

DERMATITE ATÓPICA E DE FRALDAS EM PEDIATRIA E TERAPÊUTICA ASSOCIADA: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Data de aceite: 01/08/2023

Erika Daniel

Instituto Politécnico de Coimbra, ESTESC-
Coimbra Health School, Farmácia
Escola Superior de Tecnologia da Saúde
de Coimbra, Departamento de Ciências
Biomédicas Laboratoriais, Dietética e
Nutrição e Farmácia
Coimbra, Portugal

Ana Paula Fonseca

Instituto Politécnico de Coimbra, ESTESC-
Coimbra Health School, Farmácia
Escola Superior de Tecnologia da Saúde
de Coimbra, Departamento de Ciências
Biomédicas Laboratoriais, Dietética e
Nutrição e Farmácia
Laboratório de Investigação Aplicada em
Saúde (LabinSaúde)
Coimbra, Portugal

Zélia Barbosa

Instituto Politécnico de Coimbra, ESTESC-
Coimbra Health School, Farmácia
Escola Superior de Tecnologia da Saúde
de Coimbra, Departamento de Ciências
Biomédicas Laboratoriais, Dietética e
Nutrição e Farmácia
Coimbra, Portugal

RESUMO: **Introdução:** A pele é responsável por várias funções, proteção e regulação do organismo e para isso é constituída por estruturas específicas. A pele do bebé em comparação à do adulto, tem algumas limitações. A utilização de produtos de limpeza e um cuidado com a pele desde cedo, são fatores a ter em conta para uma pele saudável ao longo do tempo. No entanto, numa pele mais sensível como a do bebé, agentes agressores são responsáveis pelo aparecimento de patologias. A Dermatite Atópica e a Dermatite de Fraldas, são das patologias mais frequentes em pediatria.

Objetivos: Identificar a faixa etária onde incidem principalmente estas doenças, dermatite atópica e da fralda, e perceber o seu contexto, bem como identificar o tratamento farmacológico, quer tópico, quer sistémico disponível atualmente.

Material e métodos: Este estudo é uma revisão bibliográfica. Para a recolha de dados foram incluídos artigos com ano de publicação igual ou superior a 2013, de modo a obter-se informação atualizada; e foram utilizadas as bases de dados “Pubmed”, “NCBI”, “Google Scholar”.

Resultados: A utilização de produtos com a combinação de compostos são uma

opção mais eficaz no tratamento da dermatite atópica, melhorando o estado clínico mais rapidamente. Os produtos mais seguros mostram ser, no geral, os corticosteroides tópicos. Na dermatite de fraldas, a utilização de cremes de barreira na área da fralda ajudam a manter a zona saudável, sem predisposição para eventuais estados de patologia. Estes cremes, sendo eles compostos por um ou mais princípios ativos, demonstram ser eficazes em estados leves a moderados. Em estados graves os diversos estudos recomendam a utilização de agentes farmacológicos. **Conclusão:** Continuam a ser necessários mais estudos, com novos produtos, que abranjam não só o tratamento, mas a prevenção destas patologias, dando uma maior segurança aos pais/cuidadores.

PALAVRAS-CHAVE: “Pediatria”; “Dermatite Atópica”; “Dermatite da Fralda”

ABSTRACT: Introduction: The skin is responsible for various functions, protection, and regulation of the body and for this it consists of specific structures. Baby skin has some limitations compared to adult skin. The use of cleansing products and skin care from an early age are factors to be considered for healthy skin over time. However, in a more sensitive skin like baby’s, aggressive agents are responsible for the appearance of pathologies. Atopic Dermatitis and Diaper Dermatitis are the most frequent pathologies in pediatrics. Objectives: To identify the age range in which these diseases, atopic dermatitis, and diaper dermatitis, mainly occur, and understand their context, as well as identify the pharmacological treatment, both topical and systemic, currently available. **Material and methods:** This study is a literature review. For data collection, articles with year of publication equal to or greater than 2013 were included, to obtain updated information; and the databases “Pubmed”, “NCBI”, “Google Scholar” were used. **Results:** The use of products with the combination of compounds are a more effective option in the treatment of atopic dermatitis, improving the clinical condition faster. The safest products are generally shown to be topical corticosteroids. In diaper dermatitis, the use of barrier creams in the diaper area helps to keep the area healthy, without predisposition to eventual pathological states. These creams, whether they are composed of one or active ingredients, have been shown to be effective in mild to moderate states. In severe states the various studies recommend the use of pharmacological agents. **Conclusion:** More studies are still needed, with new products that cover not only the treatment but also the prevention of these pathologies, providing greater security for parents/caregivers.

