

Dermatite das fraldas

Natividade Rocha¹, Manuela Selores²

RESUMO

A dermatite das fraldas deve ser interpretada não como uma entidade diagnóstica específica, mas sim, como um diagnóstico de localização, que engloba um amplo grupo de dermatoses de etiologia multifactorial.

Neste trabalho, será abordada principalmente a dermatite da fralda irritativa primária (para alguns autores sinónimo de dermatite da fralda), os seus principais diagnósticos diferenciais e tratamento.

Nascer e Crescer 2004; 13 (3): 206-214

INTRODUÇÃO

Dermatite das fraldas, eritema da fralda, dermite da fralda são termos genéricos que abrangem um conjunto de dermatoses inflamatórias, que atingem a área do corpo coberta pela fralda. Não sendo portanto diagnósticos específicos, incluímos na dermatite das fraldas, principalmente com fins didácticos: as erupções causadas directamente pelo uso da fralda, **dermatite da fralda irritativa primária** (para alguns autores esta seria sinónimo de dermatite da fralda⁽¹⁾) e a dermatite de contacto alérgica às borrachas da fralda (muito rara), as dermatites exacerbadas pelo uso destas (psoríase, eczema atópico, d.seborreica, miliária, dermatite Candidiásica, d. contacto alérgica), e aquelas que ocorrem nesta localização mas que não se relacionam com o seu uso (acrodermatite enteropática, histiocitose de cél. Langerhans, granuloma glúteo infantil, dermatite estreptocócica perianal, impetigo

bolhoso, escabiose, sífilis congénita, VIH).

Assim, a dermatite das fraldas deve ser interpretada não como uma entidade diagnóstica específica, mas sim, como um diagnóstico de localização, que engloba um amplo grupo de dermatoses de etiologia multifactorial.

Neste trabalho, será abordada principalmente a dermatite da fralda irritativa primária e os seus principais diagnósticos diferenciais.

DERMATITE DA FRALDA IRRITATIVA PRIMÁRIA - dermatite em W (considerada por alguns autores sinónimo de dermatite das fraldas)

A dermatite da fralda irritativa primária é a dermatite da área da fralda mais prevalente, sendo provavelmente a afecção cutânea mais frequente na 1ª infância nos países desenvolvidos, constituindo uma fonte significativa de desconforto para a criança.

Dado tratar-se de uma dermatite frequentemente tratada de forma conservadora em casa, desconhece-se a sua prevalência exacta, contudo estima-se que atinja 25 a 65% das crianças^(2,3). Embora possa ocorrer em qualquer idade, o período de utilização da fralda, é mais frequente entre os 6 e os 12 meses de idade^(3,4). Não tem predilecção por sexo ou raça⁽¹⁾.

O papel preciso das fraldas mantém-se desconhecido. No início do século XX, vários investigadores acreditavam que a amónia libertada na urina, fosse o principal factor envolvido na etiologia desta dermatite, também conhecida nessa altura por dermatite amoniacal⁽⁵⁾.

Em 1977, Leyden e colaboradores⁽⁶⁾ demonstraram, através de testes epicutâneos, a inimitabilidade da amónia. Na década de 80, Berg⁽⁷⁾ propôs um modelo para explicar a forma como vários factores relacionados com o uso da fralda, promovem o desenvolvimento e a progressão desta dermatite. Neste modelo, a dermatite da fralda irritativa primária é interpretada como o resultado final de uma cascata de eventos, desencadeada inicialmente por lesões a nível do estrato córneo, induzidas por exposição a múltiplos factores, tais como: hiperhidratação, fricção, temperatura, irritantes químicos, urina, e fezes. Após comprometimento da barreira cutânea, vários factores adicionais do mesmo tipo potenciam estas alterações originando um ciclo vicioso vulnerável às infecções por agentes microbianos oportunistas (ex: *Candida albicans*, etc.)^(8,9,10).

No desenvolvimento da dermatite da fralda irritativa primária têm de ser considerados vários factores:

1. Fraldas

Apesar do termo "dermatite da fralda", a fralda por si só, muito raramente ou nunca está implicada no desenvolvimento de dermatites de contacto irritativas ou alérgicas em crianças⁽¹¹⁾.

Nos países desenvolvidos a diminuição da frequência e severidade da dermatite das fraldas deve-se principalmente à melhoria na qualidade do material destas.

A introdução no mercado de fraldas descartáveis, superabsorventes com capacidade de absorção de água 50 vezes superior, contribuiu significativamente para a melhoria dos cuidados de higiene.

