



Dr^a. Raísa Camilo Amaral
CRM 7301 | RQE 4994

Dermatoses frequentes em Pediatria

Manejo na UBS



DERMATITE ATÓPICA



Dermatite Atópica

- Dermatose eczematosa recorrente, frequentemente associada à história pessoal ou familiar de atopia (asma, rinite alérgica) - 10 a 15% das crianças
- É multifatorial e sofre interação de fatores imunológicos e genéticos, além de colonização da pele pelo *S. aureus* e alterações da barreira cutânea
- Inicia-se geralmente nos primeiros meses de vida
- Sintoma sempre presente: **prurido**



Dermatite Atópica

Fases:

Infantil: do 3º mês de vida aos 2 anos de idade
Região malar (poupa o maciço mediofacial)
e superfícies extensoras dos membros

Pré-puberal: dos 2 aos 12 anos
Eczemas liquenificados localizados
preferencialmente nas dobras cubitais e
poplíteas

Puberal e adulta: acima de 12 anos
Eczemas liquenificados, disseminados pelo
corpo e face (pálpebras)



Dermatite Atópica

Sinais menores:

Xerose cutânea, ceratose pilar, hiperlinearidade palmar, dupla prega infrapalpebral (Dennie-Morgan), rarefação da porção distal dos supercílios (sinal de Hertoghe).

Evolução crônica com episódios de recidivas.



Dermatite Atópica

Tratamento:

- *Banhos rápidos* com água morna
- *Pouco sabonete*, sem esfregar
- *Hidratantes* que ajudem a reconstituir a barreira cutânea
- Orientar uso de *roupas leves* (evitar tecidos sintéticos)

Tópico:

corticóide – avaliar potência
imunomoduladores em face, pescoço,
dobras (axilas, região inguinal – fraldas)

Sistêmico: anti-histamínicos, antibióticos
(se houver infecção)



Pitiríase Alba

Eczemátide hipocromiante

Frequente em *fototipos altos*.

Considerada uma variante da Dermatite atópica, etiologia ainda não é bem elucidada.

Clínica: manchas ou máculas hipopigmentadas, assintomáticas, com bordas mal delimitadas, que acometem principalmente áreas fotoexpostas, como face, pescoço e tronco. As lesões pioram pela exposição solar e ressecamento da pele.

Evolução crônica com repigmentação da pele em 2 a 3 meses (recidivas periódicas).



Pitiríase Alba

Tratamento: melhora espontânea após a puberdade.

Hidratantes (preferência por produtos sem fragrância e com textura em creme) e uso regular de **protetores solares**.

Corticosteróides de baixa potência:
hidrocortisona a 1% ou desonida a 0,5%

Inibidores da Calcineurina

Tacrolimus 0,03 (acima de 6 meses)

Tacrolimus 0,1 (acima de 12 anos)



Dermatite de Fraldas (Assaduras)

*Dermatite de Contato Irritativa X
Candidíase*

Fralda: ambiente quente e úmido,
além disso sofre agressão por atrito >>
Barreira cutânea fragilizada com
redução da função protetora.

Contato com urina e fezes causa
irritação primária local, com maceração
e *favorecimento de infecção
secundária por Candida albicans.*



Dermatite de Fraldas

(Assaduras)

Dermatite Irritativa	Candidíase
Eritema (leve a intenso), edema, pápulas, placas, vesículas e descamação nas superfícies convexas das áreas correspondentes ao contato com a fralda	Candida albicans torna a superfície brilhante, com induto esbranquiçado. Lesões papulovesiculosas (satélites) na periferia com descamação nas margens
Poupa as áreas de dobras	Acometimento das dobras inguinocrurais
Se nódulos, erosões e ulcerações superficiais: Dermatite de Jacquet	

Dermatite de Fraldas (Assaduras)

Tratamento:

Troca frequente das fraldas;
Água morna e algodão na limpeza diária;
Desaconselhar uso de lenços umedecidos;
Sabonetes suaves (até 2x/dia);
Pomadas de barreira nas trocas das fraldas.

Figura 3 – dermatite de fraldas grave – eritema i
pápulas, vesículas, áreas de exulceração e descam
as pregas estão poupadas.



Fonte: Serviço de Dermatologia Pediátrica – HC – UFPR.

Dermatite de Fraldas

(Assaduras)

Se inflamação grave:

corticóide tópico de baixa potência (ex.: hidrocortisona 1%) 1-2 vezes ao dia.