KEYWORDS: “Pediatrics”; “Atopic Dermatitis”; “Diaper Dermatitis”

INTRODUÇÃO

A Pele

A pele é o maior órgão, de grande importância e multifuncional. Consoante a função da barreira cutânea, promove, proteção mecânica, termorregulação, vigilância imunológica, e previne a perda insensível de fluidos corporais. (1) Para desempenhar essas funções, a pele é constituída por múltiplas camadas que são morfológicamente distintas. (Figura 1)

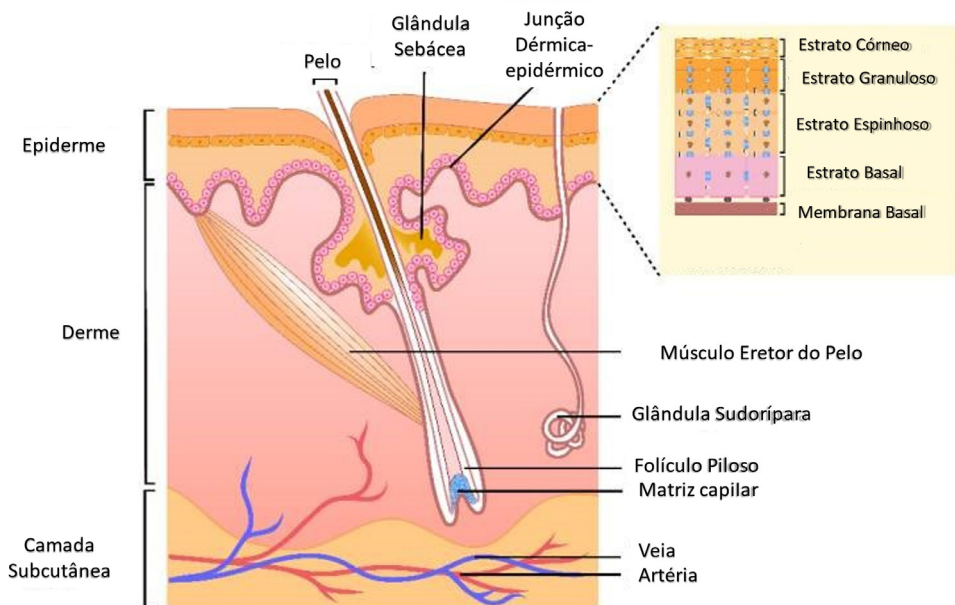


Figura 1 - Anatomia da pele humana (2)

A camada superior da pele é altamente estratificada, designada de epiderme. A epiderme é composta por cinco camadas: estrato córneo, estrato lúcido, estrato granuloso (camada granular), estrato espinhoso (camada espinhosa) e estrato basal (camada basal). As quatro últimas camadas constituem a epiderme viável. Os principais componentes celulares da camada da epiderme são os queratinócitos, e diferenciam-se gradualmente e migram para fora do estrato basal para o estrato córneo. Após a maturação completa, os queratinócitos são transformados em corneócitos. Subsequentemente à epiderme está a derme, que é composta por tecido conjuntivo onde se originam os apêndices da pele; estes são os folículos pilosos, glândulas sebáceas e glândulas sudoríparas. As camadas da epiderme e da derme são conectadas e mecanicamente sustentadas pela junção derme-epidérmica (membrana basal)(2)

Pele Infantil

A dermatologia pediátrica (DP) é de grande importância, e cada vez é abordada de forma mais cuidada pelos pais/cuidadores das crianças. Há cada vez mais informação, e esse conhecimento é também mais transmitido, inicialmente pelos médicos e profissionais de saúde numa primeira abordagem, pós nascimento. Está em constante evolução todo o conhecimento em volta da DP, de forma a obter os melhores cuidados para a pele dos bebés e crianças, ao nível da tolerância da mesma. Desta forma, toda a informação inicial no cuidado da pele do bebé tem sido inconstante ao longo dos anos, dado que as indicações para as primeiras fases de vida vão alterando de geração em geração.

Após o nascimento, a pele do bebê é sujeita a uma adaptação ao ambiente extrauterino, sendo, necessários cuidados especiais. Uma vez que a epiderme e barreira cutânea são imaturas, a pele é bastante sensível, fina e frágil. Ao longo do processo de maturação, a pele é bastante vulnerável. Até algum tempo atrás, acreditava-se, que a função de barreira cutânea atingia a maturação por volta da 34ª semana de gestação. Porém, dados mais recentes mostram que ela continua a desenvolver-se até aos 12 meses após o nascimento. (1)

A pele do bebê em comparação à do adulto, tem algumas limitações. As diferenças estruturais, composicionais e funcionais entre a pele infantil e a pele adulta são em termos de maturação dos componentes e assim das funções que desempenham. (Tabela 1) No segundo ano, a pele infantil assemelha-se mais à pele adulta. (2)

