

ASSOCIAÇÃO DE PROTOCOLOS PARA GERENCIAMENTO DE PELE, COMO ALTERNATIVA DE TRATAMENTO E CONTROLE DO MELASMA E ROSÁCEA: RELATO DE CASO CLÍNICO

Association of protocols for skin management, with alternative treatment and control of rosacea: clinical case report.

Asociación de protocolos para el manejo de la piel, con alternativas de tratamiento y control de la rosácea: reporte de caso clínico.

Suzan Thalia Pantoja Alves¹, Daniela Falcadi Coêlho², Carla Rafaela Gomes da Silva³, Edinelza Costa Viana⁴.

RESUMO

Objetivo: O presente trabalho teve o objetivo de demonstrar e avaliar através de um relato de caso clínico a eficácia da associação de protocolos para gerenciamento de pele no tratamento e controle do melasma e da rosácea. **Relato de caso:** Paciente, 36 anos, compareceu a uma consulta para tratar melasma do rosto. No exame de saúde foi constatado que a paciente usava anticoncepcional há mais de 15 anos e tem surtos de dermatite seborreica. No exame clínico foi constatado melasma tipo misto e rosácea eritemato - telangiectasia, foi sugerido uma associação de protocolos e home care personalizado para gerenciar e controlar o melasma e a rosácea. O tratamento iniciou com a prescrição de home care incluindo uma fórmula de gel creme com ativos clareadores para uso noturno, orientações de medidas de cuidados com a pele durante o tratamento, prescrição do Ácido Tranexâmico 250mg de 12 em 12h diariamente e injeções de ácidos nas áreas das manchas marrons uma vez na semana, finalizando com uma sessão de microagulhamento. Paciente relatou que sentiu leve desconforto nas aplicações, houve interrupção na menstruação e não houve reação ao fazer o uso noturno do manipulado em gel creme. **Resultados:** Após 8 semanas foram feitas avaliações quanto a qualidade da pele, observou-se que a pele está mais hidratada e mais firme, houve redução da intensidade da pigmentação das manchas do melasma, bem como foi possível controlar os sinais e sintomas da rosácea antes, durante e após o gerenciamento de pele. **Conclusão:** Os protocolos usados para gerenciar e controlar o melasma e a rosácea foram eficientes, como observado na consulta final, pela análise dos registros fotográficos, bem como a satisfação da paciente de forma subjetiva, devido a redução da pigmentação de forma gradual. Ao final do tratamento, informou-se a paciente que o gerenciamento deve ser continuado para que haja remissão total das manchas, bem como necessidade de manutenções para evitar recidiva.

Palavras-chave: hiperpigmentação, ácidos, pele sensível.

¹ Cirurgiã - Dentista pós graduada em Gestão de Saúde pela Universidade Paulista, AM, Brasil. Email: drasuzanalves@icloud.com

² Cirurgiã - Dentista pós graduada em Gestão de Redes de Atenção à Saúde pela FIOCRUZ. email: danielafalcadidf@gmail.com

³ Cirurgiã - Dentista formada pela Universidade Estadual do Amazonas, AM, Brasil.

⁴ Cirurgiã - Dentista formada pelo Centro Universitário do Norte - UNINORTE, AM, Brasil.

SUBMETIDO EM: 11/2023

|

ACEITO EM: 1/2024

|

PUBLICADO EM: 3/2024

ABSTRACT

Objective: The present work aimed to demonstrate and evaluate, through a clinical case report, the effectiveness of the combination of protocols for skin management in the treatment and control of melasma and rosacea. **Case report:** Patient, 36 years old, attended a consultation to treat facial melasma. The health examination revealed that the patient had been using contraceptives for more than 15 years and had flare-ups of seborrheic dermatitis. The clinical examination revealed mixed type melasma and erythematous rosacea - telangiectasia. A combination of protocols and personalized home care was suggested to manage and control melasma and rosacea. The treatment began with the prescription of home care including a cream gel formula with whitening active ingredients for nighttime use, guidance on skin care measures during treatment, prescription of Tranexamic Acid 250mg every 12 hours daily and injections of acids in the areas of brown spots once a week, finishing with a microneedling session. The patient reported that she felt slight discomfort during applications, there was an interruption in menstruation and there was no reaction when using the cream-gel compound at night. **Results:** After 8 weeks, assessments were made regarding the quality of the skin, it was observed that the skin was more hydrated and firmer, there was a reduction in the intensity of the pigmentation of the melasma spots, and it was possible to control the signs and symptoms of rosacea before, during and after skin management. **Conclusion:** The protocols used to manage and control melasma and rosacea were efficient, as observed in the final consultation, by analyzing the photographic records, as well as subjective patient satisfaction, due to the gradual reduction of pigmentation. At the end of the treatment, the patient was informed that management must be continued so that there was complete remission of the spots, as well as the need for maintenance to avoid recurrence.

Key words: hyperpigmentation, acids, sensitive skin.