¹ Interna Complementar de Dermatovenereologia - Hospital Geral Santo António, SA - Porto

² Directora e Chefe do Serviço de Dermatologia - Hospital Geral Santo António, SA - Porto

As fraldas descartáveis modernas possuem 3 camadas: uma interna que funciona como filtro, uma intermédia com capacidade de absorção de líquidos, e finalmente, uma externa à prova de água. Esta última camada previne a perspiração e dessa forma aumenta a temperatura e humidade local, tendo um papel fundamental na impermeabilidade da fralda. Por outro lado, as fraldas modernas são mais oclusivas, sendo responsáveis pelos casos raros de dermatite de contacto alérgica⁽¹²⁾.

A fralda ideal deveria ter uma boa capacidade de conter água, permitir um bom arejamento (menos oclusiva) e mudar de cor imediatamente após a criança urinar. Esta fralda ainda não existe.

2. Fezes / Urina

Apesar da amónia (libertada na degradação bacteriana da ureia urinária) não constituir a causa primária da dermatite das fraldas pode actuar como um factor agravante numa pele previamente lesionada.

É provável também que outros produtos resultantes da degradação da urina, ainda não identificados, desempenhem um papel importante no desencadeamento da dermatite.

Estudos recentes sugerem que o aumento do pH local aumenta a actividade das proteases e lipases fecais, constituindo estas enzimas factores importantes na etiopatogenia da dermatite⁽¹⁰⁾. Sabe-se ainda que a exposição prolongada da pele à urina aumenta a sua permeabilidade a substâncias irritantes.

As fezes das crianças contêm quantidades importantes de enzimas digestivas proteolíticas e lipolíticas que, quando em contacto prolongado com a superfície cutânea coberta pela fralda, causam alterações importantes na barreira epidérmica. Uma das situações clínicas que evidenciam este facto é a diarreia, situação em que o contacto com as fezes é prolongado. Outros autores também sugerem um papel importante dos ácidos biliares na etiopatogenese da dermatite⁽¹³⁾.

3. Fricção

A fricção de pele-pele e de pele-fralda durante os movimentos da criança, embora não seja um factor dominante é no mínimo um factor de predisposição. Este facto é apoiado pela predilecção desta dermatite pelas superfícies convexas (genitais, nádegas, parte inferior do abdómen e área proximal das coxas) e pelo não atingimento das pregas, conhecida também por dermatite em forma de "W"⁽¹⁴⁾.

4. Hidratação

O ambiente de hiperhidratação é causado não apenas pelas fraldas, mas também pela ureia urinária e por certas situações clínicas como febre.

Apesar das fraldas modernas contem material absorvente que reduziu significativamente a humidade da área da fralda, o ambiente "tropical", quente e húmido não foi ainda completamente eliminado.

A hidratação excessiva é responsável por maceração cutânea que leva posteriormente a alterações da função barreira da epiderme, criando o ambiente ideal para a proliferação de microorganismos⁽⁹⁾.

5. Temperatura

A fralda dificulta a perspiração da pele subjacente, levando a um aumento da temperatura local. Este aumento leva a vasodilatação e consequentemente a inflamação.

6. Irritantes químicos

Têm um efeito tóxico directo sobre a pele. Entre eles destacam-se alguns óleos, desodorizantes e conservantes.

7. Substâncias com capacidade sensibilizante

A dermatite das fraldas é muitas vezes confundida com a dermatite de contacto alérgica às fraldas, contudo esta situação é excepcional nos primeiros anos de vida⁽¹⁵⁾.

8. Microorganismos

A *Candida albicans* contamina frequentemente crianças com dermatite das fraldas com mais de 3 dias de evo-

lução, sendo muito raramente isolada na ausência de dermatite^(16,17,18). Vários estudos sugerem uma forte associação entre a severidade da dermatite e o nº de colónias presente^(2,19).

A maioria dos autores acredita que a *C. albicans* invade apenas secundariamente a pele lesada^(20,21,22), contudo outros autores defendem que esta possa desempenhar um papel primário. Apesar de inúmeras bactérias terem sido implicadas no desenvolvimento deste tipo de dermatite, as evidências mais recentes favorecem a infecção pela *C. albicans*.

