

ACNE NA MULHER ADULTA

Mônica Lima Santos

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

Samia Marouf Abdel Jalil

Tecnóloga em Estética e Cosmetologia – CUGD; Farmacêutica-Bioquímica – UNIDERP;
Docente das Faculdades Integradas de Três Lagoas – FITL/AEMS

RESUMO

O presente estudo objetivou ampliar o conhecimento e demonstrar a acne na mulher adulta. A metodologia baseou-se em pesquisa de artigos em PDF. Por meio da análise dos artigos online, informações de livros da área. A acne da mulher adulta é conceituada como o quadro acneico presente em mulheres a partir dos 25 anos notou-se que cerca de 50% das mulheres adultas entre 21 e 30 anos têm acne.

PALAVRAS-CHAVE: acne; mulher; adulta.

1 INTRODUÇÃO

A acne é uma afecção dermatológica que atinge as unidades pilosebáceas de algumas áreas do corpo, sendo bastante frequente entre os adolescentes (80%) (MANFRINATO, 2009).

A acne é uma das doenças de pele mais frequentes em dermatologia. A adolescência é um período onde ocorre uma alta incidência de acne, influenciando na autoestima e comportamento dos adolescentes. O aparecimento é precoce, com prevalência maior entre os homens, graças a influência androgênica (RIBAS; OLIVEIRA, 2008).

De causa etiológica multifatorial a acne é uma afecção dermatológica que provoca alterações físicas e emocionais nos indivíduos acometidos em consequência do aspecto inestético que a pele passa apresentar em virtude da formação de comedões, papulas, cisto, nódulos e pústulas que tendem a gerar cicatrizes escavadas, deprimidas e hipertróficas na pele (LIMA, 2006; MANFRINATO, 2009).

Clinicamente, a acne é classificada conforme a sua tipologia em vulgar, hiperandrogênica, iatrogênica, cosmética, escoriado, neonatal, conglobata, fulminante, comedonica, pápulo-pustuloso grave, nódulo-quisto e da mulher adulta (GIACHETTI, 2008; MANFRINATO, 2009).

Conforme o seu grau de acometimento ou evolução clínica os diferentes tipos de acne podem ser classificados em acne não inflamatória ou comedoniana, de grau leve, moderado ou grave (MANFRINATO, 2009).

A acne vulgar é dermatose inflamatória crônica, multifatorial e imunomediada, que acomete a unidade pilossebácea e se caracteriza por apresentar quadro clínico variado. É patologia muito freqüente, com grande impacto epidemiológico, acometendo aproximadamente 40-50 milhões de indivíduos em todo o mundo. Ocorre principalmente na adolescência, afetando cerca de 85% dos jovens, com pico de incidência entre 12-24 anos, mas pode acometer recém-nascidos, crianças e adultos. Apesar de ser considerada dermatose típica da adolescência, observa-se aumento de sua freqüência na população adulta, principalmente em mulheres (RIBEIRO et al., 2015).

Destacam-se os seguintes fatores etiopatogênicos da acne vulgar: produção de sebo pelas glândulas sebáceas, hiperqueratinização folicular, colonização bacteriana do folículo e liberação de mediadores da inflamação no folículo e derme adjacente (HASSUM, 2000). A acne classifica-se conforme as lesões predominantes, sendo graduada de I a V, conforme a gravidade. Acne grau I, não inflamatória, apresenta predomínio de comedões, já na acne grau II há predomínio de lesões pápulo-pustulosas além dos comedões. Na acne de grau III nódulos e cistos podem ser observados e no grau IV sendo uma forma severa com múltiplos nódulos inflamatórios, formação de abscessos e fistulas. Uma forma rara e grave é a acne de grau V (TEIXEIRA; FRANÇA, 2007). Existem diversos fármacos, tópicos e sistêmicos que atuam nos diferentes estados de evolução das lesões. Na classe dos fármacos tópicos destacam-se retinóides (isotretinoína e adapaleno), peróxido de benzoíla, antibióticos, alfa-hidróxiácidos, ácidos azelaico e salicílico, e corticóide. O tratamento sistêmico constitui-se de antibióticos orais (MENESSES; BOUZAS, 2009).

2 OBJETIVOS

O objetivo deste trabalho é descrever a acne, desde os fatores que influenciam seu desenvolvimento, as diversas fases e graus, além de sua prevalência em adolescentes e adultos.

3 MATERIAL E MÉTODOS

Realizou-se um levantamento bibliográfico nas bases de dados eletrônicos, trechos de artigos em formas de PDF. A listagem obtida foi checada manualmente para verificação da existência e disponibilização da publicação de forma livre e gratuita, a fim de poder recuperar as mesmas. Após o levantamento bibliográfico as informações obtidas foram agrupadas, organizadas e discutidas.

