

BMJ Best Practice

Visão geral da dermatite

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



Tabela de Conteúdos

Introdução	3
Doenças	4
Referências	7
Imagens	10
Aviso legal	13

Introdução

Dermatite é um termo geral utilizado para uma série de afecções cutâneas inflamatórias de etiologia variável. Manifestações comuns incluem eritema, descamação, vesículas, prurido e liquenificação quando a inflamação for crônica. Cada tipo de dermatite apresenta sinais e sintomas distintos, embora, na prática, pode ser difícil fazer a distinção entre elas e também entre outras afecções cutâneas inflamatórias.

Doenças

◇ Eczema

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Eczema](#)

Pele pruriginosa, seca, geralmente com eritema, descamação ou vesículas; liquenificação nas dobras da pele quando há inflamação crônica.[1] Em lactentes, as superfícies extensoras, as bochechas e a testa são preferencialmente afetadas.[2] Os pacientes geralmente apresentam história familiar ou pessoal de outras doenças atópicas, como asma ou rinite alérgica.[2]

A dermatite atópica é uma doença crônica recidivante, e instruir os pacientes e suas famílias sobre os cuidados básicos com a pele é necessário para que eles possam ter um melhor entendimento da doença e saibam como evitar os fatores desencadeantes.[3] [4] [5] O tratamento de primeira linha é composto por emolientes e corticosteroides tópicos. Outras opções que podem ser usadas em pacientes sem resposta clínica à terapia de primeira linha incluem inibidores de calcineurina tópicos, fototerapia ou agentes imunossuppressores.

[Fig-1]

◇ Dermatite de contato

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Dermatite de contato](#)

A dermatite de contato irritativa (DCI) é causada pela toxicidade direta e pode ocorrer em qualquer pessoa sem sensibilização prévia. A dermatite alérgica de contato (DAC) é uma reação de hipersensibilidade tardia que requer sensibilização prévia.

Ambas resultam em queimação localizada, ardência, prurido, bolhas, eritema e edema após contato com um alérgeno ou irritante. A erupção é claramente delineada com bordas nítidas. Também pode ocorrer hiperpigmentação, fissura e descamação.[6]

Depois que um alérgeno ou irritante é identificado, os principais objetivos do tratamento são evitar a futura exposição e resolver a dermatite existente. A DCI é tratada com hidratantes e redução da exposição.[7] A DAC é tratada com eliminação da exposição e corticosteroides tópicos ou inibidores de calcineurina tópicos. A DAC grave pode exigir tratamento com corticosteroides orais.

[Fig-2]

◇ Dermatite disidrótica

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Dermatite disidrótica](#)

Agrupamentos recorrentes de vesículas medindo de 1 a 2 mm, com prurido nas palmas das mãos, solas dos pés e/ou nas faces laterais dos dedos. A disidrose é um tipo de erupção mais aguda e intensa que apresenta grandes bolhas nas mãos e nos pés.[8] Irritação é o fator de exacerbação comum, sendo observada nas lavagens frequentes das mãos, hiperidrose e estresse. Entretanto, a etiologia subjacente é desconhecida.

O principal objetivo do tratamento é identificar e evitar os fatores de exacerbação. Todos os pacientes devem ser instruídos sobre as estratégias para manter efetivos os mecanismos da barreira da pele, como o uso frequente de emolientes e evitar o uso de agentes irritantes.[9] Em pacientes sem resposta clínica à modificação do estilo de vida, são usados corticosteroides tópicos[10] [11] ou imunomoduladores.[12] [13] Para casos graves de bolhas eruptivas nas palmas das mãos e nas solas dos pés (disidrose), corticosteroides orais são úteis. Casos recalcitrantes de doenças disidróticas são tratados com uma ampla variedade de opções terapêuticas, incluindo fototerapia, imunossuppressores orais ou terapia específica para níquel.

[Fig-3]

◇ Dermatite seborreica

» veja nossa abrangente cobertura sobre Dermatite seborreica

Descamação eritematosa e gordurosa no couro cabeludo, no sulco nasolabial, na prega nasolabial, na pele auricular posterior e no tórax anterior.[14] É uma condição crônica que inclui caspa (pitíriase capitis) em adultos e crosta láctea em lactentes. Muitas vezes, um início explosivo generalizado de dermatite seborreica pode ser um indicador de infecção por HIV, independentemente da idade.

