

Dermatite atópica no consultório

Gravidade, emolientes, potência do corticoide por idade e região, terapia proativa, inibidores de calcineurina, infecção secundária, eczema herpético e quando encaminhar

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck

Referências: SBP, Ministério da Saúde, AAP, NICE, Oxford, Cambridge e AEP · Revisão: setembro de 2026

Gravidade em semáforo (● leve · ● moderada · ● grave), tratamento em casa e critérios para encaminhar ao pronto-socorro ou internar, com a comparação entre SBP/Ministério da Saúde e as referências internacionais.

 [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

1. O que é e como se apresenta
2. Classificação de gravidade
3. Diagnóstico no consultório
4. Tratamento em casa
5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar
6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família
7. Comparação com as referências
8. Fontes

EM RESUMO

A dermatite atópica (DA) é uma doença inflamatória crônica e recidivante da pele, com prurido, xerose e eczema de distribuição típica por idade. O tratamento se apoia em três pilares: **emolientes diariamente e em grande quantidade**, **corticoide tópico de potência adequada à gravidade, à idade e à região** nas crises e **manutenção proativa** (2 dias por semana nas áreas que costumam recidivar) nas crianças com crises frequentes. Os inibidores tópicos de calcineurina (pimecrolimo 1% e tacrolimo 0,03%) são segunda linha, úteis na face, nas pálpebras e nas dobras. A grande maioria é tratada em casa (●/●). A infecção bacteriana secundária (crostas melicéricas, exsudação, pústulas) é tratada junto com o corticoide tópico, nunca com antibiótico isolado. **O eczema herpético — piora rápida e dolorosa, vesículas agrupadas e erosões arredondadas "em saca-bocado", com febre ou prostração — é emergência (●):** encaminhar ao hospital no mesmo dia para aciclovir EV; avaliação oftalmológica se houver lesões perioculares. DA grave sem resposta a tratamento tópico otimizado deve ser encaminhada ao especialista para terapia sistêmica (dupilumabe a partir de 6 meses, entre outros).

Veja também, nesta Biblioteca: Dermatite Atópica (Alergia e Imunologia) e o guia de Dermatite Atópica para pais.

1. O que é e como se apresenta

- **Definição:** dermatose inflamatória crônica, pruriginosa, com disfunção da barreira cutânea e resposta imune tipo 2. Faz parte da "marcha atópica" (alergia alimentar, asma, rinite), mas a maioria das crises não é causada por alimentos (AAP 2025).
- **Início:** em geral nos primeiros 2 anos de vida; muitos melhoram na idade escolar.
- **Distribuição por idade:**
 - Lactente: face (bochechas), couro cabeludo, superfícies extensoras; costuma poupar a área das fraldas.
 - Pré-escolar e escolar: dobras (fossas antecubitais e poplíteas), punhos, tornozelos, pescoço.
 - Adolescente: dobras, face, pescoço, mãos; liquenificação.
- **Quadro clínico:** prurido (obrigatório), xerose, placas eritematosas e descamativas, escoriações, liquenificação nas formas crônicas; alteração do sono e da qualidade de vida da criança e da família.

- **Colonização:** o *Staphylococcus aureus* coloniza mais de 90% das lesões (SEPEAP 2023); colonização não é infecção.

2. Classificação de gravidade

No consultório, a gravidade é estimada pela extensão, pela intensidade dos sinais e pelo impacto (prurido, sono, qualidade de vida). O NICE CG57 recomenda avaliação holística a cada consulta. Escalas formais ajudam no seguimento: **SCORAD** (leve < 25, moderada 25–50, grave > 50; SEPEAP), **EASI** (feito pelo médico) e **POEM** (7 perguntas respondidas pela família sobre a última semana, útil para acompanhar a resposta).