CLÍNICA

Clinicamente caracteriza-se por um eritema brilhante, confluyente com aspecto "envernizado", que varia de intensidade ao longo do tempo. Por vezes apresenta-se na forma de pápulas eritematosas associadas a edema e ligeira descamação. Atinge tipicamente as áreas de maior contacto com a fralda "dermatite em W – fig.1": superfícies convexas das nádegas, coxas, parte inferior do abdómen, pubis, grandes lábios e escroto. As pregas são poupadas. Quando o eritema começa a resolver, a pele torna-se enrugada com aspecto apergaminhado.

Em crianças com menos de 4 meses de idade, a primeira manifestação pode ser um ligeiro eritema perianal.

Existem dois subtipos morfológicos menos frequentes de dermatite da fralda irritativa primária. Um deles, também conhecido por "dermatite das marés", caracteriza-se por um eritema em banda, confinado apenas às margens da fralda na área do abdómen e das coxas. Este tipo de dermatite resulta da fricção constante que ocorre no bordo da fralda, agravada por ciclos consecutivos de humidade e secagem.

O outro subtipo, mais severo, conhecido por "dermatite de Sevestre-Jacquet", manifesta-se por lesões papuloerosivas e úlceras. Atinge mais frequentemente crianças mais velhas. Nos rapazes, as úlceras podem envolver a glande e o meato urinário, causando desconforto e disúria.



Fig. 1 – Dermite da fralda Irritativa primária ou Dermite em “W” (pregas poupadas). Cortesia da Dr^a Ana Paula Vieira.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Os principais diagnósticos diferenciais estão representados nos Quadros I e II

1 - Dermite de contacto alérgica

A verdadeira alergia de contacto às fraldas pode complicar outro tipo de dermatose localizada à área da fralda ou surgir como uma dermatose isolada.

É pouco comum em crianças com menos de 2 anos de idade.

Deve-se suspeitar desta, quando não se verifica uma resposta após tratamento adequado. Embora seja pouco habitual, pode ocorrer após contacto da pele com determinados alergénios, tais como: parabenos, lanolina, compostos mercuriais e neomicina, ou ainda, certas substâncias presentes em fraldas descartáveis (ex: borrachas – fig.2), detergentes ou preparações de aplicação tópica.

2 - Dermite por candida

O ambiente húmido e quente produzido pela fralda favorece a proliferação da *C. albicans*. Esta pode penetrar o estrato córneo, activar a via alterna do complemento e induzir um processo inflamatório²³. (fig. 3)

A diarreia crónica ou o uso de anti-bioterapia de largo espectro são duas situações que frequentemente favorecem a infecção por esta levedura.

Quando a dermatite se torna crónica ou recorrente é importante pesquisar uma infecção candidiásica do aparelho digestivo (exame da cavidade oral), uma vaginite candidiásica ou uma mastite materna.

3 - Dermite seborreica

É uma doença inflamatória crónica que acomete frequentemente a área da fralda. Atinge preferencialmente as pregas, mas ao contrário da candidíase, não apresenta lesões satélites. (fig.4)

Esta dermatite tem um bom prognóstico, resolvendo espontaneamente por volta dos 3 a 6 meses de idade.

4 - Dermite atópica

A dermatite atópica poupa geralmente a área da fralda, apesar dos atópicos serem mais susceptíveis a reacções irritantes.

Quando atinge a área da fralda, manifesta-se de forma semelhante à dermatite irritante primária, contudo o eritema tende a ser crónico e refractário ao tratamento.

Pode observar-se exsudação e crostas secundárias a infecção por *Staphylococcus aureus*. É frequente encontrar-se escoriações e liquenificação traduzindo prurido crónico.

É importante salientar que os sinais indirectos de prurido, tais como escoriações, não se desenvolvem antes dos 2 anos de idade.

5 - Psoríase

A psoríase é rara em crianças. Quando surge no 1^a ano de vida, geralmente inicia-se pela área da fralda. Este facto deve-se ao fenómeno de Koebner, secundário ao uso desta. (fig.5)

6 - Dermite das fraldas mista

Muitas vezes, vários destes tipos de dermatites ocorrem em simultâneo, tornando o diagnóstico bastante difícil. A dermatite irritativa primária é frequentemente complicada pela infecção por *C. albicans*, podendo alterar desta forma, o aspecto clínico do *rash*.

Se o *rash* for severo e tiver mais de 3 dias de evolução é prudente associar corticóides de baixa potência com um antifúngico da classe dos imidazóis, para além de cremes barreira e do aumento do número de mudas de fraldas.

Também é difícil despistar uma candidíase nos casos de intertrigo ou de dermatite seborreica com atingimento primário das pregas.

