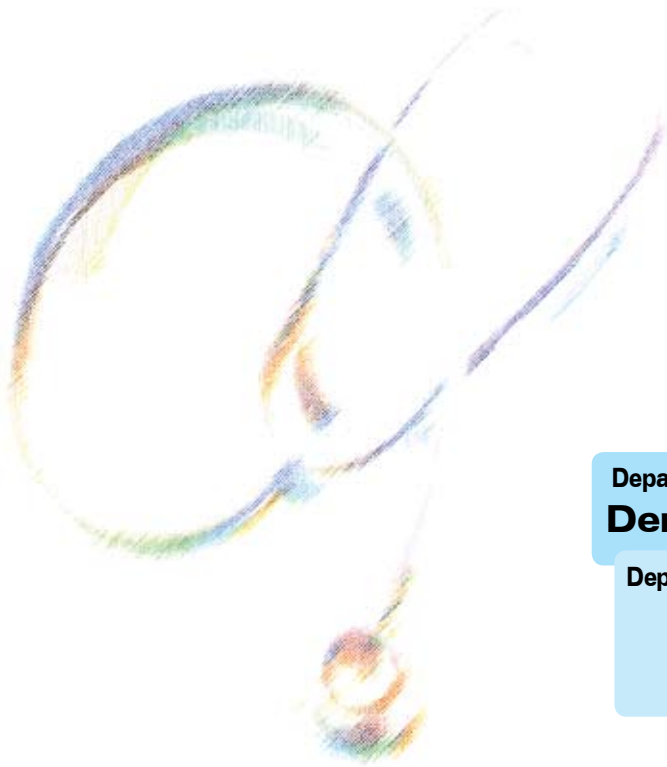


# recomendações

**Atualização de Condutas em Pediatria**

nº **56**

Departamentos Científicos SPSP - gestão 2010-2013  
Março 2011



Departamento  
de Adolescência

**Distúrbios  
menstruais e  
amenorreia na  
adolescência**

Departamento de Dermatologia

**Dermatite atópica**

Departamento de Saúde Mental

**Transmissão  
de diagnóstico  
em Pediatria**



**Sociedade de Pediatria de São Paulo**

Alameda Santos, 211, 5º andar  
01419-000 São Paulo, SP  
(11) 3284-9809

# Dermatite atópica

A dermatite atópica (DA) é uma doença cutânea inflamatória crônica, recidivante, caracterizada pela presença de prurido, pele seca, e lesões eczematosas com distribuição característica.

A etiologia é multifatorial (fatores genéticos, imunológicos, alterações da barreira cutânea) e alguns aspectos da etiopatogenia ainda não estão totalmente esclarecidos.

A DA afeta cerca de 10 a 15% das crianças e 1 a 3% dos adultos em diversas partes do mundo, e sua prevalência vem aumentando nas últimas décadas, principalmente nos países industrializados. Acomete crianças e adultos, com predomínio na população pediátrica (em 80 a 90% dos casos, o início ocorre antes dos sete anos de idade).

## Etiopatogenia

Fatores genéticos, imunológicos e não imunológicos estão presentes, mas o papel de cada um desses fatores na patogênese da DA é variável.

A DA tem caráter hereditário, mas o tipo de herança ainda não foi estabelecido. Acredita-se que a herança seja poligênica.

Os portadores de DA apresentam alterações da barreira cutânea, com deficiência de lipídios (ceramidas, ácidos graxos livres) e aumento da perda de água transepidermica, responsáveis pela pele seca característica. Os atópicos apresentam baixo limiar ao prurido, hiperreatividade cutânea, vasoconstrição e vasorreatividade anômalas.

Estudos recentes demonstram que mutações no gene que codifica a filagrina constituem fator de risco importante para a dermatite atópica. A filagrina é a proteína chave na diferenciação terminal da epiderme e na formação da barreira cutânea.

