



# DERMATOSES INFANTIS

GUIA PRÁTICO PARA PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Organização:

PATRÍCIA BORCHARDT BOLSON  
KARINE CAPPELETTI

  
EDITORA  
PASTEUR

# DERMATOSES INFANTIS: Guia Prático para Profissionais da Atenção Primária

## ORGANIZAÇÃO

**Patrícia Borchardt Bolson** – Médica graduada pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS); Dermatologista pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre-RS; Mestre em Ciências da Saúde; Docente na Disciplina de Dermatologia na Universidade de Caxias do Sul-RS.

E-mail: [pbbolson@ucs.br](mailto:pbbolson@ucs.br)

**Karine Cappelletti** – Médica graduada pela Universidade de Caxias do Sul (UCS); Dermatologista pela Santa Casa de Curitiba-PR; Mestre em Ciências da Saúde; Docente na Disciplina de Dermatologia na Universidade de Caxias do Sul-RS.

E-mail: [kcappelletti@ucs.br](mailto:kcappelletti@ucs.br)

## AUTORES

**Ana Carolina Pisani Pulita** – Acadêmica de Medicina, Universidade de Caxias do Sul-RS.

E-mail: [acppulita@ucs.br](mailto:acppulita@ucs.br)

**Maria Eduarda Lima Viapiana** – Acadêmica de Medicina, Universidade de Caxias do Sul-RS.

E-mail: [melviapiana@ucs.br](mailto:melviapiana@ucs.br)

**Marina Chies Galvan** – Acadêmica de Medicina, Universidade de Caxias do Sul-RS.

E-mail: [mccgalvan@ucs.br](mailto:mccgalvan@ucs.br)

**Millena Raquel Schiavini** – Acadêmica de Medicina, Universidade de Caxias do Sul-RS.

E-mail: [mrschiavini@ucs.br](mailto:mrschiavini@ucs.br)

**Paula Milena Cavalli** – Acadêmica de Medicina, Universidade de Caxias do Sul-RS.

E-mail: [pmcavalli@ucs.br](mailto:pmcavalli@ucs.br)

**Valéria Giacomelli Pansera** – Acadêmica de Medicina, Universidade de Caxias do Sul-RS.

E-mail: [vgpansera@ucs.br](mailto:vgpansera@ucs.br)

2025 by Editora Pasteur  
Copyright © Autores

## Editor Chefe:

Dr. Guilherme Barroso Langoni de Freitas

## Corpo Editorial:

Dr. Alaercio Aparecido de Oliveira

(Faculdade INSPIRAR, UNINTER, CEPROMEC e Força Aérea Brasileira)

Dra. Aldenora Maria Ximenes Rodrigues

MSc. Aline de Oliveira Brandão

(Universidade Federal de Minas Gerais - MG)

Dra. Ariadine Reder Custodio de Souza

(Universidade Estadual do Centro-Oeste - PR)

MSc. Bárbara Mendes Paz

(Universidade Estadual do Centro-Oeste - PR)

Dr. Daniel Brustolin Ludwig

(Universidade Estadual do Centro-Oeste - PR)

Dr. Durinézio José de Almeida

(Universidade Estadual de Maringá - PR)

Dra. Egidia Maria Moura de Paulo Martins Vieira

Professora UNIFSA (Centro Universitário Santo Agostinho)

Dr. Everton Dias D'Andréa

(University of Arizona/USA)

Dr. Fábio Solon Tajra

(Universidade Federal do Piauí - PI)

Francisco Tiago dos Santos Silva Júnior

(Universidade Federal do Piauí - PI)

Dra. Gabriela Dantas Carvalho

Dr. Geison Eduardo Cambri

MSc. Guilherme Augusto G. Martins

(Universidade Estadual do Centro-Oeste - PR)

Dr. Guilherme Barroso Langoni de Freitas

(Departamento de Farmacologia e Terapêutica, Universidade Estadual de Maringá - UEM)

Dra. Hanan Khaled Sleiman

(Faculdade Guairacá - PR)

MSc. Juliane Cristina de Almeida Paganini

(Universidade Estadual do Centro-Oeste - PR)

Dra. Kátia da Conceição Machado

(Universidade Federal do Piauí - PI)

Dr. Lucas Villas Boas Hoelz

(FIOCRUZ - RJ)

MSc. Lyslian Joelma Alves Moreira

(Faculdade Inspirar - PR)

Dra. Márcia Astrês Fernandes

(Universidade Federal do Piauí - PI)

Dr. Otávio Luiz Gusso Maioli

(Instituto Federal do Espírito Santo - ES)

Dr. Paulo Alex Bezerra Sales

MSc. Raul Sousa Andreza

MSc. Renan Monteiro do Nascimento

Saulo Barreto Cunha dos Santos

(Universidade Federal do Rio Grande do Norte - RN)

MSc. Suelen Aline de Lima Barros

Professora UNIFSA (Centro Universitário Santo Agostinho)

Dra. Teresa Leal

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
(Editora Pasteur, PR, Brasil)

B693 BOLSON, Patrícia Borchardt.

Dermatoses Infantis: Guia Prático para Profissionais da  
Atenção Primária / BOLSON, P. B.; CAPELLETI, K. *et*  
*al.* – Caxias do Sul: Pasteur, 2025.

1 livro digital; 49 p.; il.

Modo de acesso: Internet

ISBN 978-65-6029-253-6

<https://doi.org/10.59290/978-65-6029-253-6>

I. Título.

1. Lesões cutâneas 2. Atenção primária 3. Pele infantil

CDD 610

CDU 616-005

# PREFÁCIO

As doenças dermatológicas representam uma das queixas mais frequentes na prática clínica da Atenção Primária à Saúde (APS), especialmente na faixa etária pediátrica. Entre as queixas mais comuns em consultas pediátricas, as dermatoses representam um desafio clínico relevante, tanto pela diversidade de apresentações quanto pelo impacto que exercem sobre o bem estar da criança e de sua família. Reconhecer, classificar e manejar adequadamente essas condições é essencial para garantir uma atenção qualificada e resolutiva no nível primário de cuidado.

Este *e-book* foi elaborado com o propósito de oferecer uma ferramenta prática a estudantes e profissionais da área da saúde que atuam na APS. Com uma abordagem clara e atualizada, o conteúdo abrange as principais dermatoses da infância, com a finalidade de facilitar sua identificação, promover o manejo clínico adequado e auxiliar na tomada de decisão quanto ao encaminhamento, quando indicado.

Além de contemplar os aspectos clínicos, este material reforça a importância de um cuidado integral, interdisciplinar e centrado no paciente, conforme preconizado pelas diretrizes da atenção primária. Acreditamos que a qualificação profissional contínua é um dos pilares para a ampliação do acesso e para a melhoria dos desfechos em saúde na infância.

Desejamos que este *e-book* seja uma ferramenta útil tanto na formação acadêmica quanto na prática cotidiana dos serviços de saúde, contribuindo para um atendimento mais seguro, eficaz e humanizado.

Karine Cappelletti

Docente na Disciplina de Dermatologia na Universidade de Caxias do Sul-RS

Patrícia Borchardt Bolson

Docente na Disciplina de Dermatologia na Universidade de Caxias do Sul-RS



# SUMÁRIO

<b>CAPÍTULO 1 - INTRODUÇÃO ÀS DERMATOSES INFANTIS .....</b>	<b>1</b>
INTRODUÇÃO .....	1
<b>CAPÍTULO 2 - ABORDAGEM CLÍNICA DAS DERMATOSES INFANTIS .....</b>	<b>2</b>
ANAMNESE E EXAME FÍSICO .....	2
ANAMNESE .....	2
EXAME FÍSICO .....	2
EXAMES COMPLEMENTARES .....	3
PLANO TERAPÊUTICO INTEGRADO .....	3
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	4
<b>CAPÍTULO 3 - ECZEMA DE CONTATO (DERMATITE DE CONTATO) .....</b>	<b>5</b>
INTRODUÇÃO .....	5
TIPOS DE ECZEMAS EM CRIANÇAS .....	5
ECZEMA DE CONTATO (DERMATITE DE CONTATO) .....	5
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	7
<b>CAPÍTULO 4 - DERMATITE DE ÁREA DAS FRALDAS .....</b>	<b>8</b>
INTRODUÇÃO .....	8
QUADRO CLÍNICO .....	8
DIAGNÓSTICO .....	9
TRATAMENTO .....	9
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	11



# SUMÁRIO

<b>CAPÍTULO 5 - DERMATITE SEBORREICA.....</b>	<b>12</b>
INTRODUÇÃO .....	12
QUADRO CLÍNICO .....	12
RECÉM-NASCIDOS E CRIANÇAS .....	12
PRÉ-PUBERAL E ADOLESCENTES .....	13
DIAGNÓSTICO .....	14
TRATAMENTO.....	14
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	15
<b>CAPÍTULO 6 - DERMATITE ATÓPICA .....</b>	<b>16</b>
INTRODUÇÃO .....	16
PATOGÊNESE .....	16
QUADRO CLÍNICO .....	17
DISTRIBUIÇÃO DA DERMATITE ATÓPICA CONFORME A IDADE.....	17
GRAVIDADE CLÍNICA .....	18
DIAGNÓSTICO .....	20
TRATAMENTO.....	21
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	22
<b>CAPÍTULO 7 - IMPETIGO .....</b>	<b>24</b>
INTRODUÇÃO .....	24
MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DO IMPETIGO.....	24
IMPETIGO NÃO BOLHOSO .....	24
IMPETIGO BOLHOSO .....	24
MÉTODOS DIAGNÓSTICOS .....	25
AVALIAÇÃO CLÍNICA.....	25
EXAMES LABORATORIAIS.....	26
BIÓPSIA.....	26
OPÇÕES TERAPÊUTICAS.....	26
ANTIBIÓTICOS TÓPICOS .....	26
ANTIBIÓTICOS ORAIS.....	26
CUIDADOS LOCAIS .....	27
MEDIDAS PREVENTIVAS.....	27
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	27

# SUMÁRIO

<b>CAPÍTULO 8 - OUTRAS DERMATOSES COMUNS .....</b>	<b>28</b>
DERMATOSES VIRAIS .....	28
HERPES SIMPLES .....	28
Herpes Simples Neonatal .....	28
Herpes Simples Recorrente e Primeira Infecção .....	29
VERRUGAS VIRAIS.....	30
MOLUSCO CONTAGIOSO .....	31
EXANTEMÁTICAS VIRAIS.....	32
Varicela.....	32
Eritema Infeccioso .....	33
Exantema Súbito.....	34
Doença Mão-Pé-Boca .....	35
Mononucleose Infecciosa.....	36
DERMATOSES BACTERIANAS .....	37
DERMATOSES FÚNGICAS.....	38
TINEA CAPITIS.....	38
TINEA CORPORIS .....	40
CANDIDÍASE CUTÂNEO-MUCOSA .....	40
CANDIDÍASE DA REGIÃO DAS FRALDAS .....	41
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	41
<b>ÍNDICE REMISSIVO.....</b>	<b>43</b>



## CAPÍTULO 1

# INTRODUÇÃO ÀS DERMATOSES INFANTIS

Ana Carolina Pisani Pulita<sup>1</sup>  
Karine Cappelletti<sup>2</sup>  
Maria Eduarda Lima Viapiana<sup>1</sup>  
Marina Chies Galvan<sup>1</sup>  
Millena Raquel Schiavini<sup>1</sup>  
Patrícia Borchardt Bolson<sup>2</sup>  
Paula Milena Cavalli<sup>1</sup>  
Valéria Giacomelli Pansera<sup>1</sup>

1. *Discentes – Medicina na Universidade de Caxias do Sul-RS.*
2. *Docentes – Disciplina de Dermatologia na Universidade de Caxias do Sul-RS.*

**PALAVRAS-CHAVE:** Lesões cutâneas; Atenção primária; Pele infantil.

DOI: 10.59290/978-65-6029-253-6.1

---

## INTRODUÇÃO

A atenção primária à saúde (APS) é o primeiro nível de atenção em saúde, ou seja, a porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS), permitindo o acesso ao sistema a partir dos princípios de universalidade, acessibilidade, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização e equidade do cuidado. A partir disso, a APS busca a promoção de saúde com redução de danos, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, impactando no cuidado de crianças, adultos e idosos.