Neste tipo de dermatites, principalmente na dermatite atópica, existe o risco de infecção bacteriana secundária. Assim, quando surgem bolhas ou crostas deve-se-á considerar a possibilidade de uma infecção por *Staphylococcus aureus*.

A psoríase pode desenvolver-se ou ser precipitada por uma dermatite pré-existente. Nestes casos, a apresentação clínica pode ser da dermatite subjacente.

Dermatites menos frequentes:

7 - Histiocitose de células de Langerhans (doença de Letterer-Siwe)

A histiocitose de células de Langerhans pode manifestar-se por atingimento da área da fralda. Embora seja uma

Quadro I
 Principais diagnósticos diferenciais da dermatite das fraldas

DERMATITE	MORFOLOGIA	LOCALIZAÇÃO	HISTÓRIA	TESTES DIAGNÓSTICOS
IRRITATIVA PRIMÁRIA (DERMATITE em W)	Eritema brilhante, confluyente, c/ aspecto envernizado que evolui para pele enrugada c/ aspecto apergaminhado. Por vezes pápulas eritematosas associadas a edema e ligeira descamação.	Superfícies convexas das nádegas, coxas, parte inf. abdómen, pubis, grandes lábios, escroto. Poupa as pregas	Rash que evolui por surtos. Hx de diarreia recente. Uso de cuecas de plástico. Muda de fraldas pouco frequentes.	Nenhum
CONTACTO ALÉRGICA	Eritema, vesículas exsudativas que evoluem para descamação	Sup. convexas (geralmente complica uma dermatose irritativa pré-existente) Pode haver envolvimento marcado das pregas (principalmente se a sensibilização ocorrer a preparações tópicas).	Ausência de resposta clínica aos tratamentos clássicos	Testes epicutâneos
CANDIDIÁSICA	É das dermatites mais características. Eritema vermelho-vivo com descamação periférica ou pústulas satélites. Quando envolve os genitais, existe um eritema confluyente envolvendo todo o escroto ou grandes lábios. Muito raramente, presença de reacção psoriasiforme cutânea generalizada c/ pústulas satélites (patogénese desconhecida).	Pregas cutâneas	Antibióterapia. Diarreia. Pesquisar atingimento concomitante da cavidade oral.	Exame micológico c/ KHO, evidenciando pseudohifas (colhido na periferia do rash ou em pápula ou pústula periférica).
SEBORREICA	Placas descamativas, bem delimitadas, tonalidade salmão. Presença de escamas gordas amareladas. Pode associar-se a fissuração, exsudação com formação de crosta.	Pregas cutâneas c/ envolvimento posterior das sup. convexas, envolvimento do couro cabeludo, face, pregas retroauriculares, axilas, pescoço e umbigo.	Assintomáticas, raramente queixas de prurido Surge após o nascimento (nos 1 ^{os} 3 meses – média 3-6 semanas). Geralmente c/ boa resposta ao tratamento.	Nenhum
ATÓPICA	Semelhante à dermatite irritativa primária. Pode associar-se a escoriações, liquenificação e crostas.	Lesões de eczema atópico extra-área da fralda (bochechas, prega antecubital e poplíteas).	Hx familiar de atopia. Dermatite crónica. Prurido intenso (sinal cardinal). Evolução crónica.	Nenhum
PSORIÁTICA	Placas eritematodescamativas (mais eritematosas do que descamativas), bem delimitadas, de diferentes dimensões. A descamação é menos frequente.	Sup. convexas das nádegas e pregas inguinais. Quando há atingimento das pregas inguinais, é frequente o atingimento simultâneo das axilas e do pescoço.	Resistência aos tratamentos c/ corticóides de baixa potência. Hx familiar de psoríase ou placas c/ escama branco-prateada ou ponteadas ungueal.	Nenhum
MILIÁRIA	1) miliária cristalina: vesículas pequenas superficiais sem associação a eritema. 2) Miliária rubra (pustulosa): aglomerados de micropápulas eritematosas e micropústulas não – foliculares.	Toda a área da fralda	Lesões c/ características semelhantes na face, pescoço e axila. Hx de febre, temperatura ambiente elevada, uso de pomadas oclusivas ou calças plásticas.	Pústulas estéreis. Coloração pelo Gram evidenciando a presença de PMNs, mas não de bactérias.

