

Revisão bibliográfica sobre dermatoses específicas da gravidez

Ana Claudia Coelho da Rocha Pinto ¹

Ana Paula Aguiar dos Santos ²

Clara de Oliveira Macambira ²

Gabriela Fabiano da Rocha Pinto ³

Giovanna Morais Daibes Rachid ²

Luciana do Nascimento Silva ⁴

Luiza Marins Gobato ¹

Luiza Vieira Ahouagi Cunha ²

Resumo: O presente trabalho visa analisar as dermatoses específicas da gravidez através de uma revisão bibliográfica. As alterações dermatológicas que ocorrem durante a gestação devem ser acompanhadas e tratadas com atenção. Nessa perspectiva, serão abordadas dermatoses essencialmente associadas a gravidez, sendo elas: pênfigo gestacional, erupção polimórfica da gravidez, impetigo herpetiforme, erupção atópica da gravidez, eczema atópico, prurido gravídico e foliculite pruriginosa da gravidez, assim como o melhor tratamento, na atualidade, sem riscos fetais. Entretanto, em relação ao tratamento, é possível discorrer sobre o uso de doses elevadas de corticoides, podendo se apresentar como um risco para rutura prematura de membranas, atraso de crescimento uterino e partos pré-termos.

Abstract: This study aims to analyze the specific dermatoses of pregnancy through a literature review. Dermatological changes

¹Graduanda do 5º ano do curso de medicina da Escola de Medicina Souza Marques

²Graduanda do 4º ano do curso de medicina da Escola de Medicina Souza Marques

³Graduanda do 3º ano do curso de medicina da Escola de Medicina Souza Marques

⁴Graduanda do 2º ano do curso de medicina da Escola de Medicina Souza Marques

that occur during pregnancy should be followed and treated with attention. The dermatoses that are essentially associated with pregnancy will be addressed will be; gestational pemphigus, polymorphic eruption of pregnancy, herpiform impetigo, atopic eruption of pregnancy, atopic eczema, gravidic pruritus and pruriginous folliculitis of pregnancy, as well as the best treatments without fetal risks. However, in relation to treatment, it is possible to discuss the use of high doses of corticosteroids that may present as a risk for premature rupture of membranes, uterine growth retardation and preterm deliveries.

Introdução

A gravidez é um estado fisiológico complexo que promove diversas alterações no corpo da mulher, tais como modificações imunológicas, metabólicas, hormonais e vasculares. Essas mudanças ocorrem, principalmente, pelo aparecimento de um novo órgão endócrino, a placenta, além da maior atividade da hipófise, da tireoide e das suprarrenais que podem ser responsáveis por alterações cutâneas tanto fisiológicas como patológicas na grávida (REZENDE FILHO e MONTENEGRO, 2017). É possível observar, no período gestacional, dermatoses que podem aparecer ou agravar por conta das diversas transformações resultantes desse período.

As dermatoses essencialmente associadas à gravidez (DEG) englobam um grupo de doenças que surgem no período gravídico ou no pós-parto. Já outras dermatoses podem ser afetadas diretamente pela gravidez, melhorando, tendo um comportamento imprevisível, mas, geralmente, acabam exacerbando essa patologia pré-existente (TEIXEIRA et al, 2013; BEARD e MILLINGTON, 2012; AMBROSURUDOLPH et al, 2006; REZENDE FILHO e MONTENEGRO, 2017). Com relação ao tratamento dessas doenças, esse deve ser realizado com cautela, já que a grande maioria dos medicamentos não estão indicados a administração durante a gravidez. Por isso, é essencial que o médico conheça o que está indicando para essa paciente gestante, seus

potenciais riscos ao feto e deve decidir pelo melhor benefício sem proporcionar risco fetal (COUTINHO et al, 2012).

Nesse contexto, o estudo presente, tem como objetivo realizar uma revisão bibliográfica com artigos que discorrem sobre as dermatoses específicas da gravidez assim como o melhor tratamento, na atualidade, sem riscos fetais.

Métodos

O presente trabalho compõe uma revisão bibliográfica a respeito das alterações dermatológicas na gravidez. Foi desenvolvido através da base de dados Scielo, Google acadêmico, MEDLINE/PUBMED. Em todas as plataformas foram utilizadas as palavras chaves: “dermatoses na gestação”, “dermatoses específicas da gravidez”. No total foram apanhados dados através de 12 fontes em inglês e português, entre os anos de 2004 a 2017, assim como livros de referência ao assunto. A pesquisa foi feita no período entre Junho e Julho de 2020.

Discussão

Penfigóide gestacional [sin: Herpes gestationis]

É uma dermatose bolhosa considerada rara, sendo menos comum ainda em negros (REZENDE FILHO e MONTENEGRO, 2017). Inicia-se no terceiro trimestre da gravidez, em média 71% dos casos às 21 semanas de gestação ou cerca de 15-25% no pós-parto imediato.

É uma doença de etiologia auto-imune, atribuída a um fator hormonal ligado ao estrogênio. Geralmente são lesões pruriginosas policíclicas ou em forma de alvo que surgem ao redor do umbigo, com generalização para todo o tronco, extremidades e, frequentemente, regiões palmoplantares (BRÁS et al, 2015). Dificilmente atinge face e mucosas (REZENDE FILHO e MONTENEGRO, 2017). Em 75% dos casos ocorre agravamento no período pós-parto com remissão espontânea em poucas semanas (BRÁS et al, 2015), e caso permaneça, pode ser considerado crônico.

Em casos mais brando o tratamento é feito com anti-histamínicos e corticoides tópicos de alta potência (REZENDE FILHO e MONTENEGRO, 2017).

Portanto, o uso de igG intravenosa combinada com ciclosporina ou plasmaferese é descrito para tratamento adjuvante em casos graves, assim como tratamentos com imunossuppressores (BRÁS et al, 2015; TEIXEIRA et al, 2013).

Erupção polimórfica da gravidez [sin. Pápulas e placas urticariformes e pruriginosas da gravidez]

É considerada uma DEG mais frequente, atingindo entre 1:600 das parturientes, sendo mais comum nas primíparas (80%) (TEIXEIRA et al, 2013). Geralmente não costuma aparecer em gravidezes posteriores (BRÁS et al, 2015). Costuma ocorrer no final do terceiro trimestre (85%) ou no pós-parto (15%) e a se resolver espontaneamente em cerca de seis semanas, tendo na primeira semana o pico dos sintomas (BRÁS et al, 2015).

A doença caracteriza-se por lesões eritematopapulosas com placas urticariformes pruriginosas sobre estrias abdominais. Em poucos dias, a doença se generaliza para todo o tegumento, podendo evoluir com vesículas (15%), lesões policíclicas (5%) e, por fim, lesões eczematiformes (20%) (TEIXEIRA et al, 2013). A área periumbilical, face, palmas e plantas são poupadas. O prognóstico é de boa resolução com ausência de comprometimento materno-fetal (REZENDE FILHO e MONTENEGRO, 2017).

Em casos mais leves, usa-se emolientes, anti-histamínicos orais e corticoides tópicos de baixa potência (BRÁS et al, 2015). Em casos mais intensos, com a doença generalizada, usa-se corticoterapia sistêmica, mesmo em doses baixas (BRÁS et al, 2015).

Impetigo herpetiforme

Trata-se de uma forma abrupta de psoríase pustulosa que tem início na gravidez. Suas lesões são estéreis e não há etiologia viral (BRÁS et al, 2015). É uma doença rara, com cerca de 350 casos observados na literatura obstétrica (AZULAY-ABULAFIA et al, 2004).

A dermatose se apresenta, geralmente, no terceiro trimestre da gravidez. É caracterizada por placas eritematosas não pruriginosas que

aumentam gradativamente com o aparecimento de pústulas estéreis pequenas na superfície. Se dissemina rapidamente e nas áreas de dobras as lesões se tornam verrucosas sem comprometimento mucoso (REZENDE FILHO e MONTENEGRO, 2017). Outra característica importante da doença é a repercussão sistêmica. Caracteriza-se por febre, calafrio, mal estar, artralgias, náuseas, vômitos e diarreia. Há registros de hipocalcemia, podendo causar delírio, tetania e convulsões (REZENDE FILHO e MONTENEGRO, 2017). Apresenta-se leucocitose e aumento da velocidade de hemossedimentação em diversos estudos laboratoriais, além de hiperfosfatemia, hipoalbuminemia, aumento de ureia e ácido úrico (AZULAY-ABULAFIA et al, 2004). São raras as mortes maternas, diferentemente o que se encontra com relação ao feto, uma vez que a insuficiência placentária e diminuição do fluxo interviloso placentário aumentam o risco de morte fetal. Há remissão espontânea após o parto, apesar de ser comum o reaparecimento em gestações seguintes (AZULAY-ABULAFIA et al, 2004).

Seu tratamento é feito com corticóide oral, preferencialmente prednisona (REZENDE FILHO e MONTENEGRO, 2017) e, quando necessária, a reposição endovenosa de fluidos e eletrólitos. O uso de antibioticoterapia sistêmica também pode estar presente, uma vez que a infecção secundária é prevista (AZULAY-ABULAFIA et al, 2004).

Erupção atópica da gravidez [sin. Prurigo Gestacional, Prurigo gestationis de Besnier, Dermatite Papulosa da Gravidez de Spangler]

Diversos autores defendem a denominação de erupção atópica da gravidez a doença que engloba o eczema da gravidez, o prurigo da gravidez e a foliculite pruriginosa da gravidez, podendo ou não estarem presentes ao mesmo tempo, uma vez que nem todas as grávidas com prurigo possuirá atopia ou eczema tópico (BRÁS et al, 2015).

Corresponde por cerca de 50% das dermatoses gravídicas e tem início antes do primeiro trimestre (75% dos casos) (TEIXEIRA et al, 2013). Caracteriza-se por lesões eczematiformes (75% dos casos) com localização própria das lesões da dermatite atópica, pápulas eritematosas de dimensões pequenas que, em seguida, são centralizadas por crostículas por causa do prurido, sendo a manifestação clínica menos frequente, ou do tipo

pruriginosas (REZENDE FILHO e MONTENEGRO, 2017). Dado o contexto atópico, a doença tende a recorrer em próximas gestações (BRÁS et al, 2015). O tratamento é sintomático, com anti-histamínicos e corticóides tópicos (ALVES et al, 2005).

Eczema atópico

Corresponde a $\frac{2}{3}$ dos casos de erupção atópica da gravidez. É a dermatose específica mais comum, ocorrendo em 1:5-20 das gravidezes (BRÁS et al, 2015). O agravamento de um eczema pré-existente ocorre em cerca de 50% dos casos (TEIXEIRA et al, 2013).

As manifestações clínicas do eczema são iguais aos das mulheres não-grávidas. Mais da metade dos casos se manifestam com lesões disseminadas, atingindo locais típicos do eczema atópico. Apenas um terço das parturientes apresenta unicamente pápulas. Há risco de sobreinfecção bacteriana (sobretudo com *Staphylococcus aureus*) ou vírica (eczema herpeticum) (TEIXEIRA et al, 2013). Esses sintomas surgem, em geral, ainda no primeiro trimestre. O prognóstico materno-fetal é excelente e são esperadas recorrências em gestações futuras (REZENDE FILHO e MONTENEGRO, 2017).

A terapêutica é sintomática e preferencialmente feita com corticoide tópico (primeira linha de tratamento). O uso de anti-histamínicos de primeira geração é indicado com objetivo de controle do prurido, no entanto, devem ser evitados no último trimestre da gravidez. Em casos de eczema refratário, o uso de corticoterapia oral e fototerapia com UVB podem ser indicados (TEIXEIRA et al, 2013).

Prurido gravídico [sin. Colestase intra-hepática da gravidez, pruritus gravidarum]

A Colestase intra-hepática da gravidez (CIHG) pode ser dividida em dois tipos: (a) colestase ictérica da gravidez, caracterizada por pacientes com hiperbilirrubinemia (b) prurigo gravídico, é a mais frequente e não cursa com hiperbilirrubinemia ou icterícia (TEIXEIRA et al, 2013). O prurido é um sintoma que afeta cerca de 20% das grávidas (BRÁS et al, 2015). De acordo

com REZENDE FILHO (2017), é a segunda causa mais comum de icterícia na gravidez, ocorrendo em 20% dos casos; as hepatites virais são a primeira.

Geralmente se inicia a partir do terceiro mês com tendência crescente até o parto. Deve-se reservar essa designação apenas aos casos que apresentam exclusivamente prurido, sem qualquer lesão, a não ser escoriações subsequentes. Pode estar associado a icterícia (10%), acompanhado de esteatorreia e diminuição de vitaminas lipossolúveis, além da associação a fadiga, anorexia, náuseas e vômitos (REZENDE FILHO e MONTENEGRO, 2017). A doença recorre em gestações subsequentes em 50-88% dos casos (BRÁS et al, 2015).

Os potenciais riscos fetais são os riscos mais preocupantes decorrentes da doença e estão associados com a acumulação dos sais biliares no compartimento fetal. A menor eliminação fetal dos ácidos biliares tóxicos pode causar vasoconstrição das veias coriônicas da placenta e aumento da contratilidade uterina, podendo ter como consequência o parto pré-termo (40% dos casos). Há ainda risco de stress fetal (30%) e nado-morto (4%), devido a anoxia placentária e depressão cardíaca (TEIXEIRA et al, 2013).

O tratamento consiste uso de ácido ursodesoxicólico (15mg/ kg/dia ou 1g/dia) sendo a medicação de primeira linha para reduzir níveis de ácidos biliares (BRÁS et al, 2015). O uso de corticoide tópico, cremes antipruriginosos e anti-histamínicos também são listados (REZENDE FILHO e MONTENEGRO, 2017).

Foliculite pruriginosa da gravidez

É considerada uma dermatose rara com menos de 30 casos relatados (7% das gravidezes) (TEIXEIRA et al, 2013). De acordo com REZENDE FILHO (2017), a dermatose surge nos últimos meses da gravidez e desaparece dentro de 2 semanas após o parto e não foram relatadas consequências para o feto. É caracterizada por placas constituídas de pápulas e pústulas foliculares muito pruriginosas, acompanhadas, eventualmente, de escoriações. Resolve espontaneamente antes ou em poucas semanas após o parto. Possui um bom prognóstico e pode ocorrer em gestações posteriores (BRÁS et al, 2015).

O tratamento consiste na aplicação tópica de peróxido de benzoílo 10% e dermatocorticoides de potência ligeira a moderada. Nos casos mais severos podem responder a fototerapia UVB de banda estreita (BRÁS et al, 2015).

Conclusão

Essa revisão bibliográfica permitiu a identificação das alterações dermatológicas da gravidez como dermatoses essencialmente associadas a esse período. A respeito do diagnóstico e clínica das alterações, o estudo se mostrou abrangente.

Contudo, observou-se um cuidado maior na escolha de fármacos e métodos utilizados objetivando o bem-estar não só da gestante como também do feto. Com relação ao tratamento, é possível discorrer sobre o uso de doses elevadas de corticoides, podendo se apresentar como um risco para rutura prematura de membranas, atraso de crescimento uterino e partos pré-termos. Somado a isso, corticoides de alta potência, como betametasona e dexametasona, devem ser evitados pois podem causar toxicidade fetal por atravessarem a placenta, sendo evidenciado em diversos casos registrados de baixo peso ao nascer.

Dessa forma, novas pesquisas destinadas a compreender a etiologia e, conseqüentemente, o tratamento das alterações dermatológicas da gravidez são necessárias para a melhoria da saúde e qualidade de vida da gestante.

Referências Bibliográficas

ALVES, G. F.; NOGUEIRA, L. S. C.; VARELLA, T. C. N. **Dermatologia e gestação**. An. Bras. Dermatol., Rio de Janeiro, v. 80, n. 2, p. 179-186, Apr. 2005. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S036505962005000200009&lng=en&nrm=iso Acessado em: 08 Aug. 2020.

AZULAY-ABULAFIA, L.; BROTAS, A.; BRAGA, A.; VOLTA, A. C.; GRIPP, A. C. **Psoríase pustulosa da gestação (impetigo herpetiforme): relato de dois casos e revisão da literatura.** Rev. Bras. Ginecol. Obstet., Rio de Janeiro, v.26, n.2, p.153-159, Mar. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010072032004000200011&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 27 junho 2020.

AMBROS-RUDOLPH, C. M.; MULLEGER, R. R.; VAUGHAN-JONES, S. A.; KERL, H.; BLACK, M. M. **The specific dermatoses of pregnancy revisited and reclassified: results of a retrospective two-center study on 505 pregnant patients.** Journal of the American Academy of Dermatology, v. 54, n. 3, p. 395-404, 2006.

BEARD, M. P.; MILLINGTON, G. W. M. **Recent developments in the specific dermatoses of pregnancy.** Clinical and Experimental Dermatology: Clinical dermatology, v. 37, n. 1, p. 1-5, 2012.

BRÁS, S.; MENDES-BASTOS, P.; OLIVEIRA, A.; AMARO, C. **Alterações fisiológicas e dermatoses específicas da gravidez.** Journal of the Portuguese Society of Dermatology and Venereology, v. 73, n. 4, p. 413-423, 2015.

COUTINHO, G. S. L.; FILHO, I. V.; BARROS, L. C.; MARINHO, H. T.; PIRES, R. C. R.; PACKER, J. F. **Prescrição de produtos dermocosméticos durante a gravidez.** Revista Ciência & Saúde. Porto Alegre, v. 5, n. 1, 2012.

REZENDE FILHO, J.; MONTENEGRO, C. A. B. **Rezende Obstetrícia.** 13ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA. **Consenso Brasileiro de Psoríase 2009.** 1th ed. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Dermatologia, 2009. P.5-115.

TEIXEIRA, V.; COUTINHO, I.; GAMEIRO, R.; VIEIRA, R.; CONÇALO, M. **Dermatoses Específicas da Gravidez.** Acta Médica Portuguesa, v. 26, n. 5, 2013.