

Dermatite da área das fraldas

Prevenção com barreira, tratamento da candidíase e das infecções bacterianas, uso seguro de corticoide e diagnósticos diferenciais que não podem passar

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 da área das fraldas é, na maioria das vezes, **irritativa**: eritema nas áreas convexas (nádegas, grandes lábios, escroto, púbis), **poupando as dobras**, causado por umidade, urina, fezes e atrito. A base do tratamento e da prevenção é a mesma: **trocas frequentes, limpeza suave com água, secar sem esfregar e camada generosa de creme de barreira com óxido de zinco e/ou petrolato** a cada troca (SBP, AAP). A **candidíase** acomete as dobras, com eritema vivo, bordas nítidas e lesões satélites; trata-se com **nistatina, miconazol ou clotrimazol tópicos**. Corticoide tópico só de **baixa potência (hidrocortisona 1%) por poucos dias**; corticoides potentes e cremes combinados de corticoide, antifúngico e antibiótico devem ser evitados no lactente. Pápulas, bolhas ou crostas melicéricas sugerem **impetigo**; eritema perianal vivo e doloroso sugere **dermatite estreptocócica**, tratada com antibiótico oral. Quase todos os casos são tratados em casa (🟢🟡). Febre com toxemia, bolhas extensas com descolamento da pele, celulite ou lesões purpúricas com hepatoesplenomegalia exigem pronto-socorro ou avaliação urgente (🔴). Dermatite que não responde em 1–2 semanas pede revisão do diagnóstico.

1. O que é e como se apresenta

- **Definição:** dermatite inflamatória da região coberta pela fralda. É a dermatose mais comum do lactente, com pico entre 6 e 12 meses, e piora com diarreia, uso de antibióticos, início de alimentos sólidos e trocas espaçadas.
- **Mecanismo da forma irritativa:** a oclusão e a umidade maceram a pele; a urease fecal eleva o pH, ativando proteases e lipases das fezes, que agridem a barreira cutânea.
- **Dermatite irritativa:** eritema brilhante, às vezes descamativo, nas superfícies de contato; **dobras poupadas** (aspecto em "W"). Formas graves: erosões e ulcerações (Jacquet); pápulas e nódulos erosivos (dermatite pseudoverrucosa, granuloma glúteo infantil).
- **Candidíase:** eritema vermelho-vivo que **atinge as dobras inguinais**, bordas bem definidas, **pápulas e pústulas satélites**; frequentemente com monilíase oral ou após antibiótico. Qualquer dermatite irritativa que dure mais de 3 dias tende a ser colonizada por *Candida*.
- **Impetigo:** vesículas e bolhas flácidas que deixam erosões com colarete ou crostas cor de mel (*Staphylococcus aureus*, estreptococo do grupo A).
- **Dermatite estreptocócica perianal:** eritema perianal vivo, bem delimitado, dor à evacuação, fissuras, fezes com sangue; pode haver vulvovaginite ou balanite. Mais comum entre 6 meses e 10 anos; recorre em até um terço dos casos.
- **Dermatite seborreica:** placas rosa-salmão, gordurosas, nas dobras, com crosta láctea no couro cabeludo e lesões retroauriculares; lactentes pequenos.

- **Psoríase:** placas vermelho-vivo, bem delimitadas, simétricas, brilhantes, que não respondem ao tratamento habitual; história familiar.

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Eritema restrito às áreas de contato, sem erosões, sem pústulas; lactente em bom estado, sem febre	Medidas de higiene, trocas frequentes e creme de barreira; retorno se não melhorar em 3 dias
● Moderada	Erosões, dor importante; candidíase (lesões satélites, dobras); impetigo localizado; dermatite estreptocócica perianal; falha após 3–7 dias de barreira; recém-nascido com lesões pustulosas localizadas, sem febre e em bom estado	Antifúngico tópico, hidrocortisona 1% por poucos dias ou antibiótico conforme a causa; reavaliação em 48–72 h
● Grave	Febre, irritabilidade ou toxemia; bolhas extensas ou descolamento da pele com sinal de Nikolsky (síndrome da pele escaldada estafilocócica); celulite, área endurecida e dolorosa que se expande, crepitação ou necrose; vesículas agrupadas e erosões em saca-bocado com febre (infecção herpética disseminada); recém-nascido < 28 dias com pústulas e febre ou mau estado; desidratação por diarreia associada; lesões purpúricas com hepatoesplenomegalia, linfonodomegalia ou citopenias	Pronto-socorro/hospital

Fatores de risco que elevam a gravidade ou a chance de outro diagnóstico

- Idade < 3 meses (em especial recém-nascido).
- Diarreia, uso recente de antibiótico, imunodeficiência, desnutrição.
- Uso prévio de corticoide potente ou de cremes combinados (atrofia, estrias, granuloma glúteo, absorção sistêmica).
- Falta de resposta ao tratamento adequado por 1–2 semanas.
- Lesões fora da área das fraldas (face, couro cabeludo, extremidades, região periorifical).
- Déficit de crescimento, diarreia crônica ou alopecia.
- Contexto social de risco ou relato incompatível com as lesões.

3. Diagnóstico no consultório

O diagnóstico é **clínico**. Observar se as **dobras** estão poupadas (irritativa) ou acometidas (candidíase, seborreica, psoríase, histiocitose), procurar **lesões satélites**, examinar boca (monilíase), couro cabeludo, face, unhas e demais áreas de pele.

Exames: raramente necessários (DermNet; SBP).

- Swab para cultura ou **teste rápido para estreptococo** na suspeita de dermatite perianal estreptocócica.
- Cultura de secreção de bolhas ou pústulas em recém-nascido, lesões extensas ou falha terapêutica.
- Exame micológico direto se dúvida sobre *Candida*.
- **Zinco sérico e fosfatase alcalina** na suspeita de deficiência de zinco; **biópsia** (dermatologia) na suspeita de histiocitose, psoríase atípica ou lesões persistentes.

Diagnóstico diferencial que não pode passar

- **Histiocitose de células de Langerhans:** pápulas acastanhadas ou purpúricas, petéquias e erosões nas dobras inguinais e no couro cabeludo (lembra dermatite seborreica), **refratárias** ao tratamento tópico; pode haver hepatoesplenomegalia, linfonodomegalia, otorreia, lesões ósseas e citopenias. Encaminhar para biópsia; se houver sinais sistêmicos, avaliação urgente.
- **Acrodermatite enteropática / deficiência de zinco:** dermatite erosiva, bem delimitada, **perioral, perianal e acral**, com diarreia, alopecia, irritabilidade e infecções; congênita ou adquirida (premature, desmame, leite materno com pouco zinco, má absorção). Dosar zinco e tratar com reposição orientada por especialista.
- **Abuso sexual:** lesões anogenitais traumáticas, equimoses, lacerações, verrugas anogenitais ou infecção sexualmente transmissível, relato incoerente. Examinar com cuidado, registrar e acionar o Conselho Tutelar e a rede de proteção; notificação obrigatória (compulsória).
- **Doença de Kawasaki:** eritema e **descamação perineal precoce** (fase aguda) em criança com **febre $\geq$ 5 dias**, conjuntivite não purulenta, alterações de lábios e mucosa oral, exantema, edema de mãos e pés, linfonodo cervical. É diagnóstico que leva ao hospital (veja também, nesta Biblioteca: Doença de Kawasaki; Doenças exantemáticas).
- **Sífilis congênita:** placas erosivas perianais, condiloma plano, lesões palmoplantares, rinite. Pedir VDRL da criança e da mãe; notificação obrigatória (compulsória).
- **Infecção herpética, escabiose** (nódulos, lesões em mãos e axilas, contactantes com prurido), **dermatite de contato alérgica** (lenços, perfumes, elásticos), **oxiuríase** (prurido perianal noturno), **dermatite atópica** (raramente na área da fralda; veja também, nesta Biblioteca: Dermatite atópica no consultório), **epidermólise bolhosa**.

4. Tratamento em casa

Medidas para todos (SBP 2022; AAP 2024)

- Trocar a fralda **assim que molhar ou sujar** (recém-nascido a cada 1–2 horas de dia; lactente a cada 3–4 horas, segundo a SBP); fraldas descartáveis superabsorventes, de tamanho adequado.
- Limpar com água morna e algodão ou pano macio; lenços **sem álcool e sem perfume**; secar sem esfregar. Deixar a área **sem fralda** alguns minutos por troca.
- **Creme de barreira** com óxido de zinco e/ou petrolato a cada troca, em camada espessa ("como cobertura de bolo", AAP). Não é preciso remover todo o creme a cada troca — só o que estiver sujo de fezes (SBP).
- **Não usar:** talco, amido, bicarbonato, ácido bórico, receitas caseiras, sabonetes alcalinos, esfregar a pele. A AAP desaconselha pomadas com antibiótico vendidas sem prescrição. A SBP adverte que **corticoide e nistatina não devem ser usados como prevenção**.