Parâmetros	Propriedades
Estrutura	
Epiderme - tamanho da célula	Corneócitos e queratinócitos menores [2]
Epiderme - superfície	Maior densidade da rede de microrrelevo da pele [2]
Epiderme - espessura	SC: 30% mais fino [36]; Epiderme: 20% mais fina [2]
Derme—organização	Papila dérmica mais homogênea [2]; Rede vascular extensa mas desorganizada [37]; Menor densidade de feixes de fibras colágenas [37]
Composição	
NMF	Inferior [13]
Melanina	Inferior [38]
Água	Menor ao nascimento, aumentando gradativamente ao longo do primeiro ano [2]
Função	
Volume de negócios celular	Superior [2]
Capacidade de hidratação e retenção de água	Hidratação mais baixa no nascimento, pico entre 3–12 meses [13]; menor capacidade de retenção de água [2]
Barreira imunológica	As CL epidérmicas não estão totalmente maduras [38]
pH	Superior [2]
Fotoproteção	Os melanócitos não estão totalmente maduros [38]
atividade sebácea	Maior ao nascer; diminui drasticamente nos primeiros dias [27]
TEWL	Maior ao nascer; diminui gradativamente ao longo dos primeiros anos [38]

Tabela 1 - Fisiologia da pele de lactentes saudáveis em comparação com adultos(2)

O perfil farmacocinético das drogas é também distinto entre recém-nascidos e adultos, de um modo geral, caracterizados por terem meias-vidas biológicas mais longas (3 a 9 vezes mais) e taxas de filtração mais baixas. (Tabela 2) No entanto, os metabolismos renais e hepáticos desenvolvem-se rapidamente durante o primeiro mês após o nascimento e, portanto, os perfis farmacocinéticos e metabólicos das drogas tornam-se comparáveis aos adultos. (2)

Parâmetros	Propriedades
Barreira hematoencefalica	Menos desenvolvido
Reações de conjugação	Menor taxa
Biotransformação do citocromo P450	Menor taxa
Filtração glomerular	Menor taxa
massa hepática	Superior
Ligação às proteínas plasmáticas	Diminuir
Teor de água por peso corporal	Superior

Tabela 2 - Parâmetros farmacocinéticos em recém-nascidos saudáveis em comparação com adultos (2)

A pele do recém-nascido é revestida por um composto de água, lipídios, proteínas e corneócitos derramados, o vernix caseoso (vc). O vernix caseoso fornece uma função de barreira epidérmica ao recém-nascidos. As fisiologias destes mecanismos ainda não foram totalmente compreendidas. Acredita-se que os lipídios contidos no vernix caseoso atuam como uma barreira hidrofóbica que regula a perda de água transepidérmica na pele do recém-nascido. O VC é removido durante o primeiro banho dos recém-nascidos, fazendo com que a pele fique mais seca e vulnerável em comparação com a pele do feto durante o período de gestação. (2) Por isso, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que os recém-nascidos não tomem banho nas primeiras seis horas após o nascimento. (3)

Há agentes terapêuticos na qual a pele é mais sensível e pode desenvolver reações tóxicas, tais como isopropanol, benzocaína, piretrina, hexaclorofeno e ácido salicílico.

O contacto da pele com saliva, secreções nasais, urina, fezes e enzimas fecais e agentes patogênicos microbianos durante longos períodos podem levar a desconforto e causar irritações e infeções, danificando a barreira cutânea. Por outro lado, durante a higienização da pele, são removidos com alguma facilidade os ácidos gordos insaturados epidérmicos, o que pode comprometer a função da barreira subcutânea.(4)

Existem evidências que apoiam um cuidado seguro e eficaz com a pele, desde bastante cedo na vida. O uso diário e contínuo de produtos de limpeza não alcalinos e hidratantes com ceramidas, lipídios presentes naturalmente na pele, mostram benefícios

no que diz respeito à redução da inflamação e a manutenção da função barreira da pele. Quando aplicados desde o nascimento, produtos de limpeza e hidratantes suaves com lipídios de barreira, estes ajudam a manter a barreira protetora da pele e acalmam a pele com benefícios hidratantes a longo prazo. (4)

Relativamente à introdução dos agentes de limpeza no banho dos recém-nascidos, há também opiniões divergentes, alguns estudos aconselham a que seja logo após a queda do cordão umbilical, outros dizem que esse tempo poderá variar de duas a quatro semanas até seis semanas após o nascimento. No entanto a decisão final é sempre da mãe, e esse tempo varia com a preferência da mesma. (1)

As patologias mais referidas no que diz respeito à pele dos bebés são a dermatite atópica e a dermatite da fralda.