RESUMEN

Objetivo: El presente trabajo tuvo como objetivo demostrar y evaluar, a través de un reporte de caso clínico, la efectividad de la combinación de protocolos de manejo de la piel en el tratamiento y control del melasma y la rosácea. **Reporte de caso:** Paciente de 36 años de edad, acudió a consulta para tratamiento de melasma facial. El examen de salud reveló que la paciente había estado usando anticonceptivos durante más de 15 años y había tenido brotes de dermatitis seborreica. Al examen clínico se objetiva melasma tipo mixto y rosácea eritematosa - telangiectasia, se sugiere combinación de protocolos y atención domiciliaria personalizada para el manejo y control del melasma y rosácea. El tratamiento comenzó con la prescripción de cuidados domiciliarios que incluían una fórmula en gel crema con ingredientes activos blanqueadores para uso nocturno, orientación sobre las medidas de cuidado de la piel durante el tratamiento, prescripción de Ácido Tranexámico 250 mg cada 12 horas al día e inyecciones de ácidos en las zonas de manchas marrones una vez. una semana, finalizando con una sesión de microneedling. La paciente refirió que sintió ligeras molestias durante las aplicaciones, hubo interrupción de la menstruación y no hubo reacción al utilizar el compuesto crema-gel por la noche. **Resultados:** Después de 8 semanas se realizaron evaluaciones respecto a la calidad de la piel, se observó que la piel estaba más hidratada y firme, hubo reducción en la intensidad de la pigmentación de las manchas de melasma y se logró controlar la Signos y síntomas de la rosácea antes, durante y después del tratamiento de la piel. **Conclusión:** Los protocolos utilizados para el manejo y control del melasma y la rosácea fueron eficientes, como se observó en la consulta final, al analizar los registros fotográficos, así como la satisfacción subjetiva de los pacientes, debido a la reducción paulatina de la pigmentación. Al finalizar el tratamiento se le informó al paciente que se debe continuar el manejo para que haya remisión completa de las manchas, así como la necesidad de mantenimiento para evitar recurrencias.

Palabras clave: hiperpigmentación; ácidos; piel sensible.

INTRODUÇÃO

O melasma e a rosácea são dermatoses comuns que se desenvolvem com mais frequência em mulheres, sendo que ambas patologias não se restringem apenas a elas, podendo se desenvolver em homens também, dependendo dos fatores desencadeantes que cada indivíduo carrega e/ou se expõe. A multiplicidade dos fatores desencadeantes do melasma e da rosácea prejudica a definição exata de suas etiologias e nenhum desses fatores são responsáveis unicamente pela evolução de cada uma delas¹.

A predisposição genética, exposição intensa ou prolongada aos raios ultravioletas (RUV), alterações hormonais (gravidez ou uso de contraceptivo oral), fototipo (mais comum em fototipo altos), endocrinopatias, uso de medicamentos e cosméticos, por fim não menos importante a deficiência de zinco são os fatores envolvidos no desenvolvimento do melasma. No caso da rosácea, o fator genético, as anormalidades no sistema imunológico e desregulação neurovascular relacionados aos mecanismos fisiopatológicos (exposição solar, estresse emocional, clima quente, vento, exercícios físicos intensos, alguns cosméticos, banhos quentes, clima frio, alimentos condimentados, consumo de álcool e umidade) estão relacionados ao seu desenvolvimento^{1,2}.

Experiências insatisfatórias quanto ao tratamento do melasma são comuns em alguns casos devido aos múltiplos fatores fisiopatológicos, ausência de tratamento definitivo e recorrências da doença; portanto, se faz necessária uma busca apurada através da anamnese do paciente sobre o histórico de saúde, hábitos parafuncionais e os cuidados com a pele. Além do exame clínico, que é onde o diagnóstico tanto do melasma quanto da rosácea se torna importante para direcionar o tratamento que tenha mais chances de sucesso³⁻⁵.

Na literatura existem vários tratamentos para as dermatoses mencionadas, mas para elencar o melhor deles, é preciso conhecer seus subtipos. O melasma é dividido conforme a área de exposição solar (centrofacial, frontal, temporal, malar, dorso nasal, supralabial e mandibular) e através da lâmpada de wood é possível definir o tipo de melasma conforme a localização da camada da pele (epidérmico, dérmico e misto). Em relação à rosácea é dividida em eritemato-telangiectásica, papulopustulosa, fimatosa e ocular⁶⁻⁸.

Visto que é possível identificar os subtipos de melasmas e de rosáceas, avaliando suas manifestações clínicas e realizando exames, podemos direcioná-los ao tratamento mais adequado. Para o melasma, existem os despigmentantes tópicos, medicações intraorais, peelings químicos e tratamentos com laser. E para a rosácea existem medidas gerais que envolvem evitar se expor aos fatores desencadeantes e agravantes, cuidados com a pele, tratamentos tópicos, medicações sistêmicas e mais recentemente o uso da toxina botulínica^{9,10}.

A rosácea tem potencial de afetar a qualidade de vida de quem a possui, principalmente porque suas manifestações clínicas incluem ardor, queimação, edema e eritema quando associados ao flushing, ressecamento e sensibilidade da pele, principalmente ao usar determinados dermocosméticos, além dos critérios maiores para diagnóstico que são as pápulas e pústulas, telangiectasia e manifestações oculares. Esses sinais clínicos quando desencadeados são capazes de afetar o bem estar do indivíduo por causa do estresse gerado^{8, 11}.

Já o melasma se caracteriza por estar presente em áreas afetadas frequentemente pelo sol, em formas de manchas acastanhadas, simétricas, com intensidades e limites irregulares, gerando incômodo estético e afetando a autoestima. O tratamento tem a finalidade de clarear a área afetada e melhorar a qualidade da pele, prevenindo o envelhecimento precoce¹².