A **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC)**, instituída pela Portaria número 1.130 em 05 de agosto de 2015, associada às políticas públicas universais desenvolvidas pelo SUS, determinou medidas para atender no desenvolvimento da criança em todas as etapas da vida, provendo saúde, prevenção de doenças e agravos e a defesa dos direitos à vida e a saúde das crianças. Nesse contexto, sabe-se que há uma grande quantidade de famílias que buscam atendimento médico devido a queixas dermatológicas na infância, sendo a **dermatite atópica, o impetigo e os eczemas os principais**.

Por conta disso, buscamos a partir deste material **revisar as principais dermatoses da infância no atendimento da APS**, abordando as principais características de cada doença, como é feito o diagnóstico e seus tratamentos, para auxiliar os profissionais na prática clínica, visto que as dermatoses na infância são questões frequentes na APS.

## CAPÍTULO 2

## ABORDAGEM CLÍNICA DAS DERMATOSES INFANTIS

Ana Carolina Pisani Pulita<sup>1</sup>  
Karine Cappelletti<sup>2</sup>  
Maria Eduarda Lima Viapiana<sup>1</sup>  
Marina Chies Galvan<sup>1</sup>  
Millena Raquel Schiavini<sup>1</sup>  
Patrícia Borchardt Bolson<sup>2</sup>  
Paula Milena Cavalli<sup>1</sup>  
Valéria Giacomelli Pansera<sup>1</sup>

1. *Discentes – Medicina na Universidade de Caxias do Sul-RS.*
2. *Docentes – Disciplina de Dermatologia na Universidade de Caxias do Sul-RS.*

**PALAVRAS-CHAVE:** Manejo individualizado; Anamnese completa; Planejamento.

DOI: 10.59290/978-65-6029-253-6.2

---

## ANAMNESE E EXAME FÍSICO

A abordagem inicial do paciente com dermatose requer uma anamnese detalhada da queixa atual e um exame físico abrangente da pele, a fim de estabelecer um diagnóstico preciso, avaliar a gravidade da condição e planejar o tratamento adequado.

### ANAMNESE

Fundamental interrogar os pais ou responsáveis pela criança sobre sintomas como prurido, dor, presença de lesões específicas, duração das lesões, possíveis fatores desencadeantes, bem como condições que aliviam ou agravam os sintomas. Informações sobre o histórico familiar de doenças de pele, alergias, tratamentos prévios e condições médicas preexistentes são igualmente relevantes para orientar o diagnóstico.

### EXAME FÍSICO

O exame físico envolve a avaliação geral da pele, observando características como cor, textura, presença de lesões (bolhas, manchas, crostas), distribuição das lesões pelo corpo e sinais de infecção secundária. Além disso, é importante avaliar as mucosas oral/genital e unhas em busca de manifestações cutâneas associadas.

A avaliação de pacientes com pele de fototipos mais altos (tipos de pele de Fitzpatrick IV a VI) demanda mais atenção, dado que a intensidade da pigmentação pode alterar as características visuais de determinadas lesões cutâneas. Por exemplo, em indivíduos com pele de tonalidade escura, lesões eritematosas e escamosas, características do eczema, podem manifestar-se com colorações que variam do marrom-escuro ao preto ou ao violáceo.

## EXAMES COMPLEMENTARES

A maioria das dermatoses infantis é diagnosticada através da anamnese e exame físico. Em alguns casos, porém, poderá ser necessária a solicitação de exames complementares, fornecendo informações adicionais que podem ser essenciais para o manejo adequado das condições dermatológicas em crianças.

- Biópsia: em casos complexos ou atípicos, a realização de uma biópsia de pele pode ser necessária para confirmar o diagnóstico e determinar a natureza específica da lesão. Este procedimento envolve a coleta de uma amostra de tecido para análise anatomopatológica, contribuindo para a definição do tratamento mais adequado.
- Exame micológico direto e cultura bacteriana ou fúngica: a realização de exames microbiológicos pode ser recomendada para identificar o agente causador e orientar a utilização de tratamento específico.
- Testes alérgicos: a realização de testes alérgicos pode ser indicada para identificar os alérgenos responsáveis pelas manifestações cutâneas. Esta abordagem é essencial para evitar exposições futuras e prevenir recorrências. Exemplos: teste de contato, *prick test*.
- Exames laboratoriais: além dos exames direcionados à pele, podem ser solicitados exames laboratoriais gerais, como hemograma completo, função tireoidiana, vitaminas, função hepática e renal para avaliar aspectos sistêmicos relacionados às dermatoses infantis. Isso é especialmente relevante em casos graves ou recorrentes, contribuindo também para a continuidade do tratamento.

## PLANO TERAPÊUTICO INTEGRADO

É uma etapa crucial no manejo das dermatoses infantis, pois envolve uma combinação de diversas abordagens terapêuticas, garantindo um tratamento eficaz e individualizado para cada paciente. Essa estratégia visa atender às particularidades de cada condição dermatológica, proporcionando um cuidado abrangente e adequado às necessidades específicas de cada criança.

- Tratamento tópico: é frequentemente a primeira linha de abordagem para muitas dermatoses infantis, envolvendo a aplicação de cremes, pomadas ou loções diretamente na pele afetada. A seleção do agente tópico apropriado depende do tipo e da gravidade da condição dermatológica, bem como da idade e da sensibilidade.
- Terapia sistêmica: em casos mais graves ou extensos de dermatoses infantis, pode ser necessária a introdução de terapias sistêmicas, como medicamentos orais ou injetáveis. Essa abordagem busca tratar a condição de forma mais abrangente, atuando em nível sistêmico para controlar os sintomas e facilitar a cicatrização da pele, proporcionando um cuidado mais efetivo e completo.
- Medidas preventivas: além do tratamento das lesões cutâneas, o plano terapêutico integrado deve incluir medidas preventivas para evitar recorrências e complicações. Isso abrange ori-

entações sobre cuidados com a pele, uso adequado de produtos cosméticos, proteção solar e a identificação de possíveis fatores desencadeantes.

- *Acompanhamento regular*: é essencial para avaliar a eficácia do tratamento proposto. As consultas de acompanhamento são importantes para monitorar as lesões cutâneas, ajustar as estratégias terapêuticas conforme necessário, observar a evolução da doença e proporcionar suporte contínuo ao paciente e à sua família.
- *Equipe Multidisciplinar*: alguns pacientes podem precisar consultar diferentes especialistas devido a comorbidades associadas. Nesses casos, é frequentemente necessário o apoio psicológico ou psiquiátrico tanto para o paciente quanto para os familiares, uma vez que certas dermatoses podem impactar significativamente a qualidade de vida de todos os envolvidos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARMSTRONG, Cheryl A.; LEVY, Moise L.; DELLAVALLE, Robert P. Approach to the clinical dermatologic diagnosis. In: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA, 2018. Disponível em:

<[https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-clinical-dermatologic-diagnosis?search=abordagem+cl%C3%ADnica+dermatoses+infantil&source=search\\_result&selectedTitle=8%7E150&usage\\_type=default&display\\_rank=8](https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-clinical-dermatologic-diagnosis?search=abordagem+cl%C3%ADnica+dermatoses+infantil&source=search_result&selectedTitle=8%7E150&usage_type=default&display_rank=8)>.

MACHADO, Maria Cecilia da Matta Rivitti; CARNEIRO-SAMPAIO, Magda Carneiro (ed.); GOMES, Filomena Maria da Silva (ed.). **Dermatologia pediátrica**, 3ª edição. Instituto da Criança e do Adolescente (ICr) do HCFMUSP. Barueri-SP: Editora Manole, 2022. 728 p. ISBN: 9786555764949.

## CAPÍTULO 3

### ECZEMA DE CONTATO (DERMATITE DE CONTATO)

Ana Carolina Pisani Pulita<sup>1</sup>  
Karine Cappelletti<sup>2</sup>  
Maria Eduarda Lima Viapiana<sup>1</sup>  
Marina Chies Galvan<sup>1</sup>  
Millena Raquel Schiavini<sup>1</sup>  
Patrícia Borchardt Bolson<sup>2</sup>  
Paula Milena Cavalli<sup>1</sup>  
Valéria Giacomelli Pansera<sup>1</sup>

1. *Discentes – Medicina na Universidade de Caxias do Sul-RS.*
2. *Docentes – Disciplina de Dermatologia na Universidade de Caxias do Sul-RS.*

**PALAVRAS-CHAVE:** *Dermatite; Área de fraldas; Contato.*

DOI: 10.59290/978-65-6029-253-6.3

## INTRODUÇÃO

Dermatoses eczematosas são frequentes, representando aproximadamente 10 a 30% das consultas dermatológicas em diferentes populações e grupos étnicos. Cada tipo de eczema tende a ser mais prevalente em determinadas fases da vida - por exemplo, a dermatite atópica é mais comum na infância, enquanto o eczema asteatótico e o numular predominam em adultos e idosos.

## TIPOS DE ECZEMAS EM CRIANÇAS

O eczema é uma condição de pele comum na infância, caracterizada por inflamação e irritação da pele sempre com prurido associado. Dentre os subtipos mais prevalentes em crianças, destacam-se: dermatite atópica, eczema de contato, dermatite seborreica, eczema numular e eczema disidrótico.

Neste material iremos destacar a dermatite atópica (abordado no próximo capítulo), o eczema de contato, dermatite de áreas de fraldas e a dermatite seborreica, visto sua maior prevalência na faixa etária pediátrica.

## ECZEMA DE CONTATO (DERMATITE DE CONTATO)

✓ **Introdução:** Este tipo de eczema ocorre quando a pele entra em contato com substâncias irritantes ou alérgenos, desencadeando uma reação inflamatória. A dermatite de fraldas é o tipo de dermatite de contato por irritante mais prevalente na faixa etária pediátrica e será abordada em capítulo separado. Outros exemplos são: dermatite de contato ao níquel (brincos, relógios, acessórios), dermatite de contato da face e mãos por substâncias como maquiagens, tintas, colas, “slimes”.

✓ **Quadro Clínico:** A dermatite de contato pode se manifestar nas fases aguda, subaguda ou crônica com lesões eritematosas que envolvem eritema, vesículas, secreção e espessamento da pele. O prurido é um sintoma constante.

**Figura 3.1** - Dermatite de contato alérgica - Placa eritematosa localizada na pálpebra superior, com leve descamação



**Fonte:** DUARTE & FIGUEIREDO (2014).

✓ **Diagnóstico:** O diagnóstico é realizado por meio da história clínica e exame físico. A delimitação e a localização do processo eruptivo são elementos importantes na diagnose dessa forma eczematosa. Em raros casos há necessidade de exames complementares (biópsia, teste alérgicos).

✓ **Tratamento:** O tratamento envolve evitar o agente causador e controlar a inflamação cutânea, respeitando a fase da dermatite (aguda ou crônica). Os principais medicamentos atuantes na inflamação da dermatite de contato são corticosteroides, pimecrolimo e tacrolimo. Excepcionalmente, podem ser empregadas outras terapias como metotrexato, ciclosporina e fototerapia.

