

Edição XX

Ginecologia e Obstetrícia

Capítulo 15

MANIFESTAÇÕES CUTÂNEAS FISIOLÓGICAS E PATOLÓGICAS NA GRAVIDEZ: REVISÃO DA LITERATURA

JULIA GABRIELA SERAFIM MELO¹
LEONARDO YAN ROSA ALMEIDA²
VIVIANI SENA DAS NEVES SILVA PEREIRA³

1. Discente – Medicina da Universidade São Francisco (USF)
2. Discente – Medicina da Universidade Nove de Julho (UNINOVE)
3. Docente – Medicina da Universidade São Francisco (USF)

Palavras-Chaves: Transformações Hormonais; Gestação; Modificações Dermatológicas.

INTRODUÇÃO

As transformações hormonais e fisiológicas experienciadas durante a gestação impactam diretamente a pele e seus anexos, causando uma variedade de modificações dermatológicas. Tais manifestações não apenas fomentam interesses clínicos, como também conduzem significados simbólicos ao decorrer da história entre diferentes culturas. É cabível pontuar que determinadas alterações cutâneas específicas ou não do período gestacional sempre estiveram presentes na vida das mulheres ao longo dos séculos. E também foram interpretadas de diferentes formas a partir de fatores externos à medicina, como a religiosidade, os aspectos culturais e os fatores étnicos.

A título de exemplo, são as diferentes compreensões que o cloasma gravídico (melasma gestacional) assumia em várias civilizações ao redor do mundo. No Oriente, o *Charaka Samhita*, um dos textos fundamentais do *Ayurveda*, datado entre 100 a.C. e 200 d.C., já mencionava o melasma gestacional, então denominado “*Vyanga*”, explicado como um desequilíbrio de um dos três doshas - biotipos associados ao espírito e às funções do metabolismo humano. Sendo assim, tal desequilíbrio seria responsável, a partir do terceiro mês de gestação, pelo surgimento de manchas hiperpigmentadas, geralmente nas áreas faciais - um paralelo sintomático claro ao cloasma gravídico. Aliás, os antigos médicos da Índia também notaram o escurecimento de outras áreas do corpo feminino, como as aréolas, um sinal dermatológico que pode ser associado ao Sinal de Hunter (LAHIRI *et al.*, 2014).

Ainda na porção oriental do planeta, a cultura egípcia também apresenta antigos relatos históricos relacionados ao melasma gestacional. No Papiro de Ebers (c. 1550 a.C.), as manchas, embora não descritas exatamente como

melasma, eram chamadas de “manchas escuras” ou “manchas faciais” e podiam ser interpretadas como sinais de que a mulher estava vulnerável a influências externas - espíritos, energias negativas e maus presságios. Dessa forma, desde a Antiguidade, os egípcios já relacionavam o melasma gestacional aos saberes medicinais - como o tratamento com óleos e argila branca - e a crenças religiosas, utilizando, por exemplo, amuletos com a imagem da deusa Taweret (deusa da proteção da gravidez e do parto) com o intuito de tratar e explicar tal condição cutânea (**Figura 15.1**) (NUNN, 2002).

Figura 15.1 Deusa hipopótama Taweret



Legenda: Na gravidez, as antigas egípcias pediam proteção à deusa hipopótama Taweret. Conhecida como um símbolo de proteção às gestantes.

Fonte: LINCOLINS, 2018.