Quadro II
 Principais diagnósticos diferenciais da dermatite das fraldas

DERMATITE	MORFOLOGIA	LOCALIZAÇÃO	HISTÓRIA	TESTES DIAGNÓSTICOS
ESCABIOSE	Pápulas, vesículas e pústulas pruriginosas, associadas a lesões de eczema, escoriações e crostas. As galerias (erosões lineares) são patognomónicas. Podem aparecer nódulos eritemato acastanhados, infiltrados, principalmente nas virilhas, nádegas e genitália.	Área da fralda + espaços interdigitais, punhos, prega antecubital, axila, aréola, peri-umbilical, abdómen inferior, genitais e nádegas. Em crianças pode haver atingimento concomitante das palmas, plantas, cabeça, face e pescoço.	História familiar ou dos contactantes mais próximos, de prurido cutâneo intenso.	Exame microscópico directo das lesões suspeitas.
IMPETIGO BOLHOSO	Bolhas flácidas, grandes, que surgem em pele aparentemente normal. Após ruptura da bolha, surgem erosões vermelhas e húmidas c/ formação posterior de crostas melicéricas. Pode ocorrer disseminação rápida para outros locais do corpo.	Múltiplas lesões envolvendo as coxas, nádegas e abdómen inferior.		Coloração pelo Gram e cultura.
ESTREPTOCÓCICA PERI-ANAL	Eritema vivo, bem demarcado, perianal. Pode ocorrer fissuração peri-rectal.		História de prurido e dor durante a defecação. História familiar de faringites streptocócicas de repetição.	Cultura de zaragatoa peri-anal.
GRANULOMA GLÚTEO INFANTIL	Nódulos duros, indolores, eritematoa castanhadas a violáceos c/ cerca de 0.5-4 cm. O edema duro pode assemelhar-se a um linfoma ou sarcoma de kaposi	Nádegas, face interna das coxas, parte inferior do abdómen. Também áreas extra-fralda: axilas e pescoço.	Evolução de semanas a meses. Podem regredir espontaneamente, deixando cicatrizes atroficas.	Biopsia cutânea
HISTIOCITOSE DE CEL. DE LANGERHANS	Pode iniciar-se por um rash inguinal, semelhante ao da D.seborreica. Evolui para formas mais erosivas.	Pregas, espaços retroauriculares, couro cabeludo e tronco.	Surge nos 1 ^{os} anos de vida. Resistência aos tratamentos clássicos. Lesões retroauriculares, nomeadamente pápulas infiltradas amarelo-avermelhadas e eritema descamativo do couro cabeludo e tronco. Petéquias e atrofia da epiderme. Nódulos purpúricos das palmas e plantas. Manifestações sistémicas: febre, anemia, diarreia, trombocitopenia, hepatoespleno megalia, linfadenopatia e tumores esqueléticos.	Biopsia cutânea
ACRODERMATITE ENTEROPÁTICA	Erupção eczematosa vesicobolhosa ou placas descamativas, bem demarcadas: pregas da área da fralda, periocular, perinasal, perioral e extremidades distais. Se evolução crónica pode surgir liquenificação ou placas psoriasiformes.	Periorifical e acral.	História familiar AR. Nas formas adquiridas: - prematuros c/ alimentação parentérico prolongado-Má-nutrição Foto-fobia, diarreia, alopecia, distrofia ungueal, irritabilidade, apatia.	Níveis plasmáticos de zinco baixos. Níveis de fosfatase alcalina baixos (metaloenzima dependente de zinco).
SIFILIS CONGÉNITA	Lesões elevadas, húmidas, semelhantes a verrugas (condiloma lata) associadas a erosões húmidas.	Região anogenital	Presente no nascimento ou nos 3 1 ^{os} meses de vida. Pode estar presente uma erupção eritematosa papuloes camosa semelhante à sífilis 2 ^ª ^{ân} ia.	Serologia (VDRL / TPHA) + exame de microscopia de fundo escuro evidenciando espiroquetas.
INFECÇÃO POR VIH	Dermatite erosiva das fraldas associada a úlcera glútea profunda (pode constituir a 1 ^a manifestação da infecção)			



Figura 2 - Dermatite de Contacto Alérgica à borracha do sistema anti-fuga da fralda.

11 - Impetigo bolhoso

O ambiente húmido e quente da área da fralda constitui um factor de predisposição para o desenvolvimento do impetigo bolhoso. Esta infecção é muito frequente em recém-nascidos em que o umbigo se encontra habitualmente colonizado por *Staphylococcus aureus*.

É causada pelo *Staphylococcus aureus* tipo II que produz uma toxina epidermolítica responsável pela separação das camadas superiores da epiderme.

