

Dermatite da Fralda

Dermatite da Fralda (DF) é a designação dada à condição inflamatória localizada na zona da pele do bebé que está em contacto com a fralda,¹⁻⁶ abrangendo a região do períneo,¹ nádegas, abdómen inferior e coxas.^{1,7} Constitui um dos problemas mais frequentes do bebé durante o seu primeiro ano de vida.³

Algumas crianças parecem ser mais propensas que outras relativamente ao desenvolvimento da DF.^{3,8} Em muitas crianças a DF poderá representar um primeiro sinal de predisposição a problemas crónicos da pele (ex.: dermatite atópica).⁵

A DF pode também constituir uma manifestação de outro tipo de patologias, tais como: síndrome de Kawasaki, granuloma glúteo infantil e infecção por citomegalovírus. Crianças filhas de mães imunocomprometidas deverão ser consideradas como tendo um risco acrescido para manifestações pouco usuais de DF.¹

Geralmente a DF é tida como um problema pediátrico; contudo, os adultos incontinentes estão também em risco de apresentar dermatite, que é em tudo idêntica à DF.^{1,7}

Factores de Risco - Há uma série de factores que se podem combinar aditiva ou sinergisticamente,¹ podendo o agente causal ser diferente de doente para doente:²

A **oclusão**,^{1,2,4-7,9} causada pelo uso de fraldas demasiado justas e ásperas, ou de coberturas plásticas ou elásticas,¹ está na origem da maceração e irritação cutâneas, por decréscimo da circulação de ar e aumento da humidade na zona da fralda.^{6,7} Este acréscimo de **humidade**^{1-7,10} torna a pele hiper-hidratada, ou seja, mais susceptível à irritação e à absorção de compostos químicos.^{1,6}

A **fricção**^{1-3,6,7} confere à pele uma maior susceptibilidade à ruptura devido ao atrito gerado entre a sua superfície e a fralda.⁷ O **contacto prolongado da pele com a urina e/ou fezes** contribui para o aparecimento da DF.^{1,3,6}

As **bactérias**,^{1-4,6,7,10} entre as quais as bactérias do cólon, são responsáveis pelo desdobramento da ureia em amónia.¹

A **amónia**^{1,2,4,5,7,10} eleva o pH cutâneo, tornando a pele mais susceptível ao dano e à infecção;^{1,7} é também considerada uma substância irritante e cáustica para a pele.¹

As fezes contêm **enzimas gastrintestinais**^{1,7,9,10} (lipases e proteases) e **sais biliares** que podem também contribuir para a DF. Há dados que confirmam que as crianças amamentadas pela mãe são menos susceptíveis ao aparecimento da DF. De facto, as fezes destes lactentes são menos abundantes, menos alcalinas e menos cáusticas para a pele.¹

Os **resíduos químicos ou detergentes de lavagem** presentes nas fraldas,^{1,5,6} os **sabões**, ou mesmo alguma **loção** que tenha sido aplicada directamente na pele, podem também considerar-se substâncias potencialmente irritantes.⁶

Os **medicamentos**^{1,6} podem afectar a motilidade e a flora intestinais, assim como o controlo autónomo da urina e fezes. Alguns podem mesmo ser irritantes ao ser eliminados pelo organismo. Os antibióticos podem provocar diarreia secundariamente às alterações da flora gastrintestinal, o que poderá estar na origem da DF.¹

O papel da *Candida albicans* no desenvolvimento da DF ainda se encontra pouco esclarecido.²

Sinais e Sintomas - De um modo geral, a DF é caracterizada por manchas e lesões de coloração vermelha, por vezes brilhantes e com aspecto molhado. Nas peles negras estas manchas apresentam uma cor castanha escura ou púrpura.¹ Normalmente, a DF ocorre nas áreas da pele em contacto directo com a fralda,^{1-5,7} sendo menos evidente nas pregas inguinais.^{4,5,7,9} Nos casos mais graves, a erupção pode mesmo alastrar para fora da zona da fralda.¹

Regra geral as lesões são evidentes e não originam qualquer dúvida quanto ao diagnóstico,³ no entanto, é importante a realização de um diagnóstico diferencial, de forma a distinguir a DF de outras condições da pele, tais como: candidíase^{1,2}, dermatite seborreica,^{1,2,8} psoríase^{1,2} ou dermatite atópica,^{2,3,8} que podem mesmo coexistir com a DF.¹

Complicações - Uma DF não tratada ou infectada pode evoluir para a maceração e exsudação,¹ formação de pápulas, vesículas ou bolhas, erosão ou ulceração da pele,^{1,5,9} infecção do pénis ou vulva e infecção do tracto urinário, podendo mesmo ocorrer adesão ou cicatrização dos genitais.¹ A alteração do pH da pele pode despoletar o desenvolvimento de infecções oportunistas de origem bacteriana (*Streptococcus* ou *Staphylococcus*), fúngica (leveduras) ou viral (*herpes simplex*).¹