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Áreas de pele seca, eczema pouco extenso, prurido ocasional, sono preservado, pouco impacto nas atividades	Emolientes; corticoide de baixa potência nas crises; orientação de gatilhos; retorno programado
● Moderada	Áreas de pele seca, prurido frequente, eritema, com ou sem escoriação e espessamento localizado; sono e atividades afetados; infecção bacteriana localizada	Corticoide de média potência (baixa na face e nas dobras); terapia proativa; tratar a infecção; reavaliar em 1–2 semanas
● Grave	Doença extensa, prurido incessante, sono muito comprometido; eczema herpético ; eritrodermia; infecção bacteriana extensa com febre, prostração ou suspeita de celulite ou sepse	Eczema herpético: hospital no mesmo dia para aciclovir EV. Eritrodermia ou infecção sistêmica: antibiótico e pronto-socorro no mesmo dia . DA grave estável sem resposta a 1 semana de tratamento tópico otimizado: encaminhamento urgente ao especialista (NICE)

Fatores de risco que elevam a gravidade

- Início muito precoce e doença extensa no lactente.
- Coexistência de alergia alimentar, asma ou rinite.
- Crises frequentes (≥ 4 por ano) e má adesão por corticofobia.
- Infecções de repetição e contato com pessoas com herpes labial ativo.
- Imunodeficiência (pensar em síndromes de hiper-IgE, Wiskott-Aldrich) quando há eczema grave com infecções graves ou recorrentes.
- Contexto social que dificulta a compra de emolientes e a adesão.

3. Diagnóstico no consultório

- **Diagnóstico clínico:** prurido mais eczema de distribuição típica, curso crônico ou recidivante, história pessoal ou familiar de atopia.
- **Não pedir de rotina:** IgE total, testes de alergia alimentar ou dietas de exclusão empíricas. AAP (2025) alerta que dietas de restrição desnecessárias podem prejudicar a criança. Investigar alergia alimentar apenas se houver história de reação imediata ou DA moderada a grave que não responde ao tratamento otimizado, sobretudo no lactente.
- **Cultura de lesão:** em infecção recorrente ou que não responde ao tratamento.
- **Swab para herpes (PCR):** se houver suspeita de eczema herpético, sem atrasar o aciclovir.

Diagnóstico diferencial que não pode passar

- Dermatite seborreica (lactente, couro cabeludo e dobras, sem prurido intenso).
- Escabiose (lesões nas mãos, punhos, axilas, genitais, contactantes com prurido).
- Dermatite de contato, psoríase, tinha (placa anular com borda ativa).
- Eczema herpético e impetigo sobre a DA.
- Imunodeficiências e doenças metabólicas quando há eczema grave com déficit de crescimento, infecções graves ou diarreia crônica.

4. Tratamento em casa

1. Cuidados de base e emolientes (todos os pacientes)

- Emolientes sem perfume, de preferência cremes espessos ou pomadas, aplicados ao menos 2 vezes ao dia e sempre após o banho, **mesmo sem crise**. O NICE recomenda prescrever grandes quantidades: **250–500 g por semana**.
- Banho diário ou frequente, curto, com água morna e sabonete suave, seguido do emoliente (AAP 2025).
- Evitar irritantes: sabonetes perfumados, amaciantes, tecidos sintéticos ou lã em contato direto, calor excessivo.
- Unhas curtas; roupas de algodão.

2. Corticoide tópico nas crises — escolha pela gravidade, idade e região

- NICE CG57: potência baixa para eczema leve, média para moderado e alta para grave; **na face e no pescoço, baixa potência** (média potência por 3–5 dias apenas em crises graves); **não usar alta potência em menores de 12 meses** sem supervisão do especialista; aplicar 1 a 2 vezes ao dia.
- AAD 2026 (pediatria): baixa potência entre 2 e 12 meses, 1 vez ao dia por até 4 semanas; média potência acima de 2 anos, até 2 vezes ao dia por até 4 semanas, com manutenção

intermitente.