➤ **Corticosteroides:** Principais anti-inflamatórios utilizados em casos de dermatite de contato com pouco tempo de evolução. Seu uso por curto período favorece o controle da dermatite de contato. Podem ser utilizados via tópica nos casos leves e moderados. Na fase aguda do eczema, são utilizados em forma de cremes. Associa-se corticosteroide via sistêmica em casos graves.

- **Tratamento Fase Aguda:** Uso de corticosteroides, adequados conforme a faixa etária do paciente, para reduzir a inflamação e o prurido. Utiliza-se corticoides tópicos de média potência (aceponato de metilprednisolona, mometasona, fluticasona, valerato de betametasona) nas lesões. Para crianças menores de 2 anos ou para face, dobras e genitais, recomenda-se corticoide de baixa potência (desonida, dexametasona, hidrocortisona). É recomendado o uso de corticoides tópicos de baixa e de média potência uma ou duas vezes ao dia de 3 a 14 dias. Indica-se compressas frias com substâncias calmantes, como chá de camomila, podem ser empregadas para aliviar a irritação e promover o conforto da pele. Deve-se evitar a exposição solar excessiva e o contato com substâncias que possam agravar a condição, como o alérgeno responsável pela reação e outras substâncias irritativas.

- **Tratamento Fase Crônica:** A preferência é pelos corticosteroides em forma de pomada ou unguento nas mesmas potências mencionadas na fase aguda. Nesses casos, não se pode deixar de considerar os efeitos adversos deste medicamento utilizado por período prolongado. Entre os efeitos a serem considerados, salientam-se seu efeito anti-proliferativo estimulando a atrofia de pele, a indução de telangiectasias e sua ação sistêmica sobre o eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal.
  - **Tratamento da Dermatite de Contato de Longa Duração:** Na dermatite de contato de longa duração, outros fármacos imunomoduladores podem ser empregados, evitando-se, assim, os efeitos colaterais pelo uso crônico dos corticosteroides.
- *Pimecrolimo e Tacrolimo:* imunomoduladores que podem substituir os corticosteroides, principalmente nos casos de eczema crônico, uma vez que seu uso prolongado não leva à atrofia de pele. Estão bem indicados em casos de dermatites crônicas e por tempo prolongado. O tacrolimo na concentração de 0,03% é indicado para crianças de 2 a 15 anos e na concentração 0,1% para maiores de 16 anos, e o pimecrolimo é indicado para crianças acima de 3 meses de idade.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AAD, American Academy of Dermatology Association. **Eczema Resource Center**, 2025. Disponível em <<https://www.aad.org/public/diseases/eczema>>.

CESTARI, Simara da Costa Pereira. **Dermatologia pediátrica**, 1ª Edição. Editora Atheneu, 2012. ISBN: 978-8538802983.

DUARTE, Ida; FIGUEIREDO, Mariana. Dermatite de contato na infância. **Pediatria Moderna**, p. 45-55, 2014. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/publication/312021458\\_Dermatite\\_de\\_contato\\_na\\_infancia](https://www.researchgate.net/publication/312021458_Dermatite_de_contato_na_infancia)>.

MACHADO, Maria Cecília da Matta Rivitti; CARNEIRO-SAMPAIO, Magda Carneiro (ed.); GOMES, Filomena Maria da Silva (ed.). **Dermatologia pediátrica**, 3ª edição. Instituto da Criança e do Adolescente (ICr) do HCFMUSP. Barueri-SP: Editora Manole, 2022. 728 p. ISBN: 9786555764949.

NEA, National Eczema Association. **About Eczema: Types, Symptoms, Causes, Treatment**, 2025. Disponível em: <<https://nationaleczema.org/eczema/>>.

## CAPÍTULO 4

# DERMATITE DE ÁREA DAS FRALDAS

Ana Carolina Pisani Pulita<sup>1</sup>  
Karine Cappelletti<sup>2</sup>  
Maria Eduarda Lima Viapiana<sup>1</sup>  
Marina Chies Galvan<sup>1</sup>  
Millena Raquel Schiavini<sup>1</sup>  
Patrícia Borchardt Bolson<sup>2</sup>  
Paula Milena Cavalli<sup>1</sup>  
Valéria Giacomelli Pansera<sup>1</sup>

1. *Discentes – Medicina na Universidade de Caxias do Sul-RS.*
2. *Docentes – Disciplina de Dermatologia na Universidade de Caxias do Sul-RS.*

**PALAVRAS-CHAVE:** Contato; Dermatite; Eczema.

DOI: 10.59290/978-65-6029-253-6.4

## INTRODUÇÃO

A dermatite de fraldas é uma condição dermatológica frequente, especialmente em bebês e indivíduos que utilizam fraldas continuamente. O termo abrange outras dermatoses inflamatórias que acometem a região coberta pela fralda. No entanto, neste capítulo, será abordada especificamente a Dermatite de Fraldas Irritativa Primária, por ser a forma mais comum na infância. Além disso, é a forma mais prevalente de dermatite de contato por irritação primária.

## QUADRO CLÍNICO

Acomete as regiões convexas das nádegas, vulva, períneo, parte inferior do abdômen e a região proximal das coxas, preservando as áreas intertriginosas (pregas), formando um padrão clínico que lembra a letra "W". Sua apresentação pode variar em gravidade, desde uma forma leve, com eritema localizado, até uma forma moderada, caracterizada por eritema mais intenso e pápulas.

**Figura 4.1** - Dermatite de fraldas leve – Região perineal com presença de eritema leve, as pregas estão poupadas. Padrão clínico que lembra a letra "W"



**Fonte:** SBP (2016).

Nos casos mais graves, observa-se eritema profundo, maceração, pápulas, pústulas e exulcerações, condição conhecida como Dermatite de Jacquet. A etiopatogenia da dermatite de fraldas é evidenciada por diversos fatores que desencadeiam e agravam essa dermatose, entre eles:

- i. Umidade e Maceração da Pele:** A exposição prolongada à umidade causada pela urina e fezes leva à maceração da pele, tornando-a mais vulnerável a agressões externas.
- ii. Atrito e Trauma Mecânico:** O contato constante da fralda com a pele sensível gera atrito, promovendo lesões que comprometem a barreira cutânea.
- iii. Alteração do pH da Pele:** A urina, ao se decompor, libera amônia, elevando o pH local. Isso reduz a proteção natural da pele e aumenta sua suscetibilidade a irritações e infecções.
- iv. Ação de Enzimas Digestivas:** As fezes contêm enzimas digestivas, como proteases e lipases, que degradam proteínas e lipídios da barreira cutânea, facilitando a irritação e inflamação.
- v. Proliferação de Microorganismos:** A umidade e a alteração do pH favorecem o crescimento de microrganismos, especialmente *Candida albicans* e bactérias (*Staphylococcus aureus* ou *Streptococcus pyogenes*), podendo levar a infecções secundárias.

## DIAGNÓSTICO

O diagnóstico da dermatite de área de fraldas é clínico.

## TRATAMENTO

As recomendações para prevenir e tratar a dermatite de fraldas são:

- Manter a região limpa e seca, aumentando a frequência de trocas de fraldas do bebe para que diminua o tempo de exposição ao fator irritante. Preferencialmente, realizar as trocas de fraldas com fezes com ducha de água morna, utilizando sabonetes líquidos infantis com pH fisiológico ou usar algodão com água morna;
- Expor a região perineal ao ar sempre que possível;
- Não esfregar o local para evitar atrito;
- Limpar o períneo da frente para trás delicadamente;
- Usar corticoide de baixa potência (hidrocortisona ou dexametasona) 2 vezes ao dia por 3 a 5 dias.
- Se presença de *Candida* associada (aparecimento de pápulas eritematosas satélites), fazer uso de antifúngico tópico (nistatina, miconazol, cetoconazol) nas trocas de fraldas por 7 a 14 dias.

- Aplicar o creme de barreira utilizando uma camada que cubra toda a região exposta e verificar a fralda que está sendo utilizada, optando por aquelas com maior capacidade de absorção e sem fragrâncias.
- ❖ **Observação 1:** A utilização de produtos que contenham medicamentos em sua formulação, especialmente os corticosteroides, deve ser realizada sob orientação médica e por períodos limitados. Não se recomenda o uso de corticosteroides tópicos de alta potência, assim como de formulações com múltiplos componentes, pois estas frequentemente contêm corticosteroides potentes que aumentam o risco de efeitos adversos cutâneos, especialmente em tratamentos prolongados.
- ❖ **Observação 2:** Tanto os corticosteroides quanto a nistatina não devem ser empregados como medidas preventivas. O uso da nistatina a longo prazo pode levar a resistência antifúngica e alteração da flora normal da pele. Devido ao ambiente oclusivo proporcionado pelas fraldas, a absorção dos corticoides é potencializada, o que pode resultar em efeitos adversos locais, como atrofia, telangiectasias e aumento de pelos, além de efeitos sistêmicos, incluindo a Síndrome de Cushing exógena.

**Figura 4.2** - Candidíase perineal – Área de eritema com múltiplas pápulas eritematosas satélites, distribuídas ao redor da lesão principal, acometendo também as pregas interglúteas e genitais



**Fonte:** SBP (2016).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CESTARI, Simara da Costa Pereira. **Dermatologia pediátrica**, 1ª Edição. Editora Atheneu, 2012. ISBN: 978-8538802983.

MACHADO, Maria Cecília da Matta Rivitti; CARNEIRO-SAMPAIO, Magda Carneiro (ed.); GOMES, Filomena Maria da Silva (ed.). **Dermatologia pediátrica**, 3ª edição. Instituto da Criança e do Adolescente (ICr) do HCFMUSP. Barueri-SP: Editora Manole, 2022. 728 p. ISBN: 9786555764949.

SBP, Sociedade Brasileira de Pediatria. **Dermatite de fraldas**: diagnóstico diferencial - Documento Científico. Departamento Científico de Dermatologia da SBP, 2016. Disponível em:

<[https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/publicacoes/Dermatologia-Dermatite-da-rea-das-fraldas.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/publicacoes/Dermatologia-Dermatite-da-rea-das-fraldas.pdf)>.

SBP, Sociedade Brasileira de Pediatria. **Dermatite de fraldas**: diagnósticos diferenciais - Guia Prático de Atualização. Departamento Científico de Dermatologia da SBP, 2022. Disponível em:

<[https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/23551c-GPA\\_DermatiteFraldas\\_DiagnosticosDiferenciais.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/23551c-GPA_DermatiteFraldas_DiagnosticosDiferenciais.pdf)>.

## CAPÍTULO 5

# DERMATITE SEBORREICA

Ana Carolina Pisani Pulita<sup>1</sup>  
Karine Cappelletti<sup>2</sup>  
Maria Eduarda Lima Viapiana<sup>1</sup>  
Marina Chies Galvan<sup>1</sup>  
Millena Raquel Schiavini<sup>1</sup>  
Patrícia Borchardt Bolson<sup>2</sup>  
Paula Milena Cavalli<sup>1</sup>  
Valéria Giacomelli Pansera<sup>1</sup>

1. *Discentes – Medicina na Universidade de Caxias do Sul-RS.*
2. *Docentes – Disciplina de Dermatologia na Universidade de Caxias do Sul-RS.*

**PALAVRAS-CHAVE:** Contato; Dermatite; Eczema.

DOI: 10.59290/978-65-6029-253-6.5

## INTRODUÇÃO

A dermatite seborreica é uma dermatose inflamatória crônica, comum na infância, caracterizada por lesões eritematosas, oleosas e descamativas que acometem principalmente áreas ricas em glândulas sebáceas, como couro cabeludo, face, região pré-esternal, dorso e dobras. Na infância apresenta dois picos de incidência: o primeiro ocorre nos lactentes, geralmente entre 2<sup>a</sup> e 10<sup>a</sup> semanas de vida, com pico por volta dos 3 meses de idade. O segundo aparece na fase pré-puberal e adolescência, coincidindo com o aumento da atividade hormonal e a produção sebácea.

