

Dermatite das Fraldas

LEONOR GIRÃO, MÁRIO GODINHO, TERESA FIADEIRO

Serviço de Dermatologia do H. Desterro

Resumo

A dermatite das fraldas é uma das patologias mais frequentes na primeira infância, podendo as causas serem múltiplas.

Os autores abordam as diferentes entidades clínicas salientando a importância de uma terapêutica correcta e atempada destas dermatoses.

Palavras-Chave: Dermatite das fraldas.

Summary

Diaper Dermatitis

The diaper dermatitis is one of the most frequent pathologies of the first infancy, and its causes are multiple.

The authors approach the different clinical entities, pointing out the importance of a proper and promptly treatment of these dermatitis.

Key-Words: Diaper dermatitis.

A dermatite das fraldas é um termo lato que engloba qualquer erupção inflamatória que envolva a área coberta pelas fraldas, podendo as causas serem múltiplas. O diagnóstico clínico de uma dermatite das fraldas passa pela caracterização das lesões primárias, pela sua relação com as lesões secundárias e, sobretudo, pela sua distribuição ⁽¹⁾. Por uma questão de sistematização, dividiremos as diferentes patologias que afectam particularmente esta área anatómica, consoante a topografia das lesões, isto é, o modo de distribuição inicial das mesmas.

Assim, abordaremos sucessivamente as dermatites das áreas convexas (Quadro I), as dermatites periorificiais (Quadro II), as dermatites intertriginosas (Quadro III) e finalmente, a dermatite difusa. De salientar, no

entanto, que esta orientação diagnóstica nem sempre se verifica, uma vez que, na ausência de um tratamento eficaz, os diferentes padrões topográficos alteram-se e tendem a evoluir, todos eles, para uma dermatite difusa inespecífica.

QUADRO I

Dermatites das Áreas Convexas

- Dermatite Irritativa
- Dermatite Erosiva
- Granuloma Glúteo Infantil
- Dermatite Psoriasiforme

QUADRO II

Dermatites Peri-Orificiais

- Dermatites Perianais
- Dermatites Perivulvares
- Acrodermatite Enteropática

A **dermatite irritativa** é, sem dúvida, a dermatite da área das fraldas mais frequente, afectando em maior ou menor grau cerca de 50% das crianças. Raramente é observada antes da 3.ª semana de vida, apresentando um pico de prevalência entre o 7.º e 12.º mês.

Durante muitos anos atribuiu-se à amónia, produzida pela degradação bacteriana da ureia urinária, o principal papel na génese da dermatite irritativa ⁽²⁾. Actualmente este conceito está completamente ultrapassado. Diversos estudos revelaram que a aplicação de diferentes concentrações de amónia em pele sã, sob oclusão, não provoca um eritema significativo, sendo necessário, para que tal ocorra, uma perda da integridade do revestimento cutâneo ^(3,4). Hoje acredita-se que esta perda de integridade cutânea se deve a um aumento local da temperatura,

Correspondência: Dr.ª Leonor Girão
Serviço Dermatologia
Hospital do Desterro
Rua Nova do Desterro - 1150 Lisboa
Entregue para publicação em 06/10/98.
Aceite para publicação em 21/10/98.

à humidade e à fricção que a oclusão pela fralda proporciona. A maceração e fricção contínuas, inerentes ao uso das fraldas, são actualmente considerados como os principais factores predisponentes para o desenvolvimento de uma dermatite irritativa ⁽⁵⁾. Secundariamente, as enzimas proteolíticas e lipolíticas fecais actuariam como irritantes locais sobre uma superfície cutânea em que a função de barreira estaria comprometida e, particularmente de uma forma mais marcada, se o ph local for elevado ⁽²⁻⁴⁾. Os principais factores responsáveis por um aumento local do ph são a acção dos ureases fecais na urina e a ingestão de leite de vaca cujo ph é superior ao do leite materno ^(1, 3, 4). Relativamente à influência de micro-organismos no desenvolvimento de uma dermatite irritativa apenas a *Candida albicans* parece desempenhar algum papel ⁽⁴⁾. É reconhecido que a invasão secundária por este agente contribui para a extensão das lesões, parecendo existir uma correlação entre a gravidade da dermatite irritativa e o nível de *C. albicans* nas fezes ⁽⁴⁾ (Fig. 1).