Dentre os tratamentos já citados, o peeling químico é uma das opções utilizadas há milhares de anos, tem origem do inglês "to peel" que significa descamar, por meio dos ácidos. Estes foram empregados desde os egípcios quando utilizavam o banho de leite fermentado para renovação da pele através do ácido láctico e posteriormente foram usados para escarificação a fim de tratar cicatrizes, através do peeling de fenol^{13,14}.

Os peelings químicos foram melhorados para tratar desde patologias como o melasma, até a sua utilização cosmética. No processo de clareamento das manchas e melhora do viço da pele os ácidos

envolvidos são os ácidos: tranexâmico, ácido ascórbico, ácido glicólico, ácido mandélico, ácido kójico, ácido fítico, ácido azelaico, ácido retinóico, etc, de acordo com a literatura. Cada um possui sua finalidade, podendo ser usado em solução aquosa como ativo principal, na sua forma tópica, oral, injetável e em dermocosméticos em concentrações mais baixas^{15,16}.

Dentre as possibilidades de tratamentos, o ácido injetável é uma opção de tratamento para o gerenciamento das manchas de melasma e para controle das manifestações clínicas da rosácea com estudos comprovando sua eficácia, seja isolado ou associado a outras técnicas, como microagulhamento. As injeções são feitas na derme, com agulhas finas, tendo como referência a introdução apenas do bisel da agulha^{18,19}.

E dentre as substâncias químicas, o ácido tranexâmico é uma opção viável para inibir a plasmina, que é a responsável por induzir a ativação dos fibroblastos e conseqüentemente aumentando o fator de crescimento dos melanócitos e gerar hiperpigmentação do melasma, além de suprimir o processo da angiogênese e reduzir a rede vascular em pacientes com rosácea. Ele possui três formas de apresentação - oral, tópica, injetável, sendo que a utilização de mais uma forma de apresentação potencializa os efeitos despigmentantes e de prevenção da pigmentação contra os RUVs²⁰.

O uso de outros ácidos no gerenciamento do melasma e controle da rosácea, como o ácido glicólico, ácido azelaico, ácido kójico, ácido fítico e a vitamina C também são primordiais para auxiliar o clareamento das manchas, renovar a camada mais superficial da pele e ativos com função anti-inflamatórias, reduzindo os sintomas da rosácea. Cada um desses tem suas indicações e contra indicações específicas, sabendo conhecer e selecioná-los de forma segura, baseado no diagnóstico, podem ser usados de forma combinada e personalizar o tratamento para cada paciente.

Diante do que foi mencionado, qualquer que seja o protocolo escolhido para tratar melasma e controlar rosácea é primordial que o paciente seja conhecedor da conduta padrão: usar protetor solar acima de 50 FPS (Fator de Proteção Solar), não se expor ao sol, manter os cuidados de medidas gerais com a pele todos os dias e evitar os fatores desencadeantes para obtermos sucesso no tratamento.

O portador da rosácea, possui a barreira cutânea comprometida e a pele sensibilizada, com isso muitos tratamentos para tratar o melasma são contraindicados nesse caso. Na prática, o paciente que apresenta rosácea e melasma representa um caso complexo e existem poucos estudos comprovando a eficácia de apenas uma forma de tratamento. O objetivo desse relato de caso, foi demonstrar e avaliar a eficácia da associação de protocolos para gerenciamento de pele no tratamento e controle do melasma e da rosácea.

RELATO DE CASO

Paciente A.L.S.J., 36 anos, do gênero feminino, esteve em atendimento no Curso de Especialização em Harmonização Orofacial (IBEN - Instituto Brasileiro do Norte), alegando que desde quando começou a aumentar as manchas do melasma no rosto tinha o sonho de fazer o tratamento.

Foi constatado no histórico de saúde que a paciente faz uso diário de anticoncepcional, Ciclo 21 há quinze anos e tem episódios psicossomáticos de dermatite seborreica, relata não ter nenhum problema de saúde sistêmico e nem alergias. Tem uma alimentação equilibrada, toma mais de 2L de água por dia, faz atividades físicas e teve apenas uma gestação. Não possui rotina de cuidados com a pele, mas faz uso diário de protetor solar com reaplicações durante o dia.

A paciente foi orientada que o melasma e a rosácea não têm cura, mas que podemos realizar o gerenciamento das manchas e controle dos sinais e sintomas da rosácea. De acordo com o tratamento proposto, foi concordado que possui seus riscos e cuidados pós procedimento e durante todo o tratamento. Todas as informações constam no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e Autorização do Uso de Imagem, assinado pela mesma. Em seguida foram realizados os registros fotográficos iniciais da paciente do lado direito, de frente e do lado esquerdo (**Figura 1**).



Figura 1. Registro fotográfico inicial do lado direito, da frente e do lado esquerdo.

A paciente relata ter rotina diária bem agitada e mora na cidade de Manaus onde a exposição solar é durante o ano todo, independente da estação do ano. E alegou que as manchas hipercrômicas marrons e melanoses apareceram com a rotina de trabalho com exposição solar frequentes, falta de cuidado com a pele e nos períodos estressantes a rosácea fica ativa, com sintomas de ardor e queimação na área central da face da paciente.

Durante avaliação clínica, foi observado melanoses solares e manchas hipercrômicas de melasma tipo misto (dérmico e epidérmico) na testa, no queixo, bochechas esquerda e direita. Apresentou uma pele tipo seca, fototipo II, desidratada e sensibilizada, textura áspera e espessura normal. E alterações vasculares na área central do rosto de rosácea como eritema difuso transitório e telangiectasia.

