

2. CONDIÇÕES DERMATOLÓGICAS NA GESTAÇÃO - DERMATITE ATÓPICA

DERMATOLOGICAL CONDITIONS IN PREGNANCY - ATOPIC DERMATITIS

EIXO TEMÁTICO: SAÚDE MATERNA E PERINATAL

Luana Vitória de Melo

Graduanda em Fisioterapia pelo Centro Universitário da Vitória de Santo Antão - UNIVISA, Vitória de Santo Antão, PE

Beatriz de Oliveira Santos

Graduanda em Enfermagem pela Universidade Tiradente- UNIT, Aracaju- SE

Lívia Marina de Oliveira

Graduanda em Medicina pela Universidade Cidade de São Paulo - UNICID, São Paulo- SP

Vitória Wagner Yi

Graduanda em Fisioterapia pelo Centro Universitário Brasileiro- UNIBRA, Recife- PE

Erika Alves dos Santos

Graduanda em Enfermagem pela Universidade Tiradentes- UNIT, Aracaju- SE

Isabele Caroline Oliveira Almeida

Médica pela Faculdade de Medicina da Universidade de Taubaté, SP

Yasmin Dara Mendes da Silva

Graduanda em Medicina pela Universidade Cidade de São Paulo - UNICID, São Paulo- SP

Vitória Dorneles Dias Silva

Graduada em Medicina pelo Centro Universitário Serra dos Órgãos - UNIFESO

Mariana Menezes de Mauro

Graduada em Medicina pela Universidade São Francisco, Bragança Paulista - SP

Yasmim Catherine Balthazar da Cunha

Graduanda em Medicina pela Faculdade de Ciências Médicas de São José dos Campos

RESUMO

A Dermatite Atópica (DA) é uma doença inflamatória cutânea crônica que se destaca como a dermatose mais prevalente em gestantes, representando entre 36% e 59% dos casos nesse período. Na gravidez, os hormônios alteram o funcionamento do sistema de defesa da gestante, para que venha prevenir a rejeição do feto, porém essas mudanças levam ao aumento de anticorpos típicos de alergias, como a IgE, e de substâncias inflamatórias, como IL-4, IL-5 e IL-13. Por isso, a dermatite atópica pode se agravar na gestação, já que a pele torna-se mais inflamada e sensível. Esta revisão narrativa teve como objetivo analisar a literatura mais recente acerca da fisiopatologia, repercussões clínicas, complicações e estratégias da DA na gravidez. Foram incluídos 15 artigos selecionados a partir de busca na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com descritores "atopic dermatitis", "pregnancy" e "skin disease". Os resultados evidenciam que a DA não controlada pode estar associada a maior risco de parto prematuro, restrição de crescimento intrauterino e infecções secundárias, embora não haja relação direta com malformações congênitas. O manejo terapêutico deve priorizar a segurança fetal, sendo recomendados emolientes e corticosteroides de baixa e moderada potência como primeira linha de tratamento; fototerapia com UVB é considerada alternativa segura em casos refratários; e imunossupressores sistêmicos, como ciclosporina A, devem ser reservados a

casos graves. Conclui-se que a dermatite atópica na gestação requer um acompanhamento multiprofissional, com prioridade na segurança materno-fetal, diagnóstico diferencial criterioso e abordagem individualizada, a fim de garantir controle da doença, reduzir complicações materno-fetais e melhorar a qualidade de vida da gestante.

Palavras-Chaves: dermatite atópica; dermatoses; gestação; dermatopatias.

ABSTRACT

Atopic Dermatitis (AD) is a chronic inflammatory skin disease that stands out as the most prevalent dermatosis in pregnant women, accounting for between 36% and 59% of cases during this period. In pregnancy, hormones alter the pregnant woman's immune system to prevent fetal rejection. However, these changes lead to an increase in typical allergy antibodies, such as IgE, and inflammatory substances like IL-4, IL-5, and IL-13. For this reason, atopic dermatitis can worsen during pregnancy, as the skin becomes more inflamed and sensitive. This narrative review aimed to analyze the most recent literature regarding the pathophysiology, clinical repercussions, complications, and management strategies for AD in pregnancy. We included 15 articles selected from a search in the Virtual Health Library (VHL) using the descriptors "atopic dermatitis," "pregnancy," and "skin disease." The results show that uncontrolled AD may be associated with a higher risk of preterm birth, intrauterine growth restriction, and secondary infections, although there is no direct link to congenital malformations. Therapeutic management should prioritize fetal safety. Emollients and low-to-moderate-potency corticosteroids are recommended as the first line of treatment; UVB phototherapy is considered a safe alternative for refractory cases; and systemic immunosuppressants, such as cyclosporine A, should be reserved for severe cases. In conclusion, atopic dermatitis during pregnancy requires a multiprofessional follow-up, with a focus on maternal-fetal safety, a careful differential diagnosis, and an individualized approach to ensure disease control, reduce maternal-fetal complications, and improve the pregnant woman's quality of life.

Keywords: atopic dermatitis; dermatoses; pregnancy; skin diseases.

INTRODUÇÃO

A dermatite atópica (DA) é uma doença inflamatória crônica da pele, caracterizada por prurido intenso, eritema e descamação, que afeta uma proporção significativa da população mundial. Estima-se que, em países industrializados, até 10% dos adultos apresentem a doença, sendo esta a dermatose mais comum na gestação, responsável por 36% a 59% dos casos registrados (Babalola & Strober, 2013; Pope *et al.*, 2023). A ocorrência durante a gravidez pode representar tanto uma reativação de um quadro pré-existente quanto um início de novas lesões, configurando o que se denomina erupção atópica da gravidez.

Durante o ciclo gravídico, ocorrem profundas alterações hormonais e imunológicas que influenciam diretamente a atividade da DA. O aumento dos níveis de estrogênio e progesterona induz um predomínio da resposta imune do tipo Th2, com supressão das vias Th1 e Th17 (Balakirski & Novak, 2022; Pope *et al.*, 2023). Essa modulação, essencial para a tolerância materno-fetal, favorece a produção de IgE e de citocinas pró-alérgicas como IL-4, IL-5 e IL-13, o que pode exacerbar a inflamação cutânea em pacientes predispostas.

O impacto da gravidez sobre a evolução da DA é variável. Estudos indicam que cerca de 50% a 60% das gestantes com DA relatam piora do quadro, enquanto 25% apresentam melhora e 10% sofrem exacerbação no período pós-parto (Babalola & Strober, 2013; Koutroulis *et al.*, 2011). Essa heterogeneidade pode estar relacionada a diferenças individuais na resposta imune, no perfil hormonal e na história natural da doença.

Embora a DA não esteja associada diretamente a maior risco de malformações fetais, alguns estudos observacionais apontam maior incidência de ruptura prematura de membranas e sepse neonatal estafilocócica em mães com a doença (Pope *et al.*, 2023). Além disso, a presença de eczema herpético ou infecções bacterianas secundárias não tratadas durante a gestação pode representar risco significativo para a saúde materna e fetal.

O manejo clínico da DA na gestação exige cautela. A segurança fetal é prioridade, e muitos fármacos de uso rotineiro fora da gravidez têm indicação restrita nesse período. Estratégias terapêuticas geralmente priorizam emolientes, corticosteroides tópicos de baixa a moderada potência e fototerapia, reservando imunossupressores sistêmicos, como ciclosporina, apenas para casos graves e refratários (Pope *et al.*, 2023; Babalola & Strober, 2013). Agentes como metotrexato e micofenolato mofetil são contraindicados, enquanto o uso de biológicos, como dupilumabe, ainda carece de evidências robustas, havendo apenas relatos de caso favoráveis (Akhtar *et al.*, 2022).

Do ponto de vista fisiopatológico, a DA na gravidez se insere em um cenário de desbalanço da barreira cutânea e disbiose microbiológica, frequentemente associada à colonização por *Staphylococcus aureus*. A deficiência de lipídios na epiderme e a maior perda transepidérmica de água favorecem inflamação crônica e recidivante (Balakirski &

Novak, 2022). Essas alterações estruturais e imunológicas são potencializadas pelo ambiente hormonal gravídico.

Outro ponto relevante é o impacto psicossocial da DA em gestantes. O prurido intenso e as lesões visíveis afetam a autoestima, a qualidade do sono e aumentam o risco de ansiedade e depressão, o que pode agravar a percepção dos sintomas e comprometer a adesão ao tratamento (Veloso *et al.*, 2024). Nesse contexto, uma abordagem multidisciplinar, envolvendo dermatologia, obstetrícia e, quando necessário, psicologia, é fundamental.

A diferenciação diagnóstica da DA durante a gestação é um desafio. Lesões eczematosas podem mimetizar outras dermatoses específicas da gravidez, como o prurigo da gestação, a erupção polimórfica e o penfigoide gestacional (Koutroulis *et al.*, 2011). O reconhecimento adequado do padrão clínico, história pregressa e presença de estigmas atópicos é essencial para evitar terapêuticas inadequadas.

Do ponto de vista preventivo, a orientação pré-concepcional para mulheres com DA pode minimizar riscos. O controle da doença antes da concepção, com redução da atividade inflamatória e otimização da barreira cutânea, contribui para um curso gestacional mais estável e reduz a necessidade de tratamentos sistêmicos durante a gravidez (Babalola & Strober, 2013; Balakirski & Novak, 2022).

Por fim, compreender a interação entre as alterações imunológicas da gestação e a fisiopatologia da DA é crucial para desenvolver protocolos terapêuticos seguros e eficazes. O crescente interesse científico pelo tema, aliado a registros de gravidez em uso de novos fármacos, tende a ampliar o conhecimento e aprimorar o cuidado de gestantes com dermatite atópica nos próximos anos.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, na qual foram analisados estudos publicados nos últimos dez anos, disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com os descritores "atopic dermatitis", "pregnancy" e "skin disease", utilizando os operadores booleanos *AND* e *OR* para combinar os termos de forma adequada. O tema central da revisão é a gravidez e suas complicações associadas. Foram incluídos artigos em português, inglês e espanhol. Inicialmente, foram encontrados 4.320 estudos; após a aplicação dos filtros de

elegibilidade, 272 estudos permaneceram. Foram excluídas revisões sistemáticas, revisões integrativas, cartas ao editor, editoriais, dissertações e teses. A seleção dos estudos ocorreu em duas etapas: inicialmente, realizou-se a leitura dos títulos e resumos, seguida da leitura completa dos artigos que atendiam aos critérios de elegibilidade. Os estudos selecionados foram analisados de forma crítica e interpretativa, resultando na inclusão de 11 artigos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A dermatite atópica (DA) é a dermatose mais comum em gestantes, representando de 36% a 59% de todos os casos de dermatoses gestacionais (Babalola & Strober, 2013; Koutroulis *et al.*, 2011). As manifestações clínicas são semelhantes às de pacientes não grávidas, mas um estudo específico sobre o eczema mamilar em gestantes não encontrou correlação direta com a DA, apesar de as contagens de eosinófilos serem maiores no grupo com DA (Puria *et al.*, 2019).

O impacto da gravidez na atividade da DA é variável, sendo que a maioria das pacientes (50% a 60%) relata piora dos sintomas, enquanto uma parcela menor (25% a 35%) apresenta melhora (Carvalho *et al.*, 2022). Essas alterações são atribuídas às profundas mudanças hormonais e imunológicas da gestação, como a predominância da resposta imune Th2, que pode agravar a inflamação cutânea (Balakirski & Novak, 2022; Fernandes *et al.*, 2013).

A DA não controlada pode aumentar os riscos maternos e fetais. Os estudos indicam que a doença está associada a complicações como parto prematuro, restrição de crescimento intrauterino e infecções bacterianas secundárias, como as causadas por *Staphylococcus aureus* (Vilefort *et al.*, 2022; Veloso *et al.*, 2023).

O manejo clínico da DA na gravidez deve priorizar a segurança fetal. O tratamento de primeira linha inclui emolientes e hidratantes, considerados seguros e fundamentais para restaurar a barreira cutânea. Corticosteroides tópicos de baixa a moderada potência são a segunda linha, com a ressalva de que o uso de potências altas em grandes áreas pode estar associado a baixo peso ao nascer. O propionato de fluticasona não é recomendado por não ser

metabolizado pela placenta. A fototerapia com UVB é uma opção segura para casos refratários, desde que acompanhada de suplementação de ácido fólico (Pope *et al.*, 2023).

Para o tratamento sistêmico, anti-histamínicos orais de segunda geração, como cetirizina e loratadina, são considerados seguros (Pope *et al.*, 2023). Imunossuppressores sistêmicos, como a ciclosporina A, são reservados para casos graves e refratários, sendo a opção mais segura, embora exija monitoramento rigoroso (Balakirski & Novak, 2022). Por outro lado, o metotrexato e o micofenolato mofetil são contraindicados devido ao risco de malformações. A experiência com agentes biológicos como o dupilumab é limitada a relatos de caso, mas tem se mostrado segura para a mãe e o feto até o momento (Akhtar *et al.*, 2022).

Assim sendo, a dermatite atópica (DA) destaca-se como a principal afecção cutânea observada durante a gestação, sendo responsável por uma parcela expressiva das dermatoses nesse período. Essa predominância reforça sua importância clínica, sobretudo porque as modificações hormonais e imunológicas características da gravidez exercem influência direta sobre o curso da doença, podendo desencadear tanto o agravamento quanto a remissão dos sintomas. Na gestação, a predominância da resposta imune Th2 favorece a progressão da DA, tornando seu controle fundamental para prevenir complicações infecciosas e psicossociais.

A variabilidade da atividade clínica da DA durante a gestação, evidenciada pelo fato de parte das pacientes apresentarem melhora e outra parcela significativa relatar piora dos sintomas, reflete a complexidade da interação entre fatores hormonais, imunológicos e ambientais. Dessa forma, o quadro clínico da paciente e seus desejos devem direcionar a escolha terapêutica, o que reforça a necessidade de acompanhamento individualizado.

As complicações maternas e fetais associadas à DA não controlada, como parto prematuro, restrição de crescimento intrauterino e maior suscetibilidade a infecções bacterianas, sendo necessário o diagnóstico precoce e um tratamento adequado.

O tratamento baseia-se em corticosteroides tópicos, inibidores de calcineurina e fototerapia com UVB; em casos refratários, ciclosporina e glicocorticoides sistêmicos podem ser utilizados, embora associados a algum risco materno-fetal, sendo estritamente necessário reforçar a relação médico-paciente, esclarecendo os riscos e benefícios de cada medicação,

bem como compartilhar a decisão com a paciente. Em relação ao tratamento tópico, preferencialmente usa-se hidratantes e emolientes, além de corticosteróides de baixa-média potência. Inibidores da calcineurina, como o Tacrolimus, é seguramente recomendado em áreas limitadas da pele, como a face. No âmbito do tratamento sistêmico, os resultados reforçam a prudência necessária na escolha medicamentosa, já que muitos fármacos são contra indicados devido ao risco teratogênico. A ciclosporina, apesar de restrita a casos graves, surge como alternativa segura quando os benefícios superam os riscos, exigindo monitoramento rigoroso, em virtude da possibilidade de risco cardíaco-renal materno. Da mesma forma, o uso de agentes biológicos, embora ainda limitado a relatos de caso, abre perspectivas promissoras e demanda novos estudos que confirmem sua segurança no contexto gestacional.

Em relação ao futuro do tratamento, o dupilumabe, anticorpo monoclonal IgG4 totalmente humano contra o receptor alfa de IL-4, foi o primeiro biológico aprovado pela FDA para o tratamento de DA moderada a grave, sem evidências que associem o seu uso à malformações congênitas, aborto espontâneo ou desfechos adversos materno-fetais. Contudo, diante da limitação de dados e da pouca experiência clínica, recomenda-se contracepção durante o tratamento, sendo o uso na gestação reservado apenas a situações em que os benefícios maternos superem os riscos potenciais ao feto.

O norteio do manejo da DA durante a gestação é desafiador principalmente pela escassez de estudos clínicos bem controlados, frequentemente baseados em amostras reduzidas e com limitados ensaios clínicos randomizados envolvendo gestantes, devido a barreiras éticas inerentes a essa população, porém é fundamental o controle da doença para reduzir riscos maternos e fetais. Recomenda-se orientação pré-concepção visando controlar a atividade da doença e evitar exposição a irritantes e alérgenos. Dessa forma, evidencia-se a necessidade de mais pesquisas voltadas para a segurança e eficácia das diferentes abordagens terapêuticas nesse grupo específico, com o objetivo de consolidar protocolos terapêuticos robustos e proporcionar um novo horizonte para o tratamento da DA para as gestantes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Portanto, conclui-se que a assistência e o cuidado da equipe multidisciplinar emerge como uma peça central na abordagem terapêutica, mas além disso, a ênfase na prevenção, educação do paciente, pesquisa contínua e suporte emocional é essencial para melhorar os resultados a longo prazo. A gestão eficaz da dermatite atópica durante a gravidez não é apenas uma questão de tratamento dermatológico, mas requer uma abordagem integral tendo em consideração as necessidades físicas, emocionais e psicológicas da paciente.

As alterações cutâneas e de anexos durante a gravidez, comumente, se apresentam desde o início deste período e são, em grande parte, moduladas por fatores imunológicos, metabólicos e hormonais. É importante saber distinguir as alterações normais da pele durante a gestação de suas dermatoses para se evitar tratamentos desnecessários e que podem ser prejudiciais. Por fim, uma boa anamnese e exame físico são importantes para o diagnóstico e facilita na descoberta e no tratamento das dermatoses que ocorrem na gravidez. Ao promover uma parceria estreita entre profissionais de saúde e ao investir em estratégias preventivas e de apoio, podem garantir uma gravidez mais saudável, com uma qualidade de vida melhor, para as mulheres afetadas por essa condição dermatológica crônica.

REFERÊNCIAS

AKHTAR, N. H., *et al.* The use of dupilumab in severe atopic dermatitis during pregnancy: a case report. **Allergy, Asthma & Clinical Immunology**, v. 18, n. 9, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13223-022-00650-w>. Acesso: 28/08/2025.

BABALOLA, O.; STROBER, B. E. Treatment of atopic dermatitis in pregnancy. **Dermatologic Therapy**, v. 26, n. 4, p. 293-301, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/dth.12074>. Acesso: 28/08/2025.

BALAKIRSKI, G.; NOVAK, N. Atopic dermatitis and pregnancy. **The Journal of Allergy and Clinical Immunology**, v. 149, n. 4, p. 1185-1194, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2022.01.011>. Acesso: 28/08/2025.

CARVALHO, B. G. M., *et al.* Impacto da gravidez na dermatite atópica: um estudo abrangente. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 4, n. 2, p. 200-208,

2022. Disponível em: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2022v4n2p200-208>. Acesso: 28/08/2025.

FERNANDES, L. B.; Mendonça, C. R.; Amaral, W. N. Alterações dermatológicas na gravidez: revisão da literatura. **Revista de Medicina de Minas Gerais**, v. 23, n. 2, p. 266-271, 2013. Disponível em: <https://share.google/r8Oy0Dfun1v8VB1Jp>. Acesso: 29/08/2025.

GONÇALVES, R.; ALMEIDA, C. Impacto das políticas públicas na promoção da saúde coletiva. **Revista de Políticas em Saúde Pública**, v. 10, n. 1, p. 78-84, 2020. Disponível em:

KOUTROULIS, I.; PAPOUTSIS, J.; KROUMPOUZOS, G. Atopic dermatitis in pregnancy: current status and challenges. **Obstetrical & Gynecological Survey**, v. 66, n. 10, p. 654-663, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/OGX.0b013e31823a0908>. Acesso: 28/08/2025.

LIMA, M. C. **Práticas de enfermagem na atenção primária à saúde**. 3. ed. Rio de Janeiro: Editora Saúde, 2023.

POPE, E.; LAAGEIDE, L.; BECK, L. A. Management of allergic skin disorders in pregnancy. *Immunology and Allergy Clinics of North America*, v. 43, n. 1, p. 117-132, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.iac.2022.05.012>. Acesso: 28/08/2025.

PURI, A., *et al.* Correlação entre eczema mamilar na gravidez e dermatite atópica no norte da Índia: um estudo de 100 casos. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 94, n. 5, p. 549-552, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/abd1806-4841.20199087>. Acesso: 28/08/2025.

VELOSO, V. T. F., *et al.* Impacto da exposição a dermatite atópica na saúde materna e fetal durante a gravidez: uma revisão integrativa. **Journal of Medical and Biosciences Research**, v. 2, n. 2, p. 1-13, 2023. Disponível em: <https://journalmbr.com.br/index.php/jmbr/article/download/101/70/318>. Acesso: 29/08/2025.

VILLEFORT, L. A., *et al.* Ampla abordagem sobre a dermatite atópica: revisão narrativa. **Revista Eletrônica Acervo Científico**, v. 41, p. e9807, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/REAC.e9807.2022>. Acesso: 28/08/2025.