Apesar de não ser considerada um tipo de eczema clássico, é uma condição que pode causar desconforto e preocupação nos cuidadores. Fatores como umidade, calor, uso de tecidos sintéticos e estresse emocional podem agravar o quadro clínico.

## QUADRO CLÍNICO

### RECÉM-NASCIDOS E CRIANÇAS

Habitualmente, a manifestação inicial surge no couro cabeludo (sobretudo no vértex e fontanela anterior) sob a forma de escamas amareladas e untuosas, desde finas a muito espessas e aderentes ao couro cabeludo e cabelo, designada de crosta láctea. Na maioria dos casos, encontra-se limitada ao couro cabeludo, mas pode atingir a região frontal, pavilhões auriculares, supracílios, nariz e nuca.

Podem aparecer lesões eritematosas, de bordos mais ou menos definidos e escama fina, na face e em outras regiões seborreicas, como as regiões retro-auricular, cervical, axilar, inguinal, umbilical e anogenital, de forma simétrica. Nas regiões axilares e inguinais, pode ocasionalmente haver eritema exuberante com exsudação e sobreinfecção por *Candida*.

A dermite seborreica da infância é autolimitada, resolvendo-se espontaneamente em semanas ou meses (na maioria em torno de 8 a 12 meses de idade). Ocasionalmente, algumas crianças,

sobretudo fototipos mais altos, poderão manter ligeira descamação do couro cabeludo durante a idade pré-escolar.

### **PRÉ-PUBERAL E ADOLESCENTES**

Na fase pré-puberdade e durante a adolescência, pode ocorrer o reaparecimento ou o surgimento da dermatite seborreica. Nessa faixa etária, a apresentação clínica caracteriza-se por manchas ou placas finas, com eritema de intensidade variável e descamação amarelada e oleosa, principalmente no couro cabeludo, sobrancelhas, sulcos nasogenianos e região anterior ao esterno.

No couro cabeludo as lesões são comuns, e tendem a ser menos delimitadas. Eventualmente, pode causar otite externa não supurativa. A evolução da doença é crônica e recorrente, com intensidade oscilante, muitas vezes agravada por fatores de estresse emocional.

A exposição ao sol e ao calor pode intensificar o quadro.

**Figura 5.1** - Dermatite seborreica - Localizada no couro cabeludo, caracterizada por placas eritemato-descamativas e crostas amareladas aderidas



**Fonte:** NEA (2017).

**Figura 5.2** - Dermatite seborreica - Lesões eritematosas em região do tronco, cervical e face



**Fonte:** NEA (2017).

## DIAGNÓSTICO

O diagnóstico da dermatite seborreica é clínico, baseado na história e nas características das lesões.

## TRATAMENTO

Baseia-se em produtos de lavagem e tópicos com ação emoliente. Dessa forma, o tratamento deve ser adaptado de acordo com as necessidades, as condições individuais da pele e a faixa etária dos pacientes.

### Recém-nascidos e Crianças:

1. **Xampus suaves:** Formulados para uso infantil. Não é recomendado produtos que tenham na formulação Sulfeto de Selênio, Ácido Salicílico ou Enxofre.
2. **Óleo emoliente:** Aplicar óleo mineral ou infantil morno, 30 minutos antes do banho para ajudar a soltar as crostas, facilitando a remoção com pente fino sem causar irritação.
3. **Em casos com maior acometimento:** Corticoide de baixa potência (hidrocortisona a 1%) de três a cinco dias, aplicando uma vez ao dia.

### Pré-puberal e Adolescentes:

1. **Xampus:** Formulações que contenham piritionato de zinco, **cetoconazol a 2%**, ácido salicílico e sulfeto de selênio podem ser usadas diariamente até controle das lesões e após uma a duas vezes na semana para manutenção se o quadro for crônico.
2. **Corticosteroides tópicos:** Indicados nos casos mais persistentes ou nas exacerbações. Em couro cabeludo usa-se corticoide de média a alta potência, já em região de face deve-se usar corticosteroides de baixa potência, como o creme de hidrocortisona a 1%. Em ambos os casos o uso de corticoide é de curto prazo.

Os inibidores de calcineurina, como pimecrolimo e tacrolimo, também são empregados, principalmente quando há necessidade de tratamento prolongado e quando os antimicóticos sozinhos não oferecem resultados satisfatórios.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CESTARI, Simara da Costa Pereira. **Dermatologia pediátrica**, 1ª Edição. Editora Atheneu, 2012. ISBN: 978-8538802983.

MACHADO, Maria Cecília da Matta Rivitti; CARNEIRO-SAMPAIO, Magda Carneiro (ed.); GOMES, Filomena Maria da Silva (ed.). **Dermatologia pediátrica**, 3ª edição. Instituto da Criança e do Adolescente (ICr) do HCFMUSP. Barueri-SP: Editora Manole, 2022. 728 p. ISBN: 9786555764949.

NEA, National Eczema Association. Seborrheic Dermatitis in Children. 2017. Disponível em: <<https://nationaleczema.org/children/seborrheic-dermatitis/>>.

## CAPÍTULO 6

# DERMATITE ATÓPICA

Ana Carolina Pisani Pulita<sup>1</sup>  
Karine Cappelletti<sup>2</sup>  
Maria Eduarda Lima Viapiana<sup>1</sup>  
Marina Chies Galvan<sup>1</sup>  
Millena Raquel Schiavini<sup>1</sup>  
Patrícia Borchardt Bolson<sup>2</sup>  
Paula Milena Cavalli<sup>1</sup>  
Valéria Giacomelli Pansera<sup>1</sup>

1. *Discentes – Medicina na Universidade de Caxias do Sul-RS.*
2. *Docentes – Disciplina de Dermatologia na Universidade de Caxias do Sul-RS.*

**PALAVRAS-CHAVE:** Barreira cutânea; Prurido; Atopias.

DOI: 10.59290/978-65-6029-253-6.6

## INTRODUÇÃO

A dermatite atópica é uma doença inflamatória crônica da pele, caracterizada por prurido, xerose e lesões eczematosas com distribuição típica. Predomina em indivíduos geneticamente predispostos e é agravada por fatores ambientais e alterações no microbioma cutâneo. Apresenta períodos alternados de crises e remissões, sendo considerada a “asma da pele”. Pode manifestar-se isoladamente ou em associação com outras condições atópicas, como asma, rinite e alergias alimentares. Cerca de 30% dos pacientes com eczema atópico também apresentam asma ou rinite alérgica, e 70% relatam antecedentes familiares de atopia, evidenciando a influência genética na predisposição à doença. Embora afete principalmente crianças, a dermatite atópica pode persistir na vida adulta, comprometendo a qualidade de vida.

Fatores ambientais podem influenciar o surgimento e a gravidade da dermatite atópica, incluindo: exposição a alérgenos, poluentes e mudanças climáticas; sudorese excessiva devido a ambientes quentes, variações bruscas de temperatura e uso de roupas pesadas; baixa umidade do ar, que agrava o ressecamento da pele; contato com roupas de lã, tecidos sintéticos ou ásperos, que intensificam o prurido; banhos prolongados com água quente, que contribuem para o ressecamento; uso excessivo de sabonetes e situações de estresse que aumentam o prurido.

## PATOGENESE

É multifatorial, resulta de defeitos na barreira cutânea, resposta imunológica inata e adaptativa disfuncional e alteração do microbioma.

- ***Marcha atópica:*** descreve a sequência de doenças atópicas que um indivíduo pode apresentar ao longo da vida, caracterizada pela tríade clássica: dermatite atópica, rinite alérgica e asma. Essas condições compartilham predisposições genéticas e mecanismos fisiopatológicos comuns e podem ocorrer subsequentes ou simultaneamente.

- Barreira cutânea: a pele é a principal linha de defesa da imunidade inata. A proteção física das células da epiderme, as secreções lipídicas que mantêm a hidratação, o pH ácido da superfície e a microbiota residente são essenciais para sua integridade e proteção contra agentes nocivos. Na dermatite atópica, ocorre o comprometimento dessa barreira, resultando na perda de sua integridade e funcionalidade.
- Fatores imunológicos: a ruptura da barreira imunológica permite a entrada de alérgenos, levando à liberação de citocinas inflamatórias. Esse processo causa inflamação e prurido intenso, além de inibir genes que promovem a diferenciação epidérmica, como da filagrina. Isso cria um ciclo vicioso, onde a resposta imunológica agrava a deficiência da barreira, intensificando o prurido e a perda de fatores de proteção.

## QUADRO CLÍNICO

É caracterizado por prurido intenso e lesões recorrentes de eczema. A gravidade dos sintomas e das manifestações cutâneas deve ser avaliada conforme a idade do paciente e os fatores desencadeantes. Os principais sinais e sintomas incluem:

- Prurido intenso: é um sintoma proeminente da dermatite atópica, interferindo nas atividades diárias e na qualidade do sono. A coceira pode causar escoriações, aumentando o risco de infecções bacterianas, especialmente por *Staphylococcus aureus*, além de infecções virais e fúngicas.
- Eritema e inflamação: a pele afetada apresenta vermelhidão e inflamação, frequentemente acompanhadas de descamação e crostas.
- Xerose e descamação: a pele tende a ser extremamente seca, áspera e descamativa.
- Vesículas e exsudação: podem ocorrer vesículas que se rompem, resultando em exsudação.
- Liquenificação: com o tempo, a pele afetada pela dermatite atópica pode apresentar espessamento e endurecimento.

A gravidade dos sintomas da dermatite atópica é variável, com remissões intercaladas por surtos agudos. Cerca de 70% das crianças apresentam remissão na adolescência, mas alguns casos podem persistir na vida adulta, sendo menos comum o surgimento da doença nessa fase.

Além do eczema, pacientes podem apresentar outros sinais cutâneos, como a prega dupla infra-orbital de Dennie-Morgan, escurecimento ao redor dos olhos, sinal de Hertoghe (rarefação lateral das sobrancelhas), ptiíase alba (manchas hipocrômicas na face e nos membros), ceratose pilar nos membros e palidez na região central do rosto.