Antes de realizar o procedimento para clareamento das manchas, a paciente foi orientada quanto ao controle da rosácea e foi passado o home care e guia de cuidados com a pele.

Os ácidos foram produzidos em uma farmácia de manipulação de injetáveis feito com lidocaína e ativos que tem ação esfoliante (Ácido Glicólico); inibe a formação de tirosinase (Ácido Kójico e o Alfa Arbutin); inibe o VEGF (fator de crescimento endotelial vascular) do melasma de fundo vascular (Ácido Tranexâmico); efeito modulador da síntese de melanina (Ácido Mandélico); antioxidante (Vitamina C e Ácido Fítico); anti-inflamatório e cicatrizante (Alantoína).

No home care da paciente foram dadas sugestões de produtos que melhor se adaptam a pele sensibilizada pela rosácea - limpeza com espuma de água micelar, creme hidratante com ativos que reparam a barreira cutânea da pele como vitamina B5; tribioma, cobre, zinco e manganês para reequilibrar o microbioma da pele; madecassoside que é o ativo calmante. Também foi orientada a fazer o uso de água termal de lavanda, máscara desidratada com chá de camomila gelado e continuar com o uso do protetor solar.

A seguir vai ser elucidado o passo a passo da aplicação dos ácidos em ambiente laboratorial:

Passo 1: Limpeza da pele com espuma de água micelar e antissepsia com clorexidina 2% e auxílio de gaze esterilizada (**Figura 2**).



Figura 2. Limpeza da pele facial e antissepsia

Passo 2: Aplicação do anestésico tópico dermomax (cloridrato de lidocaína 4%) e após 8 minutos remoção do excesso (**Figura 3**).



Figura 3. Aplicação do anestésico tópico.

Passo 3: Planejamento da área de aplicação com caneta em gel branca (Figura 4).

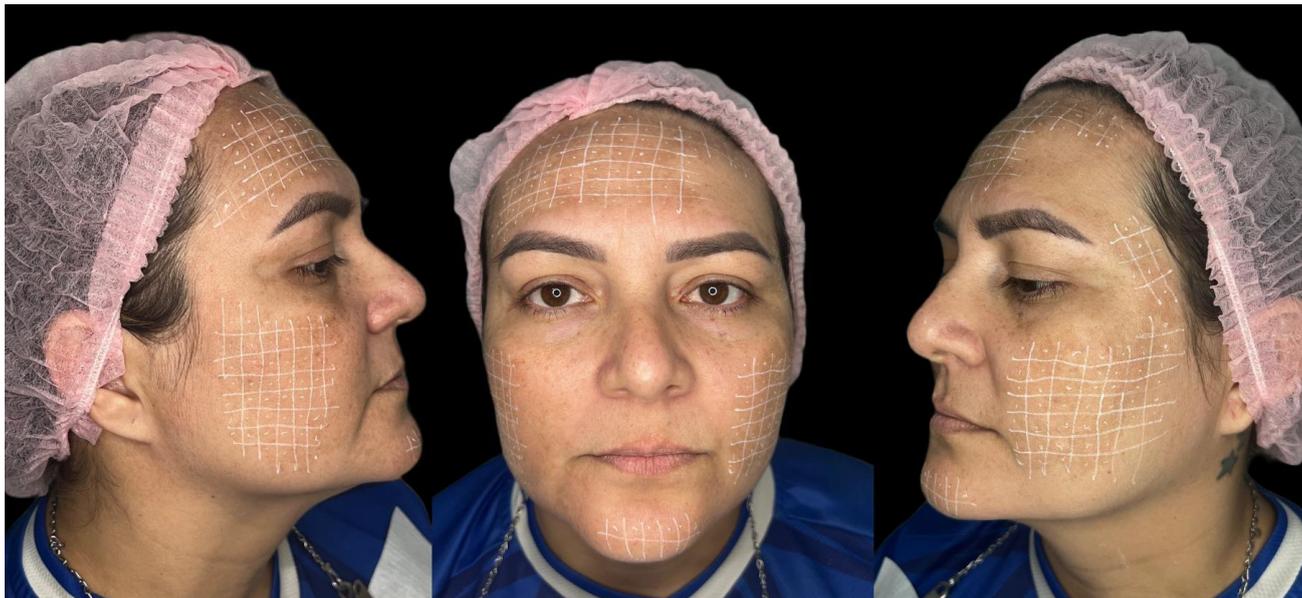


Figura 4. Planejamento da área de aplicação.

Passo 4: Preparação dos ácidos: aspirou-se o líquido de cada frasco em uma seringa descartável de 10ml e em seguida trocou-se a agulha da seringa por uma agulha hipodérmica 30G de 13mm de canhão amarelo para menor desconforto (Figura 5).



Figura 5. Preparação dos ácidos.

Passo 5: Aplicação dos ácidos: para menor desconforto, foi pinçado a pele da paciente, inserido cerca de 2 mm da agulha em 45° com a pele e usou-se gaze como auxílio para limpeza (Figura 6).



Figura 6. Aplicação dos ácidos clareadores.

Passo 6: Aplicou-se em toda a face o restante dos ácidos com um pincel (**Figura 7**).



Figura 7. Aplicação do restante dos ácidos com pincel.

Pelo fato de a paciente ter rosácea, no penúltimo encontro foi feito um pequeno teste na porção inferior da face com o microagulhamento após 10min a paciente não apresentou efeitos adversos graves e o procedimento foi realizado, espalhando na pele a mesma associação de ácidos utilizados nas injeções anteriormente e feito microagulhamento com agulhas de 0.5mm.