- Pálpebras, face, dobras e área das fraldas: baixa potência e cursos curtos; preferir inibidor de calcineurina quando houver necessidade prolongada.
- **Unidade de ponta de dedo (FTU):** quantidade de creme espremida do tubo da ponta à primeira prega do dedo indicador de um adulto, cerca de **0,5 g**, suficiente para área equivalente a duas palmas de mão de adulto (NHSGGC). Ajuda a família a usar a quantidade certa e combate o subtratamento por medo do corticoide.
- Tratar até 48 h após o controle da crise e então passar à manutenção.

3. Terapia proativa (manutenção)

- Crianças com crises frequentes: aplicar o corticoide tópico **2 dias consecutivos por semana** nas áreas que costumam recidivar (NICE), ou tacrolimo 1 vez ao dia, 2 vezes por semana (SEPEAP; AAD 2026 por até 12 meses).

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO
Emoliente (creme espesso ou pomada)	Quantidade liberal; 250–500 g/semana (NICE)	2 ou mais vezes ao dia e após o banho	Contínuo	Base de todo o tratamento
Hidrocortisona 1% (baixa potência)	Camada fina, pela FTU	1–2 vezes ao dia	Crise, até 48 h após controle	Face, pescoço, dobras, lactentes
Corticoide de média potência (ex. furoato de mometasona 0,1%, 1 vez ao dia; propionato de fluticasona 0,05%)	Camada fina, pela FTU	1 vez ao dia (ou até 2, conforme produto e bula)	Crise; até 4 semanas (AAD 2026)	Tronco e membros; conferir idade mínima na bula
Pimecrolimo 1% creme	Camada fina	2 vezes ao dia	Até controle; manutenção conforme especialista	Bula brasileira a partir de 3 meses; NICE e AAD: ≥ 2 anos, segunda linha, face e pescoço
Tacrolimo 0,03% pomada	Camada fina	2 vezes ao dia; proativo 2 vezes/semana	Até 6 semanas por ciclo (AAD 2026)	≥ 2 anos; ardor transitório; não usar em lesão infectada
Anti-histamínico sedante (1ª geração)	Conforme bula	À noite	Curto prazo	Não usar , exceto por problema social (prurido noturno que impede o sono da família), por curto período e fora da faixa de contraindicação; não trata a DA

- **Inibidores de calcineurina:** poupam corticoide e não causam atrofia. Ardência inicial é comum. Não aplicar sobre infecção viral ativa; suspender se surgir linfadenopatia sem causa clara (bula do pimecrolimo). A segurança a longo prazo não está totalmente estabelecida.
- **Terapias tópicas novas** (crisaborol, ruxolitinibe, tapinarofe, roflumilaste) constam da AAD 2026; a disponibilidade no Brasil é limitada — uso pelo especialista.
- **Banho de hipoclorito diluído e curativos úmidos (wet wraps)** são adjuvantes citados pela AAD 2026 para DA moderada a grave, melhor iniciados com orientação do especialista.

4. Infecção bacteriana secundária

- Sinais: exsudação, crostas melicéricas, pústulas, piora rápida ou falta de resposta.
- **Não tratar apenas com antibiótico:** manter o corticoide tópico (NHSGGC).
- Infecção localizada: antibiótico tópico de curta duração (ver Impetigo, celulite e abscessos). Infecção extensa: antibiótico oral antiestafilocócico (cefalexina). A AAD 2026 recomenda **não** usar antibiótico tópico sem infecção comprovada.
- Trocar potes de emolientes abertos durante a infecção.

5. O que não usar

- Corticoide sistêmico de rotina (AAD 2026 recomenda contra); rebote ao suspender.
- Corticoide de alta ou muito alta potência na face, nas dobras e em lactentes.
- Cremes combinados de corticoide com antifúngico ou antibiótico de uso contínuo.
- Dietas de exclusão sem diagnóstico de alergia alimentar.
- Antibiótico oral para colonização sem sinais de infecção.

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

- **Suspeita de eczema herpético:** encaminhar ao hospital no mesmo dia para **aciclovir EV**, sobretudo se febre, prostração, lesões extensas, perioculares ou lactente (NICE: aciclovir sistêmico imediato e avaliação no mesmo dia). O aciclovir oral fica como opção do especialista em formas leves e localizadas em crianças maiores.
- Eczema herpético próximo aos olhos: **avaliação oftalmológica urgente** (NHSGGC).
- Eritrodermia (> 90% da superfície) com hipotermia, desidratação ou instabilidade.
- Infecção bacteriana extensa com febre, toxemia, celulite ou suspeita de sepse.
- Lactente com DA grave e perda de peso, desidratação ou recusa alimentar.

Como encaminhar

1. No eczema herpético, não retardar o transporte: o tratamento é **aciclovir EV no hospital**. O aciclovir oral é opção do especialista apenas em formas leves e localizadas em crianças maiores.

2. Antitérmico e analgesia; oferecer líquidos.
3. Cobrir as lesões com gaze limpa; evitar contato com outros lactentes e com imunodeprimidos.
4. Contatar o serviço de destino, informando a suspeita de eczema herpético (isolamento de contato).
5. Relatório com medicamentos em uso, potência dos corticoides e evolução.

Encaminhamento ao especialista (dermatologia ou alergia pediátrica)

- Urgente: DA grave sem resposta após 1 semana de tratamento tópico otimizado (NICE).
- Rotina: diagnóstico incerto; falha do tratamento na face; suspeita de dermatite de contato; infecções recorrentes; impacto psicológico importante; necessidade de corticoide de média ou alta potência contínuo; candidatos a terapia sistêmica.
- **Terapia sistêmica** é prescrita pelo especialista: dupilumabe (a partir de 6 meses na AAD 2026) e, a partir de 12 anos, outros biológicos e inibidores de JAK (AAD 2026); ciclosporina e metotrexato conforme o caso. O guia SBP/ASBAI 2023 destaca imunobiológicos e pequenas moléculas para a DA grave refratária.

6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família

- "A pele atópica é seca por natureza: o hidratante é diário, com ou sem crise."
- "O corticoide, usado na quantidade e pelo tempo indicados, é seguro. Usar pouco demais faz a crise durar mais."
- "Na fase boa, continue aplicando a pomada 2 dias por semana nas áreas que costumam voltar, se o seu pediatra orientar."
- Retornar em 1–2 semanas após uma crise moderada e a cada 3–6 meses nas formas estáveis.
- Ir ao pronto-socorro **no mesmo dia** se: bolhinhas agrupadas ou feridas redondas que doem e se espalham rápido; febre com piora da pele; lesões perto dos olhos; criança muito abatida.
- Retornar antes se: pus, crostas amareladas, piora apesar do tratamento, prurido que impede o sono.
- Evitar beijos e contato próximo com pessoas com herpes labial.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP / MS	AAP	NICE	OXFORD / CAMBRIDGE	AEP
Gravidade	Guia SBP/ASBAI 2023 foca a DA grave e a terapia sistêmica	Encaminhar casos graves, complicados ou crônicos ao especialista (2025)	Avaliação holística; leve, moderada, grave	Segue o NICE	SCORAD: < 25, 25–50, > 50 (SEPEAP 2023)
Emolientes	Pilar do tratamento	Cremes espessos sem perfume; banho diário curto (2025)	250–500 g/semana	Segue o NICE	Pilar do tratamento
Corticoide tópico	Potência conforme gravidade e região	Uso supervisionado e manutenção nos recidivantes (2025); AAD 2026: baixa potência 2–12 meses, média > 2 anos	Por gravidade; face baixa potência; sem alta potência < 12 meses sem especialista	Segue o NICE (NHSGGC, Escócia, usa FTU por idade)	Baixa a média na face e dobras; FTU; até 2–4 semanas
Terapia proativa	Citada	Manutenção nos recidivantes	2 dias consecutivos/semana	Segue o NICE	Tacrolimo 2 vezes/semana (≥ 4 crises/ano)
Inibidores de calcineurina	Pimecrolimo ≥ 3 meses pela bula brasileira; tacrolimo 0,03% ≥ 2 anos	AAD 2026: ≥ 2 anos, até 6 semanas; manutenção 2 vezes/semana	Segunda linha, ≥ 2 anos	Segue o NICE	Pimecrolimo ≥ 3 meses; tacrolimo 0,03% 2–16 anos
Eczema herpético	Diferencial do impetigo (SBP 2022)	Emergência	Aciclovir sistêmico imediato e avaliação no mesmo dia	Segue o NICE	Mais frequente nos primeiros 3 anos
Sistêmicos	Imunobiológicos na DA grave (SBP/ASBAI 2023)	AAD 2026: dupilumabe ≥ 6 meses	Especialista	Segue o NICE	Especialista