## DISTRIBUIÇÃO DA DERMATITE ATÓPICA CONFORME A IDADE

- Fase infantil (0 a 2 anos): lesões com prurido intenso, eritema, pápulas, vesículas, escamas e crostas, predominantemente na face. Com o crescimento, podem aparecer nas superfícies

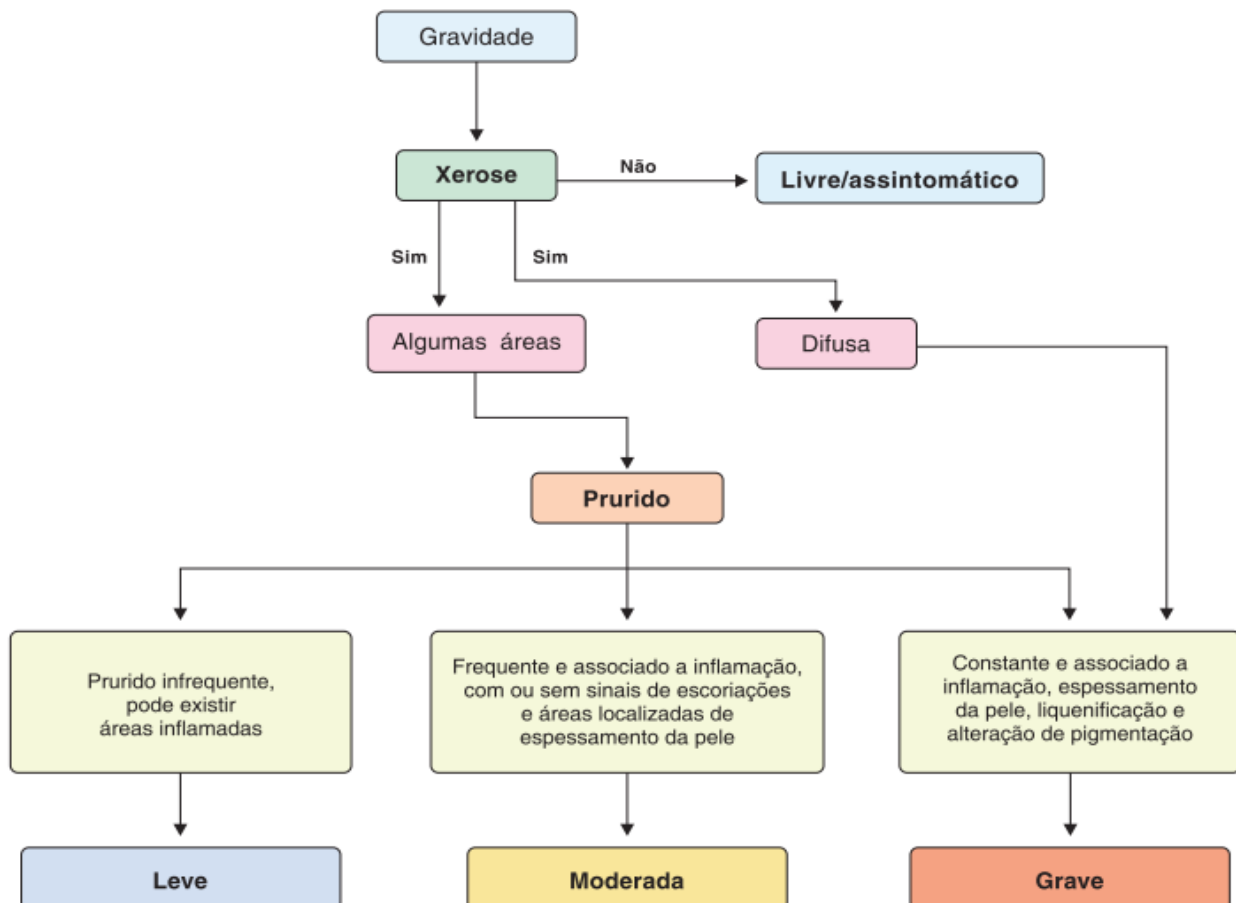
extensoras dos membros e no tronco. Infecções secundárias por *Staphylococcus aureus* são comuns, resultando em exsudatos e crostas melicéricas.

- *Fase pré-puberal (2 a 16 anos)*: lesões predominam nas regiões flexurais (joelhos, cotovelos, pescoço, pulsos e tornozelos). Nessa fase predominam os eczemas mais crônicos que podem levar a liquenificação.
- *Fase adulta*: manifesta-se de forma similar à fase pré-puberal, com lesões nas regiões flexurais e maior liquenificação. Adultos afetados geralmente tiveram formas graves da doença na infância, frequentemente associadas a impactos psicológicos.

## GRAVIDADE CLÍNICA

O fluxograma apresentado na Figura 6.1, a seguir, ilustra a classificação da gravidade clínica da dermatite atópica com base na presença de sintomas e sinais clínicos. Essa classificação permite orientar o tratamento conforme o grau de atividade da doença, promovendo uma abordagem individualizada e baseada na intensidade do acometimento cutâneo.

**Figura 6.1** - Fluxograma da gravidade clínica da dermatite atópica



Fonte: CARVALHO *et al.* (2017).

**Figura 6.2** - Dermatite atópica leve - Lesões eritematopapulosas com escoriações e crostas hemáticas restrita em regiões de flexura — poplíteas e punhos respectivamente



**Fonte:** ANTUNES *et al.* (2017).

**Figura 6.3** - Dermatite atópica moderada - Lesões eczematosas liquenificadas em regiões flexurais — poplítea e fossa cubital respectivamente



**Fonte:** ANTUNES *et al.* (2017).

**Figura 6.4** - Dermatite atópica grave - Lesões eczematosas extensas e difusas caracterizadas por eritema, liquenificação, escoriações e xerose, acometendo principalmente regiões de flexura (fossas antecubitais), tronco e braços



**Fonte:** LYONS *et al.* (2014).

**Figura 6.5** - Dermatite atópica em lactente - Lesões eritematoexsudativas em região facial, padrão de acometimento característico em crianças menores de 2 anos (fase infantil)



Fonte: WEIDINGER & NOVAK (2015).

## DIAGNÓSTICO

A dermatite atópica é diagnosticada com base em critérios clínicos, já que não existe um exame específico para confirmar a condição. O diagnóstico é guiado principalmente pelos critérios clínicos de Hanifin e Rajka que classificam os sinais e sintomas em maiores e menores.

### Critérios maiores:

1. **Prurido intenso:** Pode variar de intensidade. Pode piorar com o calor, estresse e no período da noite.
2. **Distribuição típica do Eczema:**
  - Lactentes: face, couro cabeludo e superfícies extensoras.
  - Crianças e adultos: dobras (antecubital, poplítea, cervical), axila e pescoço.
3. **História pessoal ou familiar de atopia:** asma, rinite alérgica ou dermatite atópica em familiares de primeiro grau.
4. **Curso crônico ou recidivante:** sintomas persistentes ou recorrentes.

### Critérios menores:

1. **Pele:** Xerose; Ictiose, ceratose pilar ou acentuação folicular; Intolerância a lã e outros irritantes; Dermatite recorrente crônica palmar e plantar ou de polpas digitais; Queilite (inflamação dos lábios); Infecções cutâneas frequentes (bacterianas ou virais); Dermatografismo branco (marcas brancas na pele após fricção).
2. **Olhos:** Dobras de Dennie-Morgan (pregas abaixo dos olhos); Conjuntivite recorrente ou ceratocone; Rarefação da cauda da sobrancelha (sinal de Hertoghe); Escurecimento periorcular (olheiras).

3. **Laboratorial:** Elevação da IgE sérica; Hiperreatividade aos testes cutâneos.
4. **Geral:** Início precoce da doença (antes dos 2 anos); Agravamento de lesões e prurido com estresse psicológico e condições climáticas; Intolerância a alimentos.

O diagnóstico geralmente é feito quando o paciente apresenta pelo menos três critérios maiores e três critérios menores.

## TRATAMENTO

O tratamento visa estabilizar os sintomas, englobando controle, manejo das crises, manutenção e abordagem proativa. A abordagem multidisciplinar é comum para um manejo integral. O tratamento pode incluir:

### A. Orientações para medidas de controle:

- Manter a pele hidratada com emolientes adequados, aplicando-os diariamente após o banho, enquanto a pele estiver úmida.
- Evitar banhos muito quentes e prolongados; usar agentes de limpeza líquidos e suaves que respeitem o pH da pele, sem esponjas ou buchas.
- Utilizar sabão de glicerina e evitar o uso de amaciantes perfumados na lavagem de roupas.
- Aplicar curativos umedecidos nas lesões após uma camada espessa de hidratante, preferencialmente à noite, para aliviar o prurido.
- Usar compressas de chá de camomila gelado nas lesões durante as crises de prurido.
- Optar por roupas de algodão ou tecidos macios.
- Evitar contato com cigarro e outros alérgenos.

### B. Tratamento Individualizado

Dermatite atópica leve: utiliza-se corticoides tópicos de média potência (aceponato de metilprednisolona, mometasona, fluticasona, valerato de betametasona) nas lesões. Para face, dobras e genitais, recomenda-se corticoide de baixa potência (desonida, dexametasona, hidrocortisona).

Dermatite atópica moderada: indica-se corticoides tópicos de média potência, antibiótico oral em caso de infecção secundária. Anti-histamínicos sedativos como hidroxizina e dexclorfeniramina podem ser utilizados por curto período para redução da sensação de prurido. Como terapia proativa, além dos hidratantes, pode-se usar corticoide tópico de baixa potência (2x/semana) e imunomoduladores tópicos (pimecrolimus a partir de 3 meses, tacrolimus 0,03% a partir de 2 anos e tacrolimus 0,1% a partir de 16 anos).

Dermatite atópica grave: recomenda-se corticoides tópicos de média potência, antibiótico oral se houver infecção secundária e anti-histamínico sedativo. Considerar fototerapia, imunossuppressores clássicos (metotrexato, ciclosporina, azatioprina, micofenolato de mofetila) e anticorpos

monoclonais biológicos (dupilumabe, lebrequizumabe). Antibióticos orais indicados: cefalexina e amoxicilina-clavulanato por 1 a 2 semanas.

❖ **Observação 1:** A administração de corticosteroides tópicos de baixa potência é indicada para crianças com menos de 2 anos, enquanto o emprego de corticosteroides de alta potência deve ser evitado em todas as faixas etárias pediátricas.

❖ **Observação 2:** Os anti-histamínicos não sedativos não apresentam benefícios no tratamento da dermatite atópica, exceto nos casos em que há urticária associada.

❖ **Observação 3:** O uso de corticosteroides sistêmicos é desaconselhado na prática rotineira, sendo indicado apenas em situações de exacerbações graves, como terapia de resgate, e por um período restrito, geralmente entre 3 a 7 dias.

### C. Quando Encaminhar para o Dermatologista

Pacientes com dermatite atópica moderada a grave, sem resposta satisfatória aos tratamentos recomendados iniciais em um mês, devem ser encaminhados. Isso se aplica também a aqueles com três ou mais recidivas em seis meses, apesar de tratamento otimizado, ou com grave prejuízo funcional.

Adicionalmente, devem ser referidos pacientes com complicações, como infecções secundárias, ou condições concomitantes que afetam o manejo, como asma ou rinite alérgica.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANTUNES, Adriana A. *et al.* Guia prático de atualização em dermatite atópica-Parte I: etiopatogenia, clínica e diagnóstico. Posicionamento conjunto da Associação Brasileira de Alergia e Imunologia e da Sociedade Brasileira de Pediatria. **Arquivos de Asma, Alergia e Imunologia**, p. 131-156, 2017. Disponível em: <[https://www.sbp.com.br/file-admin/user\\_upload/Consenso\\_-\\_Dermatite\\_Atopica-vol\\_1\\_n\\_2\\_a04\\_1.pdf](https://www.sbp.com.br/file-admin/user_upload/Consenso_-_Dermatite_Atopica-vol_1_n_2_a04_1.pdf)>.

ARAGÃO, Carmem Raquel Marques Coura *et al.* Abordagem da dermatite atópica em crianças na atenção primária. **Revista Coopex.**, v. 14, n. 4, p. 2774-2786, Editora UNIFIP, 2023. DOI: <https://doi.org/10.61223/coopex.v14i4.376>.

CARVALHO, Vânia O. *et al.* Guia prático de atualização em dermatite atópica-Parte II: abordagem terapêutica. Posicionamento conjunto da Associação Brasileira de Alergia e Imunologia e da Sociedade Brasileira de Pediatria. **Arquivos de Asma, Alergia e Imunologia**, p. 157-182, 2017.

LYONS, Jonathan J.; MILNER, Joshua D.; STONE, Kelly D. Atopic dermatitis in children: clinical features, pathophysiology and treatment. **Immunology and allergy clinics of North America**, v. 35, n. 1, p. 161, 2014. PMID: 25459583; PMCID: PMC4254569.

MACHADO, Maria Cecilia da Matta Rivitti; CARNEIRO-SAMPAIO, Magda Carneiro (ed.); GOMES, Filomena Maria da Silva (ed.). **Dermatologia pediátrica**, 3ª edição. Instituto da Criança e do Adolescente (ICr) do HCFMUSP. Barueri-SP: Editora Manole, 2022. 728 p. ISBN: 9786555764949.

MARTINS, Ana Cláudia Magnus *et al.* **RegulaSUS - Protocolos de regulação ambulatorial: dermatologia**. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em

Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS); RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde, 2023. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/270580/001193808.pdf?sequence=1>>.

SBP, Sociedade Brasileira de Pediatria. **Dermatite atópica**. Departamento Científico de Dermatologia da SBP, 2024. Disponível em: <<https://www.sbd.org.br/doencas/dermatite-atopica/>>.

WEIDINGER, Stephan; NOVAK, Natalija. Atopic Dermatitis. **The Lancet**, London, England, v. 387, p. 1109-1122, epub 2015. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)00149-X. PMID: 26377142.

## CAPÍTULO 7

# IMPETIGO

Ana Carolina Pisani Pulita<sup>1</sup>  
Karine Cappelletti<sup>2</sup>  
Maria Eduarda Lima Viapiana<sup>1</sup>  
Marina Chies Galvan<sup>1</sup>  
Millena Raquel Schiavini<sup>1</sup>  
Patrícia Borchardt Bolson<sup>2</sup>  
Paula Milena Cavalli<sup>1</sup>  
Valéria Giacomelli Pansera<sup>1</sup>

1. *Discentes – Medicina na Universidade de Caxias do Sul-RS.*
2. *Docentes – Disciplina de Dermatologia na Universidade de Caxias do Sul-RS.*

**PALAVRAS-CHAVE:** Infecção; Pústulas; Complicações.

DOI: 10.59290/978-65-6029-253-6.7

---

## INTRODUÇÃO

O impetigo é uma infecção bacteriana da pele, causada por *Staphylococcus aureus* e/ou *Streptococcus pyogenes*, e apresenta duas manifestações clínicas: não bolhoso (70%) e bolhoso (30%).

O impetigo estreptocócico ocorre quando o *Streptococcus* coloniza a pele danificada, enquanto o impetigo estafilocócico geralmente começa na mucosa nasal e se espalha para a pele. A infecção é mais comum em crianças e está associada à falta de higiene e a condições de pele pré-existentes, como escabiose e eczema. Além disso, é contagiosa e pode ser agravada por imunossupressão e deficiências imunológicas.

## MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DO IMPETIGO

### IMPETIGO NÃO BOLHOSO

- **Lesões:** Pequenas pústulas ou vesículas que rapidamente se rompem, formando crostas melicéricas.
- **Características:** Crostas amareladas (cor de mel) facilmente removíveis, com base eritematosa. O prurido é um sintoma comum e, frequente, pode causar a disseminação da infecção, devido ao toque e ao ato de coçar as lesões (ver Figura 7.1, a seguir).
- **Distribuição:** Comumente localizado na região perioral, mas também pode ocorrer em outras áreas expostas, como braços e pernas.

### IMPETIGO BOLHOSO

- **Lesões:** Bolhas claras contendo líquido seroso, que se rompem espontaneamente, formando áreas erosivas e crostas amareladas.

- **Características:** Tende a apresentar menos prurido quando comparado ao tipo não bolhoso. As lesões são maiores e mais profundas, podendo deixar cicatrizes na pele, dependendo da gravidade da infecção e da duração (ver Figura 7.2, a seguir).
- **Distribuição:** Frequentemente localizadas em áreas de dobras e superfícies, como tronco e extremidades. No entanto, as lesões podem surgir em praticamente qualquer parte do corpo, com maior incidência nas áreas onde o atrito ou a umidade favorecem o surgimento das bolhas.

**Figura 7.1** - Impetigo não bolhoso - Crostas melicéricas sobre base eritematosa, com presença de pústulas em região perioral. Lesões satélites na narina direita e maxilar esquerda.



Fonte: GLOBAL SKIN ATLAS (2022).

**Figura 7.2** - Impetigo bolhoso em lactente - Múltiplas bolhas flácidas de conteúdo seropurulento sobre base eritematosa em região posterolateral do braço e axilar



Fonte: SBP (2022, pág. 3).

Além das lesões cutâneas, o impetigo pode causar febre baixa e mal-estar geral. Em casos graves, podem surgir complicações, como celulite ou linfadenite, que exigem tratamento hospitalar.

## MÉTODOS DIAGNÓSTICOS

### AVALIAÇÃO CLÍNICA

O diagnóstico do impetigo é frequentemente realizado com base na observação das características das lesões.

- **História e Exame Físico:** Anamnese detalhada e exame físico são cruciais. O diagnóstico é frequentemente clínico, baseado na aparência característica das lesões. As lesões típicas incluem pústulas, vesículas, e crostas amareladas.
- A presença de crostas melicéricas e bolhas ajuda a diferenciar o impetigo de outras condições, como herpes simples ou dermatite atópica.

## EXAMES LABORATORIAIS

Em casos atípicos, resistentes ao tratamento, infecções recorrentes ou casos graves, pode ser realizada a cultura bacteriana para identificar *Staphylococcus aureus* ou *Streptococcus pyogenes*.

- **Teste de Sensibilidade:** Em casos de resistência aos antibióticos comuns ou infecções recorrentes, a realização de um teste de sensibilidade pode ser útil para ajustar a escolha do antibiótico adequado.

## BIÓPSIA

Indicada em casos atípicos ou complexos para análise histopatológica, a biópsia ajuda a confirmar o diagnóstico e a excluir outras condições, como doenças autoimunes ou infecções virais.

## OPÇÕES TERAPÊUTICAS

### ANTIBIÓTICOS TÓPICOS

- **Mupirocina (2%):** Aplicar nas lesões duas a três vezes ao dia por 5 a 7 dias. Eficaz contra *Staphylococcus aureus* e *Streptococcus pyogenes*.
- **Ácido Fusídico (2%):** Alternativa para pacientes que não respondem à mupirocina ou que têm alergia. Aplicar de forma similar à mupirocina.

### ANTIBIÓTICOS ORAIS

- **Cefalexina:** 25-50 mg/kg/dia dividido em 3 a 4 doses por 7 a 10 dias para infecções extensas ou severas. Indicado para crianças a partir de 1 mês de idade.
- **Amoxicilina-Clavulanato:** Alternativa em casos graves ou quando há resistência à cefalexina. A dosagem deve ser ajustada de acordo com o peso e a idade da criança. Indicado para crianças a partir de 2 meses de idade.
- **Clindamicina:** Indicado em casos de alergia à penicilina ou resistência a outros antibióticos, especialmente em infecções causadas por *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina (MRSA). Indicado para crianças a partir de 1 mês de idade.

## CUIDADOS LOCAIS

A higiene adequada das lesões é fundamental para o sucesso do tratamento. Limpar as lesões com água e sabão neutro antes de aplicar o antibiótico ajuda a remover crostas e secreções, facilitando a absorção do medicamento e reduzindo a propagação da infecção.

## MEDIDAS PREVENTIVAS

Manter a pele limpa e seca, evitar o compartilhamento de objetos pessoais e promover a lavagem frequente das mãos com água e sabão. Além disso, é fundamental evitar o contato direto com as lesões para prevenir a disseminação do impetigo.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BOLSON, Patrícia Borchardt. Impetigo. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA – REGIONAL RIO GRANDE DO SUL (SBD-RS). Blog: Palavra do Dermato, 2018 Disponível em: <<https://sbdrs.org.br/palavra-do-dermato-impetigo/>>.

GLOBAL SKIN ATLAS. Diagnosis Detail - Image Number #5553 (Impetigo contagiosa). Global Skin Atlas, 2022. Disponível em: <<https://www.globalskinatlas.com/case/2502/5553>>.

HARTMAN-ADAMS, Holly; BANVARD, Christine; JUCKETT, Gregory. Impetigo: diagnosis and treatment. **American family physician**, v. 90, n. 4, p. 229-235, 2014.

MACHADO, Maria Cecília da Matta Rivitti; CARNEIRO-SAMPAIO, Magda Carneiro (ed.); GOMES, Filomena Maria da Silva (ed.). **Dermatologia pediátrica**, 3ª ed. Instituto da Criança e do Adolescente (ICr) do HCFMUSP. Barueri-SP: Editora Manole, 2022. 728 p. ISBN: 9786555764949.

SBP, Sociedade Brasileira de Pediatria. **Impetigo**. Departamento Científico de Dermatologia da SBP, 2021. Disponível em: <<https://www.sbd.org.br/doencas/impetigo/>>.

SBP, Sociedade Brasileira de Pediatria. **Infecções Bacterianas Superficiais Cutâneas**. Departamento Científico de Dermatologia da SBP, 2022. Disponível em: <[https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/23597c-DC\\_Infeccoes\\_Bacterianas\\_Superficiais\\_Cutaneas.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/23597c-DC_Infeccoes_Bacterianas_Superficiais_Cutaneas.pdf)>.

## CAPÍTULO 8

### OUTRAS DERMATOSES COMUNS

Ana Carolina Pisani Pulita<sup>1</sup>  
Karine Cappelletti<sup>2</sup>  
Maria Eduarda Lima Viapiana<sup>1</sup>  
Marina Chies Galvan<sup>1</sup>  
Millena Raquel Schiavini<sup>1</sup>  
Patrícia Borchardt Bolson<sup>2</sup>  
Paula Milena Cavalli<sup>1</sup>  
Valéria Giacomelli Pansera<sup>1</sup>

1. *Discentes – Medicina na Universidade de Caxias do Sul-RS.*
2. *Docentes – Disciplina de Dermatologia na Universidade de Caxias do Sul-RS.*

**PALAVRAS-CHAVE:** *Vírus; Bactérias; Fungos.*

DOI: 10.59290/978-65-6029-253-6.8

## DERMATOSES VIRAIS

### HERPES SIMPLES

#### Herpes Simples Neonatal

- ✓ **Introdução:** A infecção por herpes simples neonatal é transmitida principalmente durante o parto vaginal.
- ✓ **Quadro Clínico:** Ela pode se apresentar de forma limitada, com acometimento cutâneo e de mucosas, por meio de vesículas dolorosas. Também pode ocorrer na forma disseminada, com comprometimento de órgãos viscerais ou como encefalite. As formas mais graves podem causar febre, convulsões, alterações na função hepática e, se não tratadas adequadamente, podem levar a uma alta taxa de morbimortalidade.

**Figura 8.1** - Herpes Simples neonatal - Múltiplas vesículas agrupadas sobre base eritematosa, localizadas em região frontofacial



**Fonte:** HERPES CURE ADVOCACY (2024).

- ✓ **Tratamento:** É realizado com aciclovir EV 20 mg/Kg/dose de 8/8 horas por 14 dias ou 21 dias, se acometimento do SNC ou se forma disseminada.

### Herpes Simples Recorrente e Primeira Infecção

- ✓ **Introdução:** O Herpes Simplex (HSV) é uma infecção viral frequente na infância, geralmente causada pelo HSV-1, associado a lesões orais. O HSV-2, ligado a infecções genitais, é menos comum e, em crianças, pode indicar transmissão perinatal ou suspeita de abuso sexual. A transmissão ocorre por contato direto com secreções infectadas. Após a infecção primária, mais comum entre os 6 meses e os 5 anos de idade, o vírus permanece latente nos gânglios nervosos, podendo reativar-se. Crianças imunocomprometidas apresentam maior risco de formas graves, como infecção disseminada e viremia.
- ✓ **Quadro Clínico da Infecção Primária:** A forma mais comum é a **gengivoestomatite herpética aguda**, que inclui sintomas como: febre, irritabilidade, dor oral intensa, vesículas e úlceras na língua, gengivas, palato e mucosa oral, dificuldade para deglutir, edema gengival, salivação excessiva e adenomegalia cervical.

