



III Congresso Nacional de Microbiologia Clínica On-line

DERMATOSES PEDIÁTRICAS – DERMATITE ATÓPICA

VICTÓRIA HAMAOKA DE OLIVEIRA

RESUMO

A pele é um órgão complexo e dinâmico que desempenha várias funções vitais para o organismo humano, com diversas peculiaridades na idade pediátrica quando, frequentemente, é acometida por patologias típicas da infância. Recém-nascidos podem apresentar dermatoses congênitas e por vezes hereditárias. Em crianças maiores são comuns o impetigo, molusco, dermatite atópica e outras dermatites. A dermatite atópica (DA) trata-se de uma doença muito prevalente e com repercussões importantes na infância, que requerem conhecimento dos profissionais de saúde para adequado diagnóstico e tratamento, buscando evitar complicações e incômodo para a criança e a família. De um modo geral, a frequência das doenças de pele presentes durante a infância é muito influenciada por fatores como idade, sexo, aspectos socioeconômicos, climáticos, geográficos e fisiológicos. Dessa forma, 30% das consultas pediátricas são referentes a alterações cutâneas, e 30% das consultas dermatológicas possuem pacientes crianças. Os principais fatores que determinam a manifestação das lesões no paciente pediátrico são desnutrição, situação econômica dificultada, higiene precária e presença em aglomerados populacionais. No Brasil, observa-se uma maior prevalência de doenças eczematosas, com destaque para a dermatite atópica, também conhecida como eczema atópico, que consiste, portanto, em uma doença de pele recidivante crônica mais comum em lactentes e crianças. A prevalência da DA tem ampla variação a depender da localização geográfica, uma vez que está associada a fatores genéticos, ambientais e alimentares. Essa frequente dermatose afeta pessoas em diferentes faixas etárias, mas em 60% dos casos as manifestações se iniciam na infância, entre o primeiro e segundo ano de vida; geralmente ocorre de forma leve em cerca de 80% das crianças e em 70% dos casos há melhora gradual da doença até o final da infância. Ainda sobre a epidemiologia, tem-se que a DA está mais predisposta em famílias com outras doenças atópicas, como asma, rinite alérgica e alergia alimentar. A ocorrência simultânea dessas doenças também é muito relatada na literatura, que traz que a DA seria uma manifestação cutânea eventualmente associada a doenças respiratórias na chamada “síndrome atópica” ou “marcha atópica”.

Palavras-chave: Dermatologia Pediátrica; Dermatoses Infantis; Dermatites; Atopia; Pediatria

1. INTRODUÇÃO

A dermatite atópica é uma condição crônica da pele que afeta milhões de pessoas em todo o mundo, causando inflamação e coceira intensa. Essa condição é caracterizada por uma resposta imunológica desregulada da pele a estímulos externos, como alérgenos, irritantes e fatores ambientais. A coceira intensa e persistente associada a essa condição pode causar grande desconforto físico e emocional. Além disso, a aparência visível da pele afetada pela dermatite atópica pode levar a problemas de autoestima, isolamento social e até mesmo depressão.

A dermatite atópica também apresenta um ônus econômico considerável. Os pacientes

frequentemente requerem tratamentos médicos contínuos, como cremes, loções e medicamentos tópicos para controlar os sintomas. Além disso, os episódios agudos da doença podem levar a hospitalizações e consultas médicas frequentes, resultando em altos custos médicos tanto para os indivíduos quanto para o sistema de saúde como um todo.

