

Melasma

Melasma

Leonardo Sánchez-Saldaña¹

El melasma es una hiperpigmentación centro facial adquirida, color café claro a oscuro, crónica y recidivante, con notable predominio en el sexo femenino, fototipos III, IV (melanocompetentes) y V. Las de América Latina, por el mestizaje, y las del sudeste de Asia son las poblaciones más susceptibles. La pigmentación se desarrolla lentamente, sin signos inflamatorios, altera la estética y de gran impacto psicoemocional y social.

La etiología exacta del melasma es desconocida; en un tercio de las personas se considera una melanosis adquirida de origen idiopático, circunscrita a la cara, de evolución crónica. La incidencia de ciertos factores estaría relacionada con la aparición del melasma, siendo las causas más importantes los factores genéticos; se estima un 30% de las personas afectadas tienen antecedentes familiares; los raciales y la radiación ultravioleta. La pigmentación suele presentarse durante el embarazo, relacionada con el incremento en la expresión de la hormona alfa estimulante del melanocito, el uso de anticonceptivos orales, terapia hormonal con estrógenos y progesterona y exposición solar crónica. En el embarazo, el cuadro clínico se desarrolla durante el segundo y tercer trimestre. También parecería influir el uso de ciertos cosméticos, como jabones perfumados.

Clínicamente, el melasma se caracteriza por la presencia de máculas de color café claro o pardo oscura, con grado variable de pigmentación de tamaño variable, bordes irregulares y a veces bien definidos, sobre la región infraorbitaria, mejillas, pómulos, frente, dorso de la nariz, labio superior y mentón.

El melasma predomina en el sexo femenino, pero afecta también a los hombres. Afecta más frecuentemente en la tercera y cuarta década de la vida, pero a veces es más precoz. Las manchas producidas por el embarazo regresan parcialmente después del embarazo o al suspender el tratamiento desencadenante y al disminuir la exposición solar.

Al examen con la luz de Wood las lesiones de melasma se clasifican en cuatro tipos:

- ▲ Epidérmica
- ▲ Dérmica
- ▲ Mixta
- ▲ Indeterminado.

En el tipo epidérmico, el pigmento se intensifica con la luz de Wood. Es el tipo más común de melasma. La melanina está aumentada en todas las capas de la epidermis, se observa pocos melanófagos dispersos en la dermis papilar. En el tipo dérmico, el pigmento no se intensifica con la luz de Wood. Existen muchos melanófagos a lo largo de toda la dermis. En el tipo mixto, la pigmentación se hace más evidente en algunas áreas mientras que en otras no hay ningún cambio. En el tipo indeterminado, el examen con la luz de Wood no es de utilidad.

La frecuencia de este trastorno, su repercusión en la calidad de vida de las personas afectadas y la falta de un tratamiento definitivo hacen de esta entidad un verdadero reto terapéutico. El melasma es de difícil manejo. Es de importancia informar al paciente sobre los factores desencadenantes y agravantes del melasma. Cada paciente debe estar informado del curso natural de la patología y la respuesta a los tratamientos.

Se han propuesto diversos tipos de tratamiento, los que se dividen en tres categorías:

1. Director del comité editorial de Dermatología Peruana

- ▲ Fotoprotección
- ▲ Tratamiento tópico
- ▲ Tratamientos físicos: exfoliación (*peeling*), dermoabrasión y láser.

La radiación ultravioleta (UVA, UVB) e, incluso, la luz visible tienen un efecto significativo en la patogénesis del melasma, por lo que la fotoprotección es esencial. La exposición al sol debe ser minimizada. Los protectores solares que bloquean los rayos UVA y UVB deben ser utilizados. El dióxido de titanio y óxido de zinc actúan como pantallas que reflejan los rayos UVA y UVB.

El tratamiento tópico se basa fundamentalmente en el uso de agentes despigmentantes, los cuales requieren ser utilizados de forma continua por varios meses para obtener resultados beneficiosos. Los agentes despigmentantes son mucho más efectivos en el tipo de melasma epidérmico. Estos actúan por diferentes mecanismos: inhibición de la actividad de la tirosinasa, inhibición de la producción de melanina, toxicidad selectiva del melanocitos, supresión no selectiva de la melanogénesis e inhibición de la síntesis de ADN en los melanocitos hiperactivos y reducción del contenido de melanina epidérmica.

No existe el despigmentante ideal. La hidroquinona es el agente despigmentante más eficaz en el tratamiento del melasma en una concentración que oscila entre 2% y 5%. Debe aplicarse exclusivamente sobre las áreas pigmentadas y por las noches. Actúa a través de la inhibición de la conversión de dopa a la melanina por medio de la tirosinasa. La hidroquinona es un agente irritante y sensibilizante de la piel.

El ácido kójico, despigmentante bien tolerado, actúa inhibiendo la acción de la tirosinasa. Se utiliza en los preparados en concentraciones del 1% a 4%, dos veces al día. La combinación con ácido glicólico al 5% ha demostrado eficacia similar a la hidroquinona al 2%.

El ácido azelaico se utiliza para el tratamiento del acné y melasma. Tiene efectos selectivos sobre los melanocitos hiperactivos y melanocitos anormales en la piel y un mínimo efecto sobre la pigmentación normal. Se utiliza a concentraciones del 20% dos veces al día. Es tan eficaz como la hidroquinona al 4%. La combinación de ácido azelaico con tretinoína es más efectivo que el ácido azelaico solo. Puede provocar irritación inicial y transitoria, pero el medicamento es bien tolerado y su uso es seguro.

La tretinoína al 0,025%, 0,05% y 0,1% actúa como sustancia que acelera la eficacia de los despigmentantes; además, reduce la pigmentación, por inhibición de la transcripción de la tirosina.

El ácido ascórