

A pele e o melasma: prevenção e tratamento na gravidez

Skin and melasma: prevention and treatment in pregnancy

Resumo

Introdução No tempo de gestação várias e intensas alterações de ordem imunológicas, endócrinas, metabólicas e vasculares podem promover na gestante importantes alterações na pele, dentre estas o Melasma, caracteriza-se pela pigmentação melânica irregular, preferencialmente da face, em mulheres na idade fértil.

Objetivos O principal objetivo desta pesquisa foi revisar os métodos de prevenção do melasma, bem como abordar as opções de tratamento no período gestacional.

Materiais / Sujeitos e Métodos Este artigo foi realizado tendo como base em uma revisão bibliográfica tendo como fontes BIREME e SCIELO e nacionais (Google acadêmico), dos últimos dez anos, com os descritores “melasma”, “gestação” e “prevenção e tratamento”.

Resultados Inúmeras drogas apresentam efeito teratogênico comprovado. Na dermatologia, os retinóides são drogas formalmente contraindicadas para gestantes. Estes parecem atuar durante toda a gravidez, aumentando o risco de hidrocefalia, microftalmia e uma série de outros defeitos congênitos.

Conclusões A falta de comportamento adequado de fotoproteção, favorece o aparecimento do melasma no período gestacional. A adoção de medidas simples pode contribuir para a saúde e bem estar evitando procedimentos e produtos que ofereçam riscos à mãe e ao feto.

Abstract *During gestation, several intense and immunological, endocrine, metabolic and vascular alterations can promote important skin alterations in pregnant women, among them Melasma, characterized by irregular melanic pigmentation, preferably of the face, in women of childbearing age. The main objective of this research was to review melasma prevention methods, as well as address treatment options during pregnancy. This article was based on a bibliographic review based on BIREME and SCIELO and national (Google academic) sources from the last ten years, with the descriptors “melasma”, “pregnancy” and “prevention and treatment”. Numerous drugs have a proven teratogenic effect. In dermatology, retinoids are drugs formally contraindicated for pregnant women. These seem to work throughout pregnancy, increasing the risk of hydrocephalus, microphthalmia and a host of other birth defects. The lack of adequate photoprotection behavior favors the onset of melasma during pregnancy. Simple measures can contribute to health and well-being by avoiding procedures and products that pose risks to both mother and fetus.*

Autor/Coautor/Orientador

Ingrid Cristina Ghellere
Pós-graduanda em Dermatologia pela
Associação Pele Saudável
Faculdades BWS
Brasil

Byron José Figueiredo Bandão
Professor - Dermatologia
Faculdades BWS
Brasil

Palavras-chave

Gestação, Melasma, Prevenção e tratamento

Keywords

Pregnancy, Melasma, Prevention and treatment.

INTRODUÇÃO

No tempo de gestação várias e intensas alterações de ordem imunológicas, endócrinas, metabólicas e vasculares podem promover na gestante graves alterações na pele, tanto fisiológicas quanto patológicas^{1,2}.

Nota-se alterações do metabolismo proteico, lipídico e glicídico; aumento do débito cardíaco, da volemia, hemodiluição e alterações na pressão arterial; aumento do fluxo glomerular; alterações na dinâmica respiratória; modificações do apetite, náuseas e vômitos, refluxo gastroesofágico, constipação; e alterações imunológicas variadas¹.

Frequentemente são observados durante a gestação as seguintes alterações fisiológicas da pele, ditas simplesmente como modificações e doenças pelos especialistas.

As alterações pigmentares, do tecido conjuntivo (estrias), vasculares e dos pelos e unhas fazem parte desse grupo^{2,3}.

As alterações pigmentares são observadas nas faces internas das coxas e axilas, mamilos, aréolas mamárias, genitália externa e na linha alba do abdome, que se transforma em linha nigra.

A maior preocupação das mulheres é quanto a pigmentação na face, pois podem ser significativas na estética e comprometer biologicamente e também psicoemocionalmente a gestante. Esta hiperpigmentação é denominada melasma ou cloasma^{1,2,3}.

