

Erupção polimórfica da gravidez: relato de caso e revisão da literatura

Polymorphic eruption of pregnancy: case report and review of literature

Juliana Barroso Zimmermann¹, Adrianne Maria Berno de Rezende Duarte¹,
Alexander Cangussu Silva¹, Bruno Leonardo de Carvalho Burato¹

RESUMO

Durante o período gestacional a mulher passa por intensas alterações imunológicas, endócrinas, metabólicas e vasculares que a tornam susceptível a mudanças no seu organismo, inclusive na pele, determinando as dermatoses específicas da gravidez. Além disso, existe um segundo grupo de lesões dermatológicas que podem ser preexistentes e, portanto, vulneráveis a agravamento ou melhoria durante a gravidez. Os autores apresentam dermatose com quadro clínico, tratamento e evolução, e fazem ainda uma revisão atualizada da literatura médica.

Palavras-chave: exantema; prurido; manifestações cutâneas; dermatopatias; complicações na gravidez; cuidado pré-natal.

ABSTRACT

During the gestational period, the woman undergoes intense immunological, endocrine, metabolic and vascular changes that make her susceptible to changes in her organism, including skin, determining the specific dermatoses of pregnancy. In addition, there is a second group of dermatological lesions that may be pre-existing and therefore liable to worsen or improve during pregnancy. The authors present a clinical case of dermatoses with clinical picture treatment and evolution and make an up-to-date review of the medical literature.

Keywords: exanthema; pruritus; skin manifestations; skin diseases, pregnancy complications; prenatal care.

INTRODUÇÃO

Durante o período gestacional a mulher passa por intensas alterações imunológicas, endócrinas, metabólicas e vasculares que a tornam susceptível a mudanças no seu organismo, inclusive na pele, que podem ser fisiológicas da gravidez e ocorrem em consequência da produção de várias proteínas e hormônios esteroides pela unidade fetoplacentária, além do aumento da atividade das glândulas tireoide, adrenais e hipófise.¹⁻³ A maioria surge no início da gravidez e, geralmente, desaparece no fim desta ou após o parto. Em termos clínicos, as lesões podem ser discretas ou, em alguns casos, severas a ponto de merecerem tratamento.³

Por outro lado, existe um segundo grupo de lesões dermatológicas que podem ser preexistentes e, portanto, susceptíveis a agravamento ou melhoria durante a gravidez e as dermatoses específicas da gravidez (DEGs).^{3,4} Importante ressaltar que, independentemente de sua etiologia, são de interesse o tratamento e o controle dessas alterações, já que a autoestima da mulher depende também da beleza e da integri-

dade da pele. Além disso, algumas dessas alterações podem determinar repercussões para o feto e, por isso, têm potencial de gravidade maior,⁵ como, por exemplo, parto pré-termo, insuficiência placentária e até óbito fetal, que pode acontecer na colestase intra-hepática da gravidez.

As DEGs são erupções cutâneas que ocorrem somente na gestação. A nomenclatura e a classificação das DEGs têm sofrido muitas alterações, também pelos avanços na descoberta da sua patogênese. Atualmente, são consideradas DEGs o penfigoide gestacional, a erupção polimórfica da gravidez (EPG), a colestase intra-hepática da gravidez e a erupção atópica da gravidez.^{4,5} Estima-se que 100% das gestações apresentem, ao exame dermatológico, algum tipo de dermatose, fisiológica ou não.⁶

Desse modo, a abordagem das dermatoses deve seguir orientação, para que o diagnóstico seja adequado. Baseados no exposto, os autores apresentam um caso clínico de EPG, discutindo o tratamento e a evolução do caso, comparando-o com a literatura médica.

¹Universidade Federal de Juiz de Fora – Juiz de Fora (MG), Brasil.

Autor correspondente: Juliana Barroso Zimmermann – Avenida Rio Branco, 2.406, sala 1101 – CEP: 36016-310 – Juiz de Fora (MG), Brasil – E-mail: julianabz@uol.com.br

Recebido em 27/05/2017. Aceito para publicação em 30/11/2017.

APRESENTAÇÃO DO CASO

Paciente admitida em regime de pré-natal de alto risco. Tratou-se de paciente primigesta, jovem, com 26 anos de idade, tendo como relato história de asma brônquica na infância, sem qualquer repercussão na vida adulta. Inicialmente, sem qualquer queixa clínica ou obstétrica. No terceiro trimestre, evoluiu com prurido intenso, iniciado nos pés e nas mãos, e, a seguir, houve aparecimento de lesões tipo pápulas eritematosas que se confluíram em placas edematosas em todo o abdome, poupando a área do umbigo (Figuras 1A e 1B). Não apresentou outras intercorrências clínicas ou obstétricas. Para tratamento, utilizaram-se loções emolientes e anti-histamínico (loratadina 10 mg/dia), com resultados limitados (Figuras 1C e 1D). Evoluiu para parto cesariano e o acompanhamento pré-natal foi satisfatório, com número de consultas acima do recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e sem qualquer outra intercorrência clínica ou obstétrica. A indicação da cesariana foi obstétrica por distocia de posição. Com uma semana de puerpério, toda a sintomatologia dermatológica estava em completa remissão.

REVISÃO DA LITERATURA

O caso clínico foi diagnosticado como EPG. É uma das mais comuns, e muitas vezes subdiagnosticada, dermatoses gestacionais. Trata-se de uma manifestação típica do terceiro trimestre, com maior incidência nas primigestas e prevalência de 1 caso a cada 160 gestações. A etiopatogenia permanece incerta, mas acredita-se que a distensão

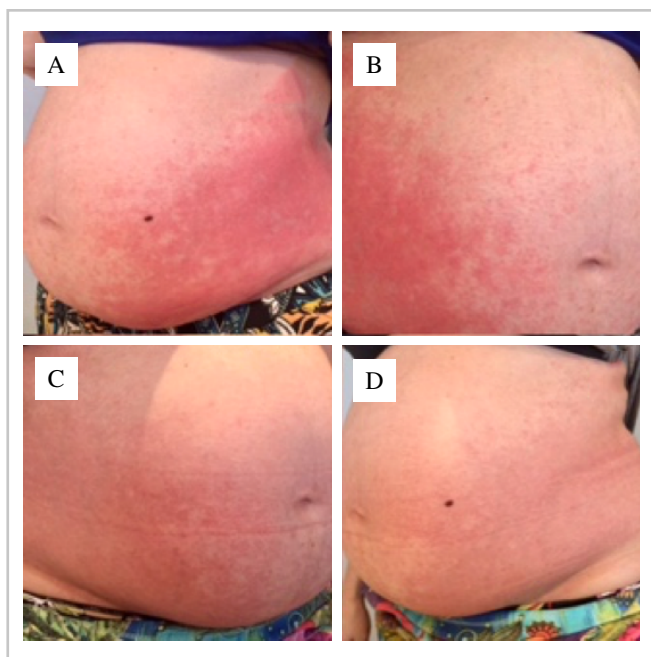


Figura 1. (A) e (B) Pápulas eritematosas confluindo em placas urticariformes, poupando área de umbigo. (C) e (D) Após uso de loratadina, nota-se melhora clínica, embora ainda tenha persistido, com remissão total no pós-parto.

abdominal excessiva e os fatores hormonais e autoimunes sejam os principais responsáveis pelo seu aparecimento; níveis séricos de progesterona e quimerismo periférico (depósito materno cutâneo de ADN fetal) também foram apontados como possíveis causas.³ Por isso, a gestação gemelar e o ganho de peso exagerado na gravidez estão intimamente associados, não havendo piora no pós-parto nem tendência à recorrência em outras gestações, sendo mais frequente em primigestas. Caracteriza-se por lesões urticariformes, intensamente pruriginosas, iniciando nas estrias abdominais, disseminando-se para coxas, região glútea e braços. Em geral, a região periumbilical é poupada e as lesões regridem em até seis semanas, com descamação e crostas na fase de resolução. O prurido tende a piorar de forma gradativa no final da gravidez até o parto, quando tende a resolver-se espontaneamente,⁷ mas há relatos do diagnóstico dessa dermatose no pós-parto e o diagnóstico diferencial inclui penfigoide gestacional, escabiose e eritema multiforme.⁸ O tratamento deve ser apenas sintomático, com anti-histamínicos e corticoides tópicos, uma vez que se trata de doença sem riscos para mãe e feto e com resolução espontânea.⁹ Nos quadros mais intensos, pode-se utilizar corticoterapia oral.^{3,5,10} Muitas vezes, os anti-histamínicos de segunda geração (desloratadina e loratadina) são preferidos, visto que quase não atravessam a barreira hematoencefálica, não determinando sonolência. Embora sejam poucos os estudos em relação ao uso dessas medicações em gestantes, não tem sido encontrado aumento da incidência de malformações fetais. Nesse caso, optamos por loratadina na dosagem de 10 mg/dia, associada a creme emoliente, com resposta clínica limitada. A cura da sintomatologia foi expressiva após o parto.

CONCLUSÕES

Os autores relatam a importância da avaliação clínica da paciente. Na vigência de lesão cutânea, a localização e a característica da lesão ajudarão a definir o diagnóstico. A EPG deve ser considerada por ser uma dermatose específica e frequente da gravidez.

REFERÊNCIAS

1. Alves GF, Nogueira LSC, Varella TCN. Dermatologia e gestação. *An Bras Dermatol.* 2005;80(2):179-86. <http://dx.doi.org/10.1590/S0365-05962005000200009>
2. Dehdashti AL, Wikas SM. Pruritic urticarial papules and plaques of pregnancy occurring postpartum. *Cutis.* 2015;95(6):344-7.
3. Fernandes LB, Mendonça CR, Amaral WN. Alterações dermatológicas na gravidez: revisão da literatura. *Femina.* 2014;42(2):101-8.
4. Figueiró TLM, Figueiró Filho EA, Coelho LR. *Pele e gestação: aspectos atuais dos tratamentos e drogas comumente utilizados – parte II.* *Femina.* 2008;36(9):551-7.

5. 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.
6. Sachdeva S. The dermatoses of pregnancy. *Indian J Dermatol*. 2008;53(3):103-5. <http://dx.doi.org/10.4103/0019-5154.43203>
7. Tavares E, Fernandes E, Martins C. Dermatoses específicas da gravidez. *Acta Obstet Ginecol Port*. 2011;5(3):122-31.
8. Taylor D, Pappo E, Aronson IK. Polymorphic eruption of pregnancy. *Clin Dermatol*. 2016;34(3):383-91. <http://dx.doi.org/10.1016/j.clindermatol.2016.02.011>
9. Teixeira V, Coutinho I, Gameiro R, Vieira R, Gonçalo M. Dermatoses específicas da gravidez. *Acta Med Port*. 2013;26(5):593-600.
10. Zanini M, Paschoal LHC. Dermatoses gestacionais. *Med Cutan Iber Lat Am*. 2004;32(4):139-50.

Como citar este artigo:

Zimmermann JB, Duarte AMBR, Silva AC, Burato BLC. Erupção polimórfica da gravidez: relato de caso e revisão da literatura. *Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba*. 2019;21(1):39-41. <http://dx.doi.org/10.23925/1984-4840.2019v21i1a8>