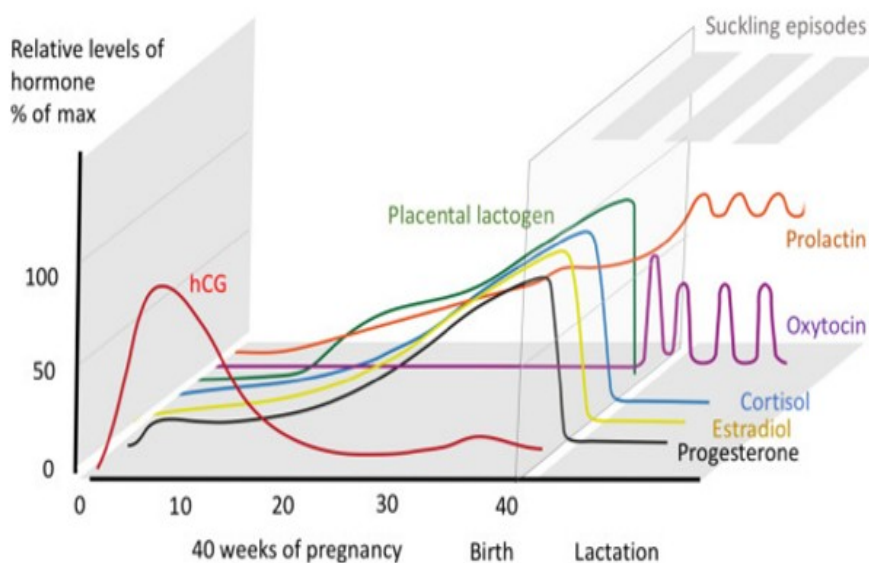
Portanto, é evidente que as alterações dermatológicas associadas as gestações acompanham as mulheres ao longo da história. A presente revisão bibliográfica tem como objetivo, a partir da ciência médica, revisar as principais alterações dermatológicas que acometem gestantes, enfatizando aquelas que fazem parte do

processo fisiológico da gravidez e aquelas que requerem atenção clínica devido a seu potencial impacto na saúde materno-fetal. A gestação é um processo complexo e transformador na vida da mulher, marcando o início do desenvolvimento de uma nova vida. Tendo o advento com a fecundação do óvulo pelo espermatozoide, esse período implica em profundas alterações sistêmicas no organismo materno, como endócrinas, metabólicas, cardiovasculares, imunológicas e emocionais. Tais alterações são essenciais para o desenvolvimento e crescimento normal do feto. Contudo, para a mulher, são mudanças drásticas em seu corpo, e que podem não ser bem aceitas. Além do surgimento de novas condições, pode ocorrer exacerbação das condições clínicas pré-existentes, assim é essencial a compreensão desta fase para a promoção de um pré-natal adequado (MURRAY, 1990).

É válido ressaltar que uma das queixas mais frequentes entre as gestantes são as dermatoses, que podem surgir ou exacerbar com a gestação. Tais alterações gravídicas são influenciadas, sobretudo, pelos níveis elevados de estrogênio,

progesterona, hormônio lactogênio placentário e melanotrópico (**Gráfico 15.1**). Algumas manifestações cutâneas são comuns e benignas, como hiperpigmentações e estrias gravídicas; outras, no entanto, podem indicar patologias específicas da gestação que necessitam de diagnóstico e manejo adequado. Essas dermatoses podem ser divididas em três categorias: as específicas da gestação, menos frequentes, mas que requerem uma atenção ampliada devido a riscos materno-fetais, como por exemplo penfigoide gestacional, colestase intra-hepática da gravidez, e foliculite pruriginosa. Outra classe, são as decorrentes das alterações fisiológicas, mais comuns e benignas, como o melasma (cloasma gravídico), a hiperpigmentação de algumas regiões (linha nigra e aréola, formando o Sinal de Hunter), estrias gravídicas, alterações vasculares (telangiectasias, e eritema palmar), e mudanças no cabelo e nas unhas. E por fim, a gestação ainda pode influenciar o curso de doenças dermatológicas pré-existentes, como psoríase, lúpus eritematoso sistêmico e dermatite atópica (SOUTOU & ARACTINGI, 2017).

Gráfico 15.1 Gráfico das alterações hormonais durante a gestação



Legenda: Observa-se grande elevação dos hormônios progesterona, estradiol e lactogênio placentário.
Fonte: MAZZIEIRO, 2023.

Essas alterações cutâneas fazem com que mulheres busquem algumas terapias visando minimizá-las, porém, muitas medicações e procedimentos utilizados em cosmiatria são contraindicados ou devem ser evitados durante a gestação, devido à ausência de estudos de segurança ou pelo risco teratogênico comprovado ao feto, devendo isso ser alertado para a grávida. Entre os ativos proibidos, estão: os retinóides (tanto tópicos quanto orais), ácido salicílico em altas concentrações, hidroquinona, e alguns ácidos utilizados em *peelings*, como o tricloroacético. Da mesma forma, alguns procedimentos também são contraindicados, como toxina botulínica, preenchimento com ácido hialurônico, lasers e radiofrequência. Sendo assim, esses tratamentos exigem ajustes terapêuticos ou devem ser postergados considerando a segurança fetal, dessarte, é de suma importância um acompanhamento com especialistas durante o pré-natal (GARG & MYSORE, 2022).