Dermatite Atópica

A dermatite atópica (DA) é uma doença inflamatória crónica da pele, e a mais comum. A DA causa erupções cutâneas associadas a prurido intenso e xerose (pele seca), intervindo na qualidade de vida. É comum na infância e afeta cerca de 20% das crianças, em que 65% se manifesta antes de 1 ano de idade e 85% antes dos 5 anos de idade. (5)

A aplicação diária, prolongada, de emolientes demonstra ser a base para o tratamento convencional da DA, juntamente com anti-inflamatórios tópicos, tais como, corticosteroides tópicos e inibidores de calcineurina. (6)

A maior incidência da dermatite atópica ocorre durante a infância nomeadamente nos primeiros anos da infância. Existem relatos de maior incidência de DA nos primeiros 18 meses de vida, cerca de 80% das crianças com DA o início da doença foi na infância e cerca de 66% o início da doença foi aos 7 anos de idade. (7)

A persistência da DA foi demonstrada num estudo em que, 80% da DA infantil não persistiu durante 8 anos e menos de 5% persistiu 20 anos após o diagnóstico. Os casos de DA diagnosticada já em estado mais grave o risco de persistência da doença é maior, sendo assim o tempo de persistência um fator de risco acrescido para uma maior persistência. Uma vez que quanto maior for o tempo de persistência de DA já existente, maior a probabilidade de continuar a persistir. Crianças que manifestam DA nos primeiros 2 anos de vida têm um risco menor da doença persistir relativamente às crianças que manifestam DA mais tarde na infância ou adolescência. O início tardio da doença poderá estar relacionado á exposição a alergénios irritantes, de contacto em produtos de higiene pessoal e alergénios ambientais. (8)

Dermatite de Fraldas

Dermatite de Fraldas (DF) A dermatite de fraldas (DF) é a doença cutânea inflamatória aguda, mais comum em neonatos e lactentes. A DF ocorre na zona perianal e perineal, zona coberta pela fralda. A DF pode variar de leve (vermelhidão persistente) a grave (destruição da epiderme), no entanto pode desenvolver infeções secundárias.

O principal fator causador é a ação das enzimas proteolíticas. A DF tem vários fatores causadores, podendo eles ser, físicos, químicos, enzimáticos e microbianos. O principal motivo é devido à oclusão prolongada da área da fralda, causada por urina, fezes, fricção na pele e a presença de um valor de pH alto da pele. (9)

A dermatite das fraldas é extremamente comum, com incidência de aproximadamente 25%. (10) A DF possui uma maior prevalência entre os 9 e 12 meses após o nascimento. Mais de 50% da população infantil teria pelo menos um episódio de DF. Cuidados ineficazes da área da fralda, como troca de fraldas pouco frequente ou limpeza insuficiente, podem exacerbar essa condição. (4)

A dor e a deterioração causadas pela DF nos bebês têm sido um problema para os pais, por isso a proteção da pele na zona da fralda sempre foi um desafio. Estudos demonstram que o uso de fórmulas contendo anti-inflamatórios e ativos recuperadores da barreira epidérmica melhoram significativamente o tratamento da DF (9)

A adoção de cuidados apropriados da pele que contribuem para a sua função de barreira e a protegem-na da urina e das fezes devem ser eficazes na prevenção da DF. A DF é, portanto, um dos problemas dermatológicos mais comuns na infância. A aplicação de cremes tópicos após a limpeza da zona da fralda tem como objetivo minimizar o atrito entre a pele e a fralda tal como limitar a exposição da pele à urina e fezes. Muitas formulações contêm óxido de zinco, um adstringente da pele que apresenta efeitos anti-inflamatórios leves. (4)

Estudos demonstram o uso de dexpanthenol a 5% para o alívio dos sintomas da DF, melhorando a função de barreira da pele, com base na redução da perda de água transepidérmica. (4)

Assim o objetivo principal deste projeto de investigação, identificar a faixa etária onde incidem principalmente estas doenças, dermatite atópica e da fralda, e perceber o seu contexto, bem como identificar o tratamento farmacológico, quer tópico, quer sistémico disponível atualmente.

MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo é uma revisão bibliográfica. Para a recolha de dados foram incluídos artigos com ano de publicação igual ou superior a 2013, de modo a obter-se informação atualizada. Para recolha de informação foram utilizadas as bases de dados “Pubmed”, “NCBI”, “Goole Schoolar” e as palavras chaves “Pediatria”, “Dermatite Atópica” e “Dermatite da Fralda” num total de 1842 artigos foram utilizados 18. Este estudo foi desenvolvido de forma competente e ética, pela equipa de investigação, cumprindo todos os princípios dos direitos de autor. É garantido, de forma competente e ética, que não existirá plágio, uma vez que, todas as referências estão citadas e numeradas. É ainda assegurado a inexistência de quaisquer fins lucrativos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tratamento Dermatite Atópica

