

DERMATOLOGIA E PROCEDIMENTOS ESTÉTICOS

Edição XVII

Capítulo 5

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA ACNE EM MULHERES ADULTAS

ELIELSON FELIX GONÇALVES¹
MARIANA QUIRINO CAVALCANTI¹
ZADES LIRA RIBEIRO FILHO¹
MILLENA ARRUDA PEREIRA VIEIRA¹
GHISLAYNE MARTINS DE MELO¹
ADNA CÂNDIDO NOGUEIRA¹
PATRÍCIA SILVA DOS SANTOS¹
BRUNA SURLANE RODRIGUES DE ALMEIDA¹
ASHLEY KESSY DE SOUSA LIRA¹
JOYCE SILVA DE PAIVA¹
ANA CLARA FERNANDES DIÓGENES¹
ANDRESSA LUCENA DE OLIVEIRA²
MARINA MEDEIROS ARAÚJO CARVALHO³
ALLEMBERT FERREIRA NUNES⁴
ANDRÉ VICTOR TEIXEIRA MUNIZ⁵

¹Discentes – Medicina na Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE)

²Discentes – Medicina no Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ)

³Fisioterapeuta – Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ)

⁴Médico – Universidade Potiguar (UNP)

⁵Médico – Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE)

Palavras-chave: Diagnóstico; Tratamento; Acne

INTRODUÇÃO

A acne em mulheres adultas é um distúrbio inflamatório crônico que acomete mulheres acima de 25 anos e caracteriza-se por evoluir de maneira persistente ou intermitente, podendo estender-se até a 5ª década de vida (ZAENGLEIN *et al.*, 2016). Estudos demonstram que a acne persiste em cerca de 5% das mulheres entre 40 e 49 anos e que 76% dos casos de acne em adultos ocorrem em mulheres, com idade média de 35,5 anos, predominando formas persistentes e, em menor proporção, acne tardia associada a hiperandrogenismo (BAGATIN *et al.*, 2019; ZEICHNER *et al.*, 2017). Essa condição afeta múltiplas áreas faciais e pode envolver tronco e região submandibular, causando impacto negativo na qualidade de vida (BAGATIN *et al.*, 2019).

A fisiopatologia da doença envolve interação complexa entre fatores genéticos, endócrinos e ambientais. O estímulo androgênico aumenta a secreção sebácea, altera a composição lipídica e promove hiperqueratinização folicular, favorecendo a proliferação de *Cutibacterium acnes* e desencadeando inflamação perifolicular (BRANISTEANU *et al.*, 2022). Estudos apontam que radiação ultravioleta, estresse, obesidade, dieta hiperglicêmica, tabagismo e uso de cosméticos são fatores agravantes (BAGATIN *et al.*, 2019; DRÉNO *et al.*, 2013; ZEICHNER *et al.*, 2017).

Diferentemente da acne na adolescência, culturalmente compreendida como uma condição transitória e esperada, a persistência ou o surgimento de lesões na vida adulta tende a provocar maior constrangimento social, impactar negativamente as relações interpessoais e comprometer o desempenho profissional (BAGATIN *et al.*, 2019; BRANISTEANU *et al.*, 2022; ZEICHNER *et al.*, 2017). Estudos sugerem que a acne pode causar elevados níveis de sofri-

mento psicológico, afetando dimensões como autoestima e socialização, o que reforça a necessidade de abordagens terapêuticas que considerem o bem-estar psicoemocional das pacientes (TAN & BHATE, 2015).

Diante da alta prevalência epidemiológica e das implicações da acne na qualidade de vida, o presente estudo teve como objetivo analisar os principais aspectos diagnósticos e tratamento da acne em mulheres adultas.

METODO

Trata-se de uma Revisão Narrativa, fundamentada em uma busca por artigos disponíveis nas plataformas: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). A pesquisa teve como objetivo analisar evidências atualizadas relacionadas ao diagnóstico clínico, aspectos fisiopatológicos e estratégias terapêuticas relacionadas à acne em mulheres adultas.