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO
Creme de barreira (óxido de zinco e/ou petrolato)	Camada espessa	A cada troca	Contínuo, prevenção e tratamento	Base de todo tratamento; aplicar por cima do antifúngico ou do corticoide
Nistatina creme ou pomada (100.000 UI/g)	Fina camada	Conforme bula (em geral 2–4x/dia)	Até 7–10 dias após a resolução (CKS/patient.info para antifúngicos)	Candidíase (SBP). Se houver monilíase oral, associar nistatina suspensão oral
Miconazol 2% ou clotrimazol 1% creme	Fina camada	2–3x/dia	Até 7–10 dias após a resolução	Alternativas à nistatina (SBP cita miconazol)
Hidrocortisona 1% creme	Fina camada, antes da barreira	1–2x/dia	Máximo 7 dias	Só se inflamação intensa ou dermatite seborreica; não usar como prevenção nem de forma contínua
Mupirocina 2% pomada	Fina camada	2–3x/dia	5 dias (IDSA)	Impetigo localizado, poucas lesões
Cefalexina VO	25–50 mg/kg/dia	6/6 h ou 8/8 h	7 dias (IDSA)	Impetigo extenso ou bolhoso múltiplo
Amoxicilina VO	50 mg/kg/dia (máx. 1 g/dia)	12/12 h ou 1x/dia	10 dias	Dermatite estreptocócica perianal (1ª escolha); penicilina V é alternativa; associar mupirocina tópica é opcional (AAFP)

Particularidades

- **Evitar corticoides potentes** (betametasona, clobetasol, mometasona e similares) e **cremes combinados** de corticoide, antifúngico e antibiótico (neomicina, gentamicina) no lactente: a fralda funciona como curativo oclusivo e aumenta a absorção, com risco de **atrofia, estrias, granuloma glúteo infantil, supressão adrenal e Cushing exógeno** (SBP; DermNet). A neomicina também sensibiliza.
- **Candidíase:** usar o antifúngico sozinho no início e, por cima, o creme de barreira quando a pele melhorar.
- **Dermatite seborreica:** emolientes, barreira, antifúngico tópico; hidrocortisona 1% por poucos dias se necessário.
- **Psoríase:** hidrocortisona 1% por curto período e encaminhar à dermatologia se persistir.
- **Dermatite estreptocócica perianal:** confirmar com teste rápido ou cultura quando disponível; tratamento tópico isolado costuma falhar; recidivas são frequentes, por isso reavaliar ao final do curso. A DermNet cita curso de até 14 dias com penicilina oral.
- **Diarreia associada:** tratar a causa e reforçar barreira; hidratação (veja também, nesta Biblioteca: Diarreia aguda e desidratação).

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

- Febre com irritabilidade, prostração ou toxemia.
- Bolhas extensas, pele que descola ao toque, eritema doloroso difuso (síndrome da pele escaldada estafilocócica).
- Celulite que se expande, área endurecida, violácea, crepitante ou necrótica (fascíte, gangrena de Fournier).
- Recém-nascido (< 28 dias) com pústulas ou bolhas e febre, recusa alimentar ou mau estado geral.
- Vesículas agrupadas com febre ou mau estado (herpes simples disseminado).
- Desidratação por diarreia.
- Febre persistente com sinais de Kawasaki.
- Lesões purpúricas com hepatoesplenomegalia, linfonodomegalia, palidez ou sangramento (histiocitose, leucemia) — avaliação hospitalar ou hematológica urgente.
- Suspeita de abuso sexual com lesão aguda ou risco imediato: serviço de referência para violência sexual (profilaxias) e rede de proteção.

Encaminhamento ambulatorial: dermatologia se refratária a 2 semanas de tratamento adequado, suspeita de psoríase, histiocitose sem sinais sistêmicos, deficiência de zinco ou granuloma glúteo.

Como encaminhar

1. Antitérmico se febre; manter a pele descoberta ou com gaze vaselinada, sem cremes novos.
2. Na suspeita de síndrome da pele escaldada ou sepse: contato com o serviço, acesso venoso se possível e transporte rápido; antibiótico parenteral não deve atrasar.
3. Oferecer líquidos se aceitar via oral (exceto se vômitos ou rebaixamento).
4. Relatório com evolução das lesões, fotos (com consentimento), produtos já usados e doses.

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

- "A assadura melhora com trocas frequentes, limpeza só com água e bastante pomada de barreira em toda troca. Não esfregue para tirar toda a pomada."
- "Não use talco, amido ou receitas caseiras, nem pomada com corticoide ou antibiótico sem orientação."
- "Se a assadura entrar nas dobrinhas, ficar vermelho-vivo com bolinhas em volta, volte: pode ser fungo."
- "O creme antifúngico deve continuar alguns dias depois que a pele ficar boa."
- "A pomada de corticoide receitada é só por poucos dias (no máximo 7)."
- Retornar se não houver melhora em 3 dias, se surgirem bolhas, pus, feridas abertas, dor ao evacuar ou fezes com sangue, ou se a assadura voltar sempre.
- **Ir ao pronto-socorro** se: febre com bebê muito irritado ou molinho; bolhas grandes ou pele descolando; vermelhidão que se espalha rápido e dói muito; bebê com menos de 1 mês com bolinhas de pus e febre; manchas roxas pelo corpo.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP / MS	AAP	NICE	OXFORD / CAMBRIDGE	AEP
Prevenção	Trocas frequentes (1–2 h RN; 3–4 h lactente), barreira com óxido de zinco/petrolato, lenços sem álcool	Trocas frequentes, barreira espessa, produtos sem perfume	Barreira, deixar sem fralda, evitar talco (CKS, via patient.info)	Segue o NICE	Arejar 5–10 min por troca; fraldas superabsorventes; óxido de zinco
Candidíase	Nistatina ou miconazol tópico; nistatina oral se monilíase	Antifúngico tópico prescrito pelo pediatra	Imidazol tópico até 7–10 dias após resolução	Segue o NICE	Imidazol ou ciclopírox, com corticoide de baixa potência 4–5 dias
Corticoide	Não usar como prevenção; só curto prazo, risco de atrofia e Cushing	Não detalhado no material para famílias	Hidrocortisona 1% por no máximo 7 dias	Segue o NICE	Baixa potência na moderada; média potência na grave
Antibiótico	Impetigo no diferencial	Evitar pomada antibiótica sem prescrição	Antibiótico se infecção bacteriana secundária	Segue o NICE	Estreptocócica perianal: antibiótico oral e tópico
Diferencial grave	Histiocitose, acrodermatite enteropática, sífilis, abuso	Procurar pediatra se bolhas, pus, febre	Encaminhar se não responde ou suspeita de outra dermatose	Segue o NICE	Histiocitose e acrodermatite enteropática

Leitura: há convergência total quanto à prevenção e ao tratamento da forma irritativa com trocas frequentes e barreira com óxido de zinco ou petrolato, ao antifúngico tópico na candidíase e à necessidade de rever o diagnóstico quando não há resposta. A principal divergência é no corticoide: a AEP admite corticoide de média potência nas formas graves e combinações com antifúngico, enquanto a SBP e as fontes britânicas restringem-se à baixa potência (hidrocortisona 1%) por no máximo 7 dias, posição adotada neste documento. A duração do antifúngico após a resolução (7–10 dias) vem de fontes britânicas; a SBP não a especifica.

PONTOS PRÁTICOS

1. Dobras poupadas = irritativa; dobras acometidas com lesões satélites = candidíase.
2. Creme de barreira espesso em toda troca é tratamento e prevenção; nistatina e corticoide não servem para prevenir.
3. No lactente, só hidrocortisona 1% por até 7 dias; nunca corticoide potente nem creme combinado com antibiótico.
4. Eritema perianal vivo e doloroso é estreptococo até prova em contrário: teste rápido e amoxicilina oral por 10 dias.
5. Dermatite refratária, purpúrica ou com lesões periorificiais e acrais: pense em histiocitose e deficiência de zinco e encaminhe.
6. Lesões anogenitais incompatíveis com a história exigem avaliação de abuso e acionamento da rede de proteção.

8. Fontes

- Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento Científico de Dermatologia. Guia Prático de Atualização — Dermatite de fraldas: diagnósticos diferenciais, 2022. [PDF](#)
- Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento Científico de Dermatologia. Dermatite da área das fraldas — diagnóstico diferencial, 2016. [PDF](#)
- American Academy of Pediatrics. Diaper rash (HealthyChildren.org), 2024. [healthychildren.org](https://www.healthychildren.org)
- Patient.info. Nappy rash (baseado nas recomendações do NHS/NICE CKS). patient.info
- DermNet. Napkin dermatitis. [dermnetnz.org](https://www.dermnetnz.org)
- DermNet. Perianal streptococcal dermatitis. [dermnetnz.org](https://www.dermnetnz.org)
- American Academy of Family Physicians. Perianal streptococcal dermatitis, 2000. [aafp.org](https://www.aafp.org)
- Pediatrics & Neonatology. Perianal streptococcal dermatitis, 2019. [pediatr-neonatal.com](https://www.pediatr-neonatal.com)
- IDSA. Practice guidelines for the diagnosis and management of skin and soft tissue infections, 2014. [academic.oup.com](https://www.academic.oup.com)
- AEP/SEPEAP, Pediatría Integral. Dermatitis del pañal y trastornos relacionados (Pozo Román), 2016. [pediatriaintegral.es](https://www.pediatriaintegral.es)

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.