Um estudo observacional de Cheong et al. foi publicado a janeiro de 2019, com 32 participantes, demonstrou uma melhora significativa na avaliação de conhecimento dos cuidadores após receber aconselhamento, não sendo contemplado o tratamento. Com avaliação pré-aconselhamento médio de $8,38 \pm 3,92$ e pontuação pós-aconselhamento médio de $13,88 \pm 3,65$ ($P < 0,001$). A maioria estava satisfeita com o serviço e confiante em lidar com a condição de seu filho. O aconselhamento sobre eczema conduzido por farmacêutico tem um impacto positivo no conhecimento do cuidador e pode levar a uma melhor adesão. O serviço foi bem recebido, embora mais tempo pudesse ser gasto durante o aconselhamento. (5)

Numa revisão da literatura de Bylund et al. publicada a 9 de junho de 2020, foi estudada a incidência e prevalência da dermatite atópica, foram utilizados 352 estudos sobre prevalência de DA e 26 sobre incidência de DA. Para este estudo não foi considerado o tratamento. A prevalência de 1 ano de DA diagnosticada pelo médico variou de 0,96% a 22,6% em crianças na Ásia. A incidência de 1 ano variou de 10,2 (intervalo de confiança de 95% (IC 95%) 9,9–10,6) na Itália a 95,6 (IC 95% 93,4–97,9) por 1.000 pessoas-ano em crianças na Escócia. Desses estudos, 200 foram realizados na Europa, 122 na Ásia, 20 na América do Norte, 20 na América do Sul, 23 na África e 14 na Austrália em que 342 estudos foram transversais e 36 estudos longitudinais. (7)

Uma revisão da literatura lançada a 5 de novembro de 2020, foram reunidos dados acerca do tratamento da Dermatite Atópica (DA), mostrando que o tratamento tópico da DA engloba emolientes, corticosteroides tópicos (TCS), inibidores tópicos de calcineurina (TCIs) e inibidores da fosfodiesterase 4 (PDE-4). Esta pesquisa, feita por Davari et al., apresentou os seguintes dados, constantes nas tabelas 3, 4, e 5: (12)

	Medicamento	Idade	Mecanismo
Corticosteroides Tópicos (TCS)	Desonida gel/creme 0,05%	≥ 3 meses	Amplas propriedades anti-inflamatórias, antipruriginosas e vasoconstritoras
	Óleo de acetato de fluocinolona 0,01%	≥ 3 meses	
	Butirato de hidrocortisona creme 0,1%	≥ 3 meses	
	Propionato de fluticasona creme/loção 0,05%	≥ 3 meses	
	Dipropionato de alclometasona creme/pomada 0,05%	≥ 1 ano	
	Prednicarato creme 0,01%	≥ 1 ano	

Tabela 3 – tratamento DA infantil com corticosteroides tópicos (12)

	Medicamento	Idade	Mecanismo
Inibidores Tópicos de Calcineurina (TCIs)	Pomada de Tacrolimus 0,03%	≥ 2 anos	Inibe a ativação de células T bloqueando a transcrição de citosinas
	Pimecrolimus creme 1%	≥ 2 anos	
	Tracolumus pomada 0,1%	≥ 16 anos	

Tabela 4 - tratamento DA infantil com Inibidores Tópicos de Calcineurina (TCIs) (12)

	Medicamento	Idade	Mecanismo
Inibidores Tópicos da Fosfodiesterase 4 (PDE-4)	Crisaborol pomada 2%	≥ 3 meses	A inibição da PDE-4 resulta em níveis aumentados de adenosina monofosfato clínico intracelular (cAMP), o que impede a ativação de citosinas

Tabela 5 - tratamento DA infantil com Inibidores Tópicos da Fosfodiesterase 4 (PDE-4) (12)

Dang Y, em 2019, elaborou um estudo de teste controle aleatório em 180 bebês com eczema, observou e analisou a eficácia clínica da pomada de polissulfato de mucopolissacarídeo (MPS) combinada com pomada de desonida no tratamento do eczema infantil. Os pacientes foram divididos em grupo controle aplicando apenas pomada desonida e grupo de pesquisa aplicando pomada de polissulfato mucopolissacarídeo e pomada desonida. As eficácias terapêuticas dos dois grupos foram comparadas e os resultados mostraram que a eficácia total do grupo de pesquisa foi de 96,67%, enquanto o valor do grupo controle foi de 82,22%, tornando a eficácia total do grupo de pesquisa significativamente maior ($p < 0,05$). Além disso, houve uma diminuição maior na taxa de recorrência do grupo de pesquisa do que do grupo controle ($p < 0,05$). A aplicação combinada de pomada de polissulfato de mucopolissacarídeo e pomada de desonida demonstrou um melhor efeito terapêutico no tratamento de eczema infantil. (13)

