

# Dermatite Seborréica: uma revisão de literatura sobre os aspectos gerais

## *Seborrheic Dermatitis: A literature review on general aspects*

### Resumo

#### **Introdução**

Dermatite seborreica (DS) é uma doença de pele comum recorrente e crônica; afeta 1 a 3% da população imunocompetente, com distribuição bimodal. A etiopatogenia é multifatorial e o diagnóstico é clínico. Não possui nenhum tratamento curativo, apenas controle da doença de forma a evitar recidivas.

#### **Objetivos**

O presente artigo tem por objetivo uma revisão de literatura do conhecimento atual sobre a etiopatogenia e a terapia da dermatite seborreica.

#### **Materiais / Sujeitos e Métodos**

Para a elaboração deste artigo de revisão foram consultados artigos científicos e artigos de revisão publicados e referenciados na Medline/PubMED, SciELO e Cochrane entre 1991 e novembro de 2019 e um manual de dermatologia, com data de edição de 2008.

#### **Resultados**

Evidências mostram forte correlação entre a integridade da barreira epidérmica e a severidade da doença, não existindo uma maneira única de abordar tal patologia. As opções de tratamento incluem corticosteróides, agentes antifúngicos e inibidores de calcineurina tópico.

#### **Conclusões**

No tratamento da DS, resultados terapêuticos satisfatórios são atingidos por agentes antifúngicos tópicos da classe azol. Embora a DS por si só não perturbe seriamente a qualidade de vida do paciente, a sua ocorrência, particularmente em forma grave e resistente à terapia, pode levar a angústia emocional.

#### **Abstract**

*Seborrheic dermatitis (DS) is a recurrent and chronic common skin disease; affects 1 to 3% of the immunocompetent population, with bimodal distribution. The pathogenesis is multifactorial and the diagnosis is clinical. It has no curative treatment, only disease control in order to prevent relapses. This article aims at a literature review of current knowledge on the etiopathogenesis and therapy of seborrheic dermatitis. Scientific articles and review articles published and referenced in Medline / PubMED, SciELO and Cochrane between 1991 and 2019 and a dermatology manual dated 2008 were consulted. Evidence shows a strong correlation between the integrity of the epidermal barrier and the severity of the disease, there is no single way to approach such a pathology. Treatment options include topical corticosteroids, antifungal agents and calcineurin inhibitors, and a non-steroidal topical device cream. Although DS alone does not seriously disturb the patient's quality of life, its occurrence, particularly in severe and resistant to therapy, can lead to emotional distress.*

### Autor/Coautor/Orientador



**Isabela Schincariol Pilotto  
Casagranti**

Pós-graduanda em Dermatologia  
Faculdades BWS  
Brasil



**Byron José Figueiredo Brandão**  
Professor - Dermatologia  
Faculdades BWS  
Brasil

### Palavras-chave

Dermatite Seborreica.  
Malassezia spp.  
Secreção sebácea.  
Cetoconazol tópico

### Keywords

Seborrheic dermatitis.  
Malassezia spp.  
Sebaceous secretion.  
Topical Ketoconazole

Trabalho submetido: 11/02/20. Publicação aprovada: 17/02/20. Financiamento: nenhum. Conflito de interesses: nenhum.

## INTRODUÇÃO

Dermatite seborreica (DS) é uma doença de pele comum recorrente e crônica inflamatória caracterizada clinicamente por manchas eritematosas mal definidas e escamação<sup>1</sup>. Tal patologia tem uma distribuição distinta em áreas ricas em glândulas sebáceas, como o couro cabeludo, sobrancelhas, glabella, sulco nasogeniano e nasofacial, região malar, pele peri auricular e áreas pré-esternais e interescapular<sup>2</sup>. Afeta 1 a 3% da população imunocompetente, com maior incidência no sexo masculino<sup>3</sup>. Apresenta uma distribuição etária bimodal, com um pico de incidência no recém-nascido, no qual é autolimitada, e outro no adulto, onde apresenta um curso crônico com frequentes períodos de recorrência<sup>4</sup>. É a principal dermatose no parkinsonismo<sup>5</sup> e em pacientes com infecção por HIV/AIDS é uma dermatose significativa, podendo atingindo 85% dos doentes<sup>6</sup> além de se apresentar como um fator de risco para o desenvolvimento de miíase, patologia comum em nosso meio<sup>7</sup>. A etiopatogenia é multifatorial, resulta da interação entre fisiopatologia, microflora cutânea e o sistema imunológico do indivíduo, com particular relação com a resposta imune inata da epiderme<sup>8</sup>. Acredita-se que o gênero fúngico da pele, *Malassezia*, seja responsável pelo desenvolvimento da DS. Por esse microrganismo requerer lipídios para o crescimento, coloniza principalmente áreas ricas em sebo, como a face e o tronco. O sebo é hidrolisado em glicerina e ácidos graxos pela lipase secretada na *Malassezia*<sup>9</sup>. Segundo estudos com base em métodos moleculares, diferentes populações frequentemente mostram *M. restricta* como a mais abundante espécie de *Malassezia* sobre a pele humana saudável e doente, seguido pela *M. Globosa*<sup>10</sup>. Além disso, outros estudos mostram predominância de *Acinetobacter*, *Staphylococcus* e *Streptococcus* nos locais com lesões de DS. Os autores sugerem que, além da *Malassezia*, essas bactérias comensais podem contribuir para o desenvolvimento da DS<sup>11</sup>. Alguns autores propõem que a composição lipídica da superfície cutânea dos doentes com DS difere da composição dos controles sem a doença, particularmente, no que se refere às concentrações de ácidos graxos e triglicerídeos, sendo a primeira superior e a segunda inferior em indivíduos com DS comparativamente à população