Esta pigmentação poderá extinguir-se de forma espontânea até um ano após o parto, porém algo em torno de 30% destas permanecem com sequelas, onde buscam por tratamentos¹.

A prática de medidas relativamente simples pode contribuir para a saúde e bem-estar. Na gravidez, é imperativo os cuidados preventivos e evitar os procedimentos e produtos que possam oferecer riscos à mãe e ao feto.

Neste cenário há uma grande procura por novos tratamentos, bem como a realização de pesquisas clínicas e farmacêuticas^{3,4}.

O principal objetivo desta pesquisa foi revisar os métodos de prevenção do melasma, bem como abordar as opções de tratamento da gravidez.

MATERIAIS, SUJEITOS E MÉTODOS

Este artigo foi realizado tendo como base em uma revisão bibliográfica tendo como fontes BIREME e SciELO e nacionais (Google acadêmico), dos últimos dez anos, com os descritores “melasma”, “gestação” e “prevenção e tratamento”.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O maior órgão do corpo humano, a pele recobre a superfície externa do corpo, formada por duas camadas distintas, firmemente unidas entre si, a epiderme e a derme, constitui 16% do peso corporal.

A Epiderme, avascular e de origem ectodérmica é a parte superficial mais fina e é composta de tecido epitelial.

A Derme, vascularizada e de origem mesodérmica e a parte do tecido conjuntivo mais espesso e profundo. Numa outra camada subcutânea, abaixo da Derme e não fazendo parte da pele encontramos a Hipoderme.

Dentre suas funções essenciais além do revestimento da superfície externa do corpo, protege-o contra fatores externos e internos, a pele também controla a temperatura, tem função sensorial, estética, na absorção da radiação ultravioleta (UV), síntese de vitamina D, absorção e eliminação de substâncias químicas⁵.

A formação da pele se dá a partir de três camadas: distintas, a epiderme (superficial), a derme (intermediária) e a hipoderme (mais profunda)^{5,6}.

A epiderme é um epitélio multiestratificado, formado por várias camadas (estratos) de células achatadas (epitélio pavimentoso) justapostas.

A camada de células mais interna, denominada estrato basal ou germinativo, é constituída por células que se multiplicam continuamente; dessa maneira, as novas células geradas empurram as mais velhas para cima, em direção à superfície do corpo. À medida que envelhecem, as células epidérmicas tornam-se achatadas, e passam a fabricar e a acumular dentro de si uma proteína resistente e impermeável, a queratina.

As células mais superficiais, ao se tornarem repletas de queratina, morrem e passam a constituir um revestimento resistente ao atrito e altamente impermeável à água, denominado camada (ou estrato) queratinizada ou córnea.

Nas camadas inferiores da epiderme estão os melanócitos, células que produzem melanina, pigmento que determina a coloração da pele.

A epiderme é a camada mais externa formada por um epitélio multiestratificado, ou seja, por várias camadas justapostas de células achatadas⁷.

Este epitélio contém cinco tipos de células histologicamente distintas, as quais são organizadas em camadas que da superfície para a profundidade são: estrato córneo, estrato lúcido (camada clara transicional), estrato granular, estrato espinhoso, e a camada basal⁷.

A córnea é a última camada da epiderme, é o resultado final do processo de diferenciação celular, pelo qual passam os queratinócitos, e que começam na camada germinativa ou basal⁸.

A camada córnea é constituída de células mortas e achatadas que dispõem como placas empilhadas, estas são completamente preenchidas por uma proteína chamada ceratina (queratina). São chamadas de células ceratinizadas, e por sua descamação contínua, necessitam de substituição⁵.

Embora seja uma membrana muito fina, o estrato córneo comporta-se como uma eficiente barreira, protegendo nosso corpo da desidratação, retendo água, e conservando a superfície da pele saudável e macia⁹.

O estrato lúcido é constituído por várias camadas de células, achatadas e intimamente ligadas, das quais a maioria apresenta limites indistintos e perdem todas as suas inclusões citoplasmáticas, exceto as fibrilas de queratina assim que a célula desta camada torna-se parte da camada córnea¹⁰. O estrato lúcido é visível apenas na

pele espessa, e é uma camada de células finas, claras, homogêneas e pouco coradas, que se encontram imediatamente acima do estrato granuloso⁷.

A camada lúcida é encontrada na pele da planta do pé e na palma da mão. É formada por células que produzem uma substância gordurosa (a eleidina) que tem como objetivo hidratar e lubrificar as estruturas⁷.

Estrato granuloso Formado de duas a cinco camadas de células, morfológicamente achatadas, é a transição para camadas subjacentes⁵. O estrato granuloso toma parte ativa na ceratinização, processo no qual as células produzem ceratina e perdem seus núcleos, tornando-se mais compactas e mais frágeis.

A camada granular é identificada por densos grânulos de queratoialina. Nesta camada as células nucleadas e com poder de divisão se transformam em células achatadas, anucleadas e compostas quase que exclusivamente de uma proteína plasmática e resistente chamada queratina¹¹. Esta camada é constituída de grânulos de melanina e proteínas tingidas, que protegem contra os raios ultravioletas.

O estrato espinhoso consiste de várias fileiras de células espinhosas de forma poliédrica. Sua denominação advém de sua morfologia, apresentando-se com extremidades espinhosas⁵. É formada por células derivadas da camada basal que vão se deslocando para o exterior, conforme as novas células profundas vão nascendo. Na camada espinhosa encontram-se os desmossomas, estruturas responsáveis pela estabilidade da epiderme contra distorções mecânicas e os queratinócitos, células fundamentais para a coloração da pele⁶.

Camada germinativa (basal) é assim denominada porque gera novas células e apresenta intensa atividade mitótica. É responsável pela constante renovação da epiderme, fornecendo células para substituir aquelas que são perdidas na camada córnea¹⁰. É a partir da camada basal que se originam as demais camadas que formam a epiderme.

Nos queratinócitos basais, encontra-se o citoesqueleto, um complexo de túbulos, microfilamentos longos (actina), filamentos curtos (miosina) e filamentos intermediários. Estas estruturas são responsáveis pelos movimentos celulares, deslocamentos intracelulares de organelas e manutenção da estrutura celular⁸.

Além dos queratinócitos, encontram-se também na superfície basal os melanócitos que são os responsáveis pela produção de melanina.

A Derme é composta por tecidos conectivos fibrosos de elastina e colágeno, a Derme situa-se entre a Epiderme e a gordura subcutânea; é a camada após a epiderme.

Suprida por vasos sanguíneos, linfáticos e nervos, o colágeno é encontrado também nos tendões, ligamentos e no revestimento de¹².

Penetrando na Derme, a epiderme origina os folículos pilosos, glândulas sebáceas e glândulas sudoríparas. Ainda estão presentes na Derme músculo eretor de pelos, fibras elásticas (elasticidade), fibras colágenas (resistência), vasos sanguíneos e nervos.

A Derme se divide em uma região papilar superficial fina e uma região reticular mais profunda e espessa.

A Derme é onde se encontram os fibroblastos que são os responsáveis pela elasticidade da pele e por produzirem colágeno e elastina¹³.

Tem espessura variada nas diferentes partes do corpo na puberdade. Divide-se em duas regiões: a derme papilar, (que se encontra em contato direto com a epiderme), e logo abaixo, a Derme reticular⁸.

A Hipoderme ou tela subcutânea é constituída de uma camada de tecido conjuntivo frouxo, a hipoderme ou tela subcutânea, fica na região mais profunda da pele, unindo fragilmente a derme aos órgãos subjacentes¹⁴.

Dependendo do grau de nutrição do organismo a hipoderme poderá ter uma camada de Panículo adiposo, que é o responsável por modelar o corpo, reservar energia, proteger contra o frio, funcionando como isolante térmico¹⁴.

Esta camada também contém colágenos tipo I, III e V¹⁵ e auxilia também na absorção de choques, tecido de preenchimento na fixação dos órgãos¹⁰.

O tipo de pele varia de pessoa para pessoa. Há vários tipos diferentes de pele existentes. De acordo com¹⁴ e¹⁶ os tipos de pele podem se diferenciar e caracterizar da seguinte maneira:

a) Pele normal: a pele normalmente tem uma textura fina e uma superfície suave, é macia e bem flexível. De vários tipos de pele é a normal, a de maior equilíbrio e a que menos apresenta problemas e imperfeições como espinhas e manchas. Não é nem seca nem gordurosa demais. Como os poros são bem pequenos, este tipo de pele se torna um tipo vibrante que reflete saúde.

b) Pele oleosa: Este é um tipo de pele que produz uma maior quantidade de óleo, isto é, as glândulas sebáceas devido a vários fatores principalmente genéticos. Têm maior atividade do que nas pessoas com pele seca, normal ou mista, o que leva a uma maior quantidade de secreção de sebo.

c) Pele seca: É a que exige maiores cuidados, pois sua tendência é de um envelhecimento precoce e corre riscos de desenvolver problemas sérios. Tem menos elasticidade e apresentará rugas e linhas de expressão antes dos outros tipos de pele.

d) Pele mista: É a mais comum de todas. É uma mistura de pele seca com oleosa (principalmente na zona T, queixo, nariz e testa), e também normal (área em redor dos olhos, boca, bochechas).

e) Pele sensível: É das mais frágeis, irritadiça e facilmente inflamada, exigindo sempre cuidados especiais. É comum desenvolver áreas com vermelhidão, coceira, manchas, ardor e uma maior tendência de descamação.

Uma combinação de fatores está associada ao desenvolvimento e incremento das alterações dermatológicas apontadas, entre eles, predisposição genética, fatores hormonais e estilo de vida. Este último componente agrega: sedentarismo, inadequação da alimentação e hidratação, exposição solar e cuidados tópicos³.

O melasma caracteriza-se pela pigmentação melânica irregular, preferencialmente da face, em mulheres na idade fértil e de pele mais pigmentada, particularmente os tipos de pele IV e V, de acordo com a classificação de Fitzpatrick¹⁷.

Pode iniciar no primeiro ou segundo trimestre da gestação, porém, acomete, também, pacientes usuárias de anticoncepcionais hormonais e homens, não sendo exclusivo do ciclo gravídico-puerperal. A luz solar e a predisposição genética são os fatores etiológicos considerados mais importantes para desenvolvimento do melasma. Altos níveis de hormônio estimulante dos melanócitos (MSH -

melanocystestimulatinghormone), influenciados, entre outros fatores, por estrogênio e progesterona, especialmente no terceiro trimestre da gestação, são frequentemente encontrados em associação com melasma. Além das alterações hormonais, as características raciais, medicações, cosméticos e endocrinopatias parecem influenciar no seu surgimento^{2,18}.

A placenta é rica em moléculas bioativas, além do estrogênio e da progesterona, que podem induzir a pigmentação¹⁸. O melasma costuma desaparecer completamente até um ano após o parto, mas cerca de 30% das pacientes evoluem com alguma sequela da mancha. Recorrências são comuns em gestações subsequentes².

A melanina é sintetizada por estruturas denominadas melanócitos e permanecem armazenadas nos melanossomos. Uma enzima importante na biossíntese da melanina é a tirosinase (Tyr), embora outras duas mereçam destaque, a proteína relacionada à tirosinase 1 (Trp1) e a dopacromotautomerase (Dct)¹⁹.

As medidas terapêuticas recomendadas para o melasma inclui proteção solar, agentes despigmentantes tópicos, que atuam na inibição da atividade da tirosinase, remoção da melanina e destruição dos grânulos de melanina. Frequentemente inclui a administração de hidroquinona ou outras substâncias, tais como ácido azelaico, tretinoína, alfa e betahidroxiácidos e corticoides tópicos usados como monoterapia ou em associação^{17,20}.

A fotoproteção é divulgada como procedimento essencial na prevenção de doenças cutâneas e manutenção da saúde e da beleza. O comportamento de fotoproteção envolve a aplicação do protetor solar meia hora antes de se expor ao sol, seguido de reaplicações e reforço sempre que necessários. Atualmente, são empregados filtros solares dos grupos: salicilatos, antranilatos, cinamatos, benzofenonas e outros, os quais absorvem as radiações UVA e UVB, conferindo grande proteção à gestante^{2,18}.

Existem também os fotoprotetores físicos, denominados bloqueadores solares. Estes não são absorvidos pela pele, formando um filtro que age refletindo e dispersando a radiação ultravioleta (UV), impedindo assim sua absorção. Eles têm

amplo espectro de proteção contra a radiação UV e contêm ingredientes como dióxido de titânio e óxido de zinco. De forma geral, pelo grau de segurança e proteção, têm seu uso associado às peles sensíveis e à gestação^{18,21}.

Os protetores de barreira são representados pelas roupas e acessórios, como boné ou chapéu de abas largas, óculos de sol, guarda-sol e sombrinha. Os horários críticos de radiação solar, situados entre 10 e 16 horas, devem ser evitados pelo aumento dos riscos de queimaduras, manchas, fotoenvelhecimento e fotodano cumulativo^{2,18}.

À primeira vista pode parecer ser uma condição menor, sem risco vital, mas é considerado por muitos como um importante estigma cosmético, difícil de tratar e que pode causar grande sofrimento emocional^{18,21}.

No desenvolvimento de uma nova droga, geralmente não são realizados testes em mulheres grávidas. Como consequência, a segurança no uso da maioria dos medicamentos em gestantes não foi devidamente avaliada. Em geral, as recomendações sugerem que o uso pode ser realizado desde que o benefício para a gestante justifique os riscos fetais²¹.

Inúmeras drogas apresentam efeito teratogênico comprovado.

Em dermatologia, os retinóides são drogas formalmente contraindicadas para gestantes, estes parecem atuar durante toda a gravidez, aumentando risco de hidrocefalia, microftalmia e uma série de outros defeitos congênitos.

As Principais drogas utilizadas como despigmentantes, destacando-se as restrições de uso de acordo com os possíveis efeitos para o feto^{21,22}.

a) Hidroquinona- C- Quando administrada até 300 mg/kg não é tóxica para a formação do feto.

b) Arbutin: Não apresenta nenhuma toxicidade, não causa irritação e praticamente nenhuma reação de hipersensibilidade.

c) Ácido ascórbico: Uso limitado pela dificuldade de penetração cutânea e rápida oxidação

d) Ácido kógico : Pode causar alergias de contato e tem alta potencial de sensibilização, mas não foram relatados efeitos teratogênicos

e) Ácido azelaico: Exames toxicológicos referentes à fertilidade, embriotoxicidade e teratogenicidade em animais não indicaram qualquer risco de uso durante a gravidez.

f) Retinoides: Não indicados pelo efeito teratogênico (SNC, olhos, palato, ouvidos, coração) apesar de alguns estudos demonstrarem sua inocuidade quando de uso tópico.

g) Alfa-hidroxiácidos (AHA) B Os AHAs com pH menor ou igual a 3,5 e concentração menor ou igual a 10% são seguros para uso nas gestantes.

CONCLUSÕES / CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluiu-se que a ausência de fotoproteção (filtro solar, meios físicos de proteção e estratégias para evitar o sol) garantem o surgimento do melasma na gravidez.

Medidas simples podem contribuir para a saúde e bem-estar através de cuidados preventivos e a não realização de procedimentos e produtos que possam oferecer riscos à mãe e ao feto. Devido à falta de segurança dos produtos, há dificuldade dos profissionais a escolherem os produtos adequados, assim sendo o uso de dermocosméticos neste período aumenta muito. Cabe ao médico dermatologista, obstetra e outros profissionais da saúde envolvidos informar ao paciente sobre os riscos inerentes a cada uma delas e decidir se realmente é necessária de utilização de formas mais agressivas de tratamento.

REFERÊNCIAS

1. Kede MPV, Sabatovich O. *Dermatologia Estética*. São Paulo: Atheneu. 2009; 1015.
2. Purim KSM, Avelar MFS. Fotoproteção, melasma e qualidade de vida em gestantes. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2012;34:228-234.
3. Urasaki MBM. Cuidados com a pele adotados por gestantes assistidas em serviços públicos de saúde. *Acta Paul Enferm.* 2011;24(1):68.
4. Magalhães GM, Borges MFM, Queiroz ARC, Capp AA, Pedrosa SV, Diniz MS. Estudo duplo-cego e randomizado do peeling de ácido retinoico A 5% E 10% no tratamento do melasma: Avaliação clínica e impacto na qualidade de vida. *Surg Cosmet Dermatol.* 2011;3(1).
5. Borges FS. *Modalidades terapêuticas nas disfunções estéticas*. São Paulo: Phorte; 2010.
6. Gonchoroski DD; Correa GM. Tratamento de hiperpigmentação pós inflamatória com diferentes formulações clareadoras. *Rev. Inframa.* 2005;17(3).
7. Costa A, Alchorne MMA, Goldschmidt MC. Fatores etiopatogênicos da acne vulgar. *A. Bras. Dermatol.* [Internet]. Out de 2008 [citado 2020 fev 13]; 83(5):451-459. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962008000500010&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0365-0596200800050001>.
8. Ribeiro C. *Cosmetologia aplicada a dermoestética*. São Paulo: Pharma books; 2010.
9. Leonardi GR. *Cosmetologia Aplicada*. São Paulo: Santa Isabel; 2008.
10. Guirro ECO. *Fisioterapia dermatofuncional: fundamentos, recursos, patologias*. São Paulo: Manole; 2004.
11. Obagi ZEMD. *Restauração e rejuvenescimento da pele – Incluindo classificação básica dos tipos de pele*. Rio de Janeiro: Revinter Ltda; 2004.
12. Harris MINC. *Pele Estrutura, propriedades e envelhecimento*. São Paulo: SENAC; 2005.
13. Ventura DBS. O uso da corrente galvânica filtrada nas estrias atróficas. *Rev. Fisioterapia Brasil.* 2003;62:7-9.

14. Coutinho GSL, Farias IV, Barros LC, Marinho HT, Pires RCR, Packer JF. Prescrição de produtos dermocosméticos durante a gravidez. *Revista Ciência & Saúde*. 2004;5(1):16-25.
15. Baumann L. *Dermatologia Cosmética- Princípios e Prática*. Rio de Janeiro: Revinter; 2004.
16. Azevedo MF et al. *Feridas: Série incrivelmente fácil*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
17. Arellano I, Cestari T, Ocampo-Candiani J, Azulay-Abulafia L, Trindadeneto PB, Hexsel D, Machado-Pinto J, Munhoz H, Rivitti-Machado MC, Sittart JÁ, Almeida ART, Rego V, Paliargues F, Marques-Hassun K. Preventing melasma recurrence: prescribing a maintain ance regimen with an effective triple combination cream based on long-standing clinical severity. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. 2012;26:611-618.
18. Gaedtke NG. *Abordagem Terapêutica do Melasma na Gestaçã o - Revisão Bibliográfica [Trabalho de Conclusão de Curso Pós-graduação em Medicina Estética]*. [Curitiba(PR)]: Universidade Tuiuti do Paraná, 2011.
19. Chao HC, Najjaa H, Villareal MO, Ksouri R, Han J, Neffati M, Isoda H. *Arthrophytums coparium inhibits melanogenesis through the dow-regulation of tyrosinase and melanogenic gene expressions in B16 melanoma cells*. *Experimental Dermatology*. 2013;22:131-136.
20. Altaei T. The treatment of melasma by silymarin cream. *BMC Dermatology*. 2012; 12(18).
21. Figueiró TLM, Figueiró-Filho EA, Coelho LR. *Pele e gestaçã o: aspectos atuais dos tratamentos e drogas comumente utilizados*. *Femina*. 2008;36(8):511-521.
22. Alves GF, Nogueira LSC, Varella TCN. *Dermatologia e Gestaçã o*. *Anais Brasileiros de Dermatologia*. 2005;80(2).