12 - Miliária

Atinge frequentemente a área da fralda devido ao seu ambiente tropical. Esta situação resulta do bloqueio na secreção das glândulas sudoríparas écrinas causado pelo calor e humidade.

A miliária cristalina é mais frequente no recém-nascido e manifesta-se por pequenas vesículas superficiais não associadas a eritema.

A miliária rubra ou pustulosa é mais frequente em crianças mais velhas e caracteriza-se por aglomerados de micropápulas eritematosas e micropústulas não-foliculares. Neste tipo de miliária é importante despistar uma pustulose estafilocócica.

13 - Escabiose

O diagnóstico de escabiose deve ser considerado quando ocorrem pápulas, vesículas ou pústulas pruriginosas na área da fralda. Geralmente estas lesões surgem associadas a lesões de eczema, escoriações e crostas.

14 - Outras doenças vesicobolhosas

Outras doenças sistémicas raras que podem manifestar-se por lesões vesiculares e bolhosas da área da fralda são a varicela, o herpes simplex, a doença mão-pé-boca, algumas dermatoses bolhosas crónicas da infância, a mastocitose bolhosa, a incontinência pigmentar e a epidermólise bolhosa.

O diagnóstico é feito com base na morfologia e topografia das lesões.

doença rara e fatal, deve ser considerada na presença de uma dermatite de aspecto inicial semelhante ao da dermatite seborreica de tratamento difícil.

Surge geralmente nos primeiros anos de vida, mas também pode desenvolver-se em crianças com mais de 3 anos de idade. A biopsia cutânea é fundamental.

8 - Acrodermatite enteropática

É uma doença rara suspeitada na presença de um rash da fralda atípico ou persistente.

Existem 2 formas, uma de transmissão autossómica recessiva e outra adquirida e transitória. Na primeira, existe um defeito congénito na absorção gastrointestinal de zinco. As primeiras manifestações surgem quando termina o aleitamento materno, dado que este contém proteínas que transportam o zinco.

A forma adquirida, resulta de uma deficiente ingestão de zinco. Esta situação pode ocorrer em crianças desnutridas, prematuros alimentados por via parentérica por períodos prolongados ou durante o aleitamento materno em mães com níveis de zinco baixos. A doença responde rapidamente aos suplementos de zinco, geralmente ao fim de 24 horas.

Na presença de erupções periorificiais com características da A. enteropática, o diagnóstico diferencial deve incluir a deficiência de biotina e a fibrose cística.

9 - Doença estreptocócica perianal

É uma doença frequentemente esquecida pelas suas manifestações clínicas muito subtis. É geralmente confundida com a dermatite irritativa primária, a candidíase peri-anal ou com a psoríase.

Manifesta-se por uma infecção superficial, causada pelo *Streptococcus beta-hemolítico* do grupo A.

10 - Granuloma glúteo infantil

É uma erupção nodular rara que pode ocorrer numa área pré-existente de dermatite irritativa primária. A etiologia é desconhecida, contudo por surgir frequentemente em área de dermatite da fralda, pensa-se que poderá representar uma resposta cutânea localizada, a um processo inflamatório prolongado.

Não há evidências de relação entre a severidade da dermatite da fralda e a incidência desta erupção. O granuloma glúteo pode surgir mesmo após resolução da dermatite das fraldas.



Figura 3 - Dermatite por Cândida.



Figura 4 - Dermatite seborreica da área da fralda.



Figura 5 - Psoríase.

15 - Sífilis congénita

Dada a incidência crescente da sífilis, a sífilis congénita deve ser incluída nos diagnósticos diferenciais de uma dermatite da fralda.

16 - Vírus da imunodeficiência humana (VIH)

Uma dermatite da fralda severa pode constituir a primeira manifestação de uma infecção pediátrica pelo VIH.

PREVENÇÃO

A prevenção e o tratamento da dermatite da fralda irritativa primária engloba um conjunto de medidas que têm como principais objectivos manter esta área seca, limitar a mistura e dispersão da urina e das fezes, reduzir o contacto com a pele, evitar irritação e maceração e manter, sempre que possível, um pH ácido.

Por definição, não existe dermatite das fraldas em crianças que não usam fraldas, assim a remoção da oclusão, permanece a melhor e mais antiga medida na prevenção e tratamento desta situação.