4 ACNE

A acne é constituída por um conjunto de lesões, as quais, isoladas ou em conjunto, definem o tipo e gravidade da acne. Dentre as lesões, incluem-se (i) comedão (surge em consequência da hiperqueratose de retenção no folículo pilosebáceo. De início fechado, manifesta-se como pequeno grão miliar, levemente saliente na pele sã. Quando o orifício folicular se dilata passa a comedão aberto, tomando o aspecto de ponto negro. É a lesão elementar e primária da acne); (ii) pápula (surge como área de eritema e edema em redor do comedão, com pequenas dimensões (até 3 mm)); (iii) pústula ou borbulha (sobrepõe-se à pápula, por inflamação da mesma e conteúdo purulento); (iv) nódulo (estrutura idêntica à pápula, mas é de maiores dimensões, podendo atingir 2 cm); (v) quisto (grande comedão que sofre várias rupturas e recapsulações, globoso, tenso, saliente, com conteúdo pastoso e caseoso) e (vi) cicatriz (depressão irregular coberta de pele atrofica, finamente telangiectásica, resultante da destruição do folículo pilo-sebáceo por reacção inflamatória) (FIGUEIREDO et al., 2011).

4.1 Principais Fatores Implicados na Patogênese da Acne

Clinicamente a acne é vista como uma é doença genético-hormonal, crônica, inflamatória que acomete as glândulas sebáceas e o folículo piloso de algumas regiões do corpo humano, em especial da face e tronco, ocasionando na formação de comedões, pústulas, e lesões nódulo cística cuja evolução depende da intensidade do processo inflamatório que leva a formação de abscessos (ABRAHAM et al., apud AZULAY; AZULAY; ABULAFIA, 2008).

Muito comum entre os adolescentes (80%) e normalmente autolimitada, acredita-se que sua etiopatologia está diretamente relacionada à interação de quatro

fatores: hiperprodução de sebo glandular, hiperqueratinização folicular, colonização bacteriana do folículo sebáceo e liberação de mediadores da inflamação no folículo e derme adjacente (LIMA, 2006; PIMENTEL, 2008; ÁBILA; MARTINS, 2009). Entretanto, outros fatores como a hereditariedade, alterações hormonais (decorrentes da puberdade, gravidez, do ciclo menstrual, da síndrome do ovário policístico e da menopausa), uso de medicamentos (corticóides, vitaminas do complexo B, dilantina e lítio), cosméticos (ricos em óleo mineral, manteiga de cacau e miristato de isopropila), alimentação rica em gordura (frituras, chocolates, lipídios) e estresse podem também predispor o surgimento da acne (LIMA, 2006; MEZZOMO, 2007; COSTA; ALCHORNE; GOLDSCHMIDT, 2008; PIMENTEL, 2008; MANFRINATO, 2009).

São quatro os principais fatores implicados na patogênese da acne, a saber, produção de sebo pelas glândulas sebáceas, hiperqueratinização folicular, a colonização bacteriana do folículo pelo *Propionibacterium acnes* (*P. acnes*) e a liberação de mediadores da inflamação no folículo e na derme adjacente. Todos profundamente inter-relacionados (HASSUM, 2000).

4.1.1 Produção de Sebo pelas Glândulas Sebáceas

O sebo é uma mistura de lipídios, principalmente, colesterol, esqualeno, cera, ésteres, esteróides e triglicérides (FARIAS, 2011).

O aumento da produção de sebo provoca aumento da taxa de secreção sebácea pela glândula. Sabe-se, atualmente, que essas altas taxas se correlacionam com níveis elevados de severidade da acne, sendo que o aumento da secreção sebácea pode ocorrer por: aumento na produção de andrógenos e da disponibilidade de andrógenos livres, diminuição da globulina carreadora dos hormônios sexuais (SHBG), ou aumento da resposta do órgão alvo (glândula sebácea) (HASSUM, 2000). Referindo-se aos fatores etiopatogênicos próprios da acne, percebe-se que há alteração nos componentes do sebo dos portadores, em comparação aos indivíduos sãos (COSTA et al., 2007).

4.1.2 Hiperqueratinização Folicular

As alterações histológicas mais precoces na acne são leve dilatação do canal folicular, discreta hiperplasia do epitélio folicular e aumento na quantidade da queratina dentro do canal folicular. Essas alterações constituem o chamado

microcomedão. Há nítida correlação entre a severidade da acne e a quantidade desses microcomedões, que refletem a retenção de queratinócitos ductais hiperproliferados (HASSUM, 2000).

4.1.3 Colonização Bacteriana do Folículo

Os três principais microrganismos isolados da superfície da pele e dos ductos das glândulas sebáceas de indivíduos com acne são *P. acnes*, *Staphylococcus epidermidis* e *Malassezia furfur*, sendo que o primeiro, seguramente, é o mais importante (HASSUM, 2000).

4.1.4 Liberação de Mediadores da Inflamação no Folículo e Derme Adjacente

O *P. acnes* produz várias enzimas dentre elas as lipases e fosfatases, todas envolvidas no processo de ruptura folicular e inflamação dérmica. Além das enzimas, produz fatores quimiotáticos para neutrófilos e linfócitos, e, por meio de fragmentos de sua parede celular, estimula macrófagos a produzirem IL-8, IL-1 β e fator de necrose tumoral alfa, cuja ação conjunta constitui interessante teoria 5 para explicar a presença de células inflamatórias nas paredes dos folículos sebáceos (HASSUM, 2000).

4.2 Tipos de Acne

O diagnóstico é baseado, principalmente, no quadro clínico que se caracteriza pelo polimorfismo. De acordo com o número e tipo de lesões, definem-se as formas de erupção acneiforme (STEINER; HADDAD, 2010).