Ciclo variável que raramente diminui de modo completo. Geralmente, a forma de manifestação infantil (crosta láctea) é resolvida nos primeiros meses de vida. O controle do sintoma é o pilar do tratamento. Agentes tópicos, como corticosteroides, alcatrão de hulha, inibidores de calcineurina e antifúngicos são usados para o tratamento.[15] [16] [17] Xampus e preparações para o couro cabeludo são tratamentos apropriados quando a dermatite seborreica se restringe ao couro cabeludo.[18] A crosta láctea em lactentes geralmente pode ser administrada com o uso de emolientes como azeite de oliva tópico. Antifúngicos sistêmicos devem ser reservados para casos graves e evitados em lactentes e crianças. [Fig-4]

◇ Dermatite da área das fraldas

» veja nossa abrangente cobertura sobre Dermatite da área das fraldas

Conhecida como dermatite de contato irritativa, a dermatite da área das fraldas é uma inflamação da pele na parte do corpo coberta por uma fralda. Ela é mais comum nos 1 a 2 primeiros anos de vida, mas pode ocorrer em qualquer pessoa que use fraldas com frequência. A dermatite recalcitrante da área das fraldas pode sinalizar infecção secundária ou doenças sistêmicas ou dermatológicas subjacentes, e requer avaliação mais detalhada.

O tratamento inicial envolve o reforço de bons hábitos no uso de fraldas, como trocas frequentes, uso de fraldas descartáveis superabsorventes, limpeza da área da fralda, para evitar possíveis irritantes, com lenços umedecidos comerciais ou um tecido de algodão embebido em água, períodos em que a criança não utilize fraldas e aplicação de creme, pomada ou pasta de barreira.[19]

◇ Líquen simples crônico (LSC)

» veja nossa abrangente cobertura sobre Líquen simples crônico (LSC)

Placas cutâneas, eritematosas liquenificadas e circunscritas, geralmente hiperpigmentadas, que ocorrem com maior frequência no couro cabeludo, pescoço, tornozelos e órgãos genitais como resultado do ato crônico de coçar ou esfregar. Uma ou múltiplas crostas ou placas de líquen simples crônico (LSC) podem surgir na pele afetada por dermatoses subjacentes, como dermatite atópica, dermatite alérgica de contato, dermatite de estase, dermatite superficial fúngica (tinha e candidíase) e infecções por dermatófitos, líquen escleroso, verrugas virais, escabiose, piolho, picada de artrópode ou neoplasia cutânea.[20] [21]

O LSC pode ser uma afecção difícil de ser tratada, causando frustração tanto no paciente quanto no médico.[20] Os principais objetivos do tratamento são remover quaisquer fatores ambientais desencadeantes e de exacerbação, reparar a função de barreira da pele, identificar e tratar afecções subjacentes dermatológicas ou sistêmicas que podem evoluir para LSC secundário e interromper o ciclo de coceira característico do LSC por meio da redução no grau de inflamação da pele e do controle do prurido noturno.[21] O tratamento de LSC deve ser individualizado e pode incluir corticosteroide tópico, emolientes e modificações do estilo de vida. O prurido noturno pode ser tratado com um anti-histamínico sedativo de geração mais antiga.

[Fig-5]

◊ Queimadura de sol

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Queimadura de sol](#)

A queimadura de sol é uma reação inflamatória aguda da pele induzida por exposição excessiva à radiação ultravioleta (UV). Os achados cutâneos incluem eritema e edema, com ou sem vesiculação, seguidos por descamação. Os sintomas incluem dor e/ou prurido. A queimadura solar aguda é uma afecção autolimitada e, geralmente, requer apenas cuidados de suporte. Nenhum dos tratamentos atuais pode reverter os danos na pele induzidos pela radiação ultravioleta (UV).^[22] A prevenção primária ao evitar o sol, proteger-se fisicamente e usar de forma apropriada o filtro solar é fundamental para tratar essa afecção, pois o dano celular causado pela radiação UV é irreversível e pode, com o tempo, acelerar o fotoenvelhecimento e aumentar o risco de câncer de pele.

◊ Avaliação do prurido

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Avaliação do prurido](#)

O sintoma mais comum na dermatologia é o prurido, que pode ocorrer com ou sem lesões visíveis na pele. História detalhada e exame físico completo são fundamentais para avaliar o prurido. Durante o exame médico, é importante identificar uma possível causa/doença responsável pelo prurido, assim como determinar sua intensidade e duração.