FIG. 1 – Candidiase: Eritema vivo com descamação periférica e pápulo-pústulas satélites.

Clinicamente, a dermatite irritativa caracteriza-se por um eritema confluyente das superfícies convexas em íntimo contacto com a fralda ou seja, a região abdominal inferior, a região púbica e os genitais, a face interna das coxas e a região glútea estando habitualmente poupadas as pregas, assim como a região anal e perianal (Fig. 2). No conjunto, esta área de eritema desenha um «W» ⁽¹⁾. Uma descamação fina pode ser identificada em associação ao eritema, principalmente nos casos crónicos. Podem também existir erosões e pústulas sobretudo se houver uma sobreinfecção por candida ou por estafilococos. Nas crianças de raça negra, a cura do processo inflamatório pode deixar uma área de hipopigmentação pós-inflamatória. No fundo, a dermatite irritativa da área das fraldas é uma patologia de origem mecânica, que se não for tratada precocemente pode envolver toda a área das fraldas, em «calção» ⁽⁵⁾.



FIG. 2 – D. irritativa: Pápulas eritematosas nas áreas convexas.

Designa-se por **dermatite erosiva** ou doença de Sevestre-Jacquet, um quadro grave de dermatite irritativa da área das fraldas, em que se identificam vesículas, que evoluem para erosões e úlceras de fundo granuloso ou purulento e bordos violáceos. Há tendência para uma reepitelização completa das lesões em cerca de 10 dias se os factores causais forem eliminados ⁽¹⁾.

O **granuloma glúteo infantil** é uma complicação da dermatite irritativa da área das fraldas na qual foi utilizada, como terapêutica, corticóides tópicos potentes ou compostos bromados, embora actualmente se admita que a *C. Albicans* possa ser um factor primordial na sua etiopatogenia ^(1, 3, 5).

O quadro é habitualmente diagnosticado entre o 4.º e o 9.º mês de vida numa criança com dermatite irritativa da área das fraldas. Não existe, no entanto, qualquer correlação entre a gravidade da dermatite irritativa e o aparecimento desta patologia. Clinicamente, as lesões caracterizam-se por nódulos violáceos, ovalados, que podem chegar a atingir alguns centímetros de comprimento (Fig. 3). As lesões são indolores e localizam-se nas superfícies convexas da área das fraldas. Ao contrário do que o nome sugere aquelas não se confinam à região glútea, podendo envolver as axilas e a região cervical ⁽²⁻⁴⁾. Há tendência para a resolução espontânea das lesões em um a três meses, desde que os factores causais sejam eliminados, podendo-se desenvolver uma cicatriz atrófica ⁽⁴⁾.

Embora seja pouco frequente, não há dúvidas de que o desenvolvimento de um quadro de psoríase na infância, pode ocorrer (Fig. 4). Habitualmente, observa-se uma erupção eritemato-descamativa persistente, envolvendo a área das fraldas nos locais onde estas friccionam a pele das crianças sendo, possivelmente, o efeito traumático da fricção, o responsável pelo desenvolvimento das lesões – chamado fenómeno de Koebner, uma das características

da psoríase. Correctamente dever-se-ia utilizar o termo «**dermatite psoriasiforme**» uma vez que só em 5% das crianças diagnosticadas como tendo psoríase, se manifesta a verdadeira psoríase em idades mais avançadas. Assim, o aparecimento das lesões já referidas em idades jovens, poderá ser considerado como um marcador de susceptibilidade aumentada para o futuro desenvolvimento da forma clássica de psoríase ⁽¹⁾.