Clinicamente, a acne é caracterizada pela presença de comedões que por sua vez são divididos em: microcomedão (lesão acneica inicial, que não pode ser visualizada), comedão fechado ou cravo branco (lesão acneica inflamatória) e comedão aberto ou cravo preto (apresenta a extremidade de cor preta devido à presença de melanina, que para completar sofre oxidação por contato direto com o meio, normalmente não inflama) (ABRAHAM et al., apud AZULAY; AZULAY; ABULAFIA, 2008; PIMENTEL, 2008).

De acordo com a característica clínica das lesões acneicas a acne passa a ser classificada qualitativamente em cinco graus de acometimento: grau 0 (pré acne/hiperqueratose folicular); grau I (forma mais leve de acne, não inflamatória ou comedoniana, caracterizada pela presença de comedões (cravos) fechados e

comedões abertos); grau II (acne inflamatória ou pápulo-pustulosa, onde, aos comedões, se associam as pápulas (lesões sólidas) e pústulas (lesões líquidas de conteúdo purulento)); grau III (acne nódulo-abscedante, quando se somam os nódulos (lesões sólidas mais exuberantes)) e grau IV (acne conglobata, na qual há formação de abscessos e fístulas) (TEIXEIRA; FRANÇA, 2007; PIMENTEL, 2008; MANFRINATO, 2009). A acne é classificada em 15 tipos evidenciados no Quadro 1.

Quadro 1. Tipos da acne e suas características clínicas.

TIPO DE ACNE	CARACTERÍSTICAS
Acne Vulgar ou Juvenil	Forma mais comum da acne, de elevada prevalência na adolescência (85%) acomete ambos os sexos. Costuma apresentar regressão espontânea após os 20 anos de idade Hiperandrogênica/Nódulo Quisto Ocorre em 40% das mulheres com síndrome do ovário policístico. De difícil tratamento clínico.
Conglobata	Tipo mais grave e incomum de acne. Predispõe a formação de lesões císticas grades e fenômenos inflamatórios exarcebados. Caracteriza-se pela presença de múltiplos abscessos interconectados e cicatrizes.
Nódulo Cística	Forma grave de acne, medida pelo número e tamanho de seus elementos (10 lesões, no mínimo, de até 4 mm de diâmetro) e resistente à terapêutica habitual.
Fulminante	Observada quase que exclusivamente no sexo masculino, sua manifestação cutânea assemelha-se à da acne conglobata, entretanto, vem acompanhada das seguintes manifestações clínicas: Febre, poliartralgias e hiperleucocitose.
Microcística ou Comedônica	Forma mais simples e discreta de Acne. Sua forma polimórfica associa lesões inflamatórias e não-inflamatória Papulopustuloso Profusa e de duração prolongada, ocasiona cicatrizes teciduais. Podendo resistir meses à terapêutica habitual e geralmente induz a conseqüências psicossociais Acne Neonatal, Infantil ou Pustulose Cefálica Neonatal Surge nas primeiras semanas de vida manifestando-se com múltiplas pápulas, comedões ou pústulas eritematosas inflamatórias no nariz, fronte e bochechas.
Escoriada ou Excorie Dês Jeunes-Files	Lesões relativamente discretas, que acometem sobre tudo o sexo feminino, ocasionando em problemas emocionais, que levam o individuo a traumatizar a pele acnéica com as unhas, juntando as lesões erosivas com crostas hemáticas. Pré-menstrual Forma bastante comum que tende a se agravar na fase pré menstrual.
Ocupacional	Ocasional por substancias químicas que o trabalhador tem contato durante o expediente de trabalho e que geraram cloracne (comedões fechados e cistos não inflamatórios), e elaioconiose (lesões nas áreas de contato com o agente). Tropical Aparece nos climas quentes e úmidos atingindo o tronco e as nádegas.
Oclusiva ou Mecânica	Ocorre devido a uma ação irritativa local (geralmente em áreas de contato com as vestimentas) seguida de infecção bacteriana.
Solar ou Estival	Decorrente de edema óstio folicular devido a queimadura solar agravado pela oleosidade ocasionada por protetores e produtos cosméticos pós-sol.
Rosácea	Doença inflamatória crônica que apresenta episódios de exarcebações agudas principalmente na face. Caracterizando-se por ruborização, eritema persistente, telangiesctasias, pápulas, pústulas e edema.

Fonte: Adaptado de MANFRINATO, 2009.

4.3 Acne na Fase Adulta

A prevalência atual dessa patologia na idade adulta ainda não está bem definida, embora ensaios clínicos apontem 12% das mulheres e 3% dos homens.

Estudos epidemiológicos mostram prevalência de cerca de 41% das mulheres adultas. Essa estatística deve ser analisada com cuidado, mas vem confirmar que se trata de quadro comum. Há controvérsias se essa frequência vem aumentando ou se as mulheres adultas do mundo atual estão menos tolerantes ao quadro e mais bem informadas sobre tratamentos médicos.