Dermatoses específicas da gestação

Penfigoide gestacional

Uma das alterações cutâneas que podem ocorrer durante o período gravídico é o penfigoide gestacional, anteriormente chamado de herpes gestacional, que se trata de um fenômeno autoimune, provavelmente causado por anticorpos do tipo IgG direcionados para antígeno de 180 kD na zona da membrana basal da epiderme. Essa condição resulta numa erupção polimórfica vesiculobolhosa que pode ocorrer durante a gestação ou pós-parto.

A patogênese é caracterizada pela deposição de anticorpos autorreativos direcionados contra duas proteínas hemidesmossômicas, BP180 e BP230, dentro da junção dermoepidérmica, resultando na formação de bolhas e erosão da pele.

O penfigoide gestacional ocorre em 1/50.000 a 60.000 gestações. A doença apresenta distribuição mundial e não apresenta diferenças étnicas. A idade média das mulheres afetadas varia entre 17 e 41 anos, com idade mediana em torno de 26 a 32 anos (SAVERVALL *et al.*, 2017).

Como características clínicas, tem-se prurido intenso, e lesões inflamatórias da pele. As lesões cutâneas eruptivas inicialmente se apresentam como pápulas urticariformes e placas anulares, seguidas por vesículas e bolhas em fundo eritematoso (**Figuras 15.2 e 15.3**).

O diagnóstico da doença é baseado em avaliação clínica, achados histológicos, imunofluorescência direta (IFD) ou indireta (IFI), ensaio imunoenzimático (ELIZA) e imunquímica para C4d.

O objetivo do tratamento é reduzir o prurido e prevenir o desenvolvimento de novas bolhas. As medicações mais comumente utilizadas são os corticosteroides (prednisona e prednisolona). Além dos corticosteroides, anti-histamínicos orais podem ser usados para controlar o prurido. Em casos refratários, os pacientes podem se beneficiar da imunoabsorção sistêmica.

Figura 15.2 Formação de bolhas no penfigoide gestacional



Fonte: SAVERVALL *et al.*, 2017.

Figura 15.3 Lesões cutâneas eruptivas em região abdominal, coxas, e grandes dobras



Legenda: Componente eritematoso.

Fonte: ZANELLA *et al.*, 2011.

Colestase intra-hepática da gravidez

É um distúrbio hepático, que consiste na diminuição ou interrupção do fluxo biliar, e co-

mumente ocorre no final do 2º e início do 3º trimestre da gestação.

A incidência e a prevalência variam com a etnia e a distribuição geográfica. A taxa de incidência está entre 0,2 a 2% das gestações. Sendo mais prevalente nos continentes sul-americano e norte europeu.

A queixa mais comum dessa patologia é o prurido intenso e generalizado, presente principalmente nas palmas das mãos e nas plantas dos pés, e que geralmente piora durante a noite. A icterícia clínica é rara, mas pode-se apresentar em 14 a 25% das pacientes (PILLARISETTY & SHARMA, 2017).

O diagnóstico é através da presença de sintomas clínicos, como o prurido, ácidos biliares séricos totais elevados na exclusão de outros diagnósticos, que podem causar sintomas semelhantes e anormalidades laboratoriais (**Quadro 15.1**).

Quadro 15.1 Principais características e diagnóstico diferencial das hepatopatias da gravidez

	Hiperêmese gravídica	Coléstase gravídica	Esteatose aguda da gravidez
Trimestre	1º	2º /3º	3º (e pós-parto)
Frequência	0,3-2%	0,1-5%	0,01%
Bilirrubinas	< 4 mg/dL (BD)	< 5 mg/dL (BD)	< 10 mg/dL (BD)
Transaminases	Elevação 1-2 x (50%)	Elevação 1-5 x	Elevação 5-10 x
HDL	Normal	Normal	Aumentado
Glicemia	Normal	Normal	Diminuída
Amilase	Pouco elevada	Normal	Normal
FA, GGT	Normais	Elevados	Normais
Ácidos biliares	Normais	Elevados	Normais
Ácido úrico	Normal	Normal	Normal
Plaquetas	Normais	Normais	Diminuídas
USG de abdome	Normal	Normal (deve descartar cálculos)	Infiltração gordurosa, fígado brilhante
Sintomas	Vômitos, desidratação, perda de peso, distúrbios hidroeletrolíticos, cetose	Prurido e icterícia	Dor abdominal, vômitos, polidipsia, poliúria, alterações da coagulação, cefaleia, encefalopatia
Complicações	Geralmente resolução espontânea	Óbito fetal tardio	Morte materna e perinatal
Tratamento	Hidratação + antieméticos + nutrição enteral	AUDC + parto com 37 semanas	Parto com 34 semanas + suporte clínico
Recorrência	Sim	Sim	Rara

Fonte: ZUGAIB, 2023.

Fechado o diagnóstico, o tratamento imediato é necessário, e o objetivo principal da terapia é diminuir o risco de morbidade e mortalidade perinatal e aliviar os sintomas maternos. O medicamento de escolha para essa patologia é o ácido ursodesoxicólico (AUDC). Para casos refratários, outros medicamentos como rifampicina, colestiramina e S-adenosil-L-metionina são opções (PILLARISSETTY & SHARMA, 2017).

Foliculite pruriginosa da gravidez (FPG)

É uma doença rara, de etiologia desconhecida. Ocorre principalmente durante a gravidez, geralmente com resolução espontânea no pós-parto. É descrita como uma dermatose benigna, com a presença de lesões foliculares papulosas e pustulosas que aparecem inicialmente no tronco e ocasionalmente se espalham por todo o corpo (**Figura 15.4**).

Essa dermatose costuma surgir no segundo ou terceiro trimestre de gestação, afetando tanto primíparas quanto múltiparas.

Sua taxa de incidência é de aproximadamente 1 em 3.000 gestações (DELORENZE *et al.*, 2016).

Sua histopatologia é inespecífica, apresentando características de foliculite aguda, além de pústulas intraluminais com neutrófilos, linfócitos, macrófagos e, raramente, eosinófilos.

O tratamento consiste em medicamentos tópicos, como corticosteroides de baixa potência, peróxido de benzoíla 10% ou uma combinação de ambos. Outros medicamentos, como antifúngicos tópicos e antibióticos tópicos ou sistêmicos, demonstraram efeitos mínimos. Se as lesões forem assintomáticas, sua resolução natural pode ser considerada (DELORENZE *et al.*, 2016).

Figura 15.4 Pápulas eritematosas e pústulas localizadas no esterno e no abdome (linha negra)



Fonte: AMORIM *et al.*, 2022.

Alterações fisiológicas da gestação

Hiperpigmentações

O cloasma gravídico, o Sinal de Hunter e a hiperpigmentação da linha alba, compartilham mecanismos fisiopatológicos semelhantes, decorrentes da hiperestimulação melanocítica induzida pelos hormônios da gestação. As dermatoses citadas têm maior incidência em mulheres com predisposição genética ou fototipos mais escuros, tendem a ser mais evidentes em áreas expostas à luz ou com maior vascularização e frequentemente coexistem.

Apesar das similaridades, tais condições cutâneas acometem regiões distintas do corpo e podem sugerir acompanhamentos e tratamentos médicos e estéticos diferentes.

Cloasma gravídico

O cloasma gravídico, também conhecido como melasma gestacional, é uma dermatose caracterizada pelo aparecimento de máculas hiperpigmentadas, que geralmente são simétricas e surgem em áreas da face que são expostas aos raios solares, como fronte, bochechas e lábio superior (**Figura 15.5**).

As causas do cloasma gravídico envolvem principalmente alterações hormonais típicas da

gestação, como elevações dos níveis de estrogênio, progesterona e hormônio melanocítico, os quais estimulam a produção de melanina. A exposição à radiação ultravioleta (UV) é um dos fatores responsáveis por desencadear e agravar a dermatose, uma vez que potencializa a atividade dos melanócitos.

Em relação à epidemiologia, o cloasma gravídico é uma das dermatoses mais comuns na gestação, com prevalência variando entre 50% e 70% das gestantes.

No Brasil, apesar da ausência de dados epidemiológicos consistentes, a prevalência de melasma gestacional é considerada elevada, acima de tudo em populações com fototipos mais altos e maior exposição solar, características comuns em variadas regiões do país. Cabe pontuar, que a maior proporção de ancestralidade africana está associada a um risco aumentado de melasma (D'ELIA *et al.*, 2017).