Se candidíase associada:

nistatina, cetoconazol ou miconazol creme 2-3 vezes ao dia por 2 semanas. Evitar associações de antifúngico + corticóide.

Se infecção bacteriana:

antibióticos tópicos com baixo risco de sensibilização (ácido fusídico, mupirocina) 2-3 vezes ao dia.

Impetigo

Infecção cutânea superficial causada por cocos Gram-positivos.

Duas formas clínicas:

Impetigo Bolhoso: mais frequentemente causado por *S. aureus*. Lesão inicial é uma bolha superficial e flácidas com conteúdo claro citrino que deixam erosões úmidas após ruptura.

Impetigo não bolhoso: causado por infecção mista ou isolada por *Streptococcus Beta-hemolítico grupo A (GNDA)* e *S. aureus*. Lesão inicial é uma pequena vesícula ou pápula eritematosa que se rompe facilmente, dando origem a uma lesão crostosa espessa e melicérica. Face e áreas periorificiais (principalmente perinasal), podendo se disseminar.



Impetigo

Tratamento:

Cuidados de higiene e tratamento dos focos nasais e auriculares.

Secativo na fase bolhosa: banhos com permanganato de potássio, compressas com água boricada e remoção suave das crostas

Tópico: neomicina*, mupirocina 2% ou ácido fusídico 2%

Sistêmico: se áreas extensas.
amoxicilina + clavulanato (25mg/kg/dia)
cefalexina (50 mg/kg/dia)



Impetigo

Impetigo Recorrente

Quando os episódios se repetem no paciente ou na família, deve-se considerar colonização persistente por *S. aureus*

Principais reservatórios: narinas, axilas e região perineal

Orientar descolonização dos contatos:
Mupirocina ou Ácido fusídico 2% por 2 semanas.



Molusco contagioso

Causada por um vírus da família Poxvirus.

Definição: pápulas normocrômicas ou rosadas (levemente peroladas) com uma umbilicação central.

Elevado potencial de autoinoculação.

Afeta mais comumente pacientes que tem dermatite atópica



Molusco contagioso

Tratamento:

Expectante

Curetagem

Zinco quelado 3mg/kg/dia por 3 meses

Oleo de melaleuca + Polvidine

Ácidos, Imiquimode, KOH

Avaliar quantidade de lesões e localizações (queixas estéticas, prurido, lesões extensas, áreas muito expostas, imunossupressão).



Verrugas

Infecção pelo DNA vírus do grupo papilomavírus, o papilomavírus humano (HPV).
Transmissão por inoculação direta.

Em crianças é bastante comum a autoinoculação

Verruga vulgar: pápula ou nódulo de coloração rosada ou amarelada, de consistência firme e com superfície ceratósica, com pontos escuros. Localização mais frequente: dorso dos dedos e mãos, geralmente assintomáticas.