A acne da mulher adulta influencia negativamente as relações pessoais e profissionais, podendo levar à introspecção, ao isolamento social e à depressão. Pacientes relatam perda da qualidade de vida comparável à provocada pela psoríase vulgar, e observa-se associação importante entre a acne e desordens alimentares como bulimia e anorexia nervosa. Estudos mostram que cerca de 40% dos adultos com acne vão apresentar algum tipo de distúrbio psiquiátrico. A acne da mulher adulta é classificada em três subtipos de acordo com o período de início do quadro clínico, em (1) acne persistente (inicia-se na adolescência e persiste até a idade adulta. É o subtipo mais comum, correspondendo a 80% dos casos); (2) acne de início tardio ou acne tardia (inicia-se após a adolescência, entre 21-25 anos de idade) e (3) acne recorrente (inicia-se na adolescência, seguida por um período de melhora do quadro e posterior agravo após os 25 anos de idade) (RIBEIRO et al., 2015).

Em relação à acne na mulher adulta, destacam-se quatro fatores etiopatogênicos, a saber: (i) aumento da sensibilidade da glândula sebácea aos hormônios androgênicos: observa-se hipersensibilidade dos receptores encontrados nos sebócitos e queratinócitos aos hormônios androgênicos circulantes. Essa hipótese é baseada em análises clínicas como o agravo do quadro acneico no período pré-menstrual, na pré-menopausa, na gravidez e durante o uso de contraceptivos progestínicos. Nesses períodos ocorre aumento relativo dos hormônios com maior atividade androgênica, em relação ao estradiol; (ii) aumento da conversão hormonal periférica: hiperatividade e atividade anormal de enzimas relacionadas ao metabolismo de hormônios androgênicos como a 5-alfarredutase, a 3-beta-hidroxiesteróide-desidrogenase e a 17-hidroxiesteróide-desidrogenase, com aumento da conversão periférica dos pré-hormônios (Sdhea, androstenediona e testosterona) em hormônios androgênicos mais potentes (testosterona e DHT); (iii) deficiência da imunidade inata com atividade anormal dos receptores toll-like ou defensinas, que induziriam a redução da resistência ao *P. acnes* e inflamação

crônica das glândulas sebáceas. A deficiência da imunidade inata é determinada geneticamente, e essa pode ser a explicação da ocorrência familiar do quadro clínico de acne (RIBEIRO et al., 2015) e (iv) participação do fator de crescimento semelhante à insulina 1 (IGF 1) como estimulador da produção hormonal androgênica ovariana e cofator na disponibilidade dos hormônios circulantes, a partir de sua ação como redutor da produção hepática da globulina carreadora dos hormônios sexuais (SHBG). Atualmente, diversos outros fatores têm sido associados ao surgimento da acne na mulher adulta, dando a esse quadro caráter multifatorial. A predisposição genética tem-se mostrado importante fator predisponente, influenciando no número, no tamanho e na atividade da glândula sebácea.

Observa-se, também, sua influência sobre o controle hormonal e sobre o processo de hiperqueratinização folicular. Certos medicamentos são associados ao desenvolvimento da acne, como benzodiazepínicos, lítio, ciclosporina, corticosteroides, ramipril, isoniazida, complexos vitamínicos do tipo B e anticoncepcionais progestínicos. As progesteronas de primeira geração, como o norgestrel, têm efeito androgênico similar ao da testosterona. A dieta rica em alimentos com alta carga glicêmica, a resistência insulínica, o uso de cosméticos oclusivos, o estresse emocional e a puberdade precoce são outros fatores importantes no desenvolvimento da acne (RIBEIRO et al., 2015).

5 TRATAMENTO

O tratamento no geral deve seguir o algoritmo do tratamento da acne vulgar. Na acne comedoniana prioriza-se o uso dos retinóides, mas, nos demais graus, deve-se preferir as combinações com mecanismos complementares e também lançar mão das terapias sistêmicas hormonais.

O tratamento da acne deve ser o mais precoce possível, para evitar cicatrizes físicas e psicossociais, devendo abordar todos ou o máximo possível de fatores envolvidos na etiopatogenia da doença (MONTEIRO, 2009).

Seu tratamento também pode ser tópico, sistêmico e mesmo cirúrgico, quando predominam as cicatrizes, os comedões e cistos. A escolha depende do grau de acometimento da pele (BRENNER et al., 2006) e deve ser ajustado individualmente de acordo com as características do doente e o tipo de lesões presentes (VAZ, 2003). Meneses e Bouzas (2009) demonstram que a acne grau I

pode ser tratada com tretinoína, isotretinoína, adapaleno ou ácido azeláico, medicamentos que têm como objetivo os efeitos anti-inflamatórios, anticomedogênicos e comedolíticos. Na acne grau II podem ser utilizados antibióticos por via oral como tetraciclina, minociclina ou sulfa, além de medicamentos contendo antimicrobianos tópicos, como o peróxido de benzoíla, eritromicina ou clindamicina na forma de gel ou loção alcoólica. Nas acnes graus III e IV utilizam-se os medicamentos descritos anteriormente ou a monoterapia sistêmica com isotretinoína oral.