Num ensaio clínico multicêntrico, randomizado, controlado em paralelo, publicado a 9 de novembro de 2019, com autoria de Shan Wang, foram incluídas 309 crianças menores de 2 anos com DA moderada (155 e 154 nos grupos de tratamento e controle, respectivamente). Os indivíduos foram tratados topicamente com creme desonida e emolientes em *Prinsepia utilis* Royle por 2 a 4 semanas antes de entrar no período de manutenção e, em seguida, tratado diferencialmente com emolientes para tratamento ou nenhum para controle. Foram avaliados; a taxa de manutenção cumulativa, o tempo para exacerbação e melhora da área de eczema e índice de gravidade (EASI) e índice de qualidade de vida da dermatite infantil (IDQOL). Os resultados mostraram que a taxa cumulativa de manutenção do grupo de tratamento (60,5%, 95% CI 50,0–69,4%) foi significativamente maior do que a do grupo controle (23,5%, 95% CI 15,2–33,0%) ($p < 0,001$). O tempo médio de exacerbação no grupo de tratamento foi de 90 dias (intervalo interquartil, IQR 28–90), significativamente mais longo do que no grupo controle (28 dias [IQR 18–67]) ($p < 0,001$). Na semana 4 do período de manutenção, os parâmetros

EASI e IDQOL do grupo de tratamento foram menores do que os do grupo controle. A aplicação de emolientes durante o período de manutenção da DA infantil mostrou reduzir significativamente o risco de exacerbações da DA, prolongar o tempo de exacerbação e melhorar os sintomas clínicos.(14)

A utilização de produtos com a combinação de compostos são uma opção mais eficaz no tratamento da dermatite atópica, melhorando o estado clínico mais rapidamente. Nas crianças os produtos mais seguros mostram ser, no geral, os corticosteroides tópicos. No entanto deve ser aplicado sempre emolientes na pele do bebê, uma vez que acalma os sintomas e ajuda para uma melhor recuperação da situação da pele.

Tratamento Dermatite de Fraldas

Uma revisão da literatura publicada a fevereiro de 2021, analisou 207 artigos relacionados com a dermatite atópica em crianças. Hebert percebeu que essas novas abordagens e combinações demonstraram ter eficácia no tratamento de DA. Os produtos reparadores da pele com a combinação de: gluconato de zinco, taurina, pantenol e óxido de zinco comprovam ter uma boa aceitabilidade e eficácia na redução do eritema cutâneo e irritação da área da fralda. Em combinação com outras opções eficazes de cuidado, como fraldas superabsorventes e o tempo sem fraldas potencialmente benéfico, o uso desses agentes pode fornecer um tratamento eficaz para assaduras ou dermatite causada por fraldas, formando uma película protetora contra irritantes externos e fornecendo umectante adicional e proteção antioxidante. (11)

Uma revisão da literatura abordada por Blume-Peytavi et al. e publicada a março de 2018, questiona os fatos por trás das perguntas mais comuns dos cuidadores sobre a DF e discute práticas e medidas eficazes de cuidados com a pele para minimizar os fatores causais e, assim, prevenir e controlar a condição. E afirma que, quando se trata de uma infecção bacteriana secundária, podem ser necessários peptídeos antimicrobianos tópicos ou antibióticos tópicos ou orais. O estudo apresenta como suficiente, o tratamento com mupirocina tópica aplicada duas vezes ao dia por 5-7 dias para as formas localizadas e leves da condição. E ainda, antibióticos orais são indicados em casos de infecções mais graves, como dermatite estreptocócica perianal. (15)

A 25 de novembro de 2014, Natalie Bartels publicou um estudo prospectivo de centro único, realizado em 89 bebês saudáveis de 9 meses de idade, foram aleatoriamente designados para três regimes de cuidados com fraldas: grupo I usou panos umedecidos em água nas trocas de fraldas (n = 30), grupo II adicionalmente aplicava creme para fraldas duas vezes ao dia (n = 28) e o grupo III usava lenços umedecidos e creme para fraldas duas vezes ao dia (n = 31). Perda de água transepidermica (TEWL), hidratação da pele (SCH), pH da pele, níveis de interleucina 1 α (IL-1 α) e colonização microbológica foram medidos na pele com fralda (quadrante externo superior das nádegas), pele sem fralda (parte superior da perna) e se ocorreu dermatite de fralda (DF), usando a área de pele

mais afetada no dia 1 e nas semanas 4 e 8. A condição da pele foi avaliada utilizando uma pontuação de condição de pele neonatal e grau de assaduras. Na pele com fralda, o SCH diminuiu nos grupos II e III, enquanto os valores TEWL foram reduzidos apenas no grupo II. O pH da pele aumentou nos grupos II e III. Em geral, os níveis de HSC, pH da pele e IL-1 α foram maiores na pele saudável com fralda do que na pele sem fralda. A incidência e o curso da DF foram comparáveis em todos os grupos. Áreas com DF tiveram maior TEWL e pH da pele do que áreas de pele não afetadas. Os bebês que aplicaram creme para fraldas apresentaram níveis mais baixos de SCH e TEWL e níveis de pH mais altos na área com fralda do que na pele sem fralda. (16)

Foi realizado um estudo prospectivo, publicado a 20 de abril de 2021, realizado por Dall'Oglio et al., com 10 crianças com DF leve a moderada, com o objetivo de avaliar a eficácia e tolerabilidade de um creme barreira composto com: gluconato de zinco-aurina, óxido de zinco e pantenol, glicerina, butyrospermum parkii manteiga. O creme foi aplicado duas vezes ao dia durante 30 dias. O estado do eritema foi avaliado no primeiro dia, aos 15 dias e aos 30 dias após a primeira aplicação do creme. Aos 15 dias, observou-se redução da avaliação clínica do eritema (CEA) desde o início (média de $3,2 \pm 0,8$ para $2,5 \pm 0,3$; $p < 0,06$), que embora não significativa, apresentou melhora progressiva significativa aos 30 dias (média de $3,2 \pm 0,8$ a $1,1 \pm 0,9$; $p < 0,0001$) sem diferenças de idade. O estudo mostrou que o creme de barreira testado pode ser usado em estados leves a moderados em monoterapia sem efeitos colaterais significativos ou, quando necessário, em associação com agentes farmacológicos. O seu uso a longo prazo aparenta ser seguro. (17)

Daisy Blanco, em 2013, fez um estudo prospectivo, multicêntrico, aberto, de fase IV, de longo prazo, investigou a resistência potencial de *Candida* spp. no uso tópico repetitivo de nitrato de miconazol a 0,25% em bebês de 15 meses de idade ou menos com DF moderada a grave. Para episódios iniciais e recorrentes de DF durante o período de estudo de 2 anos, os indivíduos foram tratados durante 7 dias com pomada de nitrato de miconazol a 0,25% tendo como componentes ativos: nitrato de miconazol 0,25%, óxido de zinco 15% e vaselina branca 81,35%. Foram realizadas avaliações clínicas e micológicas antes do tratamento (dia 0) e 7 dias após o tratamento (dia 14). O tratamento de dermatite de fraldas com pomada de nitrato de miconazol a 0,25% foi descrito como eficaz e geralmente bem tolerado, não sendo observada qualquer evidência de desenvolvimento de resistência ao miconazol em *Candida* spp. (18)

Mais uma vez, também na dermatite de fraldas, as utilizações de cremes na área da fralda ajudam a manter a zona saudável, sem predisposição para eventuais estados de patologia. Estes cremes, sendo eles compostos por uma ou mais substâncias, demonstram ser eficazes em estados leves a moderados. Em estados graves os diversos estudos recomendam a utilização de antibióticos orais. A pomada de nitrato de miconazol a 0,25% é eficaz em estados mais avançados e tem sido uma escolha atualmente.

CONCLUSÃO

A Dermatologia Pediátrica tem sido cada vez mais estudada e testada, de forma a tentar ajudar também os cuidadores, no dia a dia, facilitando as suas escolhas.

O aconselhamento por parte de um profissional, dá uma segurança e confiança ao cuidador nos produtos a usar para uma melhor qualidade da pele do seu bebé. Desta forma, formações aos pais/cuidadores são sempre fatos vantajosos e uma forma de manter as informações atualizadas acerca dos produtos estudados.

Em crianças com Dermatite Atópica, a abordagem inicial passa pela utilização de emolientes que forneçam à pele a hidratação ideal, prevenindo estados exacerbados e de crises. Nesses casos em primeira instância são utilizados corticosteroides tópicos, como são o exemplo da desonida, fluticasona e hidrocortisona entre outros.

A zona da fralda é sempre uma área propícia a desenvolver com frequência dermatite, dados fatores externos como as fezes, urina e a oclusão pela fralda. Para prevenir a Dermatite da Fralda há que haver um cuidado acrescido nas mudas de fralda, com os produtos usados e os tipos de fraldas, para não causarem irritações na pele. Assim, o uso de emolientes, mais uma vez, ajudam a manter os níveis de hidratação e pH da pele. A utilização de cremes barreira em fases iniciais de DF, com composto como: gluconato de zinco, taurina, pantenol e óxido de zinco, são eficazes e seguros em estados leves a moderados. No entanto em estados mais avançados podem não ser suficientes. A pomada de nitrato de miconazol é recomendada e não apresenta resistência ao fungo.