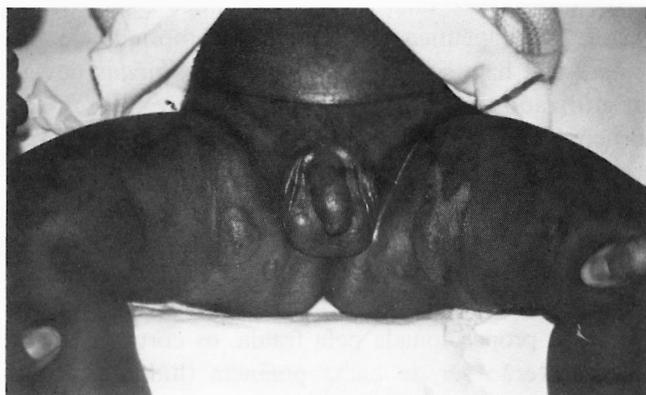


FIG. 3 – Granuloma glúteo infantil: Nódulos violáceos localizados nas superfícies convexas.



FIG. 4 – D. psoriasiforme: Erupção eritemato-descamativa de limites bem definidos.

A **dermatite perianal** é mais frequente nas crianças alimentadas a biberão do que nas crianças alimentadas com leite materno. Pensa-se que isto se deva ao maior pH das fezes daquelas, assim como a uma maior actividade das proteases fecais ^(1, 4). Pode também seguir-se a uma enteropatia de causa infecciosa (ex.: por enterobactérias ou salmonelas), a uma parasitose intestinal (ex.: por oxíuros) ou estar associada a uma intolerância aos dissacáridos. Estas lesões podem também ter uma origem viral ou ser de causa não infecciosa, por exemplo, complicando um eczema atópico. Atinge as crianças com 7

dias a 2 meses de idade e inicia-se tipicamente por um eritema escarlate perianal, que pode evoluir para pápulas edematosas, erosões e pústulas.

As **lesões perivulvares** são frequentemente pruriginosas e acompanham-se habitualmente de vaginite. Para além das causas infecciosas, deve-se também considerar a possibilidade de corpo estranho em crianças mais crescidas ⁽¹⁾.

Estas dermatites periorificiais, quando não tratadas, evoluem caracteristicamente com um envolvimento eritematoso das pregas inguinais e internadegueiras desenhando uma dermatose em «y» ^(1, 5).

A **acrodermatite enteropática** desenvolve-se na sequência de uma má absorção intestinal de zinco que se estabelece a partir do momento em que a criança deixa de ser amamentada com o leite materno, uma vez que este leite é rico em zinco e possui uma proteína de transporte que força a absorção entérica desde elemento ⁽¹⁾. Deve ser suspeitada numa criança com história de prematuridade e com uma dermatite das fraldas que não cede ao tratamento habitual. O nível sérico normal de zinco não exclui o diagnóstico.

Clinicamente, observa-se uma erupção periorificial (boca e ânus) que se caracteriza por placas eritematosas com bolhas que se tornam erosivas e crostosas. Estas lesões acompanham-se de intertrigo, blefarite, perioniquia e alopecia. As crianças podem ainda apresentar diarreia, fotofobia e alterações neurológicas ^(3, 5). Habitualmente esta patologia cura-se em cerca de uma semana desde que seja administrado o sulfato de zinco na dose de 1 mg/kg/dia ⁽¹⁾.

Como dermatites intertriginosas (Quadro III) iremos apenas considerar a dermatite seborreica infantil e o intertrigo infeccioso, já que as outras situações são mais raras e apresentam um envolvimento sistémico, não se integrando no âmbito deste trabalho.

QUADRO III Dermatites Intertriginosas

- Dermatite Seborreica Infantil
- Intertrigo Infeccioso
- Doença de Leiner
- Histiocitose X

A **dermatite seborreica** da área das fraldas desenvolve-se entre a 3.^a a 8.^a semana de vida da criança e manifesta-se por um eritema de limites bem definidos em cuja superfície se observam escamas amarelas, aderentes e gordurosas. Há tendência para uma rápida evolução,

com envolvimento do couro cabeludo (vertéx e região frontal), face (fronte, região supra-ciliar, sulcos nasogé-nianos, pregas retro auriculares), pescoço, axilas, região periumbilical e região inguinal. A erupção é coalescente e não se observam pápulas ou áreas liquenificadas. Tipicamente a criança está bem e não há distúrbios do sono ou de alimentação ⁽⁴⁾. Geralmente cura em 3 a 4 semanas embora possa levar 2 a mais meses. Excepcionalmente pode persistir por meses. As recorrências são raras e quando isto acontece pode sugerir uma tendência para uma evolução para a dermatite atópica ^(3, 4).