5.1 Tratamento Tópico

5.1.1 Retinóides

A isotretinoína é um derivado do ácido retinóico que age aumentando a atividade mitótica das células dentro dos folículos. As células tornam-se menos coesivas, diminuindo os processos de formação dos microcomedões. Esta não possui nenhuma atividade antimicrobiana ou antiinflamatória, entretanto, pela redução do número de comedões, o número de lesões inflamatórias também diminui (BONETTO, 2004).

A maioria das reações adversas envolvendo o uso de isotretinoína está relacionada à pele e membranas mucosas, sistema nervoso central, músculoesquelético, hematopoiético e linfático, gastrointestinal, cardiorrespiratório e geniturinário. Por ser altamente teratogênica, quando administrada no 1o trimestre de gestação, a isotretinoína pode ocasionar abortos espontâneos ou má formação do feto. Através de estudos, verificou-se que as alterações do colesterol, das triglicérides e da glicose, implicam em possíveis risco de doenças coronarianas e que a redução à normalidade ocorreu após o término do tratamento (JÚNIOR et al., 2009).

Em 1995, foi lançada uma nova molécula derivada do ácido naftóico, o adapaleno, com propriedades biológicas similares às do ácido retinóico. Suas propriedades farmacológicas conferem-lhe habilidade para controlar, em especial, a diferenciação celular epidérmica, mas também sua proliferação e para prevenir e eliminar comedões, além de ter eficiente atividade anti-inflamatória (SILVA et al., 2003). Aplicação tópica desse pode produzir irritação da pele, que é reversível quando o medicamento é descontinuado, assim como quando a frequência de aplicação é diminuída. Os efeitos mais comuns são leve queimação, sensação de

calor, prurido, avermelhamento, ressecamento, descamação ou irritação da pele, que pode ser leve e transiente ou severa. Não se recomenda o uso na gravidez por se tratar de um retinóide. O uso deste medicamento pode causar ou aumentar a irritação associada ao eczema ou a dermatite seborréica (THIBOUTOT et al., 2007).

Recomendados na acne comedoniana e na acne leve a moderada inflamatória. Podem ser usados como monoterapia ou associados a outros tópicos, como o peróxido de benzoíla e tratamentos orais. Os diversos retinoides tópicos podem ser utilizados com resultados similares de eficácia tanto nas lesões não inflamatórias quanto inflamatórias. O adapaleno mostrou-se mais bem tolerado. Todo retinoide tópico depende da orientação médica inicial esclarecedora, para que o paciente tenha adesão adequada e supere a fase inicial de possível irritação. Estudos mostram que sua associação à espironolactona pode potencializar o efeito do tratamento tópico isolado.

5.1.2 Peróxido de Benzoíla

Peróxido de benzoíla 5% é uma formulação clássica para tratamento da acne inflamatória. Nessas concentrações, o peróxido de benzoíla tem ação anti-inflamatória e antibacteriana e, por esse motivo é preconizado para o tratamento da acne inflamatória graus II ou III (ARRUDA et al., 2009).

Também apresenta propriedades queratolíticas, as quais produzem comedólise, ressecamento e descamação, contribuindo para sua eficácia. Aplicação tópica pode produzir irritação da pele, particularmente no início do tratamento. Em alguns pacientes a irritação pode requerer redução da frequência de aplicação ou temporária suspensão do tratamento. Alguns pacientes podem apresentar sensibilidade ao contato (THIBOUTOT et al., 2007).

Devido às suas propriedades bactericidas, anti-inflamatórias e queratolíticas, é recomendado como parte das combinações em quase todos os tratamentos tópicos. Deve-se optar pelas menores concentrações, pois têm ação similar à das maiores e provocam menos irritação. Por apresentar toxicidade contra *P. acnes*, deve ser usado na tentativa de reduzir a resistência bacteriana. Os antibióticos tópicos e os orais, como monoterapia, devem ser evitados no tratamento da acne, devido à chance de resistência bacteriana.

5.1.3 Ácido azeláico

Ácido azeláico é indicado no tratamento da acne não inflamatória e inflamatória, pois possui propriedades comedolíticas e bactericidas. Atua normalizando a queratinização folicular e reduzindo a concentração de *P. acnes* na unidade pilosebácea (VAZ, 2003). Contudo, a sua ação é dose-dependente e queimadura pode ocorrer a altas concentrações (LARA, 2008).

Não é considerado primeira linha no tratamento da acne, sendo alternativa devido às propriedades bactericidas, anti-inflamatórias e queratolíticas. Não se observa agentes mutantes resistentes após o uso tópico de ácido azelaico. Melhor absorção em gel e apresenta efeito colateral de “pinicação” inicial que pode dificultar a adesão do paciente, se não for bem orientado. Excluindo esse aspecto, que pode ser superado com uso de pequena quantidade e às vezes associado com hidratante, tem-se boa tolerância e também efeito na hiperpigmentação pós-inflamatória devido a sua ação de inibição da tirosinase.

5.2 Tratamento Sistêmico

O tratamento sistêmico é indicado na acne moderada ou grave, associada a cicatrizes, extensa e resistente ao tratamento tópico.

Os antibióticos tópicos diminuem o número de *P. acnes* e também possuem atividade anti-inflamatória intrínseca. Eles são muito efetivos para a acne inflamatória moderada, particularmente na combinação com um agente comedogênico. Três grupos de antibióticos de amplo espectro são usados: tetraciclina, eritromicina e clindamicina. Eles são indicados para todos os tipos de acne inflamatória, particularmente as de médio grau (BONETTO, 2004).