Para isso, foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), em português e inglês: “Acne / Acne”, “Mulheres / Women”, “Diagnóstico / *Diagnosis*” e “Tratamento / *Treatment*”, combinados entre si com o uso do operador booleano AND e OR. A pergunta norteadora da revisão foi: “Quais são as abordagens diagnósticas e terapêuticas utilizadas para o manejo da acne em mulheres adultas?”. A estratégia PICO foi utilizada para delimitar o escopo da revisão, sendo: P (População) – mulheres adultas com acne; I (Intervenção) – condutas diagnósticas e terapêuticas; C (Comparação) – não aplicável; e O (Desfechos) – controle da doença.

Foram incluídos artigos sem limite temporal, disponíveis em texto completo, nos idiomas português, inglês ou espanhol, que abordassem o manejo clínico da acne em mulheres adultas. Foram excluídos trabalhos repetidos, estudos

com população exclusivamente adolescente, relatos de caso isolados e resumos de congresso

A seleção dos artigos foi realizada com base na leitura dos títulos, resumos e, posteriormente, do texto completo, respeitando os critérios de inclusão e exclusão previamente definidos. As informações extraídas foram organizadas em categorias temáticas, com o intuito de facilitar a compreensão e a sistematização do conhecimento sobre o tema.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Fisiopatologia e Classificação da Acne na Mulher Adulta

A acne em mulheres adultas apresenta fisiopatologia complexa, envolvendo quatro mecanismos principais: hiperqueratinização do infundíbulo folicular, aumento da produção sebácea mediada por andrógenos, colonização bacteriana por *Cutibacterium acnes* e resposta inflamatória do hospedeiro (DRÉNO *et al.*, 2013). Em mulheres adultas, observa-se predominância do componente inflamatório sobre o comedogênico, com lesões pápulo-pustulosas profundas e nódulos dolorosos, especialmente na região mandibular e cervical (PERKINS *et al.*, 2011).

As flutuações hormonais cíclicas do ciclo menstrual exercem influência direta na patogênese da acne em mulheres adultas através de mecanismos já bem estabelecidos. Durante a fase lútea tardia (dias 21-28 do ciclo), observa-se declínio acentuado dos níveis séricos de estradiol e progesterona, enquanto os andrógenos circulantes, principalmente testosterona livre e dihidrotestosterona (DHT), mantêm concentrações relativamente estáveis, resultando em aumento da razão andrógeno/estrogênio (BAGATIN *et al.*, 2019). Este desequilíbrio hormonal transitório promove hipersecreção sebácea através da ativação dos receptores androgênicos presentes nas glândulas sebáceas, hiperqueratinização do ducto pilosebáceo por aumento da

proliferação dos queratinócitos infundibulares, e intensificação da resposta inflamatória local mediada por citocinas pró-inflamatórias como IL-1 α , TNF- α e IL-17 (DRÉNO *et al.*, 2013). Estudos demonstram que aproximadamente 70% das mulheres com acne adulta apresentam exacerbação clínica das lesões inflamatórias na semana pré-menstrual, caracterizada por surgimento de pápulas e pústulas na região mandibular e cervical (BAGATIN *et al.*, 2019; SHAH *et al.*, 2021).

A classificação da acne em mulheres adultas considera não apenas a morfologia das lesões, mas também a distribuição anatômica e o padrão temporal de evolução. A acne persistente, definida como continuidade das lesões desde a adolescência, representa 80% dos casos, enquanto a acne de início tardio, surgindo após os 25 anos, corresponde a 20% das pacientes (HOLZMANN & SHAKERY, 2014). Estudos histopatológicos demonstram maior densidade de receptores androgênicos nas glândulas sebáceas da região mandibular, explicando a predileção topográfica observada clinicamente (ZAENGLEIN *et al.*, 2016).