Na 3ª sessão foram feitas aplicações com a agulha em 90° e com formação de pápulas e foi observado um eritema imediato nos pontos de aplicação, além do desconforto relatado pela paciente, mas foram bem controlados com água termal e observação por uns 20 minutos antes de ser liberada. Veja na **Figura 8**.



Figura 8 - Registro após 3ª sessão.

Na 4ª sessão foi notada uma acentuada pigmentação do melasma e sinais clínicos da rosácea ativos, no entanto foi relatado pela paciente que esteve exposta às fontes de calor durante o dia, devido às altas temperaturas da cidade em que reside. Veja na **Figura 9**.

Foi possível observar que as injeções devem ser feitas de acordo com o planejamento inicial para não ativar a rosácea durante as aplicações, a agulha em 90° provocou uma dor moderada e formação de pápulas, visto que o planejamento inicial as injeções devem ser feitas em 45° com a pele. Por conseguinte, foram dadas orientações e dicas para o controle da rosácea para a paciente realizar em casa e tivemos melhora evidente no retorno para novas aplicações.

Antes de realizarmos as aplicações fizemos o uso da água termal fria para acalmar a pele e posteriormente fazemos as injeções. A água termal tem inúmeros benefícios para a pele irritada, dentre eles é calmante, refrescante e recupera a barreira cutânea.



Figura 9. Registro antes da 4ª sessão.

Após 7 sessões de aplicação de ácidos clareadores, 1 sessão de microagulhamento, uso intraoral de ácido tranexâmico 250mg e uso diário do gel-creme com ácidos tópicos, observou-se uma alteração na intensidade das manchas do melasma dérmico e epidérmico, deixando de ser um castanho acinzentado escuro para um castanho suave. Os vasos sanguíneos, chamados de telangiectasia, diminuíram na área onde a rosácea ficava mais ativa no terço médio da face da paciente. Foi notável que a pele se tornou hidratada, viçosa, está mais clara e firme. Veja na **Figura 10**.



Figura 10. Resultado final do caso clínico.

As injeções de ácidos com ativos despigmentantes e lidocaína foram feitas uma vez na semana em ambiente ambulatorial, com base no planejamento, sob efeito de anestesia tópica. A técnica de aplicação é simples e a paciente não relata dor ao aplicar, apenas um leve incômodo quando o líquido penetra na derme. Visto que técnicas de aplicações dependem da curva de aprendizado do profissional, elas devem ser lentas e precisas, inserir de 1,5 a 2mm da ponta da agulha, com a distância de 1cm de um ponto para o outro, injetando cerca de 0,2 a 0,3 ml do líquido.

O procedimento foi realizado com injeções intradérmicas de alfa arbutin 20mg mais ácidos despigmentantes e rejuvenescedores (ácido glicólico 1%, ácido tranexâmico 10mg, ácido kójico 20mg, ácido fítico 20mg, vitamina c 2%, lidocaína 1%), uma vez na semana, durante 8 semanas. E foi prescrito ácido tranexâmico intraoral de 250mg para tomar todos os dias de 12 em 12h por 60 dias. Além de que foi incluído na rotina noturna de home care um gel creme com ácido mandélico 6%, alfa arbutin 5%, ácido tranexâmico 3%, Vitamina C 10% e alantoína 3%.

Após o procedimento foi orientado para não ficar tocando o rosto, não lavar no dia da aplicação e apenas no dia seguinte seguir com o home care pela manhã e reforçar o uso diário de protetor solar e evitar pegar sol diretamente durante o tratamento.

É preciso elucidar que o gerenciamento de pele para quem tem melasma e rosácea deve ser contínuo, porque tem um alto índice de recidiva e muitas vezes pelo mesmo motivo muitos pacientes desistem do tratamento e pelo tempo longo que precisa usar os ácidos. Por isso é essencial que o profissional incentive seus pacientes de forma estratégica e educativa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O objetivo do trabalho foi demonstrar e avaliar a eficácia da associação de protocolos para gerenciamento de pele no tratamento e controle do melasma e da rosácea com diferentes ácidos que atuam como despigmentantes, técnica de injeção e microagulhamento com esses ácidos, prescrição de ativo para uso intraoral e de home care. Devido ao tratamento, foi possível verificar redução das pigmentações dos melasmas, a diminuição das melanoses solares, além do controle da rosácea durante e após os procedimentos e pôr fim a diminuição das telangectasias. A análise comparativa entre o antes e depois foi feita através de fotografias iniciais e finais do tratamento (**Figura 11**).

Encontram-se na literatura muitos estudos comparativos para tratar o melasma, como o estudo feito comparando o uso do A.T. via oral 250 mg 2x ao dia, comparado a micro injeções semanais de A.T. 4mg/ml a cada 4 semanas. Ambos os tratamentos foram eficazes, com efeitos adversos que não era preciso interromper o tratamento²¹.

Diante do que foi relatado em um estudo, a administração de A.T. via oral de 12 em 12 horas, num total de 12 semanas para tratar melasma, evidenciou alguns efeitos sistêmicos, como dores de cabeça, dor onde foi feita a aplicação, diminuição do fluxo menstrual e irritação gástrica leve.²¹ Já em outro, foi analisado que no total de 561 pessoas fazendo o mesmo tratamento apresentou os efeitos adversos em 7% do grupo de estudo, mas de modo transitório, apenas um caso foi notificado com o desenvolvimento de trombose venosa profunda²².