As melhores opções são os antibióticos lipofílicos como as tetraciclina, lincamicina, doxiciclina, minociclina, clindamicina, trimetoprim e macrolídeos. Normalmente, observa-se boa resposta, mas não devem ser usados nem mantidos como monoterapia devido ao risco de desenvolvimento de resistência bacteriana. Devem ser utilizados de acordo com as mesmas orientações do tratamento da acne vulgar. Em caso de uso tópico, devem ser de preferência associados ao peróxido de benzoíla ou ácido azelaico. O uso oral não deve ser concomitante ao uso tópico de antibiótico, com exceção do peróxido de benzoíla, ácido azelaico ou mesmo retinoide tópico. Os retinoides tópicos são as melhores opções em relação à manutenção.

5.2.1 Terapia hormonal

A terapia hormonal inclui três tipos de medicações (1) bloqueadores dos receptores de andrógenos ou antiandrógenos propriamente ditos; (2) inibidores da produção androgênica e/ ou adrenal e (3) inibidores das enzimas metabolizadoras de andrógenos. Indicada em mulheres que apresentam sinais clínicos de hiperandrogenismo, mulheres com diagnóstico de hiperandrogenismo adrenal ou ovariano, não responsivas às terapias tradicionais, com história de irregularidade menstrual ou que desejem a anticoncepção. Podem ser usadas como monoterapia, mas normalmente são associadas a outras terapias sistêmicas e tópicas.

5.2.2 Metformina

A metformina não é antiandrogênico, mas um agente sensibilizante da insulina (assim como a tiazolidinediona) que aumenta a sensibilidade dos tecidos à ação da insulina. A metformina reduz a gliconeogênese hepática e aumenta a sensibilidade do músculo à insulina, diminuindo a concentração da insulina sérica e, conseqüentemente, diminuindo a produção de andrógenos pelas células da teca. Não é hipoglicemiante, por não aumentar a secreção de insulina. A metformina diminui a concentração de colesterol total, LDL e triglicérides, e aumenta a concentração de HDL. Parece que essa droga influencia diretamente a esteroidogênese ovariana, reduzindo a produção dos andrógenos. A dose recomendada é de 500mg ou 800 mg 3 vezes por dia.

A resposta ao tratamento com agentes sensibilizadores da insulina é diretamente proporcional ao IMC, insulina de jejum, glicemia jejum, Homa, colesterol total e LDL - colesterol e pressão arterial. O uso da metformina está indicado em casos de resistência periférica aumentada à insulina e, associado ao SOP, nos casos de acne da mulher adulta. Os efeitos colaterais mais habituais são diarreia, náuseas, vômitos, flatulência e anorexia. As contraindicações são: doença renal, acidose metabólica, insuficiência cardíaca congestiva e hipersensibilidade à metformina.

5.2.3 Contraceptivos

Os contraceptivos orais (CO) são compostos habitualmente de dois componentes: (1) estrógeno (habitualmente o etinilestradiol, no passado doses altas

de até 100 μ e atualmente de 35, 30, 20 e 15 μ) e (2) progestágeno. O estrógeno estimula a produção hepática da proteína carreadora de andrógenos (SHBG – sex hormone binding globulin), favorecendo indiretamente a diminuição dos níveis de testosterona livre e, conseqüentemente, seus efeitos periféricos. O estrógeno inibe o eixo hipotálamo-hipófise-gônadas e reduz também a atividade da 5- α -redutase.

Os progestínicos são derivados da testosterona, e os mais antigos, de primeira geração (norgestrel, levonorgestrel), são potencialmente androgênicos, podendo desencadear efeitos androgênicos como acne, hirsutismo, alopecia e alterações metabólicas lipídicas e glicêmicas e/ou piorar a acne na mulher adulta. Os progestínicos mais novos de segunda ou terceira geração tendem a ser mais antiandrogênicos. Há relatos de aumento do risco de infarto agudo do miocárdio em mulheres em uso de CO, principalmente obesas e fumantes. Esse perfil de mulher deverá evitar o uso de CO.

Os anticoncepcionais orais suprimem a produção hipofisária de gonadotrofinas, bloqueiam a ovulação e diminuem a produção ovariana de andrógenos. As melhores associações para tratamento da acne da mulher adulta são do etinil-estradiol e acetato de ciproterona ou componentes progestínicos de segunda, terceira ou última geração como a drospirenona ou clormadinona. Os progestínicos mais novos são mais bem tolerados, porém têm eficácia antiandrogênica um pouco menor do que o acetato de ciproterona.