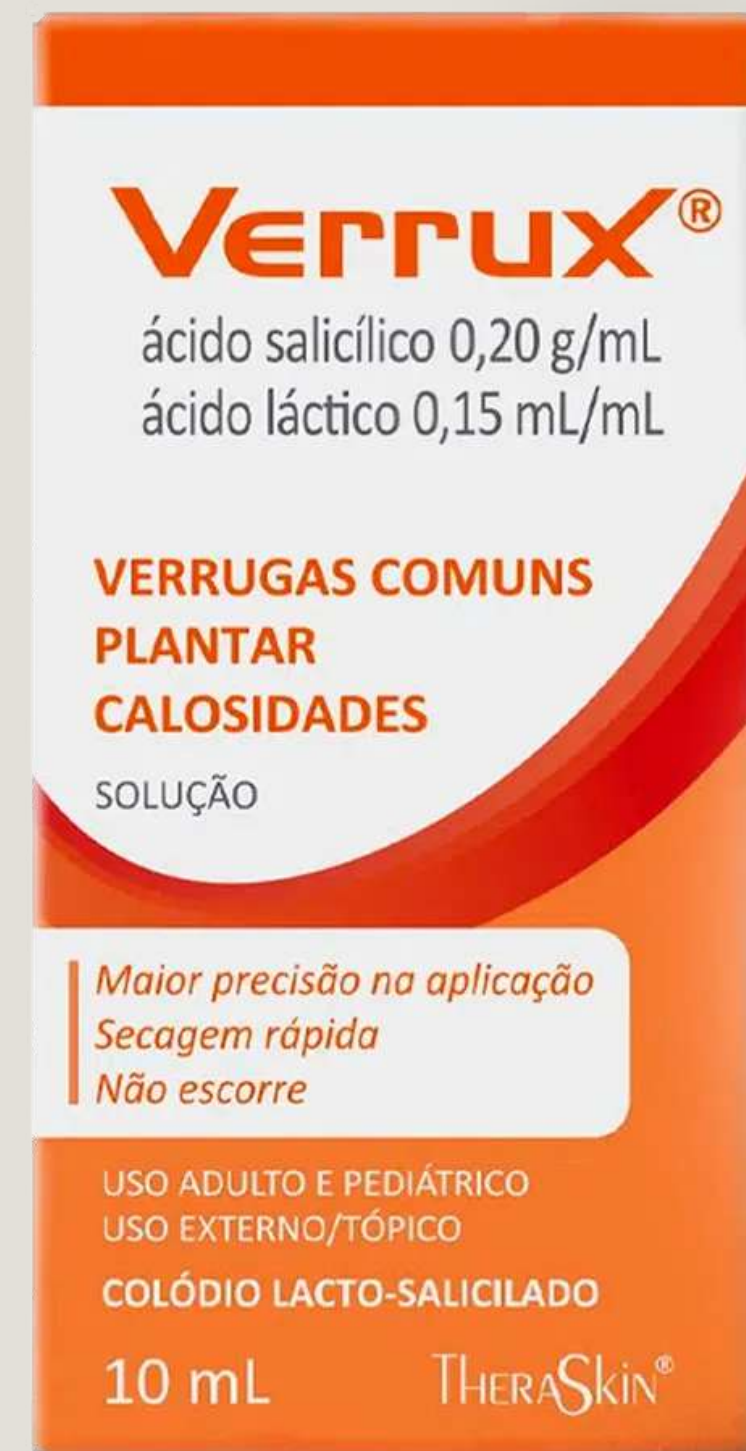
Verrugas

Evolução crônica.

Há resolução espontânea em 25% dos casos em até 6 meses e de 65% em até 2 anos.

Tratamentos:

Ceratolíticos: ácido salicílico e láctico-orientar uso adequado com proteção da pele sã e de preferência sob oclusão
ATA, eletrocoagulação, crioterapia
Imunomoduladores: imiquimod



Escabiose

Sarna (*Sarcoptes scabiei hominis*).
Erupção intensamente pruriginosa.

Transmissão: contato pessoal direto com indivíduo infestado ou ocasionalmente por objetos contaminados (roupas, toalhas, lençóis).

As fêmeas penetram na pele escavando pequenos túneis onde depositam os ovos.



Escabiose

Clínica: Prurido intenso mais acentuado à noite.

Pápulas eritematosas, papulovesiculosas, escoriações, crostículas hemorrágicas e de túneis (patognomônicos) – elevações lineares ou onduladas, mais frequente entre os dedos das mãos, punhos, laterais dos pés e região retroauricular.

Lactentes: palmas, plantas, região periumbilical, cabeça e pescoço.

Crianças maiores: periaxilares, interdigitais, punhos, abdome, genitais e glúteos. Poupam a cabeça.

Escabiose nodular: nódulos castanho-avermelhados, muito pruriginosos (reação de hipersensibilidade ao ácaro)



Escabiose

Tratamento:

Permetrina 5% por 8-12 horas. Repetir em uma semana.

Enxofre 6-10% em vaselina 3 dias (lactentes)

Sistêmico:

Ivermectina 200mcg/kg (acima de 15kg) em dose única - Repetir em uma semana.

Tratar os familiares.

Atenção: o prurido pode persistir por semanas, mesmo após tratamento adequado



Pediculose

Piolho.

Transmissão interpessoal ou por objetos, mais comum nas crianças.

Prurido intenso principalmente nas áreas occipital e temporal, muitas vezes com adenopatias regionais.

Complicação comum:
impetiginização pela coçagem e
contaminação bacteriana secundária.



Pediculose

Tratamento:

Desinfecção de pentes, escovas e roupas de cama.
Tratamento de familiares e contactantes.

Tópicos: Permetrina loção 1%. Lavar o couro cabeludo normalmente com shampoo, remover o excesso de água e aplicar a loção especialmente na nuca e atrás das orelhas, deixando agir por 10 minutos e enxaguar. Repetir em 7 a 10 dias.
Realizar a remoção mecânica das lêndeas (ovos).

Sistêmico: Ivermectina 200mcg/kg (usada nos casos de resistência ao tratamento local)



Dermatite Seborreica

Erupção eritematodescamativa, mais localizada no couro cabeludo, face e dobras flexurais.