A interação entre a imunidade humoral e a celular parece ser relevante na imunopatogenia do eczema atópico. O ato de coçar induz a liberação de mediadores inflamatórios como o TNF- $\alpha$

### Autoras:

Maria Cecília Machado Rivitti,  
Selma F. Helene, Silmara C. P.  
Cestari, Sílvia A. Soutto Mayor  
Zilda Najjar Prado de Oliveira

### DEPARTAMENTO DE DERMATOLOGIA

Gestão 2010-2013

### Presidente:

Zilda Najjar Prado de Oliveira

### Vice-presidente:

Antônio Carlos Madeira de Arruda

### Secretário:

Sílvia Assumpção Soutto Mayor

### Membros:

Anete Sevciovic Grumach,  
Debora Gejer, Deborah Regina  
Cunha Simis, Luciana Pavarin de  
Oliveira, Rosanna Nocito, Selma  
Maria Furman Hélène, Silmara  
da Costa Pereira Cestari, Sônia  
Maria Voss Gonzalez, Valcinir  
Bedin.

e outras citocinas. Os linfócitos T são ativados e liberam interleucinas importantes na amplificação e propagação da resposta imune. Alguns linfócitos T, principalmente os pertencentes ao subtipo Th-2, expressam IL-4, Il-5 e Il-13 que induzem ao aumento de IgE (linfócitos B). Nas lesões agudas, há predominância do padrão Th2 com expressão de IL-4, enquanto que nas crônicas predomina o padrão Th1 com aumento de IL-10 e infiltração de eosinófilos.

Os alérgenos aéreos (pó, ácaros) podem penetrar na pele e induzir lesões eczematosas em portadores de

eczema atópico. Essa penetração é facilitada pela disfunção da barreira epidérmica descrita na pele lesada e na pele aparentemente sã desses pacientes.

O *Staphylococcus aureus* tem papel importante na etiopatogenia da DA. Há uma associação direta entre a presença deste agente e a gravidade do eczema. A colonização da pele pelo *S. aureus* foi encontrada em 93% das lesões ativas e em 79% das amostras da pele normal de atópicos e isso pode provocar um processo inflamatório iniciado pela ativação dos linfócitos T pelos superantígenos bacterianos.

### Quadro 1 - Quadro clínico da dermatite atópica conforme a faixa etária do paciente

#### Fase infantil (do lactente) (0 a 2 anos)

Lesões na face (frontozigomáticas) poupando o maciço centro-facial, no couro cabeludo e nas superfícies extensoras dos membros. Pode haver generalização. Prurido intenso. Infecções bacterianas secundárias frequentes.

#### Fase pré-puberal (2 a 12 anos)

Lesões flexurais (antecubitais, poplíteas), nos punhos, região cervical e em dorso de mãos e pés. Eczema palpebral e queilite podem ocorrer. Lesões exsudativas e também liquenificadas.

#### Fase adulta (> 12 anos)

Lesões flexurais, periorais e queilite. Xerose, descamação e liquenificação são comuns.

### Quadro clínico

O quadro clínico da dermatite atópica varia conforme a faixa etária do paciente e está resumido no Quadro 1.

### Diagnóstico

O diagnóstico é clínico. O eczema recidivante localizado em regiões características de acordo com a faixa etária, antecedente pessoal e/ou familiar de atopia e prurido sugere o diagnóstico de DA. Foram estabelecidos critérios para facilitar o diagnóstico (Quadro 2).

Os exames laboratoriais complementares podem ser solicitados, embora o diagnóstico seja eminentemente clínico:

- hemograma;
- dosagem de IgE: níveis elevados costumam estar associados com a gravidade da doença e podem ter valor prognóstico.

### Tratamento

Por se tratar de dermatose crônica, recidivante, é importante estabelecer um vínculo com o paciente e os pais, orientá-los sobre o curso e a evolução da DA, identificar e combater os fatores desencadeantes e/

ou agravantes das crises, evitando medidas desgastantes e desnecessárias. É necessário, ainda, esclarecer dúvidas sobre as causas e a evolução da doença e quanto às limitações do tratamento.