Alguns autores alegam que apesar de haverem diversas possibilidades de tratamento para rosácea, não há consenso entre eles, sendo que este depende da experiência clínica de cada paciente portador das sintomatologias. Os autores afirmam em um estudo que o diagnóstico é clínico e o tratamento baseia-se na apresentação dos sintomas^{23, 24}.

Diante disso, a abordagem escolhida foi o esclarecimento das orientações detalhadas das medidas gerais de cuidados com a pele e eximir-se dos fatores desencadeantes da rosácea. Deixando explicitamente claro que o tratamento dependeria mais dos cuidados diários.

Outra alternativa de tratamento e controle da rosácea, além da orientação das medidas gerais, foi a utilização do Ácido Tranexâmico em sua forma tópica associado microagulhamento, como já foi realizado em um estudo afim de diminuir a presença dos vasos e da rede vascular, obtendo resultados positivos²⁵.



Figura 11. Registro do Antes e Depois do tratamento.

A paciente A.L.S.J. relatou que em dois meses fazendo o tratamento com o ácido tranexâmico (A.T.) via oral houve interrupção da menstruação e foi descartado a gravidez através do autoteste betaHCG de farmácia, sendo um efeito adverso ainda não documentado. É interessante destacar que a paciente usa anticoncepcional há quase 20 anos e normalmente o seu fluxo menstrual é regular, mas de intensidade muito baixa. É sugerido que o uso da medicação tenha levado ao fato, pois foi realizado o acompanhamento da saúde geral da paciente e não consta ter feito o uso de nenhuma outra medicação durante o estudo.

O A.T. em sua apresentação oral foi adicionada ao plano de tratamento, porque a paciente apresentava manifestações clínicas de eritema e telangiectasia quando submetida às ocasiões estressantes e exposição às altas temperaturas, além de fazer o uso intraoral de anticoncepcional por anos, sendo este também um dos causadores do melasma. O tratamento complementar sistêmico com o A.T. intraoral foi essencial pela sua ação antifibrinolítica, inibindo a produção da plasmina, sendo está responsável pelos processos inflamatórios, desse modo impediria a formação de novos vasos sanguíneos, diminuindo o eritema facial e a formação de melanina, atuando com ação despigmentante²⁵.

Existem diversas formas de avaliar as manchas do melasma, através da Lâmpada de Wood, por meio de documentação fotográfica “antes e depois”, SCORE MASI (Melasma Área and Severity Index), satisfação da paciente e colorimetria por meio do equipamento CR300^{26, 1}. No estudo realizado a avaliação foi subjetiva de acordo com a satisfação da paciente e por meio da documentação fotográfica num período de tratamento de 8 semanas, que foi eficiente, no entanto as tecnologias nos dariam mais detalhes que poderiam auxiliar durante o tratamento e o efeito dele

Na literatura existem inúmeros artigos elucidando os múltiplos benefícios e resultados satisfatório usando ácido tranexâmico para o tratamento do melasma, um estudo feito com comparando o uso do ativo na sua forma injetável e o AT associado ao microagulhamento entre o período de 8 semanas demonstraram melhora, seja pela perspectiva da luz de wood, seja pelo MASI ²⁷.

Em um estudo foi possível observar a associação do uso do ácido tranexâmico 4mg/ ml com o ácido ascórbico 3% (vitamina c) para tratar o melasma, comparado ao Al' 4mg/mL com vitamina C 3% e glutathione 2%, foi observado melhora em ambas escolhas terapêuticas, mas última associação de ativos mostrou uma redução significativa das manchas através do score MASI²⁸.

Em outro estudo feito para tratar manchas de melasma foi manipulado uma fórmula oral para a paciente tomar com inúmeros ativos clareadores e antioxidantes durante 60 dias, home care com o serúm Meiskin Swiss; foi passado uma fórmula contendo ácido glicólico 5%, alfa-arbutin 4%, ácido Kójico 3%, nicotinamida 2%, alfa bisabolol 1%, gel creme 30gr e feito duas sessões de microagulhamento com Meiskin Swiss e foi possível observar que a combinação das formas de utilizar os ativos demonstraram uma significativa eficiência²⁹.

Mesmo a paciente seguindo as orientações de evitar se colocar diante dos fatores desencadeantes da rosácea, na quarta aplicação dos ácidos ela chegou na clínica com eritema facial leve e melasma acentuado. Visto isso, foi pensado em uma medida simples - foi usado duas vezes uma máscara desidratada facial com água gelada e água termal de lavanda para amenizar o eritema e apenas com 10min foi possível verificar que o eritema havia diminuído. Assim, foi possível fazer a aplicação injetável dos ácidos sem correr o risco de piorar o eritema.

No home care da paciente verificamos a possibilidade de usar uma fórmula de gel creme com ácidos clareadores. A associação dos ácidos foi feita de acordo com as características específicas de cada um, em suas concentrações baixas para não agredir a pele e fazer a despigmentação de forma gradual. A paciente relata não ter encontrado desafios para a aplicação tópica todos os dias da fórmula de gel creme, sob orientação de fazer a remoção pela manhã e seguir a rotina de cuidados com a pele com o uso do hidratante reparador para hidratar e restaurar a barreira protetora da pele e assim manter a sintomatologia da rosácea controlada.