Vale frisar, que os baixos índices de escolaridade são determinantes, uma vez que mulheres com menor nível educacional apresentam quatro vezes mais chances de ter melasma, o que pode refletir desigualdade no acesso à informação e à fotoproteção adequada.

Os principais fatores de risco da condição em questão são: predisposição genética, fototipo cutâneo mais alto, história prévia de melasma em gestações anteriores, exposição solar intensa e uso de cosméticos ou medicamentos fotossensibilizantes.

O diagnóstico é clínico, baseado na observação das lesões hiperpigmentadas em áreas típicas, com distribuição simétrica e ausência de sintomas sistêmicos. Exames complementares raramente são necessários, exceto em casos atípicos para afastar outros diagnósticos diferenciados.

O tratamento durante a gestação é conservador, logo, prioriza-se medidas preventivas do

melasma gestacional. A principal estratégia é uso diário de protetor solar de amplo espectro (FPS 50+ e proteção UVA elevada), um hábito que demonstra eficácia tanto na prevenção quanto na melhora do quadro já estabelecido (LAKHDAR *et al.*, 2007).

Figura 15.5 Áreas hiperpigmentadas (perilabial, bochechas e nariz)



Fonte: WULKAN, 2020.

Sinal de Hunter e Linha nigra:

O sinal de Hunter, também conhecido como sinal da aréola secundária, é uma hiperpigmentação areolar, ou seja, um escurecimento gradual da aréola observada principalmente durante o período gestacional. A prevalência da hiperpigmentação areolar é cerca de 90% entre as gestantes, sendo mais pronunciada em mulheres de fototipos cutâneos mais altos. Pode surgir a partir do primeiro trimestre e intensificar-se até o final da gestação. Embora trate-se de uma manifestação benigna e fisiológica, a hiperpigmentação areolar pode persistir por meses após o parto, apesar de regredir parcialmente de forma espontânea. Em alguns casos, permanece mais escura de forma definitiva (**Figura 15.6**).

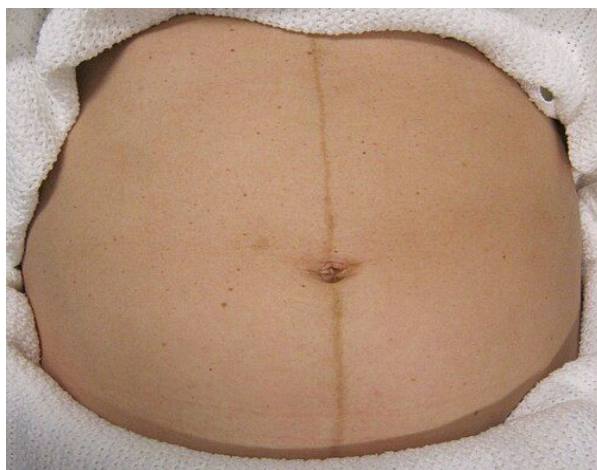
Figura 15.6 Hiperpigmentação extensa da gravidez envolvendo a pele da mama e do abdômen



Fonte: MASSINDE *et al.*, 2011.

A linha nigra é uma hiperpigmentação linear que surge na região mediana do abdome durante o período gestacional e, geralmente, estende-se da sínfise púbica até a cicatriz umbilical e, em alguns casos, até a parte superior do abdome. A prevalência da linha nigra é elevada, sendo observado em mais de 75% das gestantes, especialmente em mulheres com fototipos mais escuros (**Figura 15.7**).

Figura 15.7 Hiperpigmentação da linha



Fonte: HEILMAN, 2012.

Assim como foi supracitado, ambos são causados pelo aumento da produção de hormônios esteroides, como o estrogênio e a progesterona e o hormônio melanócito-estimulante (MSH), secretados em maiores quantidades du-

rante a gestação. Esses hormônios estimulam os melanócitos, promovendo um aumento na síntese de melanina em áreas específicas do corpo. Não é considerada uma condição patológica, mas sim uma manifestação fisiológica transitória.

O tratamento médico para as duas condições cutâneas se torna desnecessário, uma vez que, no puerpério, pode ocorrer despigmentação parcial espontânea. Se houver desconforto estético significativo e a pigmentação persistir no pós-parto, opções como cremes despigmentantes ou procedimentos dermatológicos podem ser considerados, mas nunca durante a gestação ou lactação sem orientação médica.