Os fatores agravantes devem ser evitados, como: sudorese excessiva produzida por calor intenso e superaquecimento; estímulos prurigênicos (lã, tecidos sintéticos, pelo de animais, pó); banhos quentes, longos e com muito sabonete; alérgenos inalantes (pouco importantes para dermatite, mais importantes quando associada a outras atopias) - pó, pelos, perfumes, inseticidas; alimentos alergênicos (mais relevantes em lactentes ou quando há história compatível). Os banhos rápidos, tépidos, com pouco sabonete e sem esponjas, e o uso de emolientes/hidratantes logo após o banho em todo o corpo e na face devem ser sempre orientados. Estas medidas auxiliam no restabelecimento da barreira cutânea e no combate ao prurido e à inflamação.

O controle do prurido é fundamental. Os anti-histamínicos H1 de primeira ou de segunda geração são mui-

to utilizados, porém é sabido que o prurido atópico não está somente relacionado à liberação de histamina. Na infância, é preferível a utilização de anti-histamínicos de primeira geração pelo efeito sedativo.

Para o controle da inflamação, além das medidas já mencionadas, os corticosteroides tópicos e os inibidores tópicos da calcineurina são os fármacos de eleição. Os corticosteroides tópicos não devem ser utilizados em áreas extensas da pele, nem por tempo prolongado devido aos efeitos colaterais

provocados pela absorção cutânea. Nas áreas flexoras, o uso deve ser restrito para evitar atrofia.

Os corticosteroides sistêmicos só estão indicados em casos extremamente graves e de difícil controle, por períodos curtos e sob supervisão médica cuidadosa.

O controle da infecção é feito com antibioticoterapia sistêmica por períodos de 7-10 dias.

Na DA refratária grave, os corticosteroides sistêmicos, ciclosporina, metotrexate ou azatioprina podem ser usados.

### Referências bibliográficas

- Burns T, Breathnach S, Cox N et al. Atopic dermatitis in Rook's Textbook of Dermatology Vol.1 18.1-18.31 Blackwell Publishing; 7th edition, 2004.
- Consenso Latinoamericano sobre Dermate Atópica. Drugs of Today. 2006, 42 (Supl VIII/BR):1-72.
- Pires MC, Cestari SCP. Dermate atópica. Diagraphic Editora, Rio de Janeiro- Brasil, 2005, 161pg.
- Rotta O. Guia de Dermatologia Clínica, Cirúrgica e Cosmiátrica. Editora Manole- São Paulo- Brasil, 2007, 744pg.
- Ramos-e-Silva M; Castro MC. Fundamentos de Dermatologia. Editora Atheneu - Rio de Janeiro-Brasil, 2009 - pg. 364-365
- Hanifin JM, Rajka G. Diagnostic features of atopic dermatitis. Acta Derm Venereol Suppl (Stockh) 1980; 92:44-47.
- Willians, H.C. (editor). Atopic dermatitis. The epidemiology, causes and prevention of atopic eczema.2000, Cambrige University press, Cambrige, U.K.
- Sampaio, S.A.P.; Rivitti, E.A. Dermatologia. 2007, Artes Médicas, São Paulo.

## Quadro 2 - Critérios diagnósticos da dermatite atópica

### Critérios maiores (são necessários três ou mais)

Prurido  
Morfotopografia das lesões  
Tendência à cronicidade/  
recidivas frequentes  
Antecedente pessoal e/ou  
familiar de atopia

### Critérios menores

Xerose, ictiose vulgar, queratose pilar, hiperlinearidade palmar, queilite, dermatite do couro cabeludo, eczema de mãos e pés, fissuras retroauriculares, aumento da IgE sérica, hiperreatividade aos testes cutâneos ou séricos, pitiríase alba, suscetibilidade a infecções cutâneas (*S. aureus*), dupla prega infrapalpebral (de Dennie-Morgan), conjuntivite recidivante, ceratocone, catarata subcapsular anterior, dermatografismo branco.