O microambiente folicular em mulheres adultas apresenta alterações específicas, incluindo aumento da expressão de metaloproteínas, interleucinas pró-inflamatórias e fator de crescimento semelhante à insulina, contribuindo para a cronificação do processo inflamatório (TAN & BHATE, 2015). A disbiose do microbioma cutâneo, com redução da diversidade bacteriana e predominância de cepas virulentas de *C. acnes*, perpetua a resposta imunológica adaptativa, resultando em lesões recidivantes e cicatrizes hipertróficas (ZAENGLEIN *et al.*, 2016).

Crítérios Diagnósticos e Avaliação Clínica

O diagnóstico da acne em mulheres adultas baseia-se primariamente na avaliação clínica,

considerando anamnese detalhada, exame físico direcionado e, quando indicado, investigação hormonal complementar (BRANISTEANU *et al.*, 2022; SHAH *et al.*, 2021). A anamnese deve investigar idade de início das lesões, padrão evolutivo, relação com ciclo menstrual, uso de contraceptivos hormonais, cosméticos utilizados, histórico familiar e impacto psicossocial da doença. O exame físico deve documentar a distribuição das lesões, tipos morfológicos predominantes, presença de cicatrizes e sinais de hiperandrogenismo associado (BAGATIN *et al.*, 2019; DRÉNO *et al.*, 2013; TAN & BHATE, 2015).

A avaliação da gravidade utiliza escalas padronizadas, sendo a *Global Acne Grading System* (GAGS) amplamente aceita para quantificação objetiva das lesões (DOSHI *et al.*, 1997). Em mulheres adultas, recomenda-se também a aplicação do *Cardiff Acne Disability Index* (CADI) para mensuração do impacto na qualidade de vida, considerando que 85% das pacientes relatam algum grau de comprometimento das atividades sociais e profissionais (GUPTA *et al.*, 2016).

A investigação hormonal está indicada em casos de acne severa, início tardio, resistência terapêutica, sinais de virilização ou irregularidade menstrual (BAGATIN *et al.*, 2019). Os exames recomendados incluem dosagem de testosterona total e livre, DHEA-S, 17-hidroxiprogesterona, LH, FSH e prolactina, preferencialmente realizados entre o 3º e 5º dias do ciclo menstrual (HOLZMANN & SHAKERY, 2014). A ultrassonografia pélvica pode ser útil para diagnóstico de síndrome dos ovários policísticos, presente em 25% das mulheres com acne adulta (ZAENGLEIN *et al.*, 2016).

O diagnóstico diferencial deve considerar rosácea, dermatite seborreica, foliculite bacteriana e erupções acneiformes induzidas por medicamentos (TAN & BHATE, 2015). A rosácea

apresenta predileção pela região centrofacial, ausência de comedões e presença de eritema persistente e telangiectasias, enquanto a dermatite seborreica localiza-se preferencialmente em áreas seborreicas com descamação oleosa característica (ZAENGLEIN *et al.*, 2016).

Tratamentos Tópicos e Sistêmicos

O tratamento da acne em mulheres adultas requer abordagem individualizada, considerando a gravidade clínica, fatores hormonais, comorbidades associadas e preferências da paciente (BRANISTEANU *et al.*, 2022; SHAH *et al.*, 2021). Os retinoides tópicos constituem terapia de primeira linha, sendo a tretinoína 0,025-0,1% e adapaleno 0,1-0,3% as opções mais utilizadas, promovendo normalização da quera-tinização folicular e efeito anti-inflamatório (BAGATIN *et al.*, 2019). A combinação com peróxido de benzoíla 2,5-5% potencializa a eficácia antimicrobiana e reduz o risco de resistência bacteriana, sendo recomendada como terapia padrão (DRÉNO *et al.*, 2013).

Os antibióticos tópicos (e.g. clindamicina 1% e eritromicina 2%) são eficazes no controle da colonização bacteriana, porém devem ser utilizados sempre em associação com peróxido de benzoíla para prevenção de resistência bacteriana (PERKINS *et al.*, 2011). O ácido azelaico 15-20% representa uma alternativa, especialmente em pacientes com intolerância aos retinoides, oferecendo efeitos anti-inflamatórios, antimicrobianos e despigmentantes (BAGATIN *et al.*, 2019).