As medidas preventivas incluem a eliminação ou minimização de todos os factores implicados na etiopatogenia desta entidade. Assim existem 5 aspectos fundamentais na prevenção da dermatite das fraldas:

Frequência da troca de fraldas. A fralda deve ser mudada, sempre que possível, após a criança defecar ou urinar. Em recém-nascidos a troca deve ser horária, enquanto nas restantes crianças com 3 a 4 horas de intervalo ¹.

Capacidade de absorção das fraldas. Hoje em dia, a maioria das fraldas comercializadas contém um material acrílico em gel superabsorvente, eficaz em manter a área da fralda seca e em meio ácido. Contudo isto não deve constituir um estímulo para os pais manterem a mesma fralda por períodos mais longos.

Controlo de infecções. A *C. albicans* contamina frequentemente a dermatite da fralda. A infecção por esta levedura deve ser considerada em der-

matites com mais de 3 dias de evolução²⁴.

Fraldas descartáveis versus fraldas de pano. As fraldas descartáveis superabsorventes são as que possuem maior capacidade de manter a área da fralda seca²⁵. Em 3 estudos, em que foram comparadas fraldas descartáveis superabsorventes com fraldas de pano, foi demonstrado que as primeiras produzem um número significativamente menor de eritema^{26,27,28}. Não foram descritas ainda reacções alérgicas ao material absorvente contido nas fraldas descartáveis²⁵. Apesar disso vários autores dão preferência às fraldas de pano pela menor oclusão que estas provocam²⁹.

Higiene diária. A higiene da área da fralda com água morna e algodão, sem recorrer a sabonetes, é suficiente na limpeza diária. Quando são utilizados sabões suaves, estes não deverão ser aplicados mais do que 2 vezes por dia¹. Apesar dos toalhotes de limpeza serem práticos e libertarem um cheiro agradável, não são recomendados pela maioria dos autores.

Após cada muda de fralda, deverá ser aplicada uma pasta protectora ou um emoliente. As pastas são constituídas pela mistura de pós (ex: óxido de zinco, amido, dióxido de titânio) com gorduras (ex: vaselina e parafina). Aderem bem à pele, têm boa capacidade de absorção e reduzem a maceração.

Desconhece-se se os aditivos presentes em alguns cremes barreira (ex: vitaminas) melhoram a sua qualidade, embora sejam conhecidas reacções de sensibilização tanto irritativas como alérgicas.

Preparações a ser evitadas

Preparações contendo ácido bórico e pó talco (pó de amido) devem ser evitados pelos riscos de toxicidade e de desenvolvimento de granulomas.

TRATAMENTO

O tratamento médico consiste em medidas simples, ajustadas de acordo com a severidade e o tipo de dermatite.

1. Se uma dermatite não melhora após higiene adequada e aplicação de

cremes barreira, poder-se-á adicionar um creme com acção anti-candida (ex: nistatina ou imidazol).

2. Se o eritema persistir pode-se associar um corticóide de baixa potência (ex: hidrocortisona a 1%) no máximo 2 vezes por dia. Corticóides de potência, mais elevada estão contra-indicados pelo risco aumentado de atrofia e de estrias, além de que o efeito oclusivo da fralda aumenta a potência do corticóide aplicado.

3. Em dermatites severas e prolongadas, podem ser utilizados alcatrões em pomada. Em alguns países o seu uso está contra-indicado pelos riscos de carcinogénese.

4. Anti-fúngicos orais com acção anti-candida (fluconazol, ketoconazol) podem ser necessários em dermatites difíceis de controlar, tendo como objectivo principal tratar a colonização intestinal por candida.

5. Em situações de infecção bacteriana secundária, podem ser utilizados vários antibacterianos de acordo com a clínica da dermatite.

DIAPER DERMATITIS

ABSTRACT

Diaper dermatitis is a topographic description of a wide range of inflammatory processes that occur in the area covered by a diaper.

The authors describe mainly the primary irritant diaper dermatitis (also called diaper dermatitis) its differential diagnosis and treatment.

Nascer e Crescer 2004; 13 (3): 206-214

BIBLIOGRAFIA

- 1 - Wolf R, Wolf D, Tuzun B, Tuzun Y. Diaper dermatitis. Clinics in Dermatology 2000;18:657-660.
- 2 - Jordan WE, Lawson KD, Berg RW, et al. Diaper dermatitis: frequency and severity among a general infant population. Pediatr Dermatol 1986;3:198-207.
- 3 - Grant WW, Street L, Fearnow RG. Diaper rashes in infancy. Clin Pediatr 1973;12:714-716.