Doenças dermatológicas pré-existent

Psoríase

A psoríase é uma doença dermatológica corriqueira que causa considerável morbidade e incapacidade ocupacional. Ela é caracterizada pela presença de manchas róseas ou avermelhadas, recobertas por escamas esbranquiçadas (**Figura 15.8**). A prevalência em mulheres grávidas é inexplorada, mas provavelmente iguala a de mulheres não grávidas em idade fértil.

Acredita-se que a psoríase crônica em placas melhore em 40 a 60% das pacientes durante a gravidez, com predominante melhora no final do primeiro e segundo trimestres. Essa melhora é decorrente das altas concentrações de progesterona, que regula negativamente a resposta proliferativa das células de defesa “T”.

A psoríase não afeta a fertilidade nem as taxas de aborto espontâneo, defeitos congênitos ou parto prematuro. No entanto, muitos tratamentos para psoríase estão associados a potenciais problemas durante a gravidez.

Tratamentos tópicos são tratamentos de escolha para psoríase e considerados seguros durante a gestação, como exemplos: emolientes, esteroides tópicos e ditranol. São produtos provavelmente seguros para uso no segundo e terceiro trimestres.

Todos os retinóides - tanto tópicos quanto orais - são contraindicados na gravidez devido à teratogenicidade, especialmente no primeiro trimestre.

O metotrexato também é contraindicado na gestação, pois está associado a aborto espontâneo, e algumas anormalidades como fenda palatina e alterações esqueléticas (WEATHERHEAD *et al.*, 2007).

Figura 15.8 Psoríase pustulosa da gestação



Fonte: KONDO *et al.*, 2013.

Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES)

É uma doença inflamatória crônica, de origem autoimune, e que pode acometer diferentes órgãos, levando a múltiplas manifestações. Os órgãos mais acometidos pelo LES são a pele, as articulações, os rins, os pulmões, e o cérebro.

O lúpus cutâneo se manifesta com manchas na pele, geralmente manchas avermelhadas ou eritematosas, e acomete principalmente áreas mais expostas à luz solar (rosto, orelhas, colo e braços) (**Figura 15.9 e 15.10**).

Na gestação, 65% das pacientes com a forma sistêmica sofrem exacerbação cutânea e a-

presentam até 60% de chance de prematuridade e aborto quando a doença está ativa. Na gestação com LES, também se observa maiores taxas de restrição de crescimento fetal (RCF) e transtornos hipertensivos. A gravidez pode ser tranquila e bem tolerada, caso o LES estiver em remissão por no mínimo três meses antes da concepção (NOGUEIRA *et al.*, 2013).

Na gestação, o objetivo do tratamento do LES é controlar a atividade da doença e prevenir complicações maternas e fetais, assim, deve-se utilizar medicações seguras para a gestação e amamentação. Os agentes mais utilizados para controle da doença são os glicocorticoides e a hidroxicloroquina, e que devem ser mantidos na gravidez. A manutenção da pressão arterial em níveis adequados pode ser obtida com o uso de metildopa, labetalol ou nifedipina, medicamentos considerados seguros para tratamento da hipertensão arterial.

Figura 15.9 Piora das lesões cutâneas em paciente gestante com lúpus eritematoso sistêmico



Fonte: NOGUEIRA, 2013.

Figura 15.10 Lúpus eritematoso sistêmico em gestante



Fonte: NOGUEIRA, 2013.

Dermatite atópica:

Durante a gestação, o aumento dos sintomas da dermatite atópica é uma preocupação. O aumento do prurido, das erupções e da inflamação cutânea não apenas afeta o bem-estar físico, mas também como a qualidade de vida das gestantes (**Figura 15.11**).

Os mecanismos subjacentes à exacerbação da dermatite atópica durante a gestação ainda não estão completamente estabelecidos, mas existem algumas teorias. As variações hormonais, especialmente a elevação dos níveis de estrogênio e progesterona, podem influenciar a resposta inflamatória da pele, o que contribui para uma maior predisposição ao desenvolvimento da dermatite atópica. Outra teoria criada, é que as mudanças no sistema imunológico, incluindo uma redução da função imunológica adaptativa para tolerar o feto semialógeno, levaria a uma resposta inflamatória exacerbada da pele em mulheres predispostas à dermatite atópica. É importante lembrar também, que fatores ambientais, como o clima e a exposição a alérgenos e irritantes, desempenham um papel na exacerbação dos sintomas durante a gravidez.

