Clémax Couto Sant'Anna (RJ)

### EDITOR ADJUNTO REVISTA RESIDÊNCIA PEDIÁTRICA

Marilene Augusta Rocha Crispino Santos (RJ)

### CONSELHO EDITORIAL EXECUTIVO

Gil Simões Batista (RJ)

Sidnei Ferreira (RJ)

Isabel Rey Madeira (RJ)

Sandra Mara Amaral (RJ)

Bianca Carareto Alves Verardino (RJ)

Maria de Fátima B. Pombo March (RJ)

Silvio Rocha Carvalho (RJ)

Rafaela Baroni Aurilio (RJ)

### COORDENAÇÃO DO PRONAP

Carlos Alberto Nogueira-de-Almeida (SP)

Fernanda Luísa Ceraglioli Oliveira (SP)

### COORDENAÇÃO DO TRATADO DE PEDIATRIA

Luciana Rodrigues Silva (BA)

Fábio Ancona Lopez (SP)

### DIRETORIA DE ENSINO E PESQUISA

Joel Alves Lamounier (MG)

### COORDENAÇÃO DE PESQUISA

Cláudio Leone (SP)

### COORDENAÇÃO DE PESQUISA-ADJUNTA

Gisélia Alves Pontes da Silva (PE)

### COORDENAÇÃO DE GRADUAÇÃO

Rosana Fiorini Puccini (SP)

### COORDENAÇÃO ADJUNTA DE GRADUAÇÃO

Rosana Alves (ES)

Suzy Santana Cavalcante (BA)

Angélica Maria Bicudo-Zeferino (SP)

Silvia Wanick Sarinho (PE)

### COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Victor Horácio da Costa Junior (PR)

Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)

Fátima Maria Lindoso da Silva Lima (GO)

Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

Jefferson Pedro Piva (RS)

### COORDENAÇÃO DE RESIDÊNCIA E ESTÁGIOS EM PEDIATRIA

Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS)

Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

Victor Horácio da Costa Junior (PR)

Clóvis Francisco Constantino (SP)

Silvio da Rocha Carvalho (RJ)

Tânia Denise Resener (RS)

Delia Maria de Moura Lima Herrmann (AL)

Helita Regina F. Cardoso de Azevedo (BA)

Jefferson Pedro Piva (RS)

Sérgio Luís Amantêa (RS)

Gil Simões Batista (RJ)

Susana Maciel Wuillaume (RJ)

Aurimery Gomes Chermont (PA)

### COORDENAÇÃO DE DOCTRINA PEDIÁTRICA

Luciana Rodrigues Silva (BA)

Hélcio Maranhão (RN)

### COORDENAÇÃO DAS LIGAS DOS ESTUDANTES

Edson Ferreira Liberal (RJ)

Luciano Abreu de Miranda Pinto (RJ)

### COORDENAÇÃO DE INTERCÂMBIO EM RESIDÊNCIA NACIONAL

Susana Maciel Wuillaume (RJ)

### COORDENAÇÃO DE INTERCÂMBIO EM RESIDÊNCIA INTERNACIONAL

Herberto José Chong Neto (PR)

### DIRETOR DE PATRIMÔNIO

Cláudio Barsanti (SP)

### COMISSÃO DE SINDICÂNCIA

Gilberto Pascolat (PR)

Aníbal Augusto Gaudêncio de Melo (PE)

Isabel Rey Madeira (RJ)

Joaquim João Caetano Menezes (SP)

Valmin Ramos da Silva (ES)

Paulo Tadeu Falanghe (SP)

Tânia Denise Resener (RS)

João Coriolano Rego Barros (SP)

Maria Sidneuma de Melo Ventura (CE)

Marisa Lopes Miranda (SP)

### CONSELHO FISCAL

#### Titulares:

Núbia Mendonça (SE)

Nélson Grisard (SC)

Antônio Márcio Junqueira Lisboa (DF)

#### Suplentes:

Adelma Alves de Figueiredo (RR)

João de Melo Régis Filho (PE)

Darci Vieira da Silva Bonetto (PR)

### ACADEMIA BRASILEIRA DE PEDIATRIA

#### Presidente: