

O USO DO ÁCIDO GLICÓLICO NO TRATAMENTO DO MELASMA

Giovanna Lissa Souza Santana

Graduanda em Tecnologia em Estética e Cosmética,
Faculdades Integradas de Três Lagoas – FITL/AEMS

Jaqueline Benati Bruno de Araújo

Fisioterapeuta – UniSalesiano; Especialista em Osteopatia Estrutural – IDOT;
Docente das Faculdades Integradas de Três Lagoas – FITL/AEMS

RESUMO

O melasma afeta todos os tipos de pele, por não ter causa definida não há um tratamento específico. As manchas podem afetar a vida do indivíduo gerando até outras patologias mais graves. Entre os tratamentos para o melasma encontra-se o ácido glicólico que age no clareamento de manchas, que pode ser combinado com outros ácidos para tratamentos, é necessário o uso de protetor solar e evitar exposição solar. Deve se aconselhar também aos pacientes com melasma o uso do protetor solar e reaplica-lo diversas vezes ao dia.

Palavras-Chave: melasma; *peeling* químico; ácido glicólico.

1 INTRODUÇÃO

O melasma é uma dermatose comum pertencente ao grupo das discromias. É caracterizado por moléculas marrons distribuídas simetricamente em suas áreas foto expostas. Ocorre na forma facial que é mais frequentemente e extrafacial com aparecimento nos braços, pescoço e colo. Afeta mais frequentemente as mulheres. Sua etiopatogenia ainda não está bem esclarecida, mas inclui exposição à radiação ultravioleta, predisposição genética, gravidez, uso de anticoncepcionais e terapia de reposição hormonal (HANDEL et al., 2014).

Os distúrbios hiperpigmentares na pele, como o melasma, incomodam e afetam a autoestima do paciente, causando desde estresse emocional, ansiedades e doenças sistêmicas até patologias mais graves como depressão (MASCENA, 2016).

O melasma é caracterizado por máculas acastanhadas, mais ou menos escuras, de contornos irregulares e limites nítidos, que afeta áreas foto-expostas da pele, sendo mais comum em mulheres. Estudos relataram que os homens representam 10% dos casos, apenas (NICOLAIDOU; KATSAMBAS, 2014).

A pigmentação do melasma geralmente melhora no inverno e piora no verão (ou após exposição solar). A predisposição genética é um fator de risco para o

desenvolvimento. Sua classificação é de acordo com características clínicas e histológicas, o pigmento pode ser epidérmico, dérmico ou misto e o número de manchas hiperpigmentadas pode variar de uma única lesão até varias manchas. Segundo Nicolaidou e Katsambas (2014), o melasma apresenta três padrões clínicos de distribuição das manchas, (i) padrão centrofacial (o mais comum, envolve área da testa, bochechas, lábio superior e queixo); (ii) padrão malar (acomete as regiões malares das bochechas e do nariz) e (iii) padrão mandibular (envolve o ramo da mandíbula e afeta de 9-16% dos casos).

O melasma ocorre em todos os grupos étnicos e populacionais, estudos epidemiológicos referem maior domínio entre fenótipos mais pigmentados, como asiáticos do leste, indianos, paquistaneses, povos do oriente médio e África mediterrânea. Nas Américas, é comum entre hispânicos e brasileiros, quem mora em regiões intertropicais, onde há maior exposição à radiação ultravioleta (RUV) (TAYLOR, 2003).

Segundo Steiner et al. (2009) e Steiner et al. (2011), o tratamento do melasma tem como principal objetivo o clareamento das lesões e a prevenção ou redução das áreas afetadas com o menor efeito colateral possível.

Como não tem etiologia definida, os tratamentos do melasma visam, essencialmente, o bloqueio da radiação solar, técnicas que reduzam a biossíntese, transporte e transferência do melasma; e terapias que diminuam o numero de melanina epidérmica (SHETH; PAMDAYA, 2011). Entre os tratamentos estéticos, o *peeling* é um dos procedimentos mais utilizados para melhorar a aparência da pele.

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 lático.

2 OBJETIVOS

O objetivo deste trabalho é analisar e compreender a ação do *peeling* químico do ácido glicólico no tratamento do melasma. No processo ocorre a destruição da camada superficial, média ou profunda da pele que leva à descamação da pele e renovação das células epiteliais.

3 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura que teve como objetivo geral o uso do ácido glicólico no tratamento do melasma. Melasma é uma discromia comum que muitas vezes motiva a busca de cuidados dermatológicos. Sua prevalência populacional varia de acordo com a composição étnica, fototipo de pele e intensidade de exposição ao sol. Os *peelings* químicos como o ácido glicólico ajudam a reduzir essa hiperpigmentação, permite também realizar *peelings* superficiais, médios e profundos. Depende, entretanto, não somente da concentração, mas do tempo de exposição ao agente de *peeling*.

4 PEELING QUÍMICO COM ÁCIDO GLICOCÓLICO

Os *peelings* químicos foram inicialmente descritos na medicina egípcia, no papiro de Ebers, em 1550 a.C. Os dermatologistas começaram a mostrar interesse por *peelings* no século XIX. Em 1874, em Viena, o dermatologista Ferdinand Von Hebra utilizou a técnica para tratar o melasma.

Segundo Mascena (2016), a microdermoabrasão é um procedimento não invasivo que tem como objetivo a remoção de parte da epiderme, incluindo a melanina ali depositada. Esse método deve ser cuidadosamente indicado, uma vez que existe risco potencial para o desenvolvimento de hiperpigmentação pós-inflamatória.

Segundo Magalhães et al. (2011), os *peelings* químicos fazem parte do arsenal terapêutico, sendo o de ácido retinóico boa opção nas concentrações de 1-10%. Vários mecanismos de ação relacionados ao ácido retinóico são descritos: dispersão dos grânulos do pigmento nos queratinócitos, interferência na transferência dos melanossomos e aceleração do turnover celular, aumentando a perda do pigmento.

Ainda segundo Magalhães et al. (2011), foi comparado o uso do ácido retinóico a 5% e a 10% no tratamento do melasma em trinta pacientes, avaliadas através do MAIS e pelo MelasQol. Não houve diferença estatística entre ambas as concentrações, mas quando avaliados isoladamente, foram capazes de produzir melhora clínica, que não correspondeu, necessariamente, a melhora proporcional na

qualidade de vida. Houve melhora do melasma em todas as pacientes e os autores concluíram pela eficácia do ácido retinóico no tratamento do melasma.

Sharad (2013) descreveu a utilização do ácido glicólico como uma eficaz terapia no tratamento do melasma. O ácido glicólico é o principal alfa-hidroxiácido utilizado como agente esfoliante do melasma. *Peeling* de ácido glicólico pode ser um útil adjuvante para o tratamento tópico, especialmente após o pré-tratamento de um paciente com hidroquinona durante duas semanas, para minimizar o risco para a pós-procedimento hiperpigmentação. É ácido simples, barato, e não tem tempo de inatividade.

Gita et al. (2011) compararam o *peeling* com ácido tretinoína (1%) *versus* o *peeling* com ácido glicólico (70%), utilizados em quatro sessões, com intervalos de duas semanas, no tratamento de sessenta e três mulheres com diagnóstico de melasma. Um lado da face foi tratado com a tretinoína e o outro com o ácido glicólico. Ao final do tratamento a eficácia da tretinoína foi semelhante ao ácido glicólico.

O *peeling* precisa ser realizado em três etapas imprescindíveis: o preparo da pele, o *peeling* propriamente dito e o pós-*peeling*. Sharad (2013) descreveu a utilização do ácido glicólico como uma eficaz terapia no tratamento do melasma, pois o ácido glicólico é o principal alfa-hidroxiácido utilizado como agente esfoliante do melasma.

O ácido glicólico no *peeling* químico pode ser utilizado em (i) procedimento muito superficial (profundidade – 0,06 mm, concentração – 30%, tempo de exposição – 1-2 minutos) para remoção do estrato córneo; (ii) procedimento superficial (profundidade – 0,45 mm, concentração – 50-70%, tempo de exposição – 2-20 minutos) para clareamento de manchas, marcas de acne e rugas superficiais e (iii) procedimento médio (profundidade – 0,6 mm, concentração – 70%, tempo de exposição – 3-30 minutos) para tratamento de acne e rugas mais profundas. O *peeling* químico superficial atinge a camada mais superficial da pele (epiderme), enquanto o médio atinge a derme papilar.

A profundidade de ação do ácido glicólico depende da concentração utilizada, do número de camadas aplicadas e o tempo para o qual o mesmo é aplicado. Assim, ele pode ser utilizado para melasma superficial ou até mesmo para melasma com profundidade média (MASCENA, 2016).

De acordo com os dados obtidos, podemos observar que o ácido glicólico possui resultado eficaz no tratamento de melasma. Entretanto, foi observado que

quando comparado ao ácido tretinoína, os resultados foram semelhantes. Observou-se também que o uso do ácido glicólico possui ótima indicação, pois mesmo em descamações superficiais resultam em ótimos resultados, tem descamações bem toleradas.

REFERÊNCIAS

BARQUET, A. P. Comparação entre alfa-hidroxiácidos e poli-hidroxiácidos na cosmética e dermatologia. Rev. Bras. Farm., 2006: 87(3); 67-73. Disponível em: http://rbfarma.org.br/files/pag_67a73_COMPARACAO.pdf

GITA, F. Comparison between 1% tretinoin peeling versus 70% glycolic acid peeling in the treatment of female patients with melasma. Journal of Drugs in Dermatology, 10(12). 2011. Disponível em: <http://jddonline.com/articles/dermatology/S1545961611P1439X/1>

HANDEL A. C.; MIOT, L. D. B.; MIOT, H. A. Melasma: uma revisão clínica e epidemiológica. An Bras Dermatol.; 89 (5): 771-82. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962014000500771

MAGALHÃES, G. et al. Peeling de ácido láctico no tratamento do melasma: avaliação clínica e impacto na qualidade de vida. Surg Cosmet Dermatol. v. 2, n. 3, p. 173-179, 2010. Disponível em <http://www.redalyc.org/pdf/2655/265519983007.pdf>

MASCENA, T. C. F. Melasma e suas principais formas de tratamento (Homepage de internet). 2016. Disponível em: <http://www.cceursos.com.br/img/resumos/melasmass-e-suas-principais-formas-de-tratamento.pdf>

MORAIS, R. F. O. Fatores de risco para o desenvolvimento do melasma. 2016. Disponível em: <http://www.cceursos.com.br/img/resumos/fatores-de-riscos-para-o-desenvolvimento-do-melasma.pdf>

NICOLAIDOU, E.; KATSAMBAS, A. D. Pigmentation disorders: hyperpigmentation and hypopigmentation. Clinics in Dermatology, v.32, p. 66- 72, 2014.

SHARAD, J. Glycolic acid peel therapy – a current review. Clinical, Cosmetic and Investigational Dermatology, v.6, p. 281-288, 2013.

SHETH, V. M.; PANDYA A.G. Melasma: a comprehensive update: part I. J Am Acad Dermatol; 65:689-97; quiz 9840. 2011.

STEINER, D.; FEOLA, C.; BIALESKI, N.; SILVA, F. A. M. Tratamento do melasma: revisão sistemática. Surgical & Cosmetic Dermatology. v.1, n.2, p.87-94, 2009a.

STEINER, D.; BUZZONI, C. A. B.; SILVA, F. A. M.; PESSANHA, A. C. A. F.; BOENO, E. S.; CUNHA, T. V. R. Melasma e laser fracionado não abrasivo: um estudo prospectivo. Surg Cosmet Dermatol. V.3, n.1, p.37-40, 2011.

STRUTZ, A. P.; SOUZA, A. A atuação do Tecnólogo em estética na aplicação do ácido glicólico em melasma. 2017.