

## Abordagem da dermatite atópica na infância pelo Médico de Família e Comunidade

### Approach to atopic dermatitis in children by the Family Physician

### *Enfoque de la dermatitis atópica em niños por el Médico de Familia y Comunidad*

Alysson Quitério Guilherme. Universidade José do Rosário Vellano (UNIFENAS). Belo Horizonte, MG, Brasil. alyssonq@hotmail.com (*Autor correspondente*)  
Bárbara Couto Carvalho. Universidade José do Rosário Vellano (UNIFENAS). Belo Horizonte, MG, Brasil. barbaracouto@hotmail.com  
Bernarlli Pinto Diniz. Universidade José do Rosário Vellano (UNIFENAS). Belo Horizonte, MG, Brasil. bernarllidiniz@hotmail.com  
Bianca Ferreira Bianco. Universidade José do Rosário Vellano (UNIFENAS). Belo Horizonte, MG, Brasil. biancaferreirabianco@bol.com.br  
Talita Granero de Andrade. Universidade José do Rosário Vellano (UNIFENAS). Belo Horizonte, MG, Brasil. talitagranero@hotmail.com  
Liubiana Arantes Araújo. Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP). Ouro Preto, MG, Brasil. liubiana@ig.com.br

#### Resumo

Dermatite atópica (DA) é uma inflamação crônica e pruriginosa da pele, que acomete crianças nos primeiros anos de vida. Sua etiologia permanece pouco elucidada, mas sabe-se que ocorre uma disfunção da barreira cutânea que facilita a penetração de alérgenos/irritantes na epiderme, provocando reação inflamatória com predomínio de resposta Th2 em relação a Th1. O diagnóstico é clínico, podendo associar-se com a presença de história familiar e progressão de atopias, como rinite e asma. A DA manifesta-se por meio de lesões eczematosas, pruriginosas, com presença de eritema, pápulas, vesículas e escamas. Os principais diagnósticos diferenciais são dermatite seborreica, dermatite de contato, psoríase e escabiose. O tratamento baseia-se na educação do paciente e de seus familiares, somado ao controle do prurido com anti-histamínicos e da inflamação com corticoides e inibidores da calcineurina. Devido à alta prevalência e impacto da DA na qualidade de vida de crianças, corrobora-se a importância do diagnóstico precoce e de uma abordagem individualizada.

#### Abstract

Atopic dermatitis (AD) is a chronic and inflammatory disease that affects the skin of children in their early stages of life. Its aetiology remains little understood, but it is known that there is a dysfunction of the skin barrier, which facilitates the penetration of allergens/irritants into the epidermis, causing an inflammatory response with a predominance of Th2 response relative to Th1. The diagnosis is clinical and may be associated with previous and family medical history of atopias such as rhinitis and asthma. AD manifests itself through eczematous, pruritic injuries with the presence of erythema, papules, vesicles, and scales. The main differential diagnoses of AD are seborrheic dermatitis, contact dermatitis, psoriasis and scabies. The treatment is based on the education of patients and their families, plus the control of pruritus with antihistamines and of inflammation with corticosteroids or calcineurin inhibitors. Given the high prevalence and impact of AD on the quality of life of paediatric patients, early diagnosis and an individualized approach are paramount.

#### Resumen

La dermatitis atópica (DA) es una enfermedad crónica e inflamatorio en la piel, que afecta a los niños en los primeros años de vida. Su etiología sigue siendo poco dilucidado, pero se sabe que existe una disfunción de la barrera de la piel que facilita la penetración de alérgeno/irritante sobre la piel, causando una reacción inflamatoria con predominante respuesta Th2 hacia Th1. El diagnóstico es clínico y puede estar asociado con la presencia de la historia familiar y la historia anterior de enfermedades atópicas, tales como la rinitis y el asma. La DA se manifiesta a través de lesiones eczematosas y pruriginosas, la presencia de eritema, pápulas, vesículas y escamas. Los principales diagnósticos diferenciales son dermatitis seborreica, dermatitis de contacto, la psoriasis y la sarna. El tratamiento se basa en la educación de los pacientes y sus familias, además del control del prurito con antihistamínicos y la inflamación con corticoides y los inhibidores de la calcineurina. Dada la alta prevalencia y el impacto de la DA en la calidad de vida de los pacientes pediátricos, corrobórase la importancia del diagnóstico precoz y un enfoque individualizado.

#### Palavras-chave:

Dermatite Atópica  
Criança  
Diagnóstico Clínico  
Antagonistas dos Receptores  
Histamínicos  
Quimioterapia

#### Keywords:

Dermatitis, Atopic  
Child  
Clinical Diagnosis  
Histamine Antagonists  
Drug Therapy

#### Palabras clave:

Dermatitis Atópica  
Niño  
Diagnóstico Clínico  
Antagonistas de los  
Receptores Histamínicos  
Quimioterapia

**Fonte de financiamento:**  
declaram não haver.

**Parecer CEP:** não se aplica.

**Conflito de interesses:** declaram  
não haver.

Recebido em: 31/10/2013.  
Aprovado em: 03/05/2014.

## Introdução

Dermatite atópica (DA) é uma doença caracterizada por inflamação crônica e pruriginosa da pele, de caráter recorrente, associada a fatores genéticos, ambientais e alimentares.<sup>1,2</sup> Normalmente, manifesta-se nos primeiros anos de vida, podendo persistir durante a vida adulta e ser também a primeira manifestação de uma doença atópica.<sup>2,3</sup>

Sua prevalência varia de acordo com a localização geográfica, grau de escolaridade da população e faixa etária.<sup>4</sup> Na Europa, acomete 7-20% das crianças e, no mundo, tem prevalência de 10-20%, com predomínio na faixa etária de 0 a 2 anos.<sup>5</sup>

A DA baseia-se na interação de fatores genéticos, alérgenos (ácaros e alimentos) e não-alérgenos (roupa áspera, *Staphylococcus aureus*, calor e exposição a agentes irritantes), os quais predispõem ao aparecimento dessa dermatite.<sup>5,6</sup>

Por ser uma doença crônica, comumente caracterizada por prurido intenso e eczemas, e com forte correlação com outras doenças atópicas, tais como asma brônquica e rinite alérgica, a DA provoca inúmeros danos na qualidade de vida das crianças e repercussões psicológicas e sociais.<sup>7,8</sup> É frequente a presença de distúrbios do sono, do humor e evasão escolar.<sup>8</sup> A família também é afetada, uma vez que os familiares muitas vezes têm dificuldades para lidar com as necessidades da criança doente, custear suas medicações e gerenciar um ambiente equilibrado entre as crianças saudáveis.<sup>8</sup>

## Estratégia de busca

O mapeamento da literatura foi realizado nas bases de dados do PubMed, da SciELO e da COCHRANE. O descritor utilizado foi “atopic dermatitis”. A pesquisa teve início em Julho e término em Dezembro de 2013, incluindo artigos publicados entre 2009 e 2013.

A pesquisa no banco de dados do PubMed encontrou 18.663 artigos, os quais foram filtrados quanto à idade (<18 anos), espécie humana, publicação nos últimos 5 anos, línguas inglesa, portuguesa e espanhola, artigos de revisão e ensaios clínicos com livre acesso. Foi obtido um total de 70 artigos.

No SciELO, foram encontrados 112 artigos, filtrados com base no ano de publicação (intervalo entre 2009 e 2013), idiomas português, inglês e espanhol, e áreas temáticas tais como ciências da saúde, dermatologia e pediatria. Foi obtido um total de 39 artigos.

No Cochrane, foram encontrados inicialmente 1790 artigos, sendo os mesmos filtrados pela revisão sistemática do Cochrane e revisões completas, totalizando 53 artigos.

Os critérios de avaliação das referências elegíveis para o estudo foram:

- Inclusão: artigos que abordavam conceito, epidemiologia, fisiopatologia, diagnóstico, diagnóstico diferencial, tratamento e qualidade de vida de crianças com DA.
- Exclusão: artigos sem relevância para o tema abordado pelo estudo.

## Fisiopatologia

A etiologia da DA está pouco elucidada, sendo desencadeada pela interação entre fatores genéticos, alterações estruturais da pele e fatores imunitários, exógenos e alimentares.<sup>9</sup> Componentes genéticos são considerados como um importante fator de risco no desenvolvimento da DA.<sup>10</sup>

Sabe-se que a integridade da barreira cutânea dificulta o desenvolvimento da DA, já que a barreira cutânea íntegra tem como função principal o controle da permeabilidade, promovendo proteção contra agentes físicos, químicos e biológicos.<sup>9,11</sup> Na DA, ocorre disfunção da barreira cutânea, caracterizada por baixa renovação celular e pequena quantidade de aminoácidos hidrossolúveis, ocasionando aumento da permeabilidade celular a fatores externos.<sup>9,11</sup>

Com a penetração de alérgenos ou irritantes na epiderme, o organismo será sensibilizado e desencadeará reações inflamatórias.<sup>12</sup> A DA possui um componente inflamatório com predomínio de resposta Th2 em contrapartida à baixa influência da atividade Th1.<sup>9,12,13,14,15</sup>

Como descrito, a pele dos pacientes com DA está mais propensa à lesão por agentes exógenos e à invasão por microorganismos.<sup>12</sup> Portanto, inúmeros fatores desencadeantes podem favorecer a DA, dentre eles: ácaros e pelos de animais; detergentes, roupas sintéticas, estresse, temperaturas extremas, infecções por *Staphylococcus aureus* e alérgenos alimentares.<sup>15</sup>

Em relação à associação de DA e alimentação, muitas lacunas ainda precisam ser preenchidas.<sup>11,16</sup> Relatos apontam que, na infância, casos moderados e graves de DA podem estar relacionados com a alimentação, incluindo ovo, leite, trigo, soja e amendoim.<sup>11,16</sup>

A amamentação exclusiva mínima até os 4 meses de idade é vista como fator protetor para atopias e DA devido à sua interação com o sistema imune.<sup>17</sup> Acredita-se que o aleitamento materno exclusivo contribui para o desenvolvimento de flora intestinal rica em probióticos, os quais ajudam na manutenção da permeabilidade da mucosa, dificultando o transporte de antígenos e reduzindo os riscos de sensibilização alérgica.<sup>17</sup>

## Diagnóstico

O diagnóstico é feito predominantemente pela clínica do paciente, que varia de acordo com sua idade.<sup>14</sup> Na infância, as manifestações clínicas de DA surgem no primeiro ano de vida em 60% dos casos.<sup>14</sup> Em lactentes, comumente caracterizam-se por lesões em face (Figuras 1 e 2) que poupam sua região central e, em crianças, acometem dobras dos joelhos e cotovelos. (Figuras 3 e 4).<sup>14</sup>

As lesões típicas são os eczemas, identificados pela presença de eritema, pápulas, vesículas e escamas.<sup>14</sup> Nas crianças, esse eczema é acompanhado de prurido moderado ou intenso, com predomínio à noite e conseqüente impacto no sono, aprendizagem e humor.<sup>18</sup>

Muitos quadros dermatológicos estão associados à DA, como xerodermia, pitiríase alba, ceratose pilar e liquenificação.<sup>15</sup> Xerodermia (pele seca) é a manifestação clínica mais prevalente em indivíduos com DA, decorrente de defeitos na integridade da barreira cutânea que geram maior perda de água e aumento da sua permeabilidade a fatores externos.<sup>14</sup> A pitiríase alba é condição benigna, inicialmente assintomática, caracterizada por máculas redondas inicialmente avermelhadas, evoluindo para mancha pálida, devido à descamação e à hipopigmentação.<sup>15</sup> A lesão possui bordas bem definidas e localização preferencial na face, braços e costas.<sup>15</sup> Está diretamente relacionada com atopias, exposição solar e alta frequência de banhos.<sup>15</sup> A ceratose pilar é identificada pela presença de pápulas foliculares com ceratina, acometendo membros superiores e face.<sup>15</sup> Já a liquenificação apresenta-se pelo espessamento e acentuação dos sulcos da pele.<sup>15</sup>

Além disso, há a história familiar e progressa de atopias, como por exemplo, rinite e asma, o que auxilia no diagnóstico de DA.<sup>14</sup>



Figura 1. Dermite atópica em face poupando área central.



Figura 2. Dermite atópica em face poupando área central.



Figura 3. Dermatite atópica em face flexora do membro superior.

Fonte das ilustrações: DermatologyAtlas.<sup>19</sup>



Figura 4. Dermatite atópica em face flexora do membro superior.

## Diagnóstico diferencial

### Dermatite seborreica

Afeção crônica, recorrente, acometendo cerca de 40% da população, principalmente jovens, diferentemente da DA, que acomete preferencialmente crianças.<sup>20</sup>

Sua etiologia permanece pouco elucidada. Uma das hipóteses é que ela decorre da presença de fungos lipofílicos que geram eritema e prurido; outra hipótese sugere ocorrência de epidermopoiiose, que leva à hiperprodução de queratina.<sup>20</sup> A forma infantil assemelha-se à DA por ocorrer nos primeiros meses de vida e apresentar curso auto limitado; todavia, a dermatite seborreica inicia-se com escamas amareladas e grosseiras, chamadas “crosta láctea”. Também podem estar presentes placas eritemo-descamativas arredondadas, predominantes em áreas oleosas e repletas de glândulas sebáceas, como couro cabeludo, face, dorso, virilha e axilas, ocorrendo regressão com melhora espontânea antes dos 6 meses de idade.<sup>20</sup> A dermatite seborreica, assim como a DA, não é passível de tratamento erradicador, somente controle dos sintomas.<sup>20</sup> Na dermatite seborreica, utilizam-se xampus, loções capilares ou cremes, enquanto na DA é fundamental evitar a exposição aos fatores desencadeantes.<sup>20</sup>

### Dermatite de contato

Assim como na DA, na dermatite de contato há lesões eritematosas com presença de vesículas, crostas, exsudatos e liquenificação.<sup>20</sup> Entretanto, a distribuição da dermatite de contato tem ligação direta com agentes irritantes primários como sabonetes, detergentes e níquel presente em bijuterias.<sup>20</sup>

É importante realizar uma boa anamnese, buscando relacionar a exposição a agentes irritantes com o início e duração dos sintomas, bem como com a localização das lesões.<sup>20</sup> Em caso de dúvida em relação ao diagnóstico ou dificuldade para identificação do agente irritante, pode ser necessário encaminhar o paciente para o especialista (dermatologista ou alergista) para realizar o teste de contato (*patch test*).<sup>20</sup>

## Psoríase

Doença inflamatória crônica, não contagiosa e com forte caráter hereditário, que afeta pele, unhas, dorso e ocasionalmente articulações, apresentando prevalência de 2% na população do norte europeu.<sup>20,21</sup> Acomete pessoas em qualquer faixa etária, com um maior predomínio na 2ª e 5ª décadas de vida, ao passo que a DA acomete preferencialmente crianças e sua prevalência é de aproximadamente 10%.<sup>20</sup>

Sua fisiopatologia não está bem esclarecida, mas, devido à presença de linfócitos T ativados e macrófagos e à boa resposta a terapias imunossupressoras, sugere-se o envolvimento de fatores autoimunes.<sup>20</sup> Essa doença caracteriza-se por lesões escamosas, eritematosas bem delimitadas e de tamanhos variados. As lesões crônicas possuem placas que se localizam preferencialmente nas superfícies extensoras dos joelhos, cotovelos, couro cabeludo e região lombo sacral.<sup>20,21</sup> O paciente com psoríase geralmente apresenta outras morbidades associadas, como alcoolismo, depressão, obesidade, diabetes mellitus, hipertensão arterial, síndrome plurimetabólica, colite e artrite reumatoide, diferentemente da DA, na qual os pacientes frequentemente apresentam asma, rinite e atopias.<sup>20</sup>

## Escabiose

É causada pelo ectoparasita *Sarcoptes scabiei*, um ácaro parasita obrigatório que completa seu ciclo de vida em seres humanos. Não há predileção por idade, diferentemente da DA, que predomina na infância.<sup>20</sup> A escabiose é transmitida por contágio direto, interpessoal, por fômites ou por contato sexual, de modo que a ocorrência de casos semelhantes em moradores da mesma residência é um forte indicativo dessa etiologia.<sup>20</sup> Caracteriza-se por pápulas, vesículas, nódulos, escoriações e erupções eczematosas.<sup>20</sup> O prurido é intenso e agrava-se à noite.<sup>20</sup> As lesões são geralmente nos cotovelos, axilas, espaços interdigitais e genitália, poupando face e cabeça, diferenciando-se da DA, que se caracteriza pela presença de eczema numular, liquenificação e xerodermia, localizados em membros superiores, inferiores, face e couro cabeludo.<sup>20</sup>

O diagnóstico definitivo depende da identificação de ácaros, ovos ou fragmentos de cascas de ácaros. A história de manifestações semelhantes na família e de contato íntimo com pessoas infestadas, bem como as alterações típicas encontradas nas lesões, são fundamentais no auxílio do diagnóstico.<sup>20</sup> O tratamento é baseado no uso de escabicidas.<sup>20</sup> Além disso, é imprescindível a presença de medidas coadjuvantes como boa higiene, separação de vestimentas dos indivíduos contaminados por 3 dias e o tratamento simultâneo de todos os indivíduos infestados moradores da mesma residência.<sup>20</sup>

## Tratamento

Para o eficaz tratamento da DA, é fundamental conscientizar paciente e familiares sobre o curso crônico da doença e sobre a importância do tratamento correto.<sup>9,22</sup> O tratamento baseia-se em três pontos importantes: eliminação de fatores irritantes e desencadeantes, hidratação e controle da inflamação e do prurido.<sup>9,22</sup>

Para eliminar os fatores irritantes e desencadeantes, recomenda-se evitar sabões, detergentes, vestimentas sintéticas ou que facilitem a sudorese, amaciantes, altas temperaturas e umidade.<sup>22</sup> Algumas medidas que ajudam a amenizar a DA são a utilização de sabão de glicerina neutro e de vestimentas de algodão a 100% e banhos rápidos com temperatura amena.<sup>22</sup> Em relação aos aeroalérgenos, medidas relacionadas ao domicílio, como capas impermeáveis em colchão e eliminação de carpetes e bichos de pelúcia, são eficazes para diminuir a exacerbação das lesões.<sup>22</sup> No caso dos alérgenos alimentares, é preciso uma investigação sobre possíveis alimentos suspeitos de desencadear a atopia.<sup>22</sup>

A hidratação é importante para prevenir e controlar a DA, pois o paciente atópico apresenta barreira cutânea deficiente e pele sensível.<sup>23</sup> Os objetivos são restaurar essa barreira e evitar a perda de água transepidermica.<sup>23</sup> Recomenda-se evitar banhos demorados e quentes, buchas de banho, piscinas cloradas e ar condicionado. Os pacientes devem ser orientados a utilizar sabonetes neutros e emolientes após o banho.<sup>23</sup>

Para controle da inflamação, utilizam-se corticosteroides e inibidores da calcineurina.<sup>9,24</sup> Os corticosteroides tópicos apresentam ação anti-inflamatória, pois impedem a síntese de interleucinas, controlando prurido e eczema.<sup>9,24</sup> Os efeitos colaterais são estrias, atrofia cutânea e alteração de pigmentação.<sup>9,24</sup> Sua administração leva em conta gravidade e extensão das



lesões, correlacionando-as com a potência do corticóide.<sup>24</sup> Em casos de lesões de grande extensão, é necessário ter cautela com o uso de corticoides, visto que podem agir de forma sistêmica, interferindo no crescimento e na absorção óssea em crianças.<sup>24</sup>

Quando a lesão situa-se na face ou em regiões de dobra, recomenda-se o uso de corticoide de baixa potência, como o acetato de hidrocortisona, e com a menor duração possível, porque essas regiões apresentam alta taxa de absorção.<sup>25</sup> Em casos de lesões agudas ou crônicas, moderadas ou graves, recomenda-se um corticoide de potência intermediária com o objetivo de que o resultado seja alcançado em menor tempo possível.<sup>25</sup> A grande indicação dos corticoides está no controle das crises. O Quadro 1 mostra os corticoides tópicos de acordo com sua potência.<sup>15,25</sup>

**Quadro 1.** Potência dos corticosteroides tópicos.<sup>22, 25</sup>

Grupo I (superpotentes)	Grupo II (potentes)
Dipropionato de Betametasona p/c	Fluocinonida (0,05%) p/c
Propionato de Clobetasol p/c	Halcinonida (0,1%) c
Propionato de Halobetasol p/c	Furuoato de Mometasona (0,1%) c
Grupo III (potentes)	Grupo IV (potência moderada)
Valerato de Betametasona 0,01%	Acetonida de Fluocinolona 0,2% c
Propionato de Fluticasona 0,005%	Actonidafluocinolona p
Fluorcotolonac 0,25%	Halcinonida 0,025% c
Acetonida de Triancinolona 0,1%	Valerato de Hidrocortisona 0,2%
Acetonida de Triancinolona 0,5% c	Furuoato de Mometasona 0,1%
	Acetonida de Triancinolona 0,1%
Grupo V (potência moderada)	Grupo VI (baixa potência)
Valerato de Betametasona 0,01% c	Desonida 0,05% c
Acetonida de Fluocinolona 0,025% c	Acetonida de Fluocinolona 0,01% c
Propionato de Fluticasona 0,05% c	Prednicarbato 0,1%
Butirato de Hidrocortisona 0,1% c	Acetonida de Tralancinolona 0,1%
Grupo VII (muita baixa potência)	
Dexametasona 0,1% c	
Hidrocortisona 0,5%, 1%, 2,5%	
Metilprednisolona 1%	
Preparações tópicas com Prednisolona	

\*p = pomada, c = creme. Nota: Adaptado pelos autores.

Inibidores da calcineurina ou imunomoduladores tópicos são medicamentos que inibem a calcineurina, proteína citoplasmática que, quando ativada, participa da transcrição de interleucinas inflamatórias.<sup>9</sup> Portanto, o uso desse medicamento deve ser controlado para evitar o comprometimento da função imunológica.<sup>9,24</sup> Os medicamentos disponíveis são pimecrolimo e tacrolimo, que devem ser aplicados duas vezes ao dia concomitantemente com o uso de protetor solar.<sup>9,24</sup> Como essas medicações não apresentam efeitos colaterais semelhantes aos dos corticoides, utilizam-se os inibidores da calcineurina em locais onde os corticosteroides têm alta absorção.<sup>9,24</sup> O pimecrolimo, na forma de creme a 1%, é indicado em lesões leves a moderadas a partir dos 3 meses de idade.<sup>9,24</sup> Já tacrolimo é indicado a partir do segundo ano de vida e em lesões graves.<sup>24</sup> Entre 2-12 anos de idade, utiliza-se essa medicação na forma de pomada a 0,03% e para crianças acima de 12 anos, a 0,1%.<sup>24</sup> Dentre os efeitos colaterais dessa classe, encontram-se ardor e prurido, que reduzem após os primeiros dias de aplicação.<sup>24</sup> O imunomodulador tópico deve ser administrado quando houver sinal de lesão cutânea e utilizado no máximo uma semana. Na ausência de melhora, deve-se rever o tratamento e a indicação de corticoterapia.<sup>15, 24</sup>

Ainda no tratamento farmacológico, os anti-histamínicos são medicamentos que reduzem o prurido.<sup>22</sup> Os de primeira geração apresentam um efeito sedativo maior, que, ao induzir sono no paciente, reduz os episódios de prurido noturno.<sup>22</sup> No entanto, uma desvantagem é que o paciente pode ficar sonolento durante o dia, comprometendo o desempenho escolar e a qualidade de vida.<sup>22</sup> Em contrapartida, o efeito sedativo do anti-histamínico de segunda geração é menor, por isso recomenda-se sua aplicação em crianças.<sup>22</sup> É importante salientar que, apesar da ampla utilização dos anti-histamínicos na DA, os benefícios clínicos não foram ainda comprovados adequadamente.<sup>22</sup> O Quadro 2 ilustra os anti-histamínicos de 1ª e 2ª geração mais utilizados na DA. A Figura 5 representa esquematicamente a abordagem terapêutica na DA e o Quadro 3 resume as evidências para as principais intervenções terapêuticas.

Quadro 2. Anti-histamínicos de 1ª e 2ª geração.<sup>22</sup>

	Anti-histamínico	Contra-indicação	Efeito colateral
1ª geração	Hidroxizina	Gravidez Amamentação Hipersensibilidade Crianças com peso inferior a 6 kg	Sedação Excitação Constipação Xerostomia
	Dexclorfeniramina	Uso concomitante com inibidores da monoaminoxidase Recém-nascidos e prematuros Hipersensibilidade Crianças abaixo de 2 anos de idade	Rash cutâneo Choque Anafilático Calafrios Cefaleia Taquicardia Hipotensão Sedação Vertigem Vômito
2ª geração	Fexofenadina	Hipersensibilidade	Náusea Vertigem Vômitos Fraqueza Sonolência Fadiga Diarreia Cefaleia
	Cetirizina	Hipersensibilidade Crianças abaixo de 2 anos idade	Sonolência Desconforto gastrointestinal Cefaleia Tontura Boca seca Agitação
	Loratadina	Hipersensibilidade Crianças abaixo de 2 anos de idade	Fadiga Cefaleia Sonolência Rash cutâneo Náusea Gastrite
	Desloratadina	Hipersensibilidade Crianças abaixo de 6 meses de idade Hepatopatia grave	Fadiga Cefaleia Sonolência Boca seca Náusea Gastrite Rash cutâneo

Nota: Adaptado pelos autores.

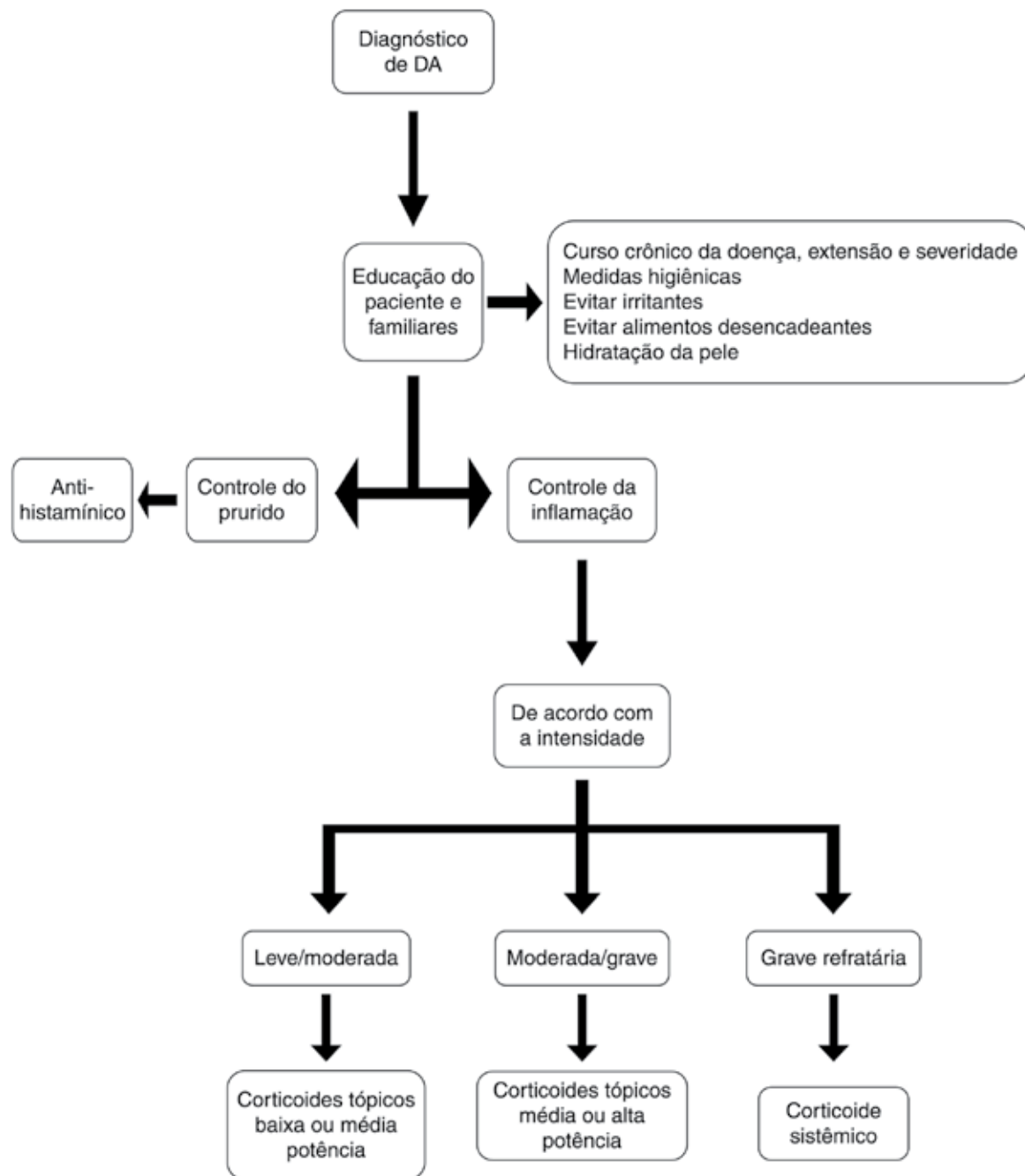


Figura 5. Fluxograma de tratamento da dermatite atópica.<sup>15, 25</sup> Nota: Adaptado pelos autores.

Quadro 3. Níveis de evidência para as principais condutas terapêuticas na dermatite atópica, utilizando o sistema SORT (*Strength of Recommendation Taxonomy*).

Recomendação clínica	Nível de evidência	Referência
Medidas gerais e educação dos pacientes são importantes para o tratamento.	C	9, 21
Os emolientes são fundamentais para o controle eficaz da DA.	B	22
O corticoide tópico é essencial no tratamento da DA.	B	9, 15, 23, 24
Inibidores da calcineurina são tratamentos de segunda linha para DA moderada/grave.	A	9, 23
Os anti-histamínicos são eficientes no controle do prurido de pacientes com DA.	C	21

A= ensaios clínicos randomizados de boa qualidade metodológica ou revisão sistemática desses ensaios clínicos com ou sem metanálise; B = ensaios clínicos ou revisões sistemáticas de ensaios clínicos com qualidade metodológica inferior, estudos observacionais; C = consenso/opinião de especialistas.



## Qualidade de vida

A DA tem importante impacto na qualidade de vida das pessoas acometidas, bem como na de seus familiares. Os fatores mais impactantes para o paciente são o prurido, a alteração do humor e o desconforto durante o banho.<sup>18</sup> Já para os familiares, pesam mais as despesas com o tratamento, as alterações no sono, o cansaço e a preocupação. Não há correlação clara entre a gravidade clínica da doença e a gravidade atribuída pelos pais; estudo mostrou que a maioria dos pacientes, mesmo apresentando formas leves de DA, eram considerados pelos seus pais como portadores de doença de média gravidade.<sup>18</sup> Assim, é fundamental um tratamento individualizado, integrando farmacologia e medidas socioeducativas, visando a menores danos no cotidiano dos pacientes e familiares.<sup>18,26,27</sup>

## Doenças associadas

A DA está relacionada com outras doenças atópicas como asma e rinite, compartilhando com elas aspectos genéticos e fisiopatológicos; essas doenças inicialmente caracterizam-se por sensibilização a alérgenos com predomínio da resposta Th2.<sup>28</sup>

## Conclusão

A DA é uma doença com alta prevalência, tendo importante impacto na qualidade de vida das crianças e de seus familiares. Portanto, é fundamental o reconhecimento de seus fatores desencadeantes e suas manifestações clínicas pelo médico de família e comunidade, o que proporciona não só um diagnóstico adequado e precoce, como também um tratamento efetivo e individualizado.

## Referências

1. Ceruelo EE. Dermatitis atópica: una enfermedad emergente. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2009;11:11-14.
2. Ryan C, Shaw RE, Cockerell CJ, Hand S, Ghali FEN. Sodium Hypochlorite Cleanser Shows Clinical Response and Excellent Acceptability in the Treatment of Atopic Dermatitis. *Pediatric Dermatology*. 2013;30(3):308-15. <http://dx.doi.org/10.1111/pde.12150>
3. Torrelo A, Ortiz J, Alomar A, Ros S, Prieto M, Cuervo J. Atopic dermatitis: impact on quality of life and patients' attitudes toward its management. *Eur J Dermatol*. 2012;22(1):97-105.
4. Bagazgoitia L, Gutiérrez M, García Blesa C, Hernández Martín A, Torrelo A. Aspectos epidemiológicos, patogénicos, clínicos y diagnósticos de la dermatitis atópica. ¿Es posible la prevención? *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2009;11:31-47. <http://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322009000300003>
5. Canpolat F, Erkoçoğlu M, Tezer H, Kocabaş CN, Kandi B. Hydrocortisone acetate alone or combined with mupirocin for atopic dermatitis in infants under two years of age – a randomized double blind pilot trial. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2012;16(14):1989-1993.
6. Sheffield PE, Weinberger KR, Kinney PL. Climate change, aeroallergens, and pediatric allergic disease. *Mt Sinai J Med*. 2011;78(1):78-84. <http://dx.doi.org/10.1002/msj.20232>
7. Eccleston C, Palermo TM, Fisher E, Law E. Psychological interventions for parents of children and adolescents with chronic illness. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;8:CD009660.
8. Tejada CS, Mendoza-Sassi RA, Almeida Jr HL, Figueiredo PN, Tejada VFS. Impact on the quality of life of dermatological patients in southern Brazil. *An Bras Dermatol*. 2011;86(6):1113-1121.
9. Carr WW. Topical calcineurin inhibitors for atopic dermatitis: review and treatment recommendations. *Pediatr Drugs*. 2013;15(4):303-10. <http://dx.doi.org/10.1007/s40272-013-0013-9>
10. Apfelbacher CJ, van Zuuren EJ, Fedorowicz Z, Jupiter A, Mattered U, Weisshaar E. Oral H1 antihistamines as monotherapy for eczema. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;2:CD007770.
11. Van Bever HP, Llanora G. Features of childhood atopic dermatitis. *Asian Pac J Allergy Immunol*. 2011;29(1):15-24.
12. Leung DY. New insights into atopic dermatitis: role of skin barrier and immune dysregulation. *Allergol Int*. 2013;62(2):151-61. <http://dx.doi.org/10.2332/allergolint.13-RAI-0564>
13. Hon KL, Yong V, Leung TF. Research statistics in atopic eczema: what disease is this? *Ital J Pediatr*. 2012;38:26. <http://dx.doi.org/10.1186/1824-7288-38-26>

14. Rodrigues RNS, Melo JF, Montealegre F, Hahnstadt RL, Pires MC. Avaliação do teste de contato com aeroalérgenos em pacientes com dermatite atópica. *An Bras Dermatol*. 2011;86(1):37-43. <http://dx.doi.org/10.1590/S0365-05962011000100004>
15. Nasarre IQ. Dermatitis atópica. *Rev Pediatr Aten Primária*. 2009;11(Supl 17):317-329.
16. Suárez-Varela MM, Alvarez LG, Kogan MD, Ferreira JC, Martínez Gimeno A, Aguinaga Ontoso I et al. Diet and prevalence of atopic eczema in 6 to 7-year-old school children in Spain: ISAAC phase III. *J Investig Allergol Clin Immunol*. 2010;20(6):469-75.
17. Chemello, RML, Giugliani ERJ, Bonamigo RR, Bauer VS, Cecconi MCP, Zubaran GM. Aleitamento materno e colonização mucocutânea pelo *Staphylococcus aureus* na criança com dermatite atópica. *An Bras Dermatol*. 2011;86(3):435-439. <http://dx.doi.org/10.1590/S0365-05962011000300002>
18. Alvarenga TM, Caldeira AP. Quality of life in pediatric patients with atopic dermatitis. *J Pediatr*. 2009;85(5):415-420. <http://dx.doi.org/10.2223/JPED.1924>
19. Silva SF. *Dermatology Atlas* [Internet]. Atopic dermatites, 2014 [acesso em 2014 Apr 03]. Disponível em: <http://www.atlasdermatologico.com.br>
20. Laguna RL, Cudós ES. No todo es dermatitis atópica. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2009;11:15-30
21. Mason AR, Mason J, Cork M, Dooley G, Edwards G. Topical treatments for chronic plaque psoriasis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;(2):CD005028.
22. Cudós ES, Laguna RL. Tratamiento de la dermatitis atópica. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2009;11:49-67.
23. Addor FAS, Aoki V. Barreira cutânea na dermatite atópica. *An Bras Dermatol*. 2010;85(2):184-194.
24. McCollum AD, Paik A, Eichenfield LF. The safety and efficacy of tacrolimus ointment in pediatric patients with atopic dermatitis. *Pediatr Dermatol*. 2010;27(5):425-36. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1525-1470.2010.01223.x>
25. Álvarez JCB. Tratamiento de la dermatitis atópica: Una perspectiva desde la medicina basada en pruebas. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2009;11:69-79.
26. Amaral CSF Do, March MDFBP, Sant'Anna CC. Quality of life in children and teenagers with atopic dermatitis. *An Bras Dermatol*. 2012;87(5):717-723. <http://dx.doi.org/10.1590/S0365-05962012000500008>
27. Weber MB, Lorenzini D, Reinehr CPH, Lovato B. Assessment of the quality of life of pediatric patients at a center of excellence in dermatology in southern Brazil. *An Bras Dermatol*. 2012;87(5):697-702. <http://dx.doi.org/10.1590/S0365-05962012000500004>
28. Fuiano N, Incorvaia C. Dissecting the causes of atopic dermatitis in children: less foods, more mites. *Allergol Int*. 2012;61(2):231-43.