**Figura 8.2** - Gengivoestomatite herpética grave em criança - Úlceras e crostas hemorrágicas em lábios e região perioral



**Fonte:** KANE *et al.* (2019).

- ✓ **Quadro Clínico das Formas Recorrentes:** Ocorrem geralmente com sintomas mais leves, como: **herpes orofacial**, queimação local antes das lesões, duração mais curta que a infecção primária. Apresenta surtos herpéticos autolimitados e geralmente de 1 a 4 episódios anuais. Tendem a se tornar menos frequentes na idade adulta.

**Figura 8.3** - Herpes Simplex orofacial recorrente - Vesículas e crostas hemáticas localizadas em lábio inferior e comissura labial



Fonte: KANE (2019).

- ✓ **Diagnóstico:** O diagnóstico, tanto em sua forma primária quanto nas recorrências, é clínico, fundamentado na evolução do quadro e nas características típicas das lesões cutâneo-mucosas.
- ✓ **Tratamento da Infecção Primária:** O tratamento da infecção primária pelo vírus Herpes Simplex em crianças inclui medidas de suporte, como hidratação e analgesia, associadas à terapia antiviral com aciclovir, administrado por via oral ou intravenosa. O fármaco deve ser iniciado até o quarto dia de sintomas, na dose de 40 a 80 mg/kg/dia, fracionada em 3 a 4 doses diárias, por sete dias.
- ✓ **Tratamento da Forma Recorrente:** Na forma recorrente do herpes orofacial, o tratamento antiviral oral (aciclovir) deve começar na fase prodrômica ou até 48 horas após o surgimento das lesões, podendo ser associado a tratamento tópico com penciclovir 1% ou aciclovir 5%.

## VERRUGAS VIRAIS

- ✓ **Introdução:** As verrugas são infecções virais comuns na infância, causadas por subtipos do papilomavírus humano (HPV), que podem afetar pele e mucosas. Certos genótipos têm preferência por regiões específicas, como o HPV-1, associado a verrugas plantares, e os HPVs 6 e 11, ligados a verrugas anogenitais. A transmissão ocorre principalmente por contato direto com a pele, podendo também haver autoinoculação ou, raramente, transmissão vertical.
- ✓ **Quadro Clínico:** As verrugas manifestam-se como pápulas ou placas arredondadas, únicas ou múltiplas, localizadas na pele ou mucosas. Sua classificação clínica baseia-se na morfologia e na localização anatômica:
  - **Vulgares:** papulares, cor da pele, comuns em mãos, joelhos e ao redor das unhas.
  - **Plantares:** endurecidas e dolorosas, localizadas na planta dos pés, podendo formar mosaicos.

- **Planas:** achatadas, pequenas, em face e dorso das mãos, com possibilidade de coalescência.
- **Filiformes:** alongadas e protuberantes, predominam em regiões perinasal e perioral.
- **Anogenital:** é uma lesão elevada e macia, com aspecto verrucoso, que acomete a região anogenital e, eventualmente, as mucosas vaginal e retal.

**Figura 8.4** - Verruga Vulgar - Verrugas periungueais com hiperqueratose e pontos hemorrágicos.



Fonte: KANE (2019).

- ✓ **Diagnóstico:** O diagnóstico das verrugas é essencialmente clínico.
- ✓ **Tratamento:** O tratamento das verrugas virais em crianças depende da localização, número de lesões, sintomas e idade do paciente. Em muitos casos, especialmente nas verrugas assintomáticas, é possível adotar conduta expectante, pois há regressão espontânea em até dois anos. Quando indicado, as principais opções terapêuticas incluem:
  - Queratolíticos tópicos (como o ácido salicílico): promovem esfoliação e são de fácil aplicação domiciliar.
  - Crioterapia com nitrogênio líquido: eficaz, mas pode ser dolorosa e exigir múltiplas sessões.
  - Curetagem ou eletrocoagulação: reservadas para casos selecionados, devido ao risco de cicatrizes.

A escolha do tratamento deve considerar a tolerância da criança, a adesão familiar e o impacto funcional ou estético das lesões.

## MOLUSCO CONTAGIOSO

- ✓ **Introdução:** O Molusco Contagioso é uma infecção viral cutânea comum em crianças, causada por um vírus da família *Poxviridae* (VMC). É transmitido principalmente por contato

direto ou autoinoculação. O período de incubação varia de 2 a 6 semanas. Afeta principalmente crianças entre 2 e 5 anos e pode ocorrer em adultos por contato sexual ou esportes com contato físico.

- ✓ **Quadro Clínico:** Pacientes com infecção pelo VMC apresentam pápulas firmes, arredondadas, de 2 a 5 mm, geralmente da cor da pele ou rosadas, com superfície brilhante e centro umbilicado. As lesões podem ser únicas ou múltiplas, frequentemente assintomáticas e autolimitadas, com duração média de 6 a 9 meses. Podem surgir em qualquer área do corpo, sendo mais comuns em regiões expostas.

**Figura 8.5** - Molusco Contagioso - Lesões papulovesiculosas umbilicadas, de coloração rosadas e com brilho perolado na superfície.



Fonte: KANE (2019).

- ✓ **Diagnóstico:** O diagnóstico é clínico, baseado nas características das lesões.
- ✓ **Tratamento:** O molusco contagioso é geralmente autolimitado, não exigindo tratamento na maioria dos casos. No entanto, quando há múltiplas lesões, prurido, infecção secundária, comprometimento estético ou imunossupressão, o tratamento pode ser indicado. As opções incluem: Curetagem ou crioterapia; Aplicação tópica de retinóides e ceratolíticos, imiquimode e terapia a laser.

## EXANTEMÁTICAS VIRAIS

As doenças exantemáticas virais constituem um grupo de infecções comuns na infância, caracterizadas pela presença de exantema — erupção cutânea disseminada, geralmente acompanhada de febre e outros sintomas sistêmicos. São causadas por diversos vírus e, em sua maioria, têm curso autolimitado.

### Varicela

- ✓ **Introdução:** A infecção primária causada pelo vírus varicela-zoster resulta na doença exantemática maculopapulosa, conhecida como "catapora". Quando o vírus é reativado anos após

a infecção primária, em sua forma latente, pode manifestar-se como herpes zoster.

- ✓ **Quadro Clínico:** A infecção primária, além dos sintomas prodrômicos, apresenta um *rash* centrípeto, com máculas e pápulas que evoluem para vesículas pustulosas e, posteriormente, crostas. As lesões podem coexistir em diferentes estágios, o que é característico da doença e define o polimorfismo exantemático.

**Figura 8.6** - Varicela em criança - Lesões polimórficas em diferentes estágios evolutivos — pápulas, vesículas, pústulas e crostas — disseminadas em dorso e região cervical



Fonte: SICK KIDS STAFF (2009).

- ✓ **Tratamento:** A profilaxia da varicela, com uma dose única da vacina, garante proteção contra a infecção em até 80% dos casos. O tratamento baseia-se em medidas de suporte, sintomáticos e isolamento das atividades escolares até que as lesões se tornem crostosas. O uso de aciclovir (20 mg/kg/dose) em crianças maiores de um ano no ambiente ambulatorial é indicado em casos específicos, como: cronificação da doença, uso de corticoides ou ácido acetilsalicílico (AAS), e em casos de segundo caso no mesmo domicílio.

### Eritema Infeccioso

- ✓ **Introdução:** O eritema infeccioso, também conhecido como quinta doença, é uma infecção viral comum na infância, causada pelo parvovírus B19. Trata-se de uma doença autolimitada e benigna na maioria dos casos, acometendo principalmente crianças em idade escolar.
- ✓ **Quadro Clínico:** Manifesta-se de 4 a 14 dias após exposição ao vírus. Apresenta-se tipicamente com sintomas leve, como febre baixa, cefaleia, artrite e mal-estar, seguidos por uma erupção cutânea característica, inicialmente nas bochechas (“face esbofetada”) e, posteriormente, em membros e tronco, podendo ter duração de 1 a 3 semanas, com a presença ou não de prurido.

**Figura 8.7** - Eritema malar bilateral, bem delimitado, poupando região perioral — aspecto típico de “face esbofetada” e lesões eritematosas de padrão rendilhado (reticulado), típicas do exantema corporal, respectivamente.



Fonte: KANE (2019).

- ✓ **Diagnóstico:** O diagnóstico do eritema infeccioso é clínico, baseado na história e nas manifestações características da doença.
- ✓ **Tratamento:** O tratamento do eritema infeccioso é geralmente sintomático e de suporte, uma vez que a infecção é autolimitada na maioria dos casos. Pode-se fazer uso de antitérmicos, analgésico e hidratação adequada. Não há indicação de antivirais nem de isolamento prolongado, pois o período de transmissibilidade ocorre antes do aparecimento do exantema.

### Exantema Súbito

- ✓ **Introdução:** O exantema súbito, também conhecido como roséola infantil ou sexta doença, é uma infecção viral benigna, autolimitada e a infecção confere imunidade vitalícia. Acomete principalmente lactentes e crianças menores de 3 anos. O agente etiológico mais comum é o Herpesvírus humano tipo 6 (HHV-6), embora o HHV-7 também possa estar envolvido.
- ✓ **Quadro Clínico:** Manifesta-se com início abrupto de febre elevada (geralmente superior a 39° C), com duração média de três a cinco dias. Após, com o desaparecimento súbito da febre, surge o exantema maculopapular de coloração rósea, não pruriginoso, que se inicia no tronco e se dissemina progressivamente para o pescoço e extremidades. A erupção cutânea apresenta duração variável, geralmente entre algumas horas e dois dias.

**Figura 8.8** - Exantema Súbito - Exantema maculopapular eritematoso, acometendo face, couro cabeludo e tórax de lactente e exantema maculopapular eritematoso difuso em tronco de lactente, respectivamente



Fonte: MCINTIRE *et al.* (2021).

- ✓ **Diagnóstico:** O diagnóstico é clínico, baseado na sequência típica de febre alta seguida pelo aparecimento do exantema.
- ✓ **Tratamento:** O tratamento é sintomático, consistindo na administração de antitérmicos e na manutenção de hidratação adequada. Na maioria dos casos, a evolução clínica é branda, benigna e autolimitada.

### **Doença Mão-Pé-Boca**

- ✓ **Introdução:** A doença mão-pé-boca é uma doença autolimitada, infectocontagiosa com grande potencial de transmissão e surto em escolas. Afeta com mais frequência bebês e crianças menores de 5 anos, porém pode acometer qualquer faixa etária, causada principalmente por enterovírus, especialmente o Coxsackievirus A16 e o enterovírus 71. A transmissão ocorre por contato direto com secreções respiratórias, saliva, fezes ou conteúdo das lesões.
- ✓ **Quadro Clínico:** Clinicamente, caracteriza-se por febre, mal-estar e aparecimento de lesões vesiculares dolorosas na mucosa oral, seguidas por exantema com vesículas nas palmas das mãos, plantas dos pés, e eventualmente em outras regiões, como nádegas e genitais.

**Figura 8.9** - Mão-Pé-Boca - Pápulas eritematosas em região plantar de criança e pápulas e vesículas eritematosas em joelho de criança, algumas com halo inflamatório, respectivamente



Fonte: SBP (2023).

- ✓ **Diagnóstico:** O diagnóstico é clínico, baseado na apresentação típica.
- ✓ **Tratamento:** O tratamento é sintomático, com foco no alívio da dor, controle da febre e hidratação. Recomenda-se a aplicação tópica de loções ou cremes contendo dexpanthenol, calêndula ou camomila nas lesões cutâneas, com o objetivo de atenuar o prurido e a xerose. A evolução costuma ser benigna, com resolução espontânea em 7 a 10 dias.