O tratamento sistémico não é preferenciado, dadas as idades e os riscos acrescidos pela imaturidade do organismo.

Embora em constante evolução e atualmente com mais informação no ramo da dermatologia em pediatria, continuam a ser necessários mais estudos, com novos produtos, que abranjam não só o tratamento, mas a prevenção destas patologias comuns, dando segurança aos pais/cuidadores.

REFERÊNCIAS

1. Fernandes JD, Cecília M, Machado R, Prado De Oliveira ZN. Prevenção e cuidados com a pele da criança e do recém-nascido *Children and newborn skin care and prevention*.
2. Rahma A, Lane ME. Skin Barrier Function in Infants: Update and Outlook. Vol. 14, *Pharmaceutics*. MDPI; 2022.
3. ONU News [Internet]. [cited 2023 Jan 21]. Available from: <https://news.un.org/pt/story/2018/02/1611011>
4. Schachner L, Andriessen A, Benjamin L, Bree A, Lechman P, Pinera-Llano A, et al. The Importance of Skincare for Neonates and Infants: An Algorithm. *J Drugs Dermatol*. 2021 Nov 1;20(11):1195–205.

5. Cheong JYV, Hie SL, Koh EW, de Souza NNA, Koh MJA. Impact of pharmacists' counseling on caregiver's knowledge in the management of pediatric atopic dermatitis. *Pediatr Dermatol*. 2019 Jan 1;36(1):105–9.
6. Overgaard LEK, Main KM, Frederiksen H, Stender S, Szecsi PB, Williams HC, et al. Children with atopic dermatitis and frequent emollient use have increased urinary levels of low-molecular-weight phthalate metabolites and parabens. *Allergy: European Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 2017;72(11):1768–77.
7. Bylund S, Von Kobyletzki LB, Svalstedt M, Svensson Å. Prevalence and incidence of atopic dermatitis: A systematic review. Vol. 100, *Acta Dermato-Venereologica*. Medical Journals/Acta D-V; 2020. p. 320–9.
8. Kim JP, Chao LX, Simpson EL, Silverberg JI. Persistence of atopic dermatitis (AD): A systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Dermatol*. 2016 Oct 1;75(4):681-687.e11.
9. Zhuang L, Gu H, Huang Y, Li X, Lu Y, Kaku K. Development of a new diaper dermatitis-like reconstructed skin equivalent for testing children atopic dermatitis relieving cosmetics. *Skin Research and Technology*. 2019 Nov 1;25(6):839–45.
10. Zaenglein AL. Introduction: Hot topics in neonatal skin care from the 13th World Congress of Pediatric Dermatology (Chicago, IL – July 6-9, 2017). *Pediatr Dermatol*. 2018 Mar 1;35:s3–4.
11. Hebert AA. A new therapeutic horizon in diaper dermatitis: Novel agents with novel action. Vol. 7, *International Journal of Women's Dermatology*. Elsevier Inc.; 2021. p. 466–70.
12. Davari DR, Nieman EL, McShane DB, Morrell DS. Current perspectives on the management of infantile atopic dermatitis. Vol. 13, *Journal of Asthma and Allergy*. Dove Medical Press Ltd; 2020. p. 563–73.
13. Dang Y YLJYZD. Clinical efficacy of mucopolysaccharide polysulfate ointment combined with desonide ointment in treatment of infantile eczema. *Pak J Pharm Sci*. 2019 May;
14. Shan Wang LWPLHSCSYWZLLMHWLJTXPMZYLNHLHM. The improvement of infantile atopic dermatitis during the maintenance period: A multicenter, randomized, parallel controlled clinical study of emollients in *Prinsepia utilis* Royle. 2019 Nov 9;
15. Blume-Peytavi U, Kanti V. Prevention and treatment of diaper dermatitis. *Pediatr Dermatol*. 2018 Mar 1;35:s19–23.
16. Natalie Garcia Bartels M.D. LLMD, ASDiplMath, JKPhD, JSBS, UBPM. Effect of Diaper Cream and Wet Wipes on Skin Barrier Properties in Infants: A Prospective Randomized Controlled Trial. 2014 Nov 25;
17. Dall'Oglio F, Musumeci ML, Puglisi DF, Micali G. A novel treatment of diaper dermatitis in children and adults. *J Cosmet Dermatol*. 2021 Apr 1;20(S1):1–4.
18. Daisy Blanco M.D. K van RMD. A Prospective Two-Year Assessment of Miconazole Resistance in *Candida* Spp. with Repeated Treatment with 0.25% Miconazole Nitrate Ointment in Neonates and Infants with Moderate to Severe Diaper Dermatitis Complicated by Cutaneous Candidiasis. 2013 May 16;