Existem variações individuais nas respostas, e, portanto, se uma mulher está bem com um contraceptivo, mesmo antigo, não há indicação de mudança com relação ao tratamento da acne da mulher adulta. O contrário também se aplica: se a mulher está em uso há mais de seis meses de um contraceptivo bem indicado para acne e não responde bem, poderá ser tentada a mudança para outro, de diferente classe de progestínico. Um bom marcador de resposta ao contraceptivo é a dosagem da SHBG, que aumenta com o uso do estrógeno. Os efeitos colaterais dos antiandrogênicos são aumento de peso, cefaleia, distúrbios gástricos, depressão, diminuição da libido, edema, feminilização de feto masculino, irritabilidade, mastodínia, melasma, sangramento uterino e alterações hepáticas. As contraindicações para o uso dos antiandrogênicos são doença cardiovascular, fenômenos tromboembólicos, gravidez, sangramento genital e transtornos hepáticos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mediante a realização do presente estudo, constatou-se Ao término do estudo constatou-se que são inúmeras as possibilidades terapêuticas para o tratamento da acne, as quais são dependentes sobre tudo da tipologia da afecção sendo, portanto de fundamental importância que todo e qualquer profissional que trabalhe com estética e que venha tratar pacientes com acne informe seus pacientes sobre a natureza da acne e sobre o caráter autolimitado dos tratamentos, pois a maioria deles tem a sua ação limitada a eliminar as lesões acnéicas e a prevenir suas complicações.

A acne não é patologia que apresenta risco de vida; provoca, contudo, tanto alterações físicas como psicológicas, pois pode deixar cicatrizes na face ou no tronco. Isso ocorre em todas as faixas etárias. Quando, entretanto, lidamos com mulheres de 20 a 40 anos, econômica e socialmente ativas, esse quadro pode trazer insegurança, inibição social, depressão e ansiedade. A abordagem adequada da acne da mulher adulta pelo dermatologista ou/e esteticista, tanto investigativa quanto terapêutica, pode ter impacto positivo muito grande, físico e emocional, na vida dessas mulheres.

REFERÊNCIAS

ÁBILA, C. M. S.; MARTINS, R. M. K. Tratamento da acne com ativos da Amazônia. Revista Personalité, São Paulo, v.1, n.61, p.10-20, jan. 2009.

ABRAHAM, W. et al. Acne e Doenças afins. In: AZULAY, R.D.; AZULAY, D.R.; ABULAFIA, L. Dermatologia. 5ed. Cap. 29. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p.466-475. 2008.

ADDOR, F. A. S.; SCHALKA, S. Acne na mulher adulta: epidemiologia, diagnóstico e aspectos terapêuticos. Anais Brasileiros de Dermatologia, v.85, n.6, p.789-795, 2010.

ALVES, G. F.; NOGUEIRA, L. S. C.; VARELLA, T. C. N. Dermatologia e gestação. Anais Brasileiros de Dermatologia, v.80, n. 2, 2005.

ARRUDA, L. H. F.; KODANI, V.; FILHO, A. B.; MAZZARO, C. B. Estudo clínico, prospectivo, aberto, randomizado e comparativo para avaliar a segurança e a eficácia da luz azul versus peróxido de benzoíla 5% no tratamento da acne

inflamatória graus II e III. Anais Brasileiros de Dermatologia, v.84, n.5, p.463-468, 2009.

BEZERRA, A. C. A.; GONÇALVES, G. M. S. Desenvolvimento e estudos de estabilidade de formulações cosméticas contendo própolis destinadas á prevenção da acne. Anais do XIV Encontro de Iniciação Científica da PUC-Campinas - 29 e 30 de set. de 2009.

BONETTO, D. V. S. Acne na adolescência. Adolescência & Saúde, v.1, n.2, 2004.

BRENNER, F. M.; ROSAS, F. M. B.; GADENS, G. A.; SULZBACH, M. L.; CARVALHO, V. G.; TAMASHIRO, V. Acne: Um tratamento para cada paciente. Revista Ciência Médica, v.15, n.3, p.257- 266, maio/jun. 2006.

COSTA, A. D.; MACHADO, S.; SELORES, M. Corticóides tópicos: Considerações sobre a sua aplicação na patologia cutânea. Revista Portuguesa Clinica Geral, v.21, p.367-373, 2005.

COSTA, A.; ALCHORNE, M. M. A.; MICHALANY, N. S. LIMA, H. C. Acne vulgar: estudo piloto de avaliação do uso oral de ácidos graxos essenciais por meio de análises clínica, digital e histopatológica. Anais Brasileiros de Dermatologia, v.82, n.2, p.129-134, 2007.

COSTA, A.; ALCHORNE, M. M. A.; GOLDSCHMIDT, M. C. B. Fatores etiopatogênicos da acne vulgar. Anais Brasileiros de Dermatologia, Rio de Janeiro, v.83, n.5, p. 451-459, set.-out. 2008.

DAMIANI, D.; KUPERMAN, H.; DICHTCHEKENIAN, V.; MANNA, T. D.; SETIAN, N. Corticoterapia e suas repercussões: a relação custo-benefício. Pediatría, n.1, p.71-82, 2001.

FARIAS, G. D. Formulações semissólidas contendo nanocapsulas de adapaleno: determinação da estabilidade, avaliação da liberação in vitro e ensaios utilizando biometria cutânea. Dissertação de Mestrado, Santa Maria –RS, 2011.