### Mononucleose Infecciosa

- ✓ **Introdução:** A mononucleose infecciosa é uma síndrome clínica causada pelo vírus Epstein-Barr (EBV).
- ✓ **Quadro Clínico:** Caracterizada pela tríade clássica de fadiga, faringite e linfadenopatia. A faringite é acompanhada de aumento das amígdalas e petéquias no palato. Além disso, pode ocorrer exantema, geralmente associado ao uso de antimicrobianos, como a amoxicilina.

**Figura 8.10** - *Rash* da mononucleose



Fonte: PINHEIRO (2025).

- ✓ **Tratamento:** Sintomático, sendo importante evitar o uso de ácido acetilsalicílico (AAS) devido à associação com a síndrome de Reye, uma condição rara, mas grave.

## DERMATOSES BACTERIANAS

Outras dermatoses bacterianas que podem acometer a população pediátrica incluem a foliculite e a celulite.

- A **celulite** acomete o tecido subcutâneo e se caracteriza por eritema, edema e dor local. Diferentemente da erisipela, a celulite não apresenta limites bem definidos. A infecção, causada por patógenos como *Streptococcus pyogenes* e *Staphylococcus aureus*, geralmente se instala por meio de uma porta de entrada cutânea, após um trauma.

**Figura 8.11** - Celulite pré septal - Edema e eritema palpebral



**Fonte:** UFRGS (2024).

- Já a **foliculite**, que é uma lesão do folículo piloso, manifesta-se com pápulas e pústulas no couro cabeludo, rosto e axilas, especialmente em bebês e crianças. Usualmente decorrente da contaminação por *Staphylococcus aureus*, está associada ao uso de toalhas e esponjas contaminadas, bem como à exposição a piscinas. O tratamento é realizado com antibioticoterapia oral, como doxiciclina ou cefalexina, além da recomendação do uso de roupas largas e, em alguns casos, medidas de higiene com produtos contendo peróxido de benzoíla.

**Figura 8.12** - Folliculite - Pápulas eritematosas e pústulas superficiais centradas em folículos pilosos na face extensora do braço



Fonte: SBP (2022).

## DERMATOSES FÚNGICAS

As dermatofitoses são doenças infecciosas causadas por fungos que invadem a camada córnea da pele, pelos e unhas. Através de uma resposta de hipersensibilidade, elas atingem tanto a epiderme quanto a derme superficial. Essas infecções envolvem três gêneros de fungos: *Microsporum*, *Trichophyton* e *Epidermophyton*. O contágio pode ocorrer de forma direta ou indireta, por meio do contato com seres humanos, solo ou animais contaminados. As dermatofitoses são mais comuns no sexo masculino e em populações fechadas, como em creches, onde há maior incidência dessa infecção.

### TINEA CAPITIS

✓ **Introdução:** Em crianças, a tinea do couro cabeludo (*tinea capitis*) é a forma mais comum, associada frequentemente a maus hábitos de higiene. Essa infecção possui duas apresentações:

- I. **Tipo inflamatória:** Caracterizada por pápulas eritematosas e pústulas, que podem evoluir para alopecia cicatricial (ver Figura 8.13, a seguir).
- II. **Tipo não inflamatória:** Que se manifesta por pelos fraturados (tonsurados) e lesões descamativas (ver Figura 8.14, a seguir).

**Figura 8.13** - Tinea Capitis Inflamatória - Área de alopecia com eritema, descamação periférica e pústulas, além de placa inflamatória



Fonte: PROENÇA *et al.* (2024).

**Figura 8.14** - Tinea Capitis não inflamatória (tonsurante) - Áreas de rarefação pilosa e descamação fina, sem inflamação evidente



Fonte: PROENÇA *et al.* (2024).

- ✓ **Diagnóstico:** É feito por meio do exame micológico direto.
- ✓ **Tratamento:** Exige o uso de antifúngicos sistêmicos, como griseofulvina (10 a 20 mg/Kg/dia, uso a partir dos dois anos de idade) ou terbinafina (para pacientes com peso corporal abaixo de 20 kg: 62,5 mg/dia; entre 20 e 40 kg: 125 mg/dia. Recomendado a partir dos dois anos de idade) de 4 a 8 semanas.

## TINEA CORPORIS

- ✓ **Introdução:** A *tinea corporis* é também frequente na população pediátrica, acometendo o tronco e os membros com lesões pruriginosas, eritematosas, descamativas e com bordas bem definidas.

**Figura 8.15** - Tinea Corporis - Lesão eritematosa com bordas bem demarcadas, elevadas e descamativas, localizada na região supramamilar



Fonte: SBP (2020).

- ✓ **Tratamento:** Baseado no uso de antifúngicos tópicos, como ciclopirox olamina (uso a partir dos 6 meses de idade) e terbinafina.

## CANDIDÍASE CUTÂNEO-MUCOSA

- ✓ **Introdução:** É uma infecção comum em recém-nascidos, causada pelo fungo *Candida albicans*, que habita a superfície da pele e as mucosas. Quando há queda da imunidade celular e quebra da barreira cutânea, a *Candida* pode tornar-se um agente oportunista.
- ✓ **Quadro Clínico:** A manifestação mais comum dessa infecção é a oral, com placas brancas e pseudomembranosas, que podem ser adquiridas durante o parto vaginal ou por meio do uso de chupetas e mamadeiras.

**Figura 8.16** - Candidíase Oral: presença de placas esbranquiçadas aderentes à mucosa em cavidade oral de lactente, com áreas de eritema subjacente



Fonte: SBP (2020).

- ✓ **Tratamento:** As lesões podem ser facilmente removidas com o uso de espátulas e tratadas com suspensão oral de nistatina por 10 a 14 dias.

## CANDIDÍASE DA REGIÃO DAS FRALDAS

Conteúdo abordado no Capítulo 4, referente à dermatite de fraldas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CESTARI, Silmara (coord.). **Dermatologia pediátrica no consultório**. 1ª. ed. Coleção: Série Atualizações Pediátricas, Editora Atheneu, São Paulo, 2019. E-book. ISBN: 9788538809517.

GOLDSTEIN, Adam O.; GOLDSTEIN, Beth G. Dermatophyte (tinea) infections. In: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA, 2024. Disponível em: <[https://www.uptodate.com/contents/dermatophyte-tinea-infections?search=infec%C3%A7%C3%A3o%20por%20dermat%C3%B3fito&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1#H35](https://www.uptodate.com/contents/dermatophyte-tinea-infections?search=infec%C3%A7%C3%A3o%20por%20dermat%C3%B3fito&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H35)>.

HERPES CURE ADVOCACY. **Neonatal Herpes and the Urgency for Change**. 2024. Disponível em: <<https://herpescureadvocacy.com/neonatal-herpes-and-the-urgency-for-change/>>.

JACKSON, Jeremy D.; ROSEN, Ted. Infectious folliculitis. In: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA, 2025. Disponível em: <[https://www.uptodate.com/contents/infectious-folliculitis?search=foliculite&source=search\\_result&selectedTitle=1~112&usage\\_type=default&display\\_rank=1#H604478843](https://www.uptodate.com/contents/infectious-folliculitis?search=foliculite&source=search_result&selectedTitle=1~112&usage_type=default&display_rank=1#H604478843)>.

KANE, Kay Shou-Mei; NAMBUDIRI, Vinod E.; STRATIGOS, Alexander J. **Atlas colorido e texto de dermatologia pediátrica**. Tradução: Antônio Macedo D'Acari. 3ª. ed. Rio de Janeiro: Thieme Revinter Publicações, 2019

MACHADO, Maria Cecília da Matta Rivitti; CARNEIRO-SAMPAIO, Magda Carneiro (ed.); GOMES, Filomena Maria da Silva (ed.). **Dermatologia pediátrica**, 3ª edição. Instituto da Criança e do Adolescente (ICr) do HCFMUSP. Barueri-SP: Editora Manole, 2022. 728 p. ISBN: 9786555764949.

MCINTIRE, Sara C. *et al.* (Ed.). **Zitelli and Davis' Atlas of Pediatric Physical Diagnosis**. Elsevier Health Sciences, 2021.

PINHEIRO, Pedro. Mononucleose (doença do beijo): o que é, sintomas e fotos. **MD.Saúde**, 3 mar. 2025. Disponível em: <<https://www.mdsaude.com/doencas-infecciosas/mononucleose/>>.

PROENÇA, Carolina Gonçalves Contin *et al.* Tinea capitis: tratamento em população pediátrica. Observações em 99 casos. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 99, n. 2, p. 279-283, 2024. DOI: 10.1016/j.abdp.2023.11.007. Disponível em: <<https://www.anaisdedermatologia.org.br/pt-tinea-capitis-tratamento-em-populacao-articulo-S2666275223002850>>.

REHMUS, Wingfield E. **Visão geral das infecções bacterianas da pele**. MSD Manuals, 2023. Disponível em: <[https://www.msdmanuals.com/pt/profissional/disturbios-dermatologicos/infeccoes-bacterianas-da-pele/visao-geral-das-infeccoes-bacterianas-da-pele#Informações-adicionais\\_v51494337\\_pt](https://www.msdmanuals.com/pt/profissional/disturbios-dermatologicos/infeccoes-bacterianas-da-pele/visao-geral-das-infeccoes-bacterianas-da-pele#Informações-adicionais_v51494337_pt)>.

SBP, Sociedade Brasileira de Pediatria. **Dermatofitose**. Departamento Científico de Dermatologia da SBP, 2017. Disponível em: <<https://www.sbd.org.br/doencas/dermatofitose-2/>>.

SBP, Sociedade Brasileira de Pediatria. **Infecções Bacterianas Superficiais Cutâneas**. Departamentos Científicos de Dermatologia e Infectologia (2019-2021). SBP, 2022. Disponível em: <[https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/23597c-DC\\_Infeccoes\\_Bacterianas\\_Superficiais\\_Cutaneas.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/23597c-DC_Infeccoes_Bacterianas_Superficiais_Cutaneas.pdf)>.

SBP, Sociedade Brasileira de Pediatria. **Infecções Fúngicas Superficiais**. Departamentos Científicos de Dermatologia e Infectologia (2019-2021). SBP, 2020. Disponível em: <[https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/22626c-DC\\_-\\_Infeccoes\\_Fungicas\\_Superficiais.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/22626c-DC_-_Infeccoes_Fungicas_Superficiais.pdf)>.

SBP, Sociedade Brasileira de Pediatria. **Síndrome Mão Pé Boca**. Informativo para as Escolas. Grupo de Trabalho: Educação é Saúde (gestão 2022-2024). SBP, abril de 2023. Disponível em: <[https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/23828\\_3d-InfoEscolas- Mao\\_Pe\\_Boca.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/23828_3d-InfoEscolas- Mao_Pe_Boca.pdf)>.

SICK KIDS STAFF. Varicela. About Kids Health, 16 dez. 2009. Disponível em: <<https://www.about-kidshealth.ca/pt/chickenpox-varicella-pt>>.

UFRGS, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. **Qual a diferença entre celulite pré-septal e orbitária e qual o manejo?** Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, TelessaúdeRS. Rio Grande do Sul, Secretaria Estadual da Saúde, 28 de maio de 2024. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/telessaude/perguntas/qual-a-diferenca-entre-celulite-pre-septal-e-orbitaria-e-qual-o-manejo/>>.

# ÍNDICE REMISSIVO

Anamnese completa .....	2
Área de fraldas .....	5
Atenção primária.....	1
Atopias .....	16
Bactérias.....	28
Barreira cutânea .....	16
Complicações.....	24
Contato.....	5; 8; 12
Dermatite.....	5; 8; 12
Eczema .....	8; 12
Fungos.....	28
Infecção.....	24
Lesões cutâneas.....	1
Manejo individualizado .....	2
Pele infantil .....	1
Planejamento.....	2
Prurido.....	16
Pústulas .....	24
Vírus.....	28