Geralmente tem início nas primeiras semanas de vida localizadas em áreas ricas em glândulas sebáceas, como no couro cabeludo (crosta láctea), área medial da face, dobras (retroauricular, axilar e inguinal) e região de fraldas.

Há poucos sintomas, mesmo quando o acometimento é extenso.



Dermatite Seborreica

Tem *evolução crônica* com *recidivas periódicas*.

Tratamento:

Cetoconazol 2% shampoo: Aplicar 2 vezes por semana, deixando agir por alguns minutos e enxaguando bem, por 2 a 4 semanas

Crostas lácteas: Remover as crostas com ceratolíticos suaves

Se reação inflamatória: creme de hidrocortisona 1%, 1x/dia por 3-5 dias.

Se contaminação bacteriana secundária ou candidíase associada:
tratar!

Dermatofitoses

Micoses superficiais (tineas)

Fungos que usam a queratina como substrato nutricional – pele, cabelo e unhas.

Quadro clínico depende da área comprometida:



Dermatofitoses

TINHA CRURAL

Lesões nas regiões inguinocrurais e porção superior das coxas, muitas vezes com maceração, hiperpigmentação ou liquenificação, sendo mais comuns em adolescentes do sexo masculino

TINHA DO PÉ

Lesões vesiculosas, crostosas ou descamativas, estendendo-se para as solas ou interdígitos

TINHA DO COURO CABELUDO

Placas de alopecia com superfície finamente descamativa, bordas bem delimitadas, únicas ou múltiplas.



Dermatofitoses

Tratamento:

Tópico:

imidazólicos - opção: Miconazol: usar 2x/dia por 3 a 4 semanas (importante manter uso por pelo menos 7 dias após resolução da lesão)

Sistêmicos:

griseofulvina (20-25mg/kg/dia)

terbinafina



Pitiríase Versicolor

Infecção fúngica superficial

Malassezia – naturais da flora cutânea, mas tornam-se patológicos sob fatores predisponentes (calor, umidade, transpiração excessiva, imunodepressão).

Lesões lenticulares ou ovalares finamente descamativas – furfuráceas que se distribuem, principalmente, em áreas seborreicas, tronco, pescoço, ombro e face.

Inicialmente são circunscritas depois se multiplicam e coalescem em grandes placas de bordas irregulares.

As escamas tornam-se evidentes ao se esticar a pele (sinal de Zireli)



Pitiríase Versicolor

São assintomáticas ou ligeiramente pruriginosas.

Tornam-se eritematosas após exposição solar e as hipocrômicas ficam mais evidentes pelo bronzeamento da pele normal circundante.

Nas crianças há um certo predomínio pela face.

Hipocromia transitória pós-tratamento é comum e pode persistir por meses.



Pitiríase Versicolor

Tratamento:

Tópico: Imidazólicos por 14 a 20 dias

Clotrimazol creme 1%

Cetoconazol 2%

Miconazol 2%

Xampu de cetoconazol 2%

Sistêmico:

Cetoconazol ou itraconazol 3 a 6 mg/kg/dia por 5 a 7 dias

Fluconazol 150 mg dose única

Repetir em 1 semana.



Larva Migrans

Dermatite serpiginosa, bicho geográfico.

Larva habitante no intestino do cão e do gato. Penetram ativamente e migram na pele após o contato com terra ou areia contaminadas com fezes de animais parasitados.

Quadro clínico tem início com prurido intenso com posterior surgimento de lesão papulosa ou papulovesiculosa que progride de forma linear, tortuosa, eritematoedematosa, serpiginosa. Tem migração média de 1-2cm por dia (geralmente em mãos, pés e nádegas)



Larva Migrans

Tratamento:

Tópico:

Tiabendazol 10 a 15% 2 a 3 vezes ao dia por 7 a 10 dias, de preferência sob oclusão
Corticóide de baixa potência por curto período (para alívio dos sintomas)

Sistêmico: se infestação múltipla

Ivermectina 200 mcg/kg em dose única (maiores de 15 kg ou acima de 5 anos)

Albendazol 400 mg uma vez ao dia por 3 dias consecutivos (acima de 2 anos).

Anti-histamínicos para alívio do prurido



Considere encaminhar se:

- Febre alta associada a lesões extensas;
- Púrpura/petéquias com repercussão clínica;
- Bolhas extensas ou comprometimento mucoso importante;
- Suspeita de infecção profunda/necrosante;
- Falha terapêutica com piora progressiva.



Obrigada!