Se a DF persistir durante 3 ou mais dias, a possibilidade de ter ocorrido candidíase é elevada,⁷ uma vez que a humidade e a temperatura na zona da fralda a tornam propícia ao desenvolvimento de fungos.⁴ A própria candidíase oral pode também precipitar esta infecção na zona da fralda.^{1,4} A sobreinfecção por *Candida albicans* manifesta-se clinicamente pela presença de um **rash** vermelho intenso,^{4,6,7} de contornos bem definidos mas irregulares,⁴ associado a lesões satélite típicas desta infecção fúngica.^{4,6,7,11} A infecção inicia-se, geralmente, na área perianal⁷ e diferencia-se da DF simples porque ocorre envolvimento das pregas inguinais^{4,7} e dos genitais.⁶ A sua incidência tende a aumentar após administração oral de antibióticos.¹⁰

Prevenção e tratamento

Os passos dados na prevenção da DF ou no tratamento das suas apresentações mais ligeiras ou moderadas são basicamente os mesmos, sendo que o melhor tratamento para a DF é a própria prevenção.¹

Abordagem não farmacológica:

- mudança frequente da fralda,¹⁻¹¹ pelo menos 6 vezes por dia,¹ de preferência após as refeições.³ Manter a criança o maior tempo possível sem fralda poderá ser benéfico,²⁻⁹ principalmente nas crianças que apresentem episódios repetidos de DF,² ou para promover a cicatrização, no caso de a DF já estar presente;^{3,4}
- evitar colocar coberturas de plástico sobre as fraldas de pano;^{1,5,7-9}
- usar fraldas descartáveis absorventes,^{2,6,7,9,10} transpiráveis e não oclusivas.³ Há, contudo, autores que referem que as fraldas descartáveis demasiado absorventes poderão contribuir para a oclusão da pele;¹
- higiene cuidada da zona da fralda, que passará por limpeza suave da pele em cada muda de fralda com auxílio de algodão e água^{4,10} ou com um sabão suave;^{2,7,8} a pele deverá estar seca antes de se colocar a nova fralda.^{6,7}

Abordagem farmacológica:

É um complemento a uma boa higiene e a boas práticas de muda da fralda, devendo a exposição aos fármacos ser reduzida sempre que possível.¹

Os **protectores da pele** são os únicos compostos considerados seguros e efectivos para utilizar na DF sem supervisão médica, daí que o seu uso tanto na profilaxia como no tratamento da DF seja aceitável.^{1,10} Estes produtos funcionam como uma barreira física entre a pele e os irritantes externos, protegendo as superfícies cutâneas em processo de cicatrização.¹ Dos vários produtos existentes no mercado para tratamento da DF, constam um ou mais dos seguintes princípios activos: alantóina, calamina, óleo de fígado de bacalhau, dimeticone, caulino, lanolina, óleo mineral, talco, amido de milho, vaselina e óxido de zinco.^{1,7}

Em cada muda de fralda é recomendável aplicar um produto protector,^{2,3,6} sendo usadas formulações, como: pomadas não perfumadas à base de vaselina, que formam uma barreira protectora cutânea que ajuda a prevenir a DF⁴ e pastas ou pastas de água com óxido de zinco,² ou cremes barreira com óxido de zinco,^{4,5,11} que são úteis na prevenção de recorrências^{5,11} e tratamento das formas mais ligeiras da DF.^{4,11} Em alternativa, agentes protectores na forma de pó, tais como: amido de milho,^{1,6} óxido de zinco² ou talco, poderão também ser usados para minimizar a fricção,^{1,2,6} devendo ser tomadas as devidas precauções aquando da sua utilização (ver ACONSELHAMENTO).

As formas mais severas poderão ser tratadas usando pequenas quantidades de um **corticosteróide** tópico de baixa potência, tal como a hidrocortisona 0,5 % a 1%,^{4,6} que deverá ser aplicado na área afectada 2 vezes ao dia,⁶ até uma semana,^{6,9} de modo a reduzir ou eliminar a inflamação.^{2,9}

No caso de sobreinfecção por *Candida albicans*, o que é muito frequente, são utilizadas preparações tópicas com **antifúngicos**,² como por ex.: a nistatina,^{4,6,10} ou o clotrimazol.^{6,10}

Os **antibióticos** tópicos só devem utilizar-se em caso de sobreinfecção bacteriana, uma vez que o seu valor profilático não está demonstrado e a sua aplicação sobre a pele irritada pode mesmo agravar o quadro de DF.²

Aconselhamento

Para além dos conselhos já referidos anteriormente, o farmacêutico deverá ainda alertar no sentido de:

- evitar usar sabões⁴ e determinadas marcas comerciais de toalhetes de limpeza,^{1,4,6,7} que contenham na sua composição álcool, sabão e outras substâncias que irrite a pele,^{1,7} principalmente num caso activo de DF;^{4,6,7}
- não limpar a criança com qualquer parte da fralda, mesmo que algumas zonas "pareçam" limpas;¹
- não lavar as fraldas de algodão com detergentes ou sabões que possam ser irritantes e agravar a DF ou mesmo causar dermatite de contacto, e evitar as fraldas demasiado engomadas e duras pois podem danificar a pele;¹
- recorrer ao aleitamento materno sempre que possível;¹¹
- manter os pós afastados da face da criança durante a sua aplicação, pois a criança poderá desenvolver uma pneumonia química após inalação das partículas. Os pós deverão ser aplicados: ou próximo do corpo da criança e afastados da sua face,^{6,7} ou directamente na fralda,⁶ ou agitados sobre as mãos do educador e aplicados sobre a área da fralda;^{1,7}
- aplicar o creme ou a pomada em quantidades suficientes de forma a cobrir bem a área afectada;¹
- não aplicar pós contendo óxido de zinco,² amido de milho, caulino⁷ ou talco em peles danificadas,^{1,2,7} uma vez que estes podem aglomerar-se nas feridas desencadeando uma infecção ou retardando a cicatrização;¹
- evitar os produtos protectores da pele que contenham na sua composição determinadas substâncias, como por ex.: benzocaína (pode provocar uma reacção alérgica),¹ cloreto de benzetónio^{1,7} (os antibacterianos não estão adequados na DF), bicarbonato de sódio¹ e ácido bórico^{1,7} (devido a relatos de toxicidade com ambas as substâncias);
- os analgésicos de uso externo, como por ex.: fenol, mentol, salicilato de metilo, capsaicina,¹ cânfora e eucalipto,⁷ não estão recomendados, pois ao serem absorvidos através da pele macerada podem provocar alterações na percepção sensorial das crianças, para além de poderem agravar a DF;^{1,7}
- a hidrocortisona está indicada nas irritações mínimas da pele mas não deverá ser usada na DF sem supervisão médica, uma vez que pode suprimir a resposta imunitária local. Para além disso, a absorção da hidrocortisona é favorecida quando aplicada numa pele macerada ou numa grande superfície cutânea, o que pode conduzir a níveis terapêuticos tais que interfiram com os eixos pituitários-adrenais da criança.¹ Quando usados na DF, os corticosteróides tópicos de elevada potência podem originar o granuloma glúteo infantil, que se caracteriza por nódulos de cor violeta ou púrpura com 2 ou 3 cm de diâmetro.²

O doente deverá ser remetido para o médico se a DF se manifestar com uma ou mais das seguintes características:

- complicou-se com uma infecção secundária (viral, bacteriana, fúngica);^{1,7}
- está presente há mais de 7 dias ou se passados 7 dias não se verificam melhorias, apesar de tratamento adequado;
- encontra-se associada a sintomas sistémicos (ex.: febre, diarreia, náuseas, vómitos, *rash* ou lesões da pele em outras partes do corpo);
- se a pele afectada sangra ou liberta pús;
- encontra-se associada a dor ao urinar ou defecar;
- se o *rash* alastra para fora da zona da fralda;
- encontra-se associada a mudanças comportamentais na criança, tais como choro intenso;
- se a erupção faz parte ou é resultado de um outro estado patológico;
- a pele encontra-se danificada ou apresenta ulceração, bolhas ou descamação;
- apresenta-se de forma crónica ou recorrente;
- está associada a condições de co-morbilidade, tais como: HIV, transplantação ou terapêutica imunossupressora, etc.¹

Joana Viveiro

Bibliografia

1. Padrón V.A. Diaper Dermatitis and Prickly Heat. Em: Berardi R.R. *et al*, eds. Handbook of Nonprescription Drugs. 13th Ed. Washington, American Pharmaceutical Association, 2002.
2. Zambrano E. *et al*. Dermatitis del pañal. Em: Moraga F. (Ed). Protocolos diagnósticos y terapéuticos en dermatología pediátrica. <www.aeped.es> (consulta 28.09.05).
3. La dermatitis del pañal. Centro de Información del Medicamento. Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Barcelona. <www.farmacéuticosonline.com> (consulta 28.09.05).
4. Van Schoor J. The truth about... nappy rash. SA Pharmaceutical Journal, 1999; 66 (3): 79-80.
5. Harman R.J., ed. Handbook of Pharmacy Health-Care. London, The Pharmaceutical Press, 1990.
6. Koda-Kimble M.A., Young L.Y., eds. Applied Therapeutics: The Clinical Use of Drugs. 7th ed. Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins, 2001.
7. Pray W.S. Diaper rash: the bottom line. US Pharmacist; 1997; 22:4. <www.uspharmacist.com> (consulta 28.09.05).
8. Guerrero J. Dermatitis de pañal. Junio 2002. <www.aeped.es> (consulta 28.09.05).
9. Patel G., Mills C. Childhood Diseases 3. Skin Disease. The Pharmaceutical Journal, 2000; 265 (7107): 164-168. <www.pharmj.com> (consulta 28.09.05).
10. Remmert R. Pediatric Dermatitis. Int J Pharm Compound, 2002; 6 (6): 419-421.
11. Neonatal skin care. Evidence-based clinical practice guideline. Washington (DC): Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN); January 2001. <www.guideline.gov> (consulta 28.09.05).