Em resumo, estudar a dermatite atópica é essencial devido ao seu impacto significativo na qualidade de vida dos pacientes, aos custos associados ao tratamento e aos benefícios potenciais que a pesquisa nessa área pode trazer para o desenvolvimento de terapias mais eficazes

Os objetivos desta revisão de literatura são: Compreender a dermatite atópica e o seu impacto significativo na qualidade de vida dos pacientes; Entender melhor os mecanismos subjacentes da dermatite atópica para o desenvolvimento de tratamentos mais eficazes e direcionados; e Identificar fatores genéticos e ambientais para maximizar estratégias preventivas e intervenções precoces para reduzir a incidência e a gravidade da doença.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Esse trabalho trata-se de uma revisão narrativa não-sistemática que tem como objetivo compilar o conhecimento a respeito de uma das principais doenças dermatológicas da infância. Para elaboração do trabalho foram utilizados os principais livros-texto brasileiros de pediatria associados aos artigos selecionados nas plataformas US National Library of Medicine National Institute of Health (PubMed), Biblioteca Digital Científica Eletrônica Library Online (SciELO) e Google Scholar. Foram utilizadas 7 publicações compreendidas de 2001 a 2021 e como descritores as palavras “Dermatologia Pediátrica”, “Dermatoses Infantis”, “Dermatites”, “Atopia” e “Pediatria” e seus respectivos correspondentes em inglês. Inicialmente, foram lidos os resumos dos artigos e, posteriormente, foram utilizados apenas aqueles que traziam informações pertinentes e complementares aos livros-texto brasileiros.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Sobre a fisiopatologia da doença, ocorre uma complexa interdependência entre anormalidades das funções que envolvem a barreira cutânea, mecanismos de resposta imunológica e alterações genéticas, determinando uma resposta hipersensibilidade a elementos encontrados no meio ambiente (ácaros, alimentos, poluentes, fumaça de tabaco, *Staphylococcus aureus*, calor e exposição a agentes irritantes diversos). Considerado o fator mais importante no desenvolvimento da DA, o componente genético determina a reação do organismo quando os elementos supracitados do meio ambiente entram em contato com a pele da criança atópica, marcada por disfunções da imunidade cutânea inata que aumentam a permeabilidade celular a esses fatores externos, como baixa renovação celular e pequena quantidade de aminoácidos hidrossolúveis - queratinócitos e células de Langerhans. Assim, após a penetração de alérgenos ou irritantes na epiderme, o organismo sensibilizado desencadeia reações inflamatórias com ativação linfocitária, predomínio de resposta Th2 e consequente produção de IgE. Ocorre, concomitantemente, a alteração na microbiota cutânea, predispondo colonização por *Staphylococcus aureus* e *Malassezia furfur*. Todos esses fatores sofrem ainda uma influência psicossomática importante com alteração do sistema nervoso autônomo e consequente aumento de mediadores de diversas células inflamatórias, como eosinófilos e leucócitos.

Essa inflamação crônica da pele leva à formação do eczema, caracterizado por eritema mal definido, edema e vesículas, no estágio agudo, e placas eritematosas bem definidas, descamativas e com grau variável de liquenificação, no estágio crônico. Os pacientes com DA compartilham, assim, características de xerodermia (pele seca) e limiar diminuído para prurido, que em alguns casos passa a ser constante e incontrolável, propiciando distúrbios do sono, do

humor, evasão escolar e reduzindo a qualidade de vida do paciente e seus familiares. O padrão de reação da pele e sua distribuição variam com a idade do paciente e a atividade da doença, o que determina padrões diagnósticos de anamnese e exame físico. Nos lactentes, as lesões ocorrem na face, mas poupando a região central do triângulo nasolabial, no couro cabeludo, no tronco e na região extensora dos membros; na fase pré-puberal (2 a 10 anos), predomina o eczema subagudo e crônico, a pele é seca e áspera, o prurido ocorre nas pregas antecubitais e poplíteas; já na fase puberal, as lesões são liquenificadas e mais frequentes nas pregas flexoras dos braços, pescoços e pernas, pode haver também acometimento isolado da fase, do dorso das mãos e dos pés, punhos e tornozelos. Frente isso, os critérios clínicos mais utilizados para o diagnóstico da DA envolvem uma história clínica com referência ao prurido nos últimos 12 meses, associado a pelo menos três dos seguintes critérios: pele seca ou história de xerose no último ano; história familiar e pregressa de atopias, como por exemplo, rinite e asma nos menores de 4 anos; idade de início precoce, em geral antes do segundo ano de vida; e presença de eczema com envolvimento das pregas cubital e poplíteas e região anterior dos tornozelos, e nos menores de 4 anos, região malar e frontal e face extensora de membros. Outros sinais menores que podem estar associados à DA e ajudam na suspeita diagnóstica são: xerose, palidez centro facial, fissura infralobular, prega infrapalpebral dupla ou prega de Dennie-Morgan, sinal de Hertoghe (diminuição dos pelos na porção distal lateral dos supercílios, decorrente da coçadura constante), pigmentação periorbitária, pitíriase alba, dermatografismo branco, ceratose pilar, hiperlinearidade palmo-plantar, eczema palpebral, eczema de mamilo, infecções de pele, IgE sérica aumentada, provocação oral com alimentos, reação ao teste cutâneo de leitura imediata (TCLI) e teste de contato para atopia (APT - atopy patch test).