FIGUEIREDO, A.; MASSA, A.; PICOTO, A.; SOARES, A. P.; BASTOS, A. S.; LOPES, C.; RESENDE, C.; REBELO, C.; BRANDÃO, F. M.; PINTO, G. M.; OLIVEIRA, H. S.; SELORES, M.; GONÇALO, M.; BELLO, R. T. Avaliação e tratamento do doente com acne – Parte I: Epidemiologia, etiopatogenia, clínica, classificação, impacto psicossocial, mitos e realidades, diagnóstico diferencial e estudos complementares. Revista Portuguesa Clinica Geral, v.27, p.59-65, 2011.

GIACHETTI, A. Acné Conceptos actuales. Conexion pediátrica, Buenos Aires, v.1, n.2, p.1-6, mar. 2008.

HASSUN, K. M. Acne: etiopatogenia. Anais Brasileiros de Dermatologia, v.75, n.1, p.7-15, jan./fev.2000.

JÚNIOR, E. D. S.; SETTE, I. M. F.; BELÉM, L. F.; JANEIRO, D. I.; PEREIRA, G. J. S.; BARBOSA, J. A. A.; MENEZES, A. D. S. F. Isotretinoína no tratamento da acne: riscos X benefícios. Revista Brasileira de Farmácia, v.90, n. 3, p. 186-189, 2009.

LARA, V. C .D.; Desenvolvimento de nanocapsulas contendo AC retinoico para tratamento tópico da acne. Dissertação de Mestrado, Belo Horizonte- MG, 2008.

LIMA, L. A. F. Acne na mulher adulta e tratamento. Revista Médica da Santa Casa de Maceió, Maceió, v.1, n.1, p. 26-29, jan. 2006.

MENESES, C.; BOLZAS, I. Acne vulgar e adolescência. Adolescência & Saúde, v.6, n.3,p.21-23, 2009.

MEZZOMO, A. C. Incidência de acadêmicos da FAG que procuram a fisioterapia dermatofuncional para o tratamento da acne. 2007. 74f. Monografia (Graduação em Fisioterapia): Faculdade Assis Gurgacz, Cascavel, 2007.

MONTEIRO, E. O. Acne e fotoproteção. Revista Brasileira de Medicina, v.66, jun.2009.

NARDIN, P.; GUTERRES, S. S. Alfa-hidroxiácidos: Aplicações cosméticas e dermatológicas. Caderno de Farmácia, v.15, n.1, p.7-14, 1999.

PONZIO, H. A.; BIER, R. T.; BOZKO, M. P. Avaliação clinica de uma linha de produtos indicados para o controle da acne em adolescentes. Anais Brasileiros de Dermatologia, v.69, n.6, p.461-465, 1994.

RIBAS, J.; OLIVEIRA, C. M. P. B. Acne vulgar e bem-estar em acadêmicos de medicina. Anais Brasileiros de Dermatologia, v.83, n.6, nov./dec.2008.

RIBEIRO, B. M.; FOLLADOR, I. COSTA, A. FRANCESCONI, F. NEVES, J. R.; ALMEIDA, L. M. C. Acne da mulher adulta: revisão para o uso na prática clínica diária. Surg Cosmet Dermatol; 7(3 Supl 1):S10-9; 2015.

SIMOES, C. C.; ARAUJO, D. B.; ARAUJO, R. P. C. Estudo in vitro e ex vivo da ação de diferentes concentrações de extratos de própolis frente aos microrganismos presentes na saliva de humanos. Revista Brasileira de Farmacognosia, v.18, n.1, jan./mar.2008.

SILVA, M. R.; CARNEIRO, S. C. S.; PONZIO, H. A.; ASSUNÇÃO, B. F. G.; CARDOSO, A. E. C.; ALMEIDA, F. A.; ZAITZ, Z.; CAMPBELL, I. Estudo clínico

aberto multicêntrico da efetividade e tolerabilidade do gel de adapaleno a 0,1%* em pacientes com acne vulgar. Anais Brasileiros de Dermatologia, v.78, n.2, p.155-168, mar./abril. 2003.

SPETHMANN, C. N. Medicina alternativa de A a Z. 7.ed. Uberlândia: Editora natureza; 392p. 2007.

STEINER, D.; HADDAD, G. R. Como Diagnosticar e Tratar Acne. Revista Brasileira de Medicina, v.67, abr. 2010.

TEIXEIRA, M. A. G.; FRANÇA, E. R. Mulheres adultas com acne: aspectos comportamentais, perfis hormonal e ultrasonográfico ovariano. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v.7, n.1, p.39- 44, jan./mar. 2007.

THIBOUTOT, D. M.; WEISS, J.; BUCKO, A.; EICHENFIELD, L.; JONES, T.; CLARK, S.; LIU, Y.; GRAEBER, M.; KANG, S. Adapalene-benzoyl peroxide, a fixed-dose combination for the treatment of acne vulgaris: Results of a multicenter, randomized double-blind, controlled study. Journal of the American Academy of Dermatology, v.57, p.791-799, 2007.

UDA, C. F.; WANCZINSKI, B. J. Principais ativos empregados na farmácia Magistral para o tratamento tópico da Acne. Informa – Informativo Profissional do Conselho de Federal de Farmácia, Brasília, v.20, n.9/10, p.16-25, set. 2008.

VAZ, A. L. Acne vulgar: bases para o seu tratamento. Revista Portuguesa Clinica Geral, v.19, p.561-70, 2003.