epublicação

CIM CENTRO DE INFORMAÇÃO DO MEDICAMENTO

A dermatite seborreica é uma condição dermatológica inflamatória que geralmente aparece em áreas do corpo com grande densidade de glândulas sebáceas, principalmente no couro cabeludo e na face.

Dermatite seborreica e caspa

DATA 2022-08-29 **AUTOR** Aurora Simón, *Diretora técnica do CIM*

A dermatite seborreica (DS) é uma condição dermatológica inflamatória que geralmente aparece em áreas do corpo com grande densidade de glândulas sebáceas,[1-6] principalmente no couro cabeludo e na face.[3,4] A DS normalmente aparece em dois momentos da vida, ocorrendo em lactentes (até os 12 meses de idade) e, posteriormente, em adolescentes e adultos.[1,2,7,8]

A DS é mais comum nos homens e costuma ser mais severa durante os períodos de maior estresse[1,3,6,7,9] e em climas frios e secos.[1,4] Tende a melhorar durante o verão,[2,3,7] provavelmente pela exposição ao sol.[1,7]

Os indivíduos afetados são geralmente saudáveis, embora a prevalência seja superior entre pessoas com imunossupressão (infeção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH)[2,4-7] recetores de transplante de órgãos e linfoma[2,4]) e com doença neurológica e psiquiátrica (por ex., doença de Parkinson,[1,2,4-7,10,11] acidente cerebrovascular[1,2,4] lesão medular,[2,5] ou depressão[2,4]). A DS tende a ser mais extensa e grave em pessoas com infeção por VIH.[7] O início súbito de DS grave deve ser um alerta para a presença desta infeção,[4,7] facilitando o seu reconhecimento e diagnóstico precoce.[4] As pessoas com doença de Parkinson frequentemente apresentam seborreia e DS, que podem melhorar com o tratamento com levodopa.[7]

A fisiopatologia da DS não é completamente compreendida.[2,7,8,10] A DS não é uma doença das glândulas sebáceas, mas estas parecem ser necessárias para o seu desenvolvimento, como indicado pela predileção por locais do corpo com aumento do seu número e tamanho.[7] Acredita-se que espécies de leveduras *Malassezia* tenham uma função importante,[5,10,12] e que a sintomatologia possa resultar da resposta inflamatória a este organismo da flora cutânea.[1,2,7] Estudos observacionais sugeriram que, em alguns casos, a DS pode resultar da resposta imune do hospedeiro à *Malassezia*. Outros estudos não confirmaram alterações imunológicas. A inflamação também pode ser mediada por substâncias irritantes.[7] As lipases libertadas por *Malassezia* resultam na formação de ácidos gordos livres ou outros produtos que podem induzir inflamação.[1,7,12] Evidência indireta do papel desta levedura procede também da observação de que a maioria dos fármacos eficazes são antifúngicos.[4,7] Contudo, o efeito anti-inflamatório destes fármacos também pode explicar sua eficácia.[7] Outros mecanismos propostos incluem perturbações na microbiota da pele ou nos neurotransmissores cutâneos ou distúrbios da barreira epidérmica associados a fatores genéticos.[4] Influem também fatores hormonais.[2,7,10]

Manifestações clínicas

A **DS do adolescente e do adulto** manifesta-se com descamação e eritema, podendo existir prurido.[1] A DS é caracterizada por placas eritematosas, bem demarcadas, com escamas amareladas e aspeto gorduroso, distribuídas em áreas ricas em glândulas sebáceas, como couro cabeludo,[1,2,4,7,8] parte central da face[4,5] (sulcos nasolabiais, glabela, sobrancelhas), zona auricular, parte superior do tronco,[1-4,7] e áreas intertriginosas,[5,7,8] como as pregas axilares e inguinais.[1,2,4] Em homens com bigode e barba estas áreas são frequentemente envolvidas; barbear auxilia no controle da doença.[7] A blefarite pode ser a única manifestação de DS ou pode acompanhar a distribuição clássica.[3,7]

Em pessoas de pele mais escura as áreas afetadas podem parecer mais claras (hipopigmentadas) ou mais escuras (hiperpigmentadas) do que a pele circundante.[4,11] Podem ser vistas manchas arqueadas ou semelhantes a pétalas.[2] O prurido nem sempre acompanha a DS, sendo mais prevalente nas formas mais inflamatórias, especialmente no couro cabeludo.[10]

A **caspa** é uma forma mais leve e comum, não inflamatória, que se apresenta com descamação fina, branca e difusa do couro cabeludo, sem eritema.[7,10] Pode ser assintomática ou levemente pruriginosa.[2,7] A caspa geralmente surge no inico da puberdade, com o aumento das glândulas sebáceas e da atividade hormonal.[6]

As formas mais graves de **DS do couro cabeludo** apresentam inflamação, consistindo em placas irregulares, de cor laranja a salmão ou acinzentadas, cobertas de escamas gordurosas amareladas, principalmente nas áreas temporoparietais. As lesões podem-se estender para as áreas pós-auriculares.[7] Nas formas mais

epublicação
cim CENTRO DE INFORMAÇÃO DO MEDICAMENTO

Dermatite seborreica e caspa

DATA 2022-08-29 **AUTOR**; Aurora Simón, *Diretora técnica do CIM*

intensas, as escamas revestem o cabelo.[3,7] A DS do couro cabeludo pode causar desconforto e constrangimento social.[5,11]

A **DS infantil** manifesta-se nos primeiros três meses de vida, resolvendo-se espontaneamente na maioria dos casos até ao primeiro ano de vida.[4,6,9,13] Depois dos 12 meses os casos são raros.[13] A DS infantil pode envolver só o couro cabeludo ou ser mais difusa.[12] Uma apresentação comum com crostas escamosas aderentes que surge nas regiões occipitais e frontais do couro cabeludo é conhecida como crosta láctea.[2,4] A DS infantil também pode surgir na face, na região da fralda, nas pregas cutâneas do pescoço e nas axilas.[4,13] Não é especialmente pruriginosa[2] e não causa dor, mas pode causar ansiedade parental significativa.[4] As crianças de pele escura muitas vezes não apresentam a aparência clássica da crosta láctea, mas têm eritema, descamação e hipopigmentação nas áreas afetadas.[2,6]

O **diagnóstico** da DS é clínico, baseado na localização e aparência.[1]

O diagnóstico diferencial inclui: dermatite atópica e de contacto, candidíase, eritrasma, impetigo, líquen simples, dermatite numular;[1,2] pitiríase rósea, psoríase, rosácea, sífilis secundária, lúpus eritematoso sistémico,[2,1,7] ou *tinea capitis*.[1,5] Estas condições podem ser diferenciadas clinicamente e/ou através de exames laboratoriais e histológicos.[7]

No adulto, a DS é uma doença crónica.[1-3,6] Entre as crises, as lesões costumam regredir.[3] Nos indivíduos afetados, o curso ao longo da vida é variável.[12] As complicações importantes são muito raras. As áreas intertriginosas e as pálpebras são propensas a infeções bacterianas secundárias, especialmente durante as crises agudas, e a região da fralda ao crescimento excessivo de *Candida*.[4] Como referido, as formas mais graves de DS são geralmente observadas em pessoas com certas doenças subjacentes.[10]

Tratamento

Os tratamentos disponíveis não curam a DS,[7,9] sendo o seu objetivo a diminuição da sintomatologia.[1,2] Devem ser repetidos ou continuados de forma intermitente para prevenção das recorrências.[7] O cuidado com a pele é também essencial,[4,9] incluindo o uso de substitutos do sabonete e uma hidratação adequada.[4]

A terapêutica da DS é geralmente tópica.[12] No couro cabeludo são frequentemente usados inicialmente agentes farmacológicos na forma de **champôs anticaspa** (em muitos casos produtos cosméticos).[1,3]

O sulfureto de selénio, com propriedades antifúngicas,[4] parece eficaz no tratamento da DS do couro cabeludo.[5] Os efeitos adversos incluem prurido, sensação de ardor,[5,7] e descoloração do cabelo/couro cabeludo.[5-7,12] Pode causar odor residual.[6,7,12] A piritiona zinco tem propriedades antibacterianas e antifúngicas,[7] sendo bem tolerada.[6] A evidência disponível sobe estes dois tratamentos é limitada.[5] Também é referido o uso de keluamida ou de óleo de melaleuca.[1,2] O succinato e o gluconato de lítio de aplicação tópica mostraram ser eficazes no tratamento da DS em áreas diferentes do couro cabeludo, possivelmente por propriedades anti-inflamatórias. Foi relatada irritação local.[7]

Queratolíticos, como o ácido salicílico, o alcatrão mineral,[1] ou o óleo de cade,[3] podem ser úteis na presença de escamas espessas.[7] As pessoas podem achar desagradável o odor do alcatrão[4,5,7] que está associado a manchas no cabelo, irritação local da pele, e fotossensibilização.[6] Atualmente, é raramente usado.[5] O ácido salicílico e o óleo de cade também são irritantes para a pele e mucosas.[3] Deve ser evitada a aplicação de ácido salicílico em áreas extensas pela possível absorção percutânea.[6]

O tratamento com **antifúngicos tópicos** (AT) (por ex., cetoconazol - champô 2%, gel ou creme a 2%, ou outros imidazois; ciclopirox olamina - champô ou creme 1%),[1,3] está bem estabelecido, sendo a base do tratamento da DS facial e corporal.[1,7] As preparações tópicas contendo cetoconazol são o tratamento de primeira linha.[3-5] Parecem melhorar os sintomas e também são úteis como tratamento na fase de manutenção, com insignificante absorção percutânea e um perfil de segurança favorável,[5,12] com efeitos adversos mínimos.[6] Os imidazois podem causar efeitos locais como eritema, prurido, ardor, dor ou dermatite. O cetoconazol inibe o metabolismo de muitos medicamentos, podendo aumentar os seus efeitos indesejáveis.[3] Geralmente, é aplicado duas vezes por semana durante quatro semanas.[5,6,12] O ciclopirox também melhora os sintomas e reduz recaídas.[5] Os seus efeitos adversos são raros (prurido, irritação da pele, dermatite de contato) e não há interações conhecidas.[3]

O uso intermitente de um champô de tratamento, uma vez por semana pode ser útil na prevenção da recaída.[6,7,11,12] Os champôs anticaspa podem ser úteis tanto para a pele, como no couro cabeludo.[9] No tratamento da DS do couro cabeludo pode ser conveniente efetuar uma rotação entre champôs com diferentes componentes. Em homens com bigode e barba é sugerido o uso de champô com cetoconazol 2%, diariamente até à remissão e depois uma vez por semana.[7]

Os **corticosteroides tópicos** (CT) são eficazes no tratamento da DS do couro cabeludo em adultos, sendo uma opção adequada para situações agudas.[5] Contudo, não são recomendados como terapêutica de manutenção devido aos efeitos adversos da utilização prolongada.[2,5,8] Alguns ocorrem no local de aplicação: telangiectasia, atrofia e fragilidade da pele, estrias,[1,2,5] despigmentação, hipertricose, erupções acneiformes, distúrbios de cicatrização, dermatite, foliculite e infeções fúngicas. Os efeitos adversos sistémicos (hiperglicemia, insuficiência adrenal) dependem da absorção cutânea, que é particularmente relevante em aplicação na face e dobras cutâneas, na pele danificada ou sob penso oclusivo, ou quando aplicados em grandes superfícies.[3] Os CT são uma opção para tratamento de curta duração se existir eficácia insuficiente do tratamento de primeira linha.[7,14] CT de baixa potência são aplicados durante 1 a 3 semanas,[2] reduzindo a inflamação,[2,7] o eritema e o prurido.[7] A sua eficácia é semelhante à dos AT, embora os corticosteroides mostrem um maior risco de efeitos colaterais.[7,14] Para os prevenir: evitar a aplicação em feridas ou escoriações, sob oclusão ou de forma extensa; evitar a aplicação de CT de alta potência na face e nas dobras cutâneas; limitar as aplicações a um máximo de duas por dia, sem exceder quatro semanas consecutivas de tratamento; reduzir gradualmente o tratamento assim que é obtida melhora, usando um CT com menor atividade ou espaçando as aplicações.[3] O tratamento sem prescrição médica (hidrocortisona) deve continuar até diminuição dos sintomas, mas não mais de 7 dias consecutivos.[6]

epublicação
cim CENTRO DE INFORMAÇÃO DO MEDICAMENTO

Dermatite seborreica e caspa

DATA 2020-08-29 | **AUTOR** Aurora Simón, *Diretora técnica do CIM*

Os **inibidores da calcineurina tópicos** (creme de pimecrolímus, pomada de tacrolímus) podem ser uma alternativa aos CT pelas suas propriedades anti-inflamatórias e um perfil de efeitos adversos mais favorável.[1,2,7,11] São eficazes, embora não autorizados nesta indicação.[1,11] Embora tenham surgido alertas relacionados com uma possível associação com linfoma e cancro da pele, os dados são insuficientes. Recomenda-se evitar o uso prolongado e limitar a aplicação às áreas envolvidas.

Pelos possíveis efeitos adversos, os CT e os inibidores de calcineurina apenas devem ser usados por curtos períodos.[1] Alguns especialistas recomendam-nos unicamente em caso de sintomas significativos e para o controlo de surtos moderados a graves.[4]

Para a DS inflamatória do couro cabeludo moderada a grave é sugerido o uso de um AT combinado com um CT de alta potência em formulações como loção, *spray* ou espuma.[7] Pode ser necessário um CT potente para o tratamento de curto prazo.

Para a **DS da face, do tronco e de áreas intertriginosas** é sugerido um CT de baixa potência, um AT ou uma combinação de ambos.[4] Na DS da face, pode ser aplicado creme de hidrocortisona.[2,3] Ocasionalmente, pode ser prescrito um CT mais potente.[2] Os inibidores tópicos da calcineurina também podem ser uma alternativa no tratamento facial.[2,7] Na DS envolvendo a parte superior do tronco podem ser usados CT de potência média, aplicados nas áreas afetadas uma ou duas vezes ao dia apenas até remissão dos sintomas. A blefarite seborreica deverá ter tratamento específico.[7]

Deverão ser seguidas as indicações de aplicação de cada produto. Para não expor outras pessoas aos efeitos adversos de medicamentos de aplicação cutânea são necessários alguns cuidados: lavagem das mãos com água e sabão após cada aplicação; na aplicação corporal, cobrir a área com roupa; evitar o contato das áreas de aplicação com outras pessoas ou lavar essas áreas antes de qualquer contato.[3]

A literatura avaliando **tratamentos orais** para a DS é escassa, sendo a maioria sobre o tratamento com antifúngicos.[13] Estes podem ser uma opção, reservada para casos mais graves envolvendo várias áreas corporais ou não adequadamente controlados com a terapêutica tópica.[7,8] Contudo, os dados que apoiam o seu uso são limitados.[7] Em estudos observacionais ou pequenos ensaios foram usados: cetoconazol, itraconazol, fluconazol e terbinafina.[4,7,8] Há que ter em atenção as precauções e contraindicações dos fármacos: cetoconazol (monitorizar a função hepática), itraconazol (verificar interações medicamentosas; pode piorar a insuficiência cardíaca), fluconazol (ajustar a dose de acordo com a função renal).[4,8] Tem sido sugerido, por exemplo, o uso de itraconazol, 200 mg/dia durante sete dias.[7] Este é seguro e eficaz nas crises e mostrou melhorar a qualidade de vida em DS moderada a grave. Contudo, dada a ausência de estudos de segurança e eficácia de alta qualidade,[4,8] é recomendável a orientação do tratamento por especialistas. A isotretinoína oral em baixas doses não é inferior ao tratamento tópico, mas está associada a efeitos colaterais mucocutâneos significativos.[4]

A DS em pessoas VIH positivas pode exigir tratamento prolongado. Em casos graves ou refratários, pode justificar-se um regime de itraconazol oral (200 mg/dia) durante uma semana.[7]

Muitas vezes, os melhores resultados surgem da combinação de dois ou mais tratamentos.[9]

No caso da **DS infantil**, a crosta láctea tende a desaparecer completamente sem tratamento.[6,9] O tratamento inicial inclui medidas conservadoras.[13] Consiste principalmente na lavagem regular do couro cabeludo com champô de bebé não medicamentoso.[2,13] De seguida, as escamas podem ser removidas com uma escova de cabelo infantil de cerdas macias.[1,4,13] A aplicação de emolientes (por ex., óleos, vaselina,[1] creme ou loção de sorboleno[4]) pode ajudar a soltar as escamas.[1,4,13] Apenas um número limitado de estudos investigou os efeitos de intervenções na DS em bebés. Os resultados mostraram incertezas quanto à eficácia e segurança dos tratamentos, sendo necessários mais estudos.[15] Se for necessário tratamento para a DS em áreas diferentes do couro cabeludo, dependendo da extensão da erupção cutânea, pode ser necessário um AT.[2] Não há dados de segurança e eficácia sobre o uso de ácido salicílico tópico, selénio ou zinco no tratamento da DS infantil.[7] Na crosta láctea, se necessário, pode ser usado um CT de baixa potência, com aplicação uma vez por dia durante uma semana, ou cetoconazol a 2%, creme ou champô, duas vezes por semana durante duas semanas. Noutras áreas há referência ao uso de creme de cetoconazol a 2%, uma vez por dia durante uma a duas semanas, ou um CT de baixa potência, uma vez por dia por até uma semana.[13]

*

As pessoas com DS devem receber informação sobre esta condição crónica e recidivante. Na DS infantil é importante aliviar a ansiedade dos pais. O farmacêutico pode auxiliar na seleção dos tratamentos mais apropriados, em muitos casos não sujeitos a prescrição médica, considerando também a medicação habitual da pessoa e promovendo o uso adequado dos medicamentos.[4] Encaminhar ao médico se não existir melhora, ou se a situação piorar, após duas semanas de tratamento com medicamentos não sujeitos a receita médica.[6]

Referências bibliográficas

Clark GW, Pope SM, Jaboori KA. Diagnosis and treatment of seborrheic dermatitis. Am Fam Physician. 2015 Feb 1 [acedido a 01-06-22]; 91(3):185-90. Disponível em: https://www.aafp.org/afp/2015/0201/p185.html

2. Gaffoor Bholah N. Seborrhoeic dermatitis. DermNetNZ. [acedido a 01-06-22] Disponível em: https://dermnetnz.org/topics/seborrhoeic-dermatitis

3. Dermatite séborrhéique chez un adulte. Premers choix Prescrire, Atualisation: Août 2020

4.Tucker D, Masood S. Seborrheic Dermatitis. [Updated 2021 Aug 3]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551707/

5. Naldi L, Diphoorn J. Seborrhoeic dermatitis of the scalp. BMJ Clin Evid. 2015 May 27[acedido a 01-06-22]; 2015: 1713. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4445675/pdf/2015-1713.pdf

6. Krinsky DL. *et al.* eds. Handbook of nonprescription drugs. An interactive approach to self-care. 20th ed. Washington, American Pharmacists Association, 2021.

7. Sasseville D. Seborrheic dermatitis in adolescents and adults. UpToDate®, Topic last updated: Apr 21, 2021.

8. Gupta AK, Richardson M, Paquet M. Systematic review of oral treatments for seborrheic dermatitis. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2014 Jan;28(1):16-26. doi: 10.1111/jdv.12197.

9. Seborrheic dermatitis: overview. American Academy of Dermatology. [acedido a 01-06-22] Disponível em: https://www.aad.org/public/diseases/a-z/seborrheic-dermatitis-overview

10. Adalsteinsson JA, Kaushik S, Muzumdar S, Guttman-Yassky E, Ungar J. An update on the microbiology, immunology and genetics of seborrheic dermatitis. Exp Dermatol. 2020 May; 29(5): 481-489. doi: 10.1111/exd.14091.

11. Seborrhoeic dermatitis. British Association of Dermatologists. Apr 2018. [acedido a 01-06-22] Disponível em: https://www.bad.org.uk/pils/seborrhoeic-dermatitis/

12. Del Rosso JQ. Adult seborrheic dermatitis: a status report on practical topical management. J Clin Aesthet Dermatol. 2011 May [acedido a 01-06-22]; 4(5): 32-8. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3100109/pdf/jcad_4_5_32.pdf

13. Saseville D. Cradle cap and seborrheic dermatitis in infants – UpToDate®, topic last updated: Jan 19, 2021.

14. Okokon EO, Verbeek JH, Ruotsalainen JH, Ojo OA, Bakhoya VN. Topical antifungals for seborrhoeic dermatitis. Cochrane Database Syst Rev. 2015 May 2;(5):CD008138. doi: 10.1002/14651858.CD008138.pub3.