A terapia sistêmica está indicada em casos de acne moderada a severa, falha do tratamento tópico ou acometimento de áreas extensas (HOLZMANN & SHAKERY, 2014). Os antibióticos sistêmicos, especificamente a doxiciclina 40-100mg/dia e a minociclina 50-100mg/dia, apresentam eficácia anti-inflamatória além do efeito antimicrobiano, sendo utili-

zados por períodos de 3-6 meses (ZAENGLEIN *et al.*, 2016). A azitromicina em pulsos (500mg, 3 dias consecutivos por semana) constitui uma alternativa para pacientes com intolerância às tetraciclinas (TAN & BHATE, 2015).

A terapia hormonal constitui estratégia terapêutica eficaz no tratamento da acne em mulheres adultas com evidências de hiperandrogenismo, atuando através da modulação do eixo hipotálamo-hipófise-ovariano e redução da atividade androgênica periférica (ZAENGLEIN *et al.*, 2016). Os contraceptivos orais combinados contendo etinilestradiol 20-35µg associado a progestinas com propriedades anti-androgênicas exercem duplo mecanismo de ação: o etinilestradiol aumenta a síntese hepática de globulina ligadora de hormônios sexuais (SHBG), reduzindo a fração livre de testosterona circulante, enquanto progestinas como acetato de ciproterona, drospironona e dienogeste competem diretamente com a dihidrotestosterona pelos receptores androgênicos das glândulas sebáceas, resultando em redução das lesões inflamatórias após 12-16 semanas de tratamento (BRANISTEANU *et al.*, 2022; SHAH *et al.*, 2021). A espironolactona, diurético poupador de potássio com atividade anti-androgênica, atua como antagonista competitivo dos receptores de mineralocorticoides e andrógenos na dose de 50-200mg/dia, demonstrando eficácia na acne de distribuição mandibular através da inibição da 5α-redutase e bloqueio da ligação da dihidrotestosterona aos receptores sebáceos, com resposta clínica observada após 3-6 meses de tratamento contínuo (BAGATIN *et al.*, 2019; ZEICHNER *et al.*, 2017).

A isotretinoína oral 0,5-1,0mg/kg/dia permanece como tratamento de eleição para acne severa resistente ou com potencial cicatricial significativo (DRÉNO *et al.*, 2013). Em mulheres adultas, doses menores (0,25-0,5mg/kg/dia) por períodos prolongados podem ser eficazes,

reduzindo efeitos adversos e melhorando a aderência terapêutica (PERKINS *et al.*, 2011). O acompanhamento rigoroso inclui monitorização laboratorial mensal e medidas contraceptivas eficazes durante o tratamento e por 30 dias após sua interrupção (BAGATIN *et al.*, 2019).

Abordagens Complementares e Cuidados Dermatológicos

A abordagem terapêutica da acne em mulheres adultas deve incluir cuidados dermocosméticos específicos, modificações dietéticas e suporte psicológico quando necessário (HOLZMANN & SHAKERY, 2014). A higienização adequada com produtos livres de óleo e não comedogênicos, constitui medida essencial para manutenção da barreira cutânea e potencialização dos tratamentos ativos (ZAENGLEIN *et al.*, 2016). Hidratantes com textura leve, contendo ácido hialurônico, niacinamida ou ceramidas, são recomendados para prevenção da xerose induzida pelos tratamentos tópicos (ROCHA *et al.*, 2024; TAN & BHATE, 2015).

A fotoproteção adequada com filtros solares *oil-free*, FPS mínimo 30, é essencial para prevenção de hiperpigmentação pós-inflamatória, complicação frequente em mulheres adultas (ROCHA *et al.*, 2024; ZAENGLEIN *et al.*, 2016). Produtos com base aquosa ou gel são preferíveis, evitando formulações cremosas que podem obstruir os folículos pilosos (BAGATIN *et al.*, 2019; ROCHA *et al.*, 2024; SHAH *et al.*, 2021).

