

CENTRO UNIVERSITÁRIO DAS FACULDADES METROPOLITANAS UNIDAS
CURSO DE GRADUAÇÃO TECNOLÓGICA EM ESTÉTICA E COSMETOLOGIA

ALUNAS: Brenda Vital, Gislene Cabral, Juliana Laia, Lucinese Monteiro

ORIENTADORES: Marta Regina Figueiredo, Natalie Souza de Andrade e José Ailton Santos

MELANOSE FACIAL EM GESTANTES

RESUMO

O melasma é uma hipermelanose simétrica, caracterizada por manchas de coloração castanha, com contornos irregulares. No entanto, limitada às áreas foto expostas como: face, fronte, têmporas e mais raramente no nariz, pálpebras, mento, membros superiores e colo. Geralmente acomete mulheres em idade fértil, com fototipos intermediários (pele castanha e parda), de origem hispânica ou oriental, habitantes de regiões tropicais, sendo mais frequente entre latinos, e raramente acomete homens. O melasma caracteriza-se pela pigmentação melânica irregular, preferencialmente da face, em mulheres na idade fértil e de pele mais pigmentada. Pode iniciar no primeiro ou segundo trimestre da gestação. As manchas variam de acordo com o fototipo do paciente e da quantidade de depósito de melanina. Sendo que as mais recentes tornam-se intensamente escurecidas, ainda que as antigas não tenham o mesmo comportamento. Durante a gestação ocorrem mudanças imunológicas, endócrinas, metabólicas e vasculares, tornando a mulher grávida suscetível a alterações fisiológicas ou patogênicas da pele. Múltiplas alterações cutâneas ocorrem devido ao ambiente criado pelo estado gravídico.

Palavras chave: Melanose, Dermato, Gestacional.

ABSTRACT

The term melasma is a chronic skin disorder which is characterized by symmetrical spot and brown is pigmentation. However it is only concentrated in specific areas of the face, usually more exposed to the sun: frontal, temporal chin, eyelids, upper limbs, neck and rarely in the nose. Usually occur in women of productive age, with intermediate phototypes (brown skin), Latin American or Eastern descents and rarely occur in men. Melasma it may also happen in pregnant women and in this case, it is called chloasma. During pregnancy many changes can happen: immune, endocrine, vascular still metabolism, becomingpregnantwomenvulnerabletophysiologicalchangeorpathogenicskin. Several skin changes happen because of to pregnancy.

Key words: melasis, dermatology, pregnancy.

INTRODUÇÃO

O termo melasma deriva do grego “melas”, e significa negro, enquanto o termo cloasma, também derivado do grego “cloazein”, que significa esverdeado (MIOT et al, 2007).

O melasma é uma hiper melanose simétrica, caracterizada por manchas de coloração castanha, com contornos irregulares. No entanto, limitada às áreas foto expostas como: face, fronte, têmporas e mais raramente no nariz, pálpebras, mento, membros superiores e colo (MIOT et al, 2009; MONTEIRO, 2012).

Geralmente acomete mulheres em idade fértil, com fototipos intermediários (pele castanha e parda), de origem hispânica ou oriental, habitantes de regiões tropicais, sendo mais frequente entre latinos, e raramente acomete homens (COSTA et al, 2011).

Na pele, os melanócitos estão presentes na camada basocelular da epiderme e são responsáveis pela pigmentação da pele e dos pelos, contribuindo para a tonalidade cutânea, conferindo proteção direta aos danos causados pela radiação ultravioleta (MIOT et al., 2009); assim como são responsáveis pela produção de um pigmento conhecido como melanina. A proporção existente é de cerca de um melanócito para cinco células basais. Cada melanócito fornece pigmento para muitos queratinócitos, e esta associação é denominada unidade epidermo melânica. Os queratinócitos fagocitam as porções dendríticas do melanócito preenchidas com melanina, portanto, a pigmentação da pele de um indivíduo depende basicamente da quantidade de melanina transferida para o queratinócito. Os melanócitos derivam dos melanoblastos, que migram da crista neural (uma estrutura ectodérmica) durante o desenvolvimento fetal. Se os melanoblastos não migrarem da crista neural ou não se diferenciarem em melanócitos, ocorre uma condição denominada piebaldismo (mechas brancas de cabelo com manchas brancas na pele). Se os melanoblastos não migrarem da porção profunda da derme, em seu caminho para a epiderme, ocorre um nevo azul ou mancha azulada mongólica. São os melanócitos que protegem principalmente contra a luz ultravioleta. (DU VIVIER, 2004).

O melasma caracteriza-se pela pigmentação melânica irregular, preferencialmente da face, em mulheres na idade fértil e de pele mais pigmentada. Pode iniciar no primeiro ou segundo trimestre da gestação. (ZANINI, ALVES, 2012).

As manchas variam de acordo com o fototipo do paciente e da quantidade de depósito de melanina. Sendo que as mais recentes tornam-se intensamente escurecidas, ainda que as antigas não tenham o mesmo comportamento. (AZULAY, 2000).

Segundo FIGUEIRÓ (2008), não se tem relatos contraindicando a utilização dos despigmentantes no período da gestação. As hiperpigmentações surgem, no final do segundo trimestre, favorecendo o

tratamento precoce, o que poderia amenizar a intensidade destas dermatoses. Mas deve ser ressaltado que nem todas as substâncias despigmentantes são indicadas para a grávida. A gravidez representa contraindicação relativa à realização de peelings químicos. Por outro lado, o uso tópico do ácido glicólico, assim como sua utilização em peelings, representa alternativa segura durante a gravidez, não estando contraindicado. Este ácido é caracterizado por não ter efeito tóxico a nível sistêmico, ser pouco irritante e pouco foto sensibilizante. Contudo deve-se considerar a concentração em que o ácido vai ser usado, sempre visando um efeito superficial (KEDE, 2009).

Segundo MAGALHÃES et al. (2010), os peelings químicos fazem parte do arsenal terapêutico, sendo o de ácido retinoico boa opção nas concentrações de 1-10%. Vários mecanismos de ação relacionados ao ácido retinoico são descritos: dispersão dos grânulos do pigmento nos queratinócitos, interferência na transferência dos melanossomos e aceleração do turnover celular, aumentando a perda do pigmento.

SHARAD (2013) descreveu a utilização do ácido glicólico como uma eficaz terapia no tratamento do melasma. O peeling de ácido glicólico pode ser um útil adjuvante para o tratamento tópico, especialmente após o pré-tratamento de um paciente com hidroquinona durante 2 semanas, para minimizar o risco para o pós-procedimento hiperpigmentação. A profundidade de ação do ácido glicólico depende da concentração utilizada, do número de camadas aplicadas e o tempo para o qual ele é aplicado. Assim, ele pode ser utilizado para melasma superficial ou até mesmo para melasma com profundidade média.

Durante a gestação ocorrem mudanças imunológicas, endócrinas, metabólicas e vasculares, tornando a mulher grávida suscetível a alterações fisiológicas ou patogênicas da pele. Múltiplas alterações cutâneas ocorrem devido ao ambiente criado pelo estado gravídico. Uma variedade de alterações pigmentares ocorrem em 90% das mulheres

grávidas. O melasma (também chamado de cloasma quando ocorre na gravidez) é uma hiperpigmentação comum, crônica e adquirida, que ocorre primariamente na face, pescoço e antebraços, considerada a alteração pigmentária cutânea mais comum e mais visível durante a gravidez. Pode ser a principal condição cosmeticamente problemática associada com gestação, causando importante aflição emocional e psicossocial (FIGUEIRÓ, 2008).

De acordo com LACRIMANTI 2008, quanto maior a concentração de um ácido e menor o seu pH, mais rápida e profunda é a sua permeabilidade. Vários são os ácidos que podem ser aplicados nos procedimentos de *peelings* químicos, entretanto os mais utilizados são: glicólico, mandélico, retinóico, salicílico, ascórbico (vitamina C) e láctico. Em função do ácido ascórbico ser instável em muitas preparações tópicas, derivados esterificados, tais como L-ascórbico ácido 6-palmitato e fosfato de magnésio ascorbilo são utilizados nos compostos. Há relatos de sua eficácia em pacientes latinos e asiáticos no tratamento de melasma. Foi obtido em estudo a informação sobre os riscos da exposição solar na gestação oferecida durante o pré-natal foi relatada por 38 puérperas (34,9%). Quanto à orientação sobre os horários de exposição solar prejudicial à saúde da pele e a importância da proteção física contra os raios solares (uso

de chapéu, bonés, óculos, guarda-sol, camisetas), 25,7 e 33%, respectivamente, tiveram acesso a tais informações. Nenhuma das entrevistadas recebeu prescrição médica de fotoprotetor durante o pré-natal. Houve uma tendência a associação significativa entre a orientação no pré-natal (horários) e uso diário de protetor solar. Sendo assim, gestantes que receberam orientação no pré-natal sobre os horários de exposição solar tendiam ao uso mais regular do fotoprotetor (ZANINI, ALVES, 2012).

Entretanto, o melasma costuma desaparecer completamente após um ano do parto, mas cerca de 30% das pacientes evoluem com alguma sequela da mancha, e é muito comum reincidências em gestações posteriores (ZANINI, et al. 2012).

OBJETIVO

Enriquecer o nosso entendimento sobre a melnose facial em gestantes à busca de novos conhecimentos, conceitos e métodos para aplicarmos em nosso cotidiano de acordo com nossas necessidades, a fim de termos ampla desenvoltura como profissionais atualizando sempre e cada vez mais buscando inovação, tecnologia e atualidades relacionadas ao tema abordado.

METODOLOGIA

Foi realizado um levantamento bibliográfico, nas bases de dados: BIREME, SCIELO e LILACS nos anos de 2000 a 2015, focados nas palavras chave: Melnose, dermatose, gestacional, na busca em português. Os critérios de inclusão dos artigos para o estudo foram os que se enquadravam no período da data proposta e os que se correlacionavam com o assunto proposto.

CONCLUSÃO

Concluimos que o período gestacional e pós-natal são fases de grandes adaptações físicas, emocionais e sociais para a mulher, é comum também haver quadros de depressão e ansiedade, portanto trata-se de uma época extremamente sensível e delicado. Nosso dever é sempre procurar atendê-la de forma satisfatória, evitando descontentamentos melhorando sua auto-estima.

Revista Eletrônica

Belezain
com.br

Publicação TC - 00148
13/12/2015

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVES GF, NOGUEIRA LSC, Varella TCN. Dermatologia e gestação. AnBrasDermatol. 2005;80(2):139-86. 3.
- AZULAY, L.A. Alterações cutâneas na gravidez. FEBRASGO. Rio de Janeiro: Revinter, 2000, p. 95-8.
- AZULAY, M.M.; BORGES, J. Estudo-piloto: tratamento de melasma com laser de Erbium fracionado não ablativo. SurgCosmeticDermatol, v.3,n.4, p.313-8, 2011. AZULAY, R.D.
- COSTA, Adison; PEREIRA, Margareth O.; MOISES, Thaís A.; CORDERO, Tatiana; SILVA, Ana R. D.; AMAZONAS, Fabiana T. P.; BENTIVOGLIO, Fabiola; PEREIRA, Elisangela S. P. avaliação da melhoria na qualidade de vida de portadores de melasma após uso de combinação botânica à base de BellisPerennisGlycyrrhizaPhyllanthusEmbrica comparado da hidroquinona medido pelo MELASQoLsungcosmeticdermatolo 2011; 3(3): 207-12. 15.
- DU VIVIER, A. Atlas de dermatologia clínica. 3.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.
- FIGUEIRÓ TLM, Figueiró Filho EA, COELHO LR. Pele e gestação: aspectos atuais dos tratamentos e drogas comumente utilizados – Parte I. Femina. 2008;36(8):511-21.
- KEDE, Maria Paulina Villarejo. Dermatologia Estética. 2ª Ed. São Paulo: Atheneu, 2009.
- LACRIMANTI, LM. Curso didático de estética - volume 2.
- MAGALHÃES, G. et al. Peeling de ácido láctico no tratamento do melasma: avaliação clínica e impacto na qualidade de vida. SurgCosmet Dermatol.v.2,n,3,p.173-179, 2010.
- MIOT, L. D. B.; MIOT, H. A.; SILVA, M. G.; MARQUES, M. E. A. Estudo comparativo morfofuncional de melanócitos em lesões de melasma. An. Bras. Dermatol. 2007; 82 (6); 529-34.
- MIOT, Luciane D. B.; MIOT, Hélio A.; SILVA, Márcia G.; MARQUES, Marilângela E. A. Fisiopatologia do melasma. An. Bras. Dermatol. V. 84, n. 6 Rio de Janeiro, Nov./ dez. 2009.
- MONTEIRO, Érica O. Melasma: abordagem tópica. R.B.M. Especial Cosmiatria 2 .Moreira J.R. Editora. V.69, jun. 2012.
- SHARAD, J. Glycolic acid peel therapy – a current review. Clinical, Cosmetic and Investigational Dermatology, v.6, p. 281-288, 2013.
- ZANINI M, PASCHOAL LHC. Dermatoses gestacionais. Med CutanIberLat Am. 2012;32(4):139-50.