O uso de ácidos combinados na formulação tópica em concentrações mais baixas tem demonstrado redução de desconforto após aplicação quando comparado a um ativo isolado para tratar das manchas de melasma avaliado através do MASI, de acordo com um estudo realizado foi possível comparar a eficácia do peeling de ácido glicólico 50% de uma associação do ácido azelaico a 20% + resorcinol a 10% + ácido fítico a 6%. Ambas opções são válidas para tratamento do melasma, mas a associação dos ácidos foi mais eficaz e seguro, sendo que formulação mais concentrada tenderia a provocar efeito rebote³⁰.

O controle da sintomatologia da rosácea do tipo eritema telangiectasia, pode ser mantido com medidas gerais de cuidados, pois mostrou-se eficaz. Na literatura alguns estudos relatam que esse tipo de rosácea apresenta maior dificuldade de tratamento, por isso as medidas de cuidados são primordiais para o controle durante o tratamento do melasma. Caso existam sintomas mais graves e persistentes da rosácea, a conduta mais assertiva sempre será encaminhar para o médico dermatologista.

É importante mencionar que se tratando de gerenciamento de pele, cada caso é individual e não existe uma única fórmula para todos, por isso é essencial buscar o histórico de saúde do paciente, fazer uma anamnese detalhada, exame clínico completo, se necessário realizar exames complementares, personalizar o protocolo de tratamento e controle do melasma e rosácea, seja associando a mais de uma técnica ou não, mas se necessário encaminhar para outros profissionais para tratar de forma multidisciplinar, para poder alcançar sucesso no tratamento.

Em relação a satisfação da paciente, mostrou-se totalmente satisfeita com o resultado dentro do período estabelecido e totalmente ciente que o gerenciamento se faz de forma contínua. Também destacou que a qualidade da pele melhorou significativamente, tornando-se mais hidratada, luminosa e firme. Além de ter manifestado interesse em fazer a manutenção do tratamento.

Após as sessões com os ácidos injetáveis, foi possível realizar o microagulhamento, pois a barreira cutânea da paciente estava recuperada e caso ele tivesse sido eleito como os primeiros procedimentos a ser realizado iria causar muita sensibilidade e piorar a rosácea, pois a pele estava desidratada e sensibilizada início do tratamento. Visto que na hora do atendimento a paciente estava sem sinais e sintomas da rosácea foi seguro realizar e obtivemos resultados satisfatório. Dentre os benefícios, vimos melhora na qualidade da pele e textura, viçosa e a diminuição das telangectasias (pequenos vasos sanguíneos).

Visto que paciente possuía características que apenas a aplicação injetável não seria o suficiente para o resultado esperado devido aos fatores sistêmicos que poderiam contribuir para o desenvolvimento do melasma, como o uso de anticoncepcional, além da ausência de uma rotina de cuidados com a pele e falta orientações quanto aos fatores desencadeantes do melasma e da rosácea. Por isso a prescrição do ativo, a formulação do gel creme com ácidos para a aplicação noturna e a elaboração do home care foram essenciais e potencializadores no tratamento, além das técnicas utilizadas em consultório. Existem tratamentos que podem ser usados de forma isolada, mas os resultados são mínimos ou quase nulos dentro do período estabelecido, comparado com a alternativa de fazer o uso dos diferentes ácidos, home care personalizado e técnicas ambulatoriais associadas de forma segura e eficaz.

CONCLUSÃO

Conclui-se que após 8 semanas da associação de protocolos (aplicação de ácidos clareadores: ácido glicólico 1%, ácido tranexâmico 10mg, ácido kójico 20mg, ácido fítico 20mg, vitamina c 2%, lidocaína 1% ; 1 sessão de microagulhamento, uso intraoral de ácido tranexâmico 250mg e uso diário do gel-creme com ácidos tópicos: mandélico 6%, alfa arbutin 5%, ácido tranexâmico 3%, Vitamina C 10% e alantoína 3%) para o gerenciamento de pele foi eficaz no controle do melasma e da rosácea, por demonstrar redução intensa das melanoses solares, redução leve das manchas de melasma nas áreas mais intensas e uma redução significativa ao redor dos lábios. O período de 8 semanas não foi suficiente para a remissão total das manchas por se tratar de melasma misto que possui com diferentes intensidades de pigmentação.