A correlação entre dieta e acne, especialmente o consumo de laticínios e alimentos de alto índice glicêmico (BAGATIN *et al.*, 2019). Estudos observacionais demonstram que a redução do consumo de leite e derivados, assim como carboidratos refinados, pode contribuir para melhora clínica em alguns subgrupos de pacientes (DRÉNO *et al.*, 2013). A suplementação com ômega-3, zinco e probióticos específicos tem mostrado resultados promissores como

coadjuvante terapêutico (CERVANTES *et al.*, 2018; JUNG *et al.*, 2014).

O impacto psicológico da acne em mulheres adultas não deve ser subestimado, sendo fundamental a abordagem multidisciplinar incluindo suporte psicológico quando indicado (BAGATIN *et al.*, 2019). Técnicas de manejo do estresse, como *mindfulness* e terapia cognitivo-comportamental, ajudam na modulação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, redução dos níveis de cortisol sérico e consequente diminuição da resposta inflamatória sistêmica mediada por citocinas pró-inflamatórias, resultando em melhora mensurável dos escores de qualidade de vida dermatológica (MONTGOMERY *et al.*, 2016). A educação da paciente sobre a fisiopatologia da acne, sua natureza crônica recidivante, expectativas temporais de resposta terapêutica e estratégias para melhorar a aderência ao tratamento são componentes importantes para o manejo da doença e podem influenciar positivamente o prognóstico da paciente (PERKINS *et al.*, 2011; ZAENGLEIN *et al.*, 2016).

CONCLUSÃO

A acne em mulheres adultas apresenta fisiopatologia distinta da forma adolescente, sendo caracterizada por predominância de lesões inflamatórias na região mandibular e exacerbação pré-menstrual em 70% dos casos. Nesse contexto, o diagnóstico baseia-se na avaliação clínica utilizando escalas como *Global Acne Grading System* (GAGS) e *Cardiff Acne Disability Index* (CADI). Quando há suspeita de componente hormonal, a investigação laboratorial através da dosagem de testosterona total e livre, DHEA-S, 17-hidroxiprogesterona, LH, FSH e prolactina entre o 3º e 5º dias do ciclo menstrual torna-se necessária.

Quanto ao manejo terapêutico, o tratamento de primeira linha combina retinoides tópicos (tretinoína 0,025-0,1% ou adapaleno 0,1-0,3%) com peróxido de benzoíla 2,5-5%. Quando essa abordagem inicial se mostra insuficiente, casos moderados a severos requerem terapia sistêmica com antibióticos (doxiciclina 40-100mg/dia ou minociclina 50-100mg/dia) por 3-6 meses. Especificamente para pacientes com acne mandibular associada a evidências de hiperandrogenismo, a terapia hormonal com contraceptivos orais (etinilestradiol 20-35µg associado a progestinas anti-androgênicas) ou espironolactona 50-200mg/dia demonstra bastante eficácia. Para casos resistentes ou severos com potencial cicatricial, a isotretinoína oral 0,25-0,5mg/kg/dia em doses menores por períodos prolongados constitui uma excelente opção terapêutica.