Além disso, algumas mulheres podem desenvolver uma forma específica de dermatite atópica associada à gravidez, conhecida como dermatite atópica gravídica, que requer uma abordagem de tratamento diferenciada (CARVALHO *et al.*, 2024).

As abordagens terapêuticas na gestação visam controlar a inflamação cutânea, aliviar o prurido e minimizar o desconforto para garantir o bem-estar dessas mulheres. Entre os tratamentos, há uma primeira linha para casos leves, com hidratação intensa, banhos rápidos com água morna e evitar fatores irritante, como lã, sabonetes agressivos, perfumes e outros.

Já para tratamentos intensivos em casos leves e moderados, é indicado o uso de corticoides tópicos de baixa a moderada potência e inibidores de calcineurina tópicos. Por fim, a partir da recomendação médica, em casos moderados a graves são indicados anti-histamínicos orais de segunda geração, corticoides orais e até imunossuppressores, (FERREIRA *et al.*, 2020).

Figura 15.11 Erupção atópica da gravidez: lesões eczematiformes no abdome



Fonte: TEIXEIRA *et al.*, 2013.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- CARVALHO, B.G.M. *et al.* Impacto da gravidez na dermatite atópica: um estudo abrangente. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, v. 6, n. 2, p. 2106–2123, 2024. Doi: 10.36557/2674-8169.2024v6n2p2106-2123.
- D'ELIA, M.P. *et al.* African ancestry is associated with facial melasma in women: a cross-sectional study. *BMC Medical Genetics*, v. 18, n. 1, p. 17, 2017. doi: 10.1186/s12881-017-0378-7.
- DELORENZE, L.M. *et al.* Pruritic folliculitis of pregnancy. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, v. 91(5 suppl 1), p. 66-68, 2016. Doi: 10.1590/abd1806-4841.20164735.
- FERREIRA, M.F. *et al.* Manejo da dermatite atópica na gestação. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, v. 95, n. 1, p. 24–36, 2020.
- GARG, A.M. & MYSORE, V. Dermatologic and Cosmetic Procedures in Pregnancy. *Journal of Cutaneous and Aesthetic Surgery*, v. 15, n. 2, p. 108-117, 2022. Doi: 10.4103/JCAS.JCAS_226_20.
- LAHIRI, K. *et al.* *Pigmentary Disorders: A Comprehensive Compendium*. 1 ed. Karnataka: Jaypee Brothers Medical Pub, 2014.
- LAKHDAR, H. *et al.* Evaluation of the effectiveness of a broad-spectrum sunscreen in the prevention of chloasma in pregnant women. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, v. 21, n. 6, p. 738-42, 2007. Doi: 10.1111/j.1468-3083.2007.02185.x.
- MURRAY, J.C. Pregnancy and the skin. *Dermatologic Clinics*, v. 8, n. 2, p. 327-34, 1990.
- NOGUEIRA L.S.C., *et al.* Influência da gestação nas doenças cutâneas. *Brasília Médica*, v. 50, n. 4, p. 318-323, 2013.
- NUNN, J. F. *Ancient Egyptian Medicine*. Norman: University of Oklahoma Press, 2002.
- PILLARISSETTY, L.S. & SHARMA, A. Colestase Intra-hepática na Gravidez. Em: *StatPearls*. Ilha do Tesouro (FL): StatPearls Publishing; jan. de 2025.
- SAVERVALL, C. *et al.* Pemphigoid gestationis: current perspectives. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dermatology*, v. 10, p. 441-449, 2017. Doi: 10.2147/CCID.S128144.
- SOUTOU, B. & ARACTINGI, S. Peau et grossesse [Skin and pregnancy]. *La Revue Du Praticien*, v. 67, n. 4, p. 411-414, 2017.
- WEATHERHEAD, S. *et al.* Management of psoriasis in pregnancy. *BMJ (Clinical research ed)*, v. 34, n. 7605, p. 1218–1220, 2007. Doi: 10.1136/bmj.39202.518484.80
- ZUGAIB, M. *Zugaib Obstetrícia*. 5 ed. São Paulo: Manole Editora, 2023.