



PROBLEMAS DERMATOLÓGICOS

Rotinas Assistenciais da Maternidade-Escola
da Universidade Federal do Rio de Janeiro

- Devido a peculiaridades do período neonatal, há maior risco de absorção percutânea de substâncias, infecções e lesões. No RN pré-termo, o problema é ainda maior, pois o estrato córneo também se apresenta imaturo, acarretando maior perda de água através da epiderme tornando-o mais suscetível a apresentar desidratação, desequilíbrio hidroeletrolítico e instabilidade térmica.
- Existem fenômenos fisiológicos característicos desde período, tais como:
 - o **Vérnix caseoso**
Material gorduroso branco-acinzentado, atua como proteção natural da pele enquanto submersa no líquido amniótico e geralmente desaparece durante as primeiras semanas de vida, espontaneamente, com as trocas de vestuário e banhos.
 - o **Cutis marmorata**
Quando exposta ao frio, a pele do RN pode adquirir aspecto reticulado, marmóreo-azulado. Esse fenômeno é resultante da imaturidade do sistema nervoso em controlar a vasoconstrição e vasodilatação de capilares e vênulas. Manifesta-se com maior frequência no tronco e extremidades, tendendo a desaparecer quando o bebê é reaquecido. Pode ser recorrente durante as primeiras semanas ou meses de vida, não havendo necessidade de tratamento.

ANORMALIDADES DO TECIDO SUBCUTÂNEO

• ESCLEREDEMA

Manifesta-se como endurecimento difuso lenhoso, a pele apresenta-se reticulada, de coloração branco-amarelada. Ocorre principalmente durante as primeiras semanas de vida em RN pré-termo, desnutridos ou debilitados, letárgicos, em mau estado geral. Costuma associar-se com quadros graves (sepse, doença cardíaca, pulmonar, desidratação, diarreia).

DOENÇAS CUTÂNEAS DIVERSAS

• MILIÁRIA

- o Maior incidência nas primeiras semanas de vida. São fatores predisponentes a prematuridade, o uso de roupas em excesso, e o uso de sabões, cremes, produtos oclusivos e oleosos.
- o As lesões clínicas são classificadas em:
 - **Miliária cristalina (sudamina):** O nível da obstrução é superficial, extracórneo. Manifesta-se por vesículas superficiais, transparentes, de 1 a 2mm de diâmetro, sem atividade inflamatória ao redor, contendo exclusivamente suor. Localizam-se em áreas intertriginosas, região cervical, axilas e tronco.
 - **Miliária rubra (brotoeja):** O nível da obstrução é intraepidérmico. As lesões caracterizam-se por pequenas pápulas, vesículas ou vesicopápulas, eritematosas e pruriginosas. Pode haver infecção secundária e daí o nome miliária pustulosa. Localizam-se geralmente em áreas cobertas da pele do tronco, do dorso, da face interna dos braços e das dobras do corpo, até a face. As lesões não são foliculares. É a miliária mais frequente.

- o A prevenção é feita evitando-se calor e umidade excessivos, uso de roupas justas e de tecidos sintéticos e uso de pastas ou cremes oleosos. Deve-se preferir o uso de roupas de algodão, banhos mais frios e até mesmo o uso de ar-condicionado, quando possível. No caso de lesões muito pruriginosas, pode ser utilizado corticóide tópico, com potência baixa e por período curto, para alívio dos sintomas.

- **ERITEMA TÓXICO**

- o Erupção cutânea benigna, autolimitada e idiopática. Geralmente ocorre em RN a termo. As lesões caracterizam-se por máculas, pápulas e pústulas eritematosas transitórias, que se iniciam em geral ao redor de 3 a 4 dias de vida e localizam-se em fronte, face, tronco e membros, tendendo a poupar palmas das mãos e plantas dos pés. Habitualmente têm evolução rápida, desaparecendo de uma área e surgindo em outra em horas.
- o O diagnóstico é na maioria das vezes clínico. No diagnóstico diferencial devem ser considerados melanose pustular transitória, milium, miliária e impetigo.
- o O tratamento é desnecessário, pois se trata de condição autolimitada.

- **MELANOSE PUSTULAR TRANSITÓRIA**

- o Dermatose benigna e autolimitada, de etiologia indefinida, mais frequente em negros e caracterizada por lesões vesicopustulosas superficiais que evoluem para máculas hiperpigmentadas. Localizam-se na porção inferior da face, mento, fronte e regiões cervical, pré-tibial e lombar.
- o O diagnóstico é clínico, podendo-se recorrer à biópsia cutânea se houver dúvida.
- o O tratamento também é desnecessário. As vesicopústulas duram de 24 a 48 horas, e as máculas podem levar semanas a meses para regredir

- **IMPETIGO**

- o Inicia-se geralmente ao redor de 2 a 3 dias de vida, sob a forma de lesões superficiais vesiculares, pustulosas ou bolhosas, sobre base eritematosa, as quais se rompem facilmente, formando crostas.
- o Localizam-se habitualmente em áreas úmidas da pele, como área das fraldas, virilha, axilas e dobras do pescoço.
- o O tratamento do impetigo será tópico ou sistêmico dependendo do estado clínico do RN. Se não houver manifestações sistêmicas de infecção, o tratamento poderá ser tópico. Considerando-se que os agentes etiológicos mais frequentes são o *Staphylococcus aureus* coagulase-positivo e, eventualmente, o *Streptococcus* beta-hemolítico, recomenda-se o uso de unguento ou creme de mupirocina a 2% nas lesões. Deve-se evitar o contato do medicamento com os olhos.
- o Quando ocorrerem manifestações sistêmicas de infecção, utiliza-se a via parenteral, com uso de antibióticos específicos de acordo com a sensibilidade dos micro-organismos isolados ou ainda de acordo com a experiência de sensibilidade nas unidades de atendimento, até que se tenha o resultado dos exames bacteriológicos. Recomenda-se, sempre, que a hemocultura seja coletada antes de se iniciar a antibioticoterapia.

- **DERMATITE SEBORREICA**

- o Erupção escamosa, eritematosa e autolimitada, inicia-se com crostas escamosas no couro cabeludo (crosta láctea). A seguir surgem escamas finas e gordurosas nas regiões das fraldas, intertriginosas, retroauriculares, facial, umbilical, perineal, inguinal e no tronco (Figura 31). O prurido é leve ou ausente.
- o **Tratamento da dermatite seborreica**

Couro cabeludo

- Uso de xampus com maior frequência (embora o cetoconazol possa ser utilizado, dar preferência ao uso de xampus mais leves, para evitar irritações nos olhos)
- Óleo mineral, vegetal ou de bebê para remoção das crostas, massageando suavemente com escova macia antes de lavar com xampu
- Corticóide local de baixa potência para lesões mais resistentes ou irritadas pode ser usado eventualmente

Corpo

- Corticóide local de baixa potência (hidrocortisona 0,5 a 1%), com ou sem enxofre precipitado, 1 a 2 x/ dia por períodos curtos (2 a 3 dias, para crises agudas)
- Antifúngicos locais (nistatina ou miconazol) em caso de suspeita clínica de infecção fúngica
- Antimicrobianos locais em lesões com exsudação purulenta

- **EXANTEMA NA ÁREA DAS FRALDAS**

- o A dermatite da área das fraldas é a doença cutânea mais comum do começo da vida. O termo descreve reação cutânea inflamatória aguda nas áreas cobertas pela fralda. A dermatite da área das fraldas não é um diagnóstico específico, mas sim um conjunto de sinais e sintomas desencadeados por uma combinação de fatores, sendo os mais significativos o contato prolongado com urina e fezes, maceração da pele e infecções secundárias (bactérias e fungos).
- o **Tratamento dos exantemas na área das fraldas**

Medidas gerais

- Identificar e tratar as causas subjacentes
- Trocar as fraldas com frequência
- Manter a pele seca, protegida e livre de infecção

Dermatite irritativa ou por atrito

- Manter o local seco e limpo
- Trocar as fraldas com frequência
- Limpar a área com produtos suaves, sem perfumes
- Expor a região acometida ao ar livre sempre que possível
- Usar cremes a base de óxido de zinco ou vaselina
- Usar corticoides de baixa potência e não fluorados (hidrocortisona a 1%) 1 a 2 vezes ao dia

Dermatite por Candida

- Medidas gerais associadas ao uso de antifúngico tópico (nistatina, clotrimazol, miconazol) ou até mesmo orais, em caso mais extensos

- **ACRODERMATITE ENTEROPÁTICA**

- o É um distúrbio causado pela deficiência de zinco. Os achados mais frequentes são dermatite periorifical, estomatite, glossite, alopecia, irritabilidade, diarreia, atraso no desenvolvimento, infecção por *Candida* e fotofobia. A presença da tríade – lesões nas extremidades e periorificiais (vesicobolhosas, pustulosas e eczematosas), diarreia e alopecia – é muito característica da doença.
- o Ao exame, detecta-se na pele a presença de lesões em placas eczematosas ou vesiculosas, ou erosões sobre base eritematosa, simétricas e com fissuras variadas. De início, apresentam-se com eritema e após desenvolvem-se as lesões vesiculosas e eczemato-erodidas.
- o A acrodermatite pode ser hereditária ou adquirida:
 - A hereditária é autossômica recessiva, por mutação em *SCL39A*, que codifica um carreador de zinco intestinal. Manifesta-se nos primeiros dias a poucas semanas após o nascimento em RN que ingerem leite de vaca desde o nascimento. Em RN em aleitamento materno, as lesões só se manifestam semanas após o desmame.
 - A adquirida ocorre em crianças (ou adultos) em situações em que ocorre baixa ingestão ou aumento da perda intestinal de zinco (nutrição parenteral sem zinco, bypass intestinal, doença de Crohn, fibrose cística, etc.).
- o A suspeita laboratorial se dá pela dosagem do zinco sérico abaixo de 50µg/dL e aumento da fosfatase alcalina. Para elucidar a causa, pode-se dosar o zinco no leite materno em crianças amamentadas.
- o **Tratamento da acrodermatite enteropática**

- Suplementação de zinco com sulfato de zinco, 5 mg / kg/ dia, fracionada em duas a três tomadas por dia
- Em casos graves, aplicação intravenosa de $ZnCl_2$
- Monitorização do zinco sérico a cada 6 a 12 meses

- o Após o início do tratamento, espera-se melhora no temperamento e na irritabilidade em um ou dois dias. A melhora do apetite, diarreia e lesões cutâneas costumam aparecer em três dias.

ANOMALIAS DO DESENVOLVIMENTO DA PELE DO RN

- **APLASIA CUTÂNEA CONGÊNITA**

- o Caracteriza-se por ausência localizada de epiderme e derme ou até mesmo de subcutâneo. Detecta-se ao exame ulceração assintomática, estrelada, com tamanho de 1 a 3 cm de diâmetro, presente desde o nascimento. A localização mais comum é o couro cabeludo (80% no vértice ou linha média), mas também pode ocorrer na face, tronco e extremidades. Na maioria das vezes (70% dos casos) é isolada, podendo haver 2 (20%) ou mais de 3 lesões (10%).
- o Associadas à aplasia cutânea congênita, podem ser encontradas, embora raramente, outras anormalidades do desenvolvimento, tais como alterações gastrointestinais, oftalmológicas, cardíacas, neurológicas, vasculares e esqueléticas, além de lábio leporino, fenda palatina, entre outras. Recomenda-se realizar sempre avaliação cromossômica quando houver aplasia cutânea congênita associada a anomalias congênicas.
- o A etiologia é desconhecida. O fechamento incompleto do tubo neural ou interrupção embrionária do desenvolvimento cutâneo são sugestões para as lesões que ocorrem na linha média (couro cabeludo). Porém, essa teoria falha em explicar a ocorrência nas demais áreas. Foram descritos

fatores associados à aplasia cutânea congênita como uso de medicamentos teratogênicos pela mãe (antitireoidianos – metimazol), malformações embrionárias, infecções e epidermólise bolhosa.

- o O diagnóstico diferencial deve ser feito com lesões provocadas pelo trauma no momento do parto por fórceps ou iatrogênicas.

- o **Tratamento da aplasia cutânea congênita**

Cuidados locais na área de lesão aberta

- Limpeza local
- Antimicrobiano tópico para prevenção de infecções (p.ex. neomicina e bacitracina, mupirocina a 2%)
- Proteção local com curativos até cicatrização completa

Após a cicatrização

- Exames anuais para assegurar a integridade da lesão, já que há potencial neoplásico em todas as cicatrizes
- Correções estéticas da cicatriz com implantes
- Lesões grandes (>4cm²) podem requerer cirurgia com enxertia para prevenir complicações hemorrágicas, trombose venosa (seio sagital) e meningite

- o Apesar de deixar cicatriz, o prognóstico é benigno.

- **LESÕES DE PELE NAS INFECÇÕES CONGÊNITAS**

- o Na rubéola congênita, pode-se detectar, além de icterícia e petéquias, pápulas e nódulos infiltrativos e vermelho-azulados e máculas purpúricas de 2 a 3mm
- o Na **varicela congênita** podem-se encontrar vesículas e/ou cicatrizes distribuídas em um dermatomo.
- o O herpes neonatal manifesta-se na pele (e mucosas) por vesículas e/ou erosões cutâneas, que podem tornar-se pústulas em 24 a 48 horas. Ocorrem também lesões purpúricas, petéquias e grandes bolhas. As lesões aparecem mais frequentemente nos locais de contato com as lesões maternas, como couro cabeludo e face no parto cefálico, e nos glúteos no parto pélvico.
- o As lesões de pele na **sífilis congênita** podem apresentar-se como pápulo-escamosas ou vesiculosas, difusas, inclusive nas palmas das mãos e planta dos pés, semelhantes às da sífilis secundária do adulto. As palmas das mãos e plantas dos pés podem apresentar fissuras eritematosas e brilhantes. Podem ser encontradas lesões planas na região anogenital, narinas e ângulos da boca. As placas mucosas ocorrem em 1/3 dos lactentes, podendo deixar fissuras ao redor da boca e do ânus.

LEITURA SUGERIDA

- Atenção à Saúde do Recém-Nascido – Guia para os Profissionais de Saúde – volume 3
- BYKOWSKY, M. J. Generalized seborrheic dermatitis in an immunodeficient newborn. *Cutis*, New York, v. 70, n. 6, p. 324, 2002.
- BURDEN, A. D.; KRAFCHIK, B. R. Subcutaneous fat necrosis of the newborn: a review of 11 cases. *Pediatr. Dermatol.*, [S. l.], v. 16, n. 5, p. 384-387, 1999.
- DI GIANTONIO, E.; SCHAEFER, C.; MASTROIACOVO, P. P. Adverse effects of prenatal methimazole exposure. *Teratology*, [S. l.], v. 64, p. 262-266, 2001.
- FOLEY, P.; ZUO, Y.; PLUNKETT, A. The frequency of common skin conditions in preschool-aged children in Australia: Seborrheic dermatitis and pityriasis capitis. *Arch. Dermatol.*, New York, v. 139, n. 3, p. 318-322, 2003.
- HICKS, M. J.; LEVY, M. L.; ALEXANDER, J. Subcutaneous fat necrosis of the newborn and hypercalcemia: case report and review of the literature. *Pediatr. Dermatol.*, [S. l.], v. 10, n. 3, p. 271-276, 1993.
- JORDAN, W. E; LAWSON, K. D.; BERG, R. W. Diaper dermatitis: frequency and severity among a general infant population. *Pediatr. Dermatol.*, v. 3, n. 3, p. 198-207, 1986.
- MEMPEL, M.; ABECK, D.; LANGE, J. The wide spectrum of clinical expression in Adam Oliver Syndrome: a report of two cases. *Br. J. Dermatol.*, [S. l.], v. 140, p. 1157-1160, 1999.