Leitura: há ampla convergência sobre emolientes em grande quantidade, corticoide tópico ajustado à gravidade e à região, manutenção proativa nos pacientes com crises frequentes e o eczema herpético como emergência. As divergências são sobretudo regulatórias: a idade mínima do pimecrolimo (3 meses na bula brasileira e na Espanha; 2 anos no NICE e na AAD) e o acesso a terapias tópicas e sistêmicas novas. A AAD 2026 e a AAP 2025 enfatizam o combate à corticofobia e às dietas de exclusão desnecessárias; o NICE é o mais explícito na quantidade de emolientes e nos critérios de encaminhamento.

PONTOS PRÁTICOS

1. Prescrever emoliente em quantidade (250–500 g/semana) e explicar que ele é diário, com ou sem crise.
2. Escolher a potência do corticoide pela gravidade, idade e região; ensinar a unidade de ponta de dedo.
3. Nas crises frequentes, manter terapia proativa 2 dias por semana nas áreas que recidivam.
4. Infecção secundária se trata junto com o corticoide tópico, nunca com antibiótico isolado.
5. Vesículas agrupadas, erosões em "saca-bocado" e piora dolorosa: hospital no mesmo dia para aciclovir EV.
6. Não pedir painel de IgE nem iniciar dietas de exclusão sem história compatível com alergia alimentar.

8. Fontes

- Sociedade Brasileira de Pediatria. SBP e ASBAI divulgam atualização do guia prático de tratamento para dermatite atópica grave, 2023. sbp.com.br
- Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamentos de Dermatologia e Infectologia. Infecções bacterianas superficiais cutâneas, 2022. [PDF](#)
- NICE. CG57 — Atopic eczema in under 12s: diagnosis and management, 2007, atualizado em 2025 (NCBI Bookshelf). ncbi.nlm.nih.gov
- American Academy of Pediatrics. Treating eczema (atopic dermatitis): AAP updates recommendations, 2025 (HealthyChildren). healthychildren.org
- American Academy of Dermatology. Diretriz de dermatite atópica em menores de 18 anos, 2026 (resumo Portal Afya). portal.afya.com.br
- NHS Greater Glasgow and Clyde. Management of atopic eczema in children, revisado em 2026. clinicalguidelines.scot.nhs.uk

- SEPEAP (Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria). Guía de dermatitis atópica, 2023. [PDF](#)
- Elidel (pimecrolimo 1%). Bula para o profissional de saúde (Brasil). [PDF](#)

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro Universitário Max Planck

Rua das Orquídeas, 667 — Sala 203 — Medical Tower Office Premium — Indaiatuba/SP
(19) 99114-9114 · pediatra.stefani@gmail.com · www.neonatologia.com.br

Conteúdo de caráter educativo, sem substituir a avaliação médica individual. Critérios, doses e condutas são referência e devem ser confirmados em protocolo/bula atualizados, individualizados e conduzidos sob especialista.