REFERÊNCIAS

1. Miot LDB, Miot HA, Silva MGS, Marques MEA. Fisiopatologia do melasma. **An Bras Dermatol**. 2009 Nov; 84(6):623-35.
2. Mosher DB, Fitzpatrick TB, Ortonne JP, Hori Y. Normal skin color and General Considerations of Pigmentary Disorders. In: Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolff K, Freedberg IM, Austen KF. **Dermatology in General Medicine**. v. 1. New York: Mcgraw-Hill; 1999. p. 936-44.
3. Carolina A, Anacleto N, Fonseca A, Gonçalves A, Pinheiro C, Gomes G, et al. Melasma: Revisão Literária Sobre Tratamento E Prevenção. **Conselho Regional de Biomedicina 1ª Região. Minas Gerais: CRBM 1**.
4. Two AM, Wu W, Gallo RL, Hata TR. Rosacea: part I Introduction, categorization, histology, pathogenesis, and risk factors. **J Am Acad Dermatol**. 2015; 72:749-60.
5. Pandya A, Berneburg M, Ortonne JP, Picardo M. Guidelines for clinical trials in melasma. Pigmentation Disorders Academy. **Br J Dermatol**. 2006;156 Suppl 1: 21-8.
6. Kang WH, Yoon KH, Lee ES, Kim J, Lee KB, Yim H, et al. Melasma: histopathological characteristics in 56 Korean patients. **Br J Dermatol**. 2002; 146:228-37.
7. Sanchez NP, Pathak MA, Sato S, Fitzpatrick TB, Sanchez JL, Mihm MC Jr. Melasma: a clinical, light microscopic, ultrastructural, and immunofluorescence study. **J Am Acad Dermatol**. 1981; 4:698-710.
8. Antonio CR, Trídico LA, Antonio JR. Treatment of rosacea with botulinum toxin. **Surgical & Cosmetic Dermatology**. Vol.10 Issue 33/ 2018.
9. Bressiani PSM, Silva PF, Belmonte LAO. A eficácia e segurança do ácido tranexâmico no tratamento do melasma: revisão bibliográfica. **Repositório Universitário da Ânima (RUNA)**, 2018.
10. Holmes AD, Steinhoff M. Integrative concepts of rosacea pathophysiology, clinical presentation and new therapeutics. **Exp Dermatol**. 2017; 26:659-67.
11. Gallo RL, Granstein RD, Kang S, Mannis M, Steinhoff M, Tan J, et al. Standard classification and pathophysiology of rosacea: The 2017 update by the National Rosacea Society Expert Committee. **J Am Acad Dermatol**. 2018; 78:148-55.
12. Miot LDB et al. **Fisiopatologia do melasma**. v. 84, n. 6, p. 623-635. São Paulo 2009.
13. Kede MPV, Sabatovich, O. **Dermatologia e Estética**. São Paulo: Atheneu. 4ª ed. 2022.
14. Jacobs B. The revival of ancient beauty rituals. **BBC**. 18 abr 2022.
15. Rajanala S, Maymone MBC, Vashi NA. Melasma pathogenesis: a review of the latest research, pathological findings, and investigational therapies. **Dermatol Online J**. n.15, v. 10, e13030, 2019.
16. Ribeiro, C. J. **Cosmetologia aplicada à dermoestética**. 2. ed. São Paulo: Pharmabooks, 2010.
17. Bageorgou F, Vasalou V, Tzanetakou V, Kontochristopoulos G. The new therapeutic choice of tranexamic acid solution in treatment of erythematotelangiectatic rosacea. **J Cosmet Dermatol**. 2019; 18:563-7.
18. Cunha IG, Silva CP, Oliveira GB. Principais Tratamentos do Melasma. **HUMANIDADES & TECNOLOGIA FINOM**. 2020; 23 (1) :2675-5416.
19. Mammucari M, Maggiori E, Antonaci L, Fanelli R, Giorgio C, George F, Mouhli N. Intradermal therapy recommendations for standardization in localized pain management by the Italian Society of Mesotherapy. **Minerva Med**. 2021; 112 (2): 298-300.
20. Maeda K, Tomita Y. Mechanism of the inhibitory effect of tranexamic acid on melanogenesis in cultured human melanocytes in the presence of keratinocyte-conditioned médium. **J Health Sci** 2007; 53(4):389-96.
21. Sharma, R. et al. Therapeutic efficacy and safety of oral tranexamic acid and that of tranexamic acid local infiltration with microinjections in patients with melasma: a comparative study. **Clinical and Experimental Dermatology**, 2017.
22. Lee HC, Thng TGS, Goh CL. Oral tranexamic acid (TA) in the treatment of melasma: A retrospective analysis. **Journal of the American Academy of Dermatology** 2016; 75(2):385-392.
23. Mesquita KD, Igreja AC, Reis CM. Rosácea extra facial: relato de caso. **Rev Bras Medica**. 2011;48(1):94-8.
24. Oliveira CMM, Almeida LMC, Bonamigo RR, Lima CWG, Bagatin E. Consensus on the therapeutic management of rosacea --- Brazilian Society of Dermatology. **An Bras Dermatol**. 2020;95(S1):53-69.
25. Bageorgou F, Vasalou V, Tzanetakou V, Kontochristopoulos G. The new therapeutic choice of tranexamic acid solution intreatment of erythematotelangiectatic rosacea. **J Cosmet Dermatol**. 2018;1-5.
26. Steiner, D. et al. Estudo de avaliação da eficácia do ácido tranexâmico tópico e injetável no tratamento do melasma. **Surgical and Cosmetic Dermatology**, 2009; 1 (4): 174-177.
27. Budamakuntla, L. et al. A randomised, open-label, comparative study of tranexamic acid microinjections and tranexamic acid with microneedling in patients with melasma. **Journal of Cutaneous and Aesthetic Surgery**, 2013; 6 (3): 139.
28. Irají, F., Nasimi, M., Asilian, A., Faghihi, G., Mozafarpour, S., Hafezi, H. Efficacy of mesotherapy with tranexamic acid and ascorbic acid with and without glutathione in treatment of melasma: A split face comparative trial. **J Cosmet Dermatol**. n. 8, 2019 doi: 10.1111/jocd.12874.
29. Boas NP. Tratamento de Melasma: Relato de um estudo de caso clínico [Monografia (Especialização em Harmonização Orofacial)]. São José dos Campos, SP: **Faculdade Sete Lagoas - Facsete**, p 21, 2022.
30. Faghihi, G et al. Solução de Ácido Azelaico (20%), Resorcinol (10%) e Ácido Fítico (6%) versus Ácido Glicólico (50%) Agente de Peeling no Tratamento de Pacientes do sexo feminino com Melasma Facial. **Adv Biomed Res**. 2017; 6 (9).