Em paralelo ao tratamento farmacológico, medidas de suporte incluem cuidados dermocosméticos com produtos *oil-free* e fotoproteção FPS mínimo 30. Além disso, modificações dietéticas com redução de laticínios e alimentos de alto índice glicêmico, bem como suplementação com ômega-3, zinco e probióticos, demonstram benefícios coadjuvantes. Considerando que a maior parte das pacientes relatam comprometimento da qualidade de vida associado ao quadro sintomático da doença, técnicas de manejo do estresse como *mindfulness* e terapia cognitivo-comportamental podem ser consideradas para otimização dos resultados terapêuticos. Por fim, pesquisas futuras devem focar no desenvolvimento de biomarcadores preditivos de resposta terapêutica, identificação de novos alvos moleculares e estudos randomizados avaliando intervenções nutricionais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BAGATIN, E. *et al.* Adult female acne: a guide to clinical practice. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, São Paulo, v. 94, n. 1, p. 62–75, jan.-fev. 2019. DOI: 10.1590/abd1806-4841.20198203.
- BRANISTEANU, DE. *et al.* Adult female acne: Clinical and therapeutic particularities (Review). *Experimental and Therapeutic Medicine*, v. 23, n. 2, p. 151, fev. 2022. DOI: 10.3892/etm.2021.11074.
- CERVANTES, J. *et al.* The role of zinc in the treatment of acne: A review of the literature. *Dermatology and Therapy*, v. 31, n. 1, 2018. DOI: 10.1111/dth.12576.
- DOSHI, A.; ZAHEER, A.; STORRIE, MA comparison of current acne grading systems and proposal of a novel system. *International Journal of Dermatology*, v. 36, n. 6, p. 416–418, 1997. DOI: 10.1111/j.1365-4362.1997.tb01104.x.
- DRÉNO, B. *et al.* Adult female acne: a new paradigm. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, v. 27, n. 9, p. 1063–1070, set. 2013. DOI: 10.1111/jdv.12061.
- GUPTA, A. *et al.* Qualidade de vida na acne vulgar: relação com a gravidade clínica e dados demográficos. *Indian Journal of Dermatology, Venereology and Leprology*, v. 82, n. 3, p. 292–297, maio/jun. 2016. DOI: 10.4103/0378-6323.173593.
- HOLZMANN, R.; SHAKERY, K. Postadolescent acne in females. *Skin Pharmacology and Physiology*, v. 27, s. 1, p. 3–8, 2014. DOI: 10.1159/000354887.
- JUNG, JY. *et al.* Efeito da suplementação dietética com ácido graxo ômega-3 e ácido gama-linolênico na acne vulgar: um estudo randomizado, duplo-cego e controlado. *Acta Dermato-Venereologica*, v. 94, n. 5, p. 521–525, 2014. DOI: 10.2340/00015555-1802.
- MONTGOMERY, K. *et al.* A importância da atenção plena no sofrimento psicossocial e na qualidade de vida em pacientes dermatológicos. *British Journal of Dermatology*, v. 175, n. 5, p. 930–936, nov. 2016. DOI: 10.1111/bjd.14719.
- PERKINS, AC. *et al.* Comparison of the epidemiology of acne vulgaris among Caucasian, Asian, Continental Indian and African American women. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, v. 25, n. 9, p. 1054–1060, set. 2011. DOI: 10.1111/j.1468-3083.2010.03919.x.
- ROCHA, M. *et al.* Desafios do tratamento da acne: recomendações de consenso de especialistas latino-americanos. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, Rio de Janeiro, v. 99, n. 3, p. 414–424, 2024. DOI: 10.1016/j.abd.2023.09.001.
- SHAH, J.; GHADGE, P.; GOYAL, P. Hormonal profile and clinical characteristics of adult female acne. *International Journal of Research in Dermatology*, v. 7, n. 3, p. 440–444, 2021. DOI: 10.18203/issn.2455-4529.IntJResDermatol20211706.
- TAN, JK.; BHATE, K. A global perspective on the epidemiology of acne. *British Journal of Dermatology*, v. 172, s. 1, p. 3–12, jul. 2015. DOI: 10.1111/bjd.13462.
- ZAENGLEIN, AL. *et al.* Guidelines of care for the management of acne vulgaris. *Journal of the American Academy of Dermatology*, v. 74, n. 5, p. 945–973.e33, maio 2016. DOI: 10.1016/j.jaad.2015.12.037.
- ZEICHNER, JA. *et al.* Emerging Issues in Adult Female Acne. *Journal of Clinical and Aesthetic Dermatology*, [S.l.], v. 10, n. 1, p. 37–46, jan. 2017. Disponível em: <<https://jcadonline.com/emerging-issues-in-adult-female-acne/>>. Acesso em: 5 ago. 2025.