O manejo da DA ocorre segundo quatro pilares: educação e autocuidados do paciente, hidratação da pele, controle dos desencadeantes e medicamentos tópicos-oral. É essencial que o médico responsável pelo diagnóstico e acompanhamento informe sobre o caráter crônico e redicivante da doença, além do estímulo a uma abordagem multidisciplinar do paciente e sua família, com alergista, dermatologista, pediatra, nutricionista e psicólogo. Na orientação quanto a hidratação e higienização da pele, é preciso frisar que a pele deve ser limpa no banho com suavidade, priorizando a utilização de sabonetes sintéticos em barra (syndets) e com pH levemente ácido semelhantes ao pH da pele (entre 5 e 5,5), com intuito de não agredir a função de barreira da pele; é importante desestimular banhos quentes e demorados. A hidratação é essencial para prevenir e controlar o eczema, o hidratante de base hidrofílica deve ser aplicado logo após o banho, com a pele ainda úmida, de modo que auxilia a restaurar a função de barreira e a evitar a perda de água transepidérmica.

Quanto aos fatores desencadeantes, medidas gerais devem ser adotadas para evitar ou minimizar exposições indesejadas, como exemplo, utilização de capas impermeáveis em colchão e eliminação de carpetes e bichos de pelúcia, preferência a vestimentas de algodão a 100%, desencorajar piscinas cloradas e ar condicionado, evitar amaciantes, entre outras recomendações. Para melhor controle da inflamação em casos de crises, pode ser necessário o uso de corticosteroides como primeira escolha, e Inibidores da Calcineurina (ITC), Pimecrolimus e Tacrolimus, como segunda escolha; exceto em casos de lesões em face e pregas, em que os ITC se tornam os primeiros recomendados. Os corticosteroides tópicos apresentam ação anti-inflamatória, pois impedem a síntese de interleucinas, controlando prurido e eczema, no entanto, possuem efeitos colaterais indesejáveis, como estrias, atrofia cutânea e alteração de pigmentação; a escolha é a Prednisona ou Prednisolona, na dose de 1 mg/kg/dia, por 5 a 15 dias, com diminuição gradativa na segunda semana. Por sua vez, os Inibidores da Calcineurina ou imunomoduladores tópicos são medicamentos que agem por inibição seletiva dos canais de cálcio dos linfócitos T e mastócitos, impedindo a apresentação de antígenos, e inibem a produção de citocinas pró-inflamatórias, controlando a inflamação e o prurido; devem ser controlado para evitar o comprometimento da função imunológica; podem ser utilizados o