◊ Avaliação de erupção cutânea em crianças

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Avaliação de erupção cutânea em crianças](#)

A etiologia pode, com frequência, ser uma dermatite, mas também pode incluir infecções e urticária. Das dermatoses inflamatórias, dermatite atópica é o diagnóstico mais comum para pacientes atendidos em consultórios dermatológicos pediátricos.^[23] A dermatite seborreica ocorre em 2 grupos etários: lactentes (começando antes dos 2 meses de idade) e adolescentes. Nos adolescentes, as secreções sebáceas são alteradas pela flora natural da pele, o que induz a dermatite nas áreas afetadas.^[24] Os agentes mais comuns causadores da dermatite alérgica de contato em crianças são espécies de *Toxicodendron* (hera, carvalho ou sumagre venenosos) e o níquel metálico.^{[25] [26]}

◊ Avaliação de distúrbios dermatológicos relacionados ao vírus da imunodeficiência humana (HIV)

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Avaliação de distúrbios dermatológicos relacionados ao vírus da imunodeficiência humana \(HIV\)](#)

As manifestações dermatológicas do vírus da imunodeficiência humana (HIV) são diversas e geralmente múltiplas em pacientes com infecção por HIV.

Algumas doenças cutâneas são consideravelmente específicas do HIV. Dermatoses específicas do HIV incluem lipodistrofia relacionada ao HIV, foliculite eosinofílica, leucoplasia pilosa oral, erupção pápulo-pruriginosa (EPP) do HIV e fotodermatite relacionada ao HIV.

Outras doenças de pele podem aparecer em populações não infectadas por HIV, mas têm manifestação alterada com HIV, apresentando-se com mais frequência ou de forma mais grave em pessoas infectadas por HIV. A dermatite seborreica ocorre com prevalência visivelmente elevada.^{[27] [28]} A prevalência se eleva com o aumento da imunossupressão. A dermatite atópica tem uma alta prevalência em adultos, assim como em populações de pacientes pediátricos com HIV.^[29]

Artigos principais

- Warshaw E. Therapeutic options for chronic hand dermatitis. *Dermatol Ther.* 2004;17(3):240-50. [Resumo](#)
- Lotti T, Buggaiani G, Prignano F. Prurigo nodularis and lichen simplex chronicus. *Dermatol Ther.* 2008 Jan-Feb;21(1):42-6. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- Lynch PJ. Lichen simplex chronicus (atopic/neurodermatitis) of the anogenital region. *Dermatol Ther.* 2004;17(1):8-19. [Resumo](#)
- Han A, Maibach, HI. Management of acute sunburn. *Am J Clin Dermatol.* 2004;5(1):39-47. [Resumo](#)

Referências

1. Hanifin JM, Rajka G. Diagnostic features of atopic dermatitis. *Acta Dermatol Venereol Suppl (Stockh).* 1980;60(92):44-7. [Texto completo](#)
2. Spergel JM, Paller AS. Atopic dermatitis and the atopic march. *J Allergy Clin Immunol.* 2003 Dec;112(6 Suppl):S118-27. [Resumo](#)
3. Simpson EL. Atopic dermatitis: a review of topical treatment options. *Cur Med Res Opin.* 2010 Mar;26(3):633-40. [Resumo](#)
4. Levy ML. Atopic dermatitis: understanding the disease and its management. *Curr Med Res Opin.* 2007 Dec;23(12):3091-103. [Resumo](#)
5. Darsow U, Wollenberg A, Simon D, et al; European Task Force on Atopic Dermatitis/EADV Eczema Task Force. ETFAD/EADV eczema task force 2009 position paper on diagnosis and treatment of atopic dermatitis. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2010 Mar;24(3):317-28. [Texto completo](#) [Resumo](#)
6. Belsito DV. The diagnostic evaluation, treatment, and prevention of allergic contact dermatitis in the new millennium. *J Allergy Clin Immunol.* 2000 Mar;105(3):409-20. [Resumo](#)
7. Saary J, Qureshi R, Palda V, et al. A systematic review of contact dermatitis treatment and prevention. *J Am Acad Dermatol.* 2005 Nov;53(5):845. [Resumo](#)
8. Fowler JF Jr, Storrs FJ. Nickel allergy and dyshidrotic eczema: are they related? *Am J Contact Dermatol.* 2001 Jun;12(2):119-21. [Resumo](#)
9. Warshaw E. Therapeutic options for chronic hand dermatitis. *Dermatol Ther.* 2004;17(3):240-50. [Resumo](#)
10. Volden G. Successful treatment of chronic skin diseases with clobetasol propionate and a hydrocolloid occlusive dressing. *Acta Derm Venereol.* 1992;72(1):69-71. [Resumo](#)

11. Veien NK, Olhom Larsen P, Thestrup-Pedersen K, et al. Long-term, intermittent treatment of chronic hand eczema with mometasone furoate. *Br J Dermatol*. 1999 May;140(5):882-6. [Resumo](#)
12. Schnopp C, Remling R, Möhrenschrager M, et al. Topical tacrolimus (FK506) and mometasone furoate in the treatment of dyshidrotic palmar eczema: a randomized, observer-blinded trial. *J Am Acad Dermatol*. 2002 Jan;46(1):73-7. [Resumo](#)
13. Belsito DV, Fowler JF Jr, Marks JG Jr, et al; Multicenter Investigator Group. Pimecrolimus cream 1%: a potential new treatment for chronic hand dermatitis. *Cutis*. 2004 Jan;73(1):31-8. [Resumo](#)
14. Clark GW, Pope SM, Jaboori KA. Diagnosis and treatment of seborrheic dermatitis. *Am Fam Physician*. 2015 Feb 1;91(3):185-90. [Texto completo](#) [Resumo](#)
15. Warshaw EM, Wohlhuter RJ, Liu A, et al. Results of a randomized, double-blind, vehicle-controlled efficacy trial of pimecrolimus cream 1% for the treatment of moderate to severe facial seborrheic dermatitis. *J Am Acad Dermatol*. 2007 Aug;57(2):257-64. [Resumo](#)
16. Hebert AA. Review of pimecrolimus cream 1% for the treatment of mild to moderate atopic dermatitis. *Clin Ther*. 2006 Dec;28(12):1972-82. [Resumo](#)
17. Firooz A, Solhpour A, Gorouhi F, et al. Pimecrolimus cream, 1%, vs hydrocortisone acetate cream, 1%, in the treatment of facial seborrheic dermatitis: a randomized, investigator-blind, clinical trial. *Arch Dermatol*. 2006 Aug;142(8):1066-7. [Resumo](#)
18. Shuster S, Meynadier J, Kerl H, et al. Treatment and prophylaxis of seborrheic dermatitis of the scalp with antipityrosporal 1% ciclopirox shampoo. *Arch Dermatol*. 2005 Jan;141(1):47-52. [Texto completo](#) [Resumo](#)
19. Nield LS, Kamat D. Prevention, diagnosis, and management of diaper dermatitis. *Clin Pediatr (Phila)*. 2007 Jul;46(6):480-6. [Resumo](#)
20. Lotti T, Buggaiani G, Prignano F. Prurigo nodularis and lichen simplex chronicus. *Dermatol Ther*. 2008 Jan-Feb;21(1):42-6. [Texto completo](#) [Resumo](#)
21. Lynch PJ. Lichen simplex chronicus (atopic/neurodermatitis) of the anogenital region. *Dermatol Ther*. 2004;17(1):8-19. [Resumo](#)
22. Han A, Maibach, HI. Management of acute sunburn. *Am J Clin Dermatol*. 2004;5(1):39-47. [Resumo](#)
23. Treadwell PA. Papulosquamous disorders: atopic dermatitis, psoriasis, seborrheic dermatitis, and nickel contact dermatitis. *Adolesc Med State Art Rev*. 2011 Apr;22(1):157-68. [Resumo](#)
24. Waldroup W, Scheinfeld N. Medicated shampoos for the treatment of seborrheic dermatitis. *J Drugs Dermatol*. 2008 Jul;7(7):699-703. [Resumo](#)
25. Bourke J, Coulson I, English J. Guidelines for the management of contact dermatitis: an update. *Br J Dermatol*. 2009 May;160(5):946-54. [Resumo](#)

26. Milingou M, Tagka A, Armenaka M, et al. Patch tests in children: a review of 13 years of experience in comparison with previous data. *Pediatr Dermatol*. 2010 May-Jun;27(3):255-9. [Resumo](#)
27. Healy E, Meenan J, Mulcahy F, et al. The spectrum of HIV related skin diseases in an Irish population. *Ir Med J*. 1993 Nov-Dec;86(6):188-90. [Resumo](#)
28. Coffin SE, Hodinka RL. Utility of direct immunofluorescence and virus culture for detection of varicella-zoster virus in skin lesions. *J Clin Microbiol*. 1995 Oct;33(10):2792-5. [Texto completo](#) [Resumo](#)
29. Ball LM, Harper JI. Atopic eczema in HIV-seropositive haemophiliacs. *Lancet*. 1987 Sep 12;2(8559):627-8. [Resumo](#)

Imagens



Figura 1: Dermatite atópica aguda na face de um lactente

Acervo pessoal do Dr. A. Hebert



Figura 2: Dermatite alérgica de contato ao níquel na pulseira de relógio

Acervo pessoal do Dr. Snehal Desai



Figura 3: Eczema disidrótico

Fotografia por cortesia da Dra. Spencer Holmes



Figura 4: Dermatite seborreica, músculos glabellares, com descamação e eritema leve

Acervo pessoal do Dr. Robert A. Schwartz



Figura 5: Líquen simples crônico secundário no cenário da dermatite atópica

Acervo pessoal do Dr. Swick

Aviso legal

Este conteúdo destinase a médicos que não estão nos Estados Unidos e no Canadá. O BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Group") procura certificarse de que as informações fornecidas sejam precisas e estejam atualizadas; no entanto, não fornece garantias nesse sentido, tampouco seus licenciantes, que fornecem determinadas informações vinculadas ao seu conteúdo ou acessíveis de outra forma. O BMJ Group não defende nem endossa o uso de qualquer tratamento ou medicamento aqui mencionado, nem realiza o diagnóstico de pacientes. Os médicos devem utilizar seu próprio julgamento profissional ao utilizar as informações aqui contidas, não devendo considerálas substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contraindicações ou efeitos colaterais. Além disso, com o surgimento de novos dados, tais padrões e práticas da medicina sofrem alterações; portanto, é necessário consultar diferentes fontes. É altamente recomendável que os usuários confirmem, por conta própria, o diagnóstico, os tratamentos e o acompanhamento especificado e verifiquem se são adequados para o paciente na respectiva região. Além disso, é necessário examinar a bula que acompanha cada medicamento prescrito, a fim de verificar as condições de uso e identificar alterações na posologia ou contraindicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Devese verificar se, na sua região, os medicamentos mencionados são licenciados para o uso especificado e nas doses determinadas. Essas informações são fornecidas "no estado em que se encontram" e, na forma da lei, o BMJ Group e seus licenciantes não assumem qualquer responsabilidade por nenhum aspecto da assistência médica administrada com o auxílio dessas informações, tampouco por qualquer outro uso destas. Estas informações foram traduzidas e adaptadas com base no conteúdo original produzido pelo BMJ no idioma inglês. O conteúdo traduzido é fornecido tal como se encontra na versão original em inglês. A precisão ou confiabilidade da tradução não é garantida nem está implícita. O BMJ não se responsabiliza por erros e omissões provenientes da tradução e da adaptação, ou de qualquer outra forma, e na máxima extensão permitida por lei, o BMJ não deve incorrer em nenhuma responsabilidade, incluindo, mas sem limitação, a responsabilidade por danos provenientes do conteúdo traduzido.

NOTA DE INTERPRETAÇÃO: Os numerais no conteúdo traduzido são exibidos de acordo com a configuração padrão para separadores numéricos no idioma inglês original: por exemplo, os números de 4 dígitos não incluem vírgula nem ponto decimal; números de 5 ou mais dígitos incluem vírgulas; e números menores que a unidade são representados com pontos decimais. Consulte a tabela explicativa na Tab 1. O BMJ não aceita ser responsabilizado pela interpretação incorreta de números em conformidade com esse padrão especificado para separadores numéricos. Esta abordagem está em conformidade com a orientação do Serviço Internacional de Pesos e Medidas (International Bureau of Weights and Measures) (resolução de 2003)

<http://www1.bipm.org/jsp/en/ViewCGPMResolution.jsp>

Estilo do BMJ Best Practice	
Numerais de 5 dígitos	10,00
Numerais de 4 dígitos	1000
Numerais < 1	0.25

Tabela 1 Estilo do BMJ Best Practice no que diz respeito a numerais

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Oct 16, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em bestpractice.bmj.com. A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exoneração de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2019. Todos os direitos reservados.

O BMJ pode atualizar o conteúdo traduzido de tempos em tempos de maneira a refletir as atualizações feitas nas versões originais no idioma inglês em que o conteúdo traduzido se baseia. É natural que a versão em português apresente eventuais atrasos em relação à versão em inglês enquanto o conteúdo traduzido não for atualizado. A duração desses atrasos pode variar.

Veja os [termos e condições do website](#).

Contacte-nos

+ 44 (0) 207 111 1105

support@bmj.com

BMJ

BMA House

Tavistock Square

London

WC1H 9JR

UK

BMJ Best Practice

Colaboradores:

// Autores:

Editorial Team,

BMJ Publishing Group

DIVULGAÇÕES: This overview has been compiled using the information in existing sub-topics.