

Iconografia da pele asteatósica

Prezado Editor,

A iconografia (do grego "Eikon", imagem, e "graphia", escrita) é uma forma de linguagem visual que utiliza imagens para representar um tema ou assunto. A fotografia de Bernhard Edmaier (Figura 1) detalha com destreza o aspecto do leito seco de um rio africano e representa de forma plena a apresentação habitual da pele xerótica. Isto é, uma iconografia poética da desertificação cutânea.

A asteatose, xerose ou vulgarmente pele seca, é um distúrbio na hidratação cutânea. O estado de hidratação da camada córnea varia de acordo com a quantidade de água sistêmica, água dérmica, velocidade de evaporação, velocidade de ceratinização, e quantidade e qualidade da emulsão natural da pele (fator de hidratação natural/FHN). O FHN é um produto epidérmico e consiste basicamente de ácido pirrolidona carboxílico, uréia, lactatos, citratos, íons (Cl, K, Na) e aminoácidos. Tão importante quanto o FHN há a camada lipoprotéica epidérmica constituída num sistema tijolo (ceratinócitos) e cimento (lipoproteínas) no extrato córneo. A barreira lipídica é constituída principalmente de ceramidas (40%), colesterol livre e composto (25%), ácidos graxos livres (25% - ácido oléico e palmítico principalmente) e fosfolípides. Todo sistema funciona como uma barreira efetiva na proteção contra perda de água pela pele, fazendo com que esta se mantenha entre 0,2 e 0,5 mg/cm²/hora[1].

A xerose caracteriza-se pelo ressecamento da pele que se traduz clinicamente por uma superfície em craquelê, rugosa, áspera e escamativa (Figura 2). A erupção também pode ser definida como placas normocrômicas, uniformes, planas, de bordas elevadas e de formas geométricas variadas. Entre as placas, podem ocorrer fissuras com sangramento. A intensidade é variável podendo lembrar uma forma leve ou frustrar de icctiose vulgar. O prurido é extremamente comum, determinando escoriações, e eczema asteatósico propriamente dito. A pele xerótica é mais comum entre mulheres a partir dos 40 anos. É um achado quase universal entre os idosos, e



Figura 1. Leito seco, Rio Swakop-Namíbia. Fragmento de foto de Bernhard Edmaier. Phaidon Press Limited, 2004.

nestes, a maioria dos casos se deve pela atrofia natural da pele que cursa com perda na produção e retenção de água, decorrente principalmente da deficiência micro e macrovascular. A localização preferencial é o membro inferior, preferencialmente pernas. Nos pacientes jovens e de meia-idade a causa mais comum é o hábito do banho (quente, prolongado, uso de sabonetes agressivos com buchas ou esponjas). Esta condição muitas vezes é denominada de xerose vulgar. O ambiente com baixa umidade favorece esta alteração. Outras associações etiológicas incluem medicações (diuréticos), hipotireoidismo, *diabetes mellitus* e deficiência de zinco. A xerose é também uma manifestação extremamente comum da dermatite atópica e numular[1, 2].

O tratamento habitual consiste na mudança de hábitos, avaliação de possíveis distúrbios sistêmicos e uso de umectantes, hidratantes e emolientes. É importante diferenciar o termo umectante de hidratante. O umectante é uma substância hidrofílica e higroscópica (capacidade de reter a água), enquanto um hidratante é uma substância que fornece ou estimula a formação de água. Uma substância emoliente visa à suavização da pele (bioplasticidade), como a manteiga de Karité, pantenol, etc.[2]. Contudo, uma amplificação terapêutica é necessária para os casos moderados a graves. O uso de produtos que mimetizam a estrutura lamelar da barreira epidérmica é fundamental. Estes são constituídos de umectantes, emolientes e complexos lipoprotéicos ricos em ácidos graxos[3, 4]. Medicação sistêmica oral pode ser usada, contendo colágeno hidrolisado, silício orgânico,



Figura 2. Pele xerótica em perna.

zinco e glicosaminoglicanos, e visa atuar como hidratante por atuar na reestruturação/modulação do tecido conjuntivo dérmico[5]. Ceratoplásticos, isto é, substâncias que modulam a transição celular epidérmica só devem ser usadas quando há plena constatação de um distúrbio da ceratinização, e incluem os retinóides, alfa e betahidroxiácidos. Os corticóides tópicos são necessários nos casos de eczema associado, porém por curto período[1, 2].

M. Zanini

Dermatologista e Cirurgião Dermatológico.
Membro titular da Sociedade Brasileira de Dermatologia. Membro da Sociedade Brasileira de Cirurgia Dermatológica

Correspondencia:

Maurício Zanini
Rua Prefeito Frederico Busch Junior, 124 - Sala 401
89020-400 - Blumenau - SC - Brasil
Tel.:/Fax: (55) 47-3326-5326
e-mail: dermatozanini.adm@gmail.com

Bibliografia

1. Albesi AV, Constantini S. De la xerosis a la icctiosis. *Act Terap Dermatol* 2001; 24: 306-9.
2. Azulay RD, Azulay DR. *Dermatologia*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; c1999. 92p.
3. Rosso JQD. Cosméticos hidratantes. In Draelos ZD. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Elsevier; c2005. 103-9p.
4. Lóden M. Role of topical emollients and moisturizers in the treatment of dry skin barrier disorders. *Am J Clin Dermatol* 2003; 4: 771-87.
5. Murad H, Tabibian MP. The effect of an oral supplement containing glucosamine, amino acids, minerals and antioxidants on cutaneous aging: a preliminary study. *J Dermatolog Treat* 2001; 12: 47-51.