não afetada<sup>12</sup>. Relativamente à imunidade humoral, evidenciou que os níveis séricos de IgG e de IgA se encontravam elevados contudo, apesar da hipergamaglobulinemia, não se verificou elevação dos títulos de anticorpos específicos contra antígenos da *Malassezia*, sugerindo que o aumento da produção das imunoglobulinas ocorra como resposta às toxinas do fungo e à atividade da lipase<sup>13</sup>. O estresse emocional é também considerado um fator exacerbador da DS, a maioria dos doentes apresentam altos níveis de ansiedade. Acresce ainda o efeito psicológico da própria doença, mais pronunciado quando existe envolvimento facial, que por sua vez gera mais ansiedade<sup>14</sup>. A dermatite seborreica, portanto, é um diagnóstico clínico baseado na localização e aparecimento de lesões. Nos lactentes, pode apresentar-se como escamas grossas gordurosas brancas ou amarelas sobre o couro cabeludo; é geralmente benigna e resolve espontaneamente. Em adolescentes e adultos, tipicamente se apresenta como escama gordurosa e placas eritematosas no couro cabeludo, pregas nasolabiais, orelhas, sobrelhas tórax anterior ou superior. Quando o diagnóstico é incerto, a biópsia pode demonstrar uma paraqueratose na epiderme, óstios foliculares e espongiose confirmando a presença de DS. No entanto, o diagnóstico pode ser um desafio em pacientes com pele mais escura, mas os mesmos princípios se aplicam<sup>15</sup>. Em relação ao tratamento da DS, na infância utiliza-se principalmente emolientes, já em adolescentes é idêntico ao dos adultos<sup>16, 17</sup>. Por ser uma dermatose crônica com tendência a recidivar, até ao momento não possui nenhum tratamento curativo, apenas controle da doença de forma a evitar futuras recidivas<sup>18</sup>.

## MATERIAIS, SUJEITOS E MÉTODOS

Para a elaboração deste artigo de revisão foram consultados artigos científicos e artigos de revisão publicados e referenciados na Medline/PubMED, SciELO e Cochrane entre 1991 e novembro de 2019. A pesquisa dos artigos foi realizada

genericamente com a filtagem Seborrheic Dermatitis. Foi ainda consultado um manual de dermatologia, com data de edição de 2008.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com estudos recentes, evidências mostram forte correlação entre a integridade da barreira epidérmica e a severidade da dermatite seborreica. Na dermatite seborreica, foram observadas alterações da hidrólise corneodesmossomal e organização lipídica prejudicada que causaram a interrupção do processo de descamação, levando à função de barreira aberrante, além de estrutura lamelar lipídica interrompida e leveduras de *Malassezia* intercelulares. Os achados da microscopia eletrônica detectaram anormalidades estruturais da barreira epidérmica na caspa do couro cabeludo, incluindo alterações da forma dos corneócitos e corneodemossomas. Além disso, os pacientes com caspa são mais reativos às aplicações no couro cabeludo de histamina ou ácido oleico com maior percepção de coceira ou descamação. Esses achados indicam que a função da barreira epidérmica interrompida desempenha um papel no agravamento da DS<sup>19, 20</sup>.