O **intertrigo infeccioso** é uma dermatite inflamatória da área das pregas (pescoço, axilas, pregas genito-crurais e inter-glútea), favorecida pelo microclima local. A temperatura, a humidade e a oclusão que duas superfícies cutâneas adjacentes proporcionam, são os principais factores responsáveis pelo desenvolvimento desta lesão. São factores predisponentes a obesidade, um clima quente e húmido e o excesso de roupa. A sobreinfecção por *Candida albicans* é frequente.

Clinicamente observa-se eritema bem delimitado, simétrico, em áreas de pele apostas, de superfície exsudativa, havendo um descolamento periférico característico e eventualmente pápulo-pústulas satélites, quando ocorre a sobreinfecção por *C. Albicans*.

Como já anteriormente foi referido, todas estas dermatites, podem evoluir para uma dermatite difusa (Fig. 5). Se não atempadamente tratadas, se sobreinfectadas, se em oclusão permanente ou se submetidas a uma utilização abusiva de óleos. Perante uma dermatite difusa aguda com evolução de horas ou dias, deve-se sempre ter em atenção a possibilidade de terem sido utilizadas localmente substâncias cáusticas, sabões agressivos ou talcos contaminados com hexaclorofeno ou compostos arsenicais.



FIG. 5 – D. difusa: Eritema generalizado inespecífico.

O sucesso da terapêutica das diferentes dermatites da área das fraldas depende fundamentalmente da aplicação de medidas de ordem geral. A mudança das fraldas deve ser efectuada de forma que seja mínimo o tempo de contacto da pele lesada com uma fralda suja. Igualmente importante é a higiene local e o banho diário com emolientes suaves facilmente dispersíveis em água ⁽¹⁻⁴⁾. A aplicação local em cada muda da fralda de uma suspensão de óxido de zinco, além de criar uma barreira protectora, exerce uma acção anti-séptica e cicatrizante. Quanto à terapêutica farmacológica propriamente dita, sempre que haja sobreinfecção por *C. Albicans* deverão ser utilizados cremes antifúngicos ^(1, 2). O recurso a corticóides tópicos, para reduzir o processo inflamatório, poderá ser considerado em situações particularmente exuberantes. Porque a área das fraldas representa uma fracção importante da superfície corporal da criança e a absorção transcutânea nesta localização está aumentada quer devido à perda de integridade cutânea quer devido à oclusão proporcionada pela fralda, os corticóides utilizados deverão ser de baixa potência (hidrocortisona a 1%) e a aplicação deve ser efectuada por um curto período de tempo (no máximo uma semana) ⁽²⁻⁴⁾. Os antibióticos por via sistémica têm uma indicação muito limitada, nomeadamente em presença de fissuração e ulcerações infectadas, estafilococcia cutânea, infecção urinária ou vaginite microbiana.

Bibliografia

1. Larrègue M, Durréz P, Vabres P, Maleville J. Dermatites de los pañales: Diagnóstico Topográfico y Guías Terapeuticas. In DM Medical Publishing – Dermatología Pediátrica: Debates y conceptos actuales. New York: Schering-Plough International 1994: 14-26.
2. Hurwitz S. Diaper dermatites. In Clinical Pediatric Dermatology, 2nd ed. Philadelphia: WB Saunders Company, 1993: 34-39.
3. Schachner L, Honrer R. Diaper dermatitis. Pediatric Dermatology, 2nd ed. New York: Churchill Livingstone, 1995: 703-707.
4. Atherton DJ. The neonate. In: Champion RH, Burton JL, Ebling FJ, eds. Textbook of Dermatology, 5th ed Oxford: Blackwell Scientific Publications 1992: 381-4.
5. Larrègue M, Maleville J. Dermites du siège chez le nourrisson. Dermatologie Pédiatrique 2nd ed. Paris: Masson 1986: 123-132.