Pimecrolimus creme 1% (indicado a partir do 2º ano de vida e em casos de dermatite leve), o Tacrolimus pomada a 0,03% (para crianças acima de 2 até 12 anos e casos de dermatite moderada e grave) e o Tacrolimus pomada a 0,1% (indicado acima de 12 anos). Esse tratamento tópico é dividido em duas fases: o tratamento reativo e o tratamento proativo. No reativo, o controle do processo inflamatório é obtido pelo uso de medicamentos tópicos apenas nas lesões e nos períodos de crises, durante 7 a 10 dias e, esse mesmo processo é repetido na recidiva das lesões e pelo tempo que elas durarem. Já no proativo, após o uso da medicação tópica durante 7 a 10 dias na crise, a medicação é mantida em duas aplicações na semana durante um período de até 3 meses. O tratamento reativo está indicado na maioria dos pacientes, como os que apresentam dermatite leve e de fácil controle e o tratamento proativo está indicado nos pacientes com dermatite moderada e grave. Ademais, para controle do prurido, sintoma determinado pela liberação de histamina e outros mediadores como neuropeptídeos e citocinas, pode ser necessário o uso de anti-histamínicos de primeira geração (Dexclorfeniramina e Hidroxizina) por períodos curtos, pois são medicamentos que prejudicam o ganho cognitivo na fase infantil. O estabelecimento de uma boa relação médico-paciente, uma educação em saúde bem-feita sobre a doença e a escolha da estratégia terapêutica adequada em cada caso são determinantes no controle adequado da DA e refletem uma melhor qualidade de vida para o paciente e família.

4. CONCLUSÃO

Há uma ampla variedade de dermatopatias com altas prevalências nas crianças e, apesar de algumas dermatoses serem autolimitadas, a imunossupressão na infância se mostra um fator de risco importante, podendo gerar complicações e um prognóstico ruim. Cerca de 30% das consultas pediátricas são referentes à alterações cutâneas, e 30% das consultas dermatológicas possuem pacientes crianças. A pele tem importante função de proteção, homeostasia e barreira imunológica. Em razão das diversas dermatoses que acometem crianças, o conhecimento da semiologia dermatológica e o reconhecimento dos tipos de lesões é fundamental a todo médico, uma vez que o diagnóstico é essencialmente clínico. Além disso, o cuidado da pele com uma higiene adequada, principalmente, das mãos e evitar contato com substâncias alergênicas previne várias das dermatoses. No entanto, em casos de lesões ativas o diagnóstico é essencial para um tratamento precoce e, assim, devolver à pele a função de barreira protetora. O tratamento objetiva curar as doenças que, geralmente, não apresentam ameaça à vida, mas que podem resultar em complicações, diminuição da qualidade de vida das crianças e infecções secundárias.

REFERÊNCIAS

- Alter SJ, McDonald MB, Schloemer J, Simon R, Trevino J. Common Child and Adolescent Cutaneous Infestations and Fungal Infections. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. 2018 Jan;48(1):3-25. doi: 10.1016/j.cppeds.2017.11.001. Epub 2017 Dec 6. PMID: 29198783.
- Rodrigues VF. Ectoparasitoses: acometimento humano, agravos clínicos e casos negligenciados no Brasil [trabalho de conclusão de curso]. Brasília: Centro Universitário De Brasília; 2018.
- Benseñor IM, Atta JA, Martins MA. *Semiologia Clínica*. 2. ed. São Paulo: Sarvier; 2002.
- Da Silva, Renata Rolim Sakiyama; Abagge, Kerstin Taniguchi. *Dermatoses na infância: Perfil dos pacientes atendidos no mutirão de Dermatologia Pediátrica* 2016.
- Norgan AP, Pritt BS. Parasitic Infections of the Skin and Subcutaneous Tissues. *Adv Anat Pathol*. 2018 Mar; 25 (2): 106-123. doi: 10.1097/PAP.000000000000183. PMID: 29351090.

Rodrigues, Ana Letícia Silva, et al. "Fatores de risco para problemas dermatológicos em crianças na primeira infância no ambiente familiar." *Ciência, Cuidado e Saúde* 7.2 (2008): 163-170.

Sociedade Brasileira de Pediatria. *Tratado de Pediatria*. 4. ed. Barueri: Manole; 2017.

Leite RMS, Leite AAC, Costa IMC. Dermatite atópica: uma doença cutânea ou uma doença sistêmica? A procura de respostas na história da dermatologia. *An Bras Dermatol*; 82(1):71-8. 2007.