As opções de tratamento disponíveis incluem corticosteróides tópicos, agentes antifúngicos tópicos, inibidores tópicos de calcineurina e, mais recentemente, um creme não esteróide para dispositivos tópicos. O creme para dispositivos tópicos não esteróides é um creme à base de água e livre de fragrâncias, aprovado pela Food and Drug Administration dos EUA como dispositivo médico para gerenciar e aliviar os sintomas da DS; como, prurido, eritema, descamação e dor. Sugere-se que o creme para uso tópico não esteróide seja aplicado nas áreas afetadas duas a três vezes ao dia. A formulação não poderá reivindicar nenhum ingrediente ativo individual, no entanto, os ingredientes que podem contribuir para a melhora dos sintomas incluem o biocida piroctona olamina, múltiplos antioxidantes (por exemplo, telmesteina, acetato de tocoferol, ascorbil tetraiso-palmitato), vários agentes condicionantes da pele (por exemplo, palmitato de etil-hexil, bisabolol, manteiga de karité, *Vitis vinifera*) e

alglicera, composta por alantoína e ácido glicirretínico, este último demonstrou qualidade anti-inflamatória<sup>19, 20</sup>.

Todos esses quatro agentes podem ser usados intermitentemente para controlar os episódios agudos mais leves com velocidade favorável. No entanto, em casos com envolvimento moderado a grave, um ciclo curto de corticosteróides tópicos, uma ou duas vezes ao dia por 1 a 2 semanas (dependendo da potência), em combinação com um agente não esteróide, é uma escolha terapêutica racional. Uma vez que os sintomas são controlados para um estado mais suave ou para a eliminação da lesão, geralmente nos primeiros a vários dias, os corticosteróides tópicos podem ser interrompidos de uma só vez ou diminuídos ao longo de 1 a 2 semanas. O agente não esteróide deve ser continuado por pelo menos mais algumas semanas para evitar recidivas. Não existe uma maneira única de abordar a DS, os médicos devem modular individualmente abordagens para gerenciar os casos com base na gravidade da doença, na resposta ao tratamento e na tendência à recidiva<sup>19, 20</sup>. Embora a DS por si só não perturbe seriamente a qualidade de vida do paciente, deve-se ter em mente que sua ocorrência, particularmente em forma grave e resistente à terapia, pode levar a angústia emocional<sup>21</sup>.

## CONCLUSÕES / CONSIDERAÇÕES FINAIS

A DS é uma doença inflamatória crônica e recorrente, tendo a etiologia ainda não completamente elucidada. Muitos fatores etiopatogênicos já foram identificados e a levedura *Malassezia* tem certamente um papel fundamental. Sendo assim, na maioria dos casos, resultados terapêuticos satisfatórios são atingidos por agentes antifúngicos tópicos da classe dos azólicos que são bem tolerados e, portanto, hoje são considerados como o tratamento de primeira escolha para DS. Glicocorticoides locais também são eficazes, mas o uso a longo prazo deve ser evitado devido aos seus efeitos colaterais bem conhecidos. Além disso, tratamento a longo prazo, com sintomas podem levar a um efeito deletério na autoestima do indivíduo.

## REFERÊNCIAS

1. Bukvić M, et al. Acta Dermatovenerol Croat Seborrheic dermatitis. 2012;20(2):98-104.
2. Kaya İZG. Second-to-fourth digit ratio and seborrheic dermatitis in males: a cross-sectional study. An. Bras. Dermatol. [Internet]. 2019 May [cited 2019 Dec 02]; 94(3):327-330. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S036505962019000300327&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S036505962019000300327&lng=en) Epub July 29, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/abd1806-4841.20198578>.
3. Dessinioti C, Katsambas A. Seborrheic dermatitis: Etiology, risk factors, and treatments: Facts and controversies. Clinics in Dermatology. [Internet]. 2013;31:343-351. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2013.01.001>
4. Gonçalves JLP. Dermatite seborreica: revisão da panorâmica atual. MS thesis. [Internet]. 2015. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10316/30527>
5. Antunes I, Purim KSM, Grande LL, Alberton NC, Navarro TFR, Winckler TCD. Dermatoses in parkinsonism: the importance of multidisciplinary follow-up. Rev. Assoc. Med. Bras. [Internet]. 2019 June [cited 2019 Dec 02]; 65(6):791-795. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010442302019000600791&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010442302019000600791&lng=en). Epub July 22, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9282.65.6.791>.
6. Navarrete-Dechent C, Ortega R, Fich F, Concha M. Manifestaciones dermatológicas asociadas a la infección por VIH/SIDA. Rev. chil. infectol. [Internet]. 2015 Feb [citado 2019 Dic 02]; 32(Suppl 1):57-71. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S071610182015000100005&lng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071610182015000100005&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182015000100005>.
7. Calderón HP, Rojas EC, Werner AB, Castillo OD. Miasis cutánea por Cochliomyia hominivorax asociada a dermatitis seborreica: Case report. Rev. méd. Chile [Internet]. 2017 Feb [citado 2019 Dic 02]; 145(2):250-254. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003498872017000200013&lng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003498872017000200013&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872017000200013>.
8. Turlier V, Viode C, Durbise E. Clinical and Biochemical Assessment of Maintenance Treatment in Chronic Recurrent Seborrheic Dermatitis: Randomized Controlled Study. Dermatol Ther (Heidelb). [Internet]. (2014);4:43. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s13555-014-0047-0>
9. Tanaka A, Cho O, Saito C, Saito M, Tsuboi R, Sugita T. Comprehensive pyrosequencing analysis of the bacterial microbiota of the skin of patients with seborrheic dermatitis. Microbiol Immunol. [Internet]. (2016);60:521-526. Disponível em: doi:10.1111/1348-0421.12398

10. Soares RC, Zani MB, Arruda ACBB, Arruda LHFD, Paulino LC. Malassezia Intra-Specific Diversity and Potentially New Species in the Skin Microbiota from Brazilian Healthy Subjects and Seborrheic Dermatitis Patients. *Plos one*. [Internet]. (2015);10(2): e0117921. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0117921>
11. Wanke I, Skabytska Y, Kraft B, Peschel A, Biedermann T, Schitteck B. Staphylococcus aureus skin colonization is promoted by barrier disruption and leads to local inflammation. *Exp Dermatol*. [Internet]. (2013);22:153-155. Disponível em: doi 10.1111/exd.12083
12. Ostlere LS, Taylor CR, Harris DW, Rustin MHA, Wright S, Johnson M. Skin surface lipids in hiv-positive patients with and without seborrheic dermatitis. *International Journal of Dermatology*. [Internet]. (1996);35:276-279. Disponível em: doi 10.1111/j.1365-4362.1996.tb03001.x
13. Bergbrant IM, Johansson S, Robbins D, Scheynius A, Faergemann J, Söderström T. An immunological study in patients with seborrhoeic dermatitis. *Clinical and Experimental Dermatology*. [Internet]. (1991);16:331-338. Disponível em: doi:10.1111/j.1365-2230.1991.tb00395.x
14. Misery L, Touboul S, Vinçot C, Dutray S, Rolland-Jacob G, Consoli SG. Stress and seborrheic dermatitis. *Ann Dermatol Venereol*. [Internet] 2007;134:833-7. Disponível em: doi:10.1016/s0151-9638(07)92826-4
15. Gary W, Clark SM, Pope KAJ. Diagnosis and treatment of seborrheic dermatitis. *Am Fam Physician*. [Internet]. 2015 Feb 1; 91(3):185–190. Disponível em: <https://familydoctor.org/familydoctor/en/diseases-conditions/seborrheic-dermatitis.html>
16. Morrell D, Burkhart C, Poindexter G. Therapies for Pediatric Seborrheic Dermatitis. *Pediatr Ann*. [Internet]. 2009;38. Disponível em <https://doi.org/10.3928/00904481-20090521-01>
17. Ooi ET, Tidman MJ. Improving the management of seborrhoeic dermatitis. *Practitioner*. 2014 Feb; 258(1768):23-6, 3. Review. PubMed PMID: 24689165.
18. Plewig G, Jansen T. Seborrheic dermatitis. In: Wolff K. *Fitzpatrick's dermatology in general medicine*. New York: McGraw-Hill; 2008. p.219-255.
19. Baumert C, Melo M, Vincent EC. Topical Medications for Seborrheic Dermatitis. *Am Fam Physician*. [Internet]. 2017 Mar 1;95(5):329. Disponível em: <https://familydoctor.org/familydoctor/en/diseases-conditions/seborrheic-dermatitis.html>.
20. Schandra P, et al. The Role of Moisturizers in Addressing Various Kinds of Dermatitis: A Review. *Clinical medicine & research*. [Internet]. 2017;15(3-4):75-87. Disponível em: doi: 10.3121/cmr.2017.1363

21. Pärna E, Aluoja A, Kingo K. Quality of Life and Emotional State in Chronic Skin Disease. *Acta Dermato-Venereologica*. [Internet]. (2015);95(3):312–316. Disponível em: doi: 10.2340/00015555-1920.