4 - Jordan WE, Blaney TL. Factors influencing infant diaper dermatitis; in Maibach HI, Boisits EK, eds: Neonatal skin: Structure and function. New York, Dekker, 1982,pt 205-222.

5 - Zahorsky J. The ammoniacal diaper in infants and young children. Am J Dis Child 1915;10:436-40.

6 - Leyden JL, Katz S, Stewart R et al. Urinary ammonia and ammonia-producing microorganism in infants with and without diaper dermatitis. Arch Dermatol 1977;113: 1678-80.

7 - Berg RW. Etiologic factors in diaper dermatitis: A model for development of improved diapers. Pediatrician 1986;14(suppl 1):27-33.

8 - Suskind RR. The effects of wetting on cutaneous vulnerability. Arch Environ Health 1965;11:529-537.

9 - Zimmerer R, Lawson KD, Calvert CJ. The effects of wearing diapers on skin. Pediatr Dermatol 1986;3:95-101.

10 - Berg RW, Buckingham KW, Stewart RL. Etiologic factors in diaper dermatitis: the role of urine. Pediatr Dermatol 1986;3:102-106.

11 - Orange AP, de Waard-Van der Spek FB. Comparison of cloth and superabsorbent paper diapers for preventing diaper dermatitis. Eur J Pediatr Dermatol 1991;1:225-32.

12 - Bonifazi E. Napkin dermatitis: causative factors. In: Harper J, Orange A, Prose N, ed. Textbook of Pediatric Dermatology. Oxford: Blackwell Sciences, 2000;140.

13 - Rodriguez JT, Abdo J, Flores N et al. The role of bile acids in the genesis of diaper rash. Pediatr Res 1976;10:359.

14 - Larrégué M, Gallet P, Rat JP et al. W-shaped napkin rash in infants. Dermatologica 1975;151:104-12.

15 - Noble WC. Microbiology of human skin. In: Rook A, ed. Major problems in dermatology, vol.2, 2nded. London: Lloyd-Luke Medical Books, 1981:330-1.

16 - Leyden J, Kligman A. The role of microorganisms in diaper dermatitis. Arch Dermatol 1978;114:56-9.

17 - Gokalp A, Aldirmaz C, Oguz A, et al. Relation between the intestinal flora and diaper dermatitis in infancy. Trop Geogr Med 1990;42:238-40.

18 - Lopez Martinez R, Ruiz-Maldonado R. Candidiasis in children with diaper rash. Study of 140 cases. *Med Cutan Ibero Lat Am* 1982;10:225-30.

19 - Rebora A, Leyden J. Napkin dermatitis and gastrointestinal carriage of *Candida albicans*. *Br J Dermatol* 1981; 105:551-5.

20 - Casamitjana M, Lopez-Martinez R, Ruiz-Maldonado R et al. Bacteriological and mycological study of diaper dermatitis. *Rev Latamer Microbiol* 1982;24: 211-14.

21 - Dixon PN, Warin RP, English MP. Role of *Candida albicans* infection in napkin rashes. *Br Med J* 1969;5:23-7.

22 - Caputo RV. Fungal infections in children. *Dermatol Clin* 1986;4:137-49.

23 - Leyden JJ. Diaper dermatitis. *Dermatol Clin* 1986;4:29-8

24 - Weston W, Lane A, Weston J. Diaper dermatitis: current concepts. *Pediatrics* 1980;66:532-6.

25 - Orange AP. Management of napkin dermatitis. In: Harper J, Orange A, Prose N, ed. *Textbook of Pediatric Dermatology*. Oxford: Blackwell Sciences, 2000;153.

26 - Campbell RI, Seymour JL, Stone LC et al. Clinical studies with disposable diapers containing absorbent gelling materials: evaluation of effects on infant skin condition. *J Am Acad Dermatol* 1987;17:978-87.

27 - Seymour JL, Keswick BJ, Hanifin JM et al. Clinical effects of diaper types on the skin of normal infants and infants with atopic dermatitis. *J Am Acad Dermatol* 1987;17:988-97.

28 - Wilson PA, Dallas MJ. Diaper performance: maintenance of healthy skin. *Pediatr Dermatol* 1990;7:179-84.

29 - Wong DL, Brantly D, Clutter LB. Diapering choices: a critical review of the issues. *Pediatr Nursing* 1992;18:41-54.

Correspondência:

Natividade Rocha
Hospital Geral de St. António
Consulta externa de Dermatologia
Rua D. Manuel II
4099-001 Porto
Telef./Fax: 226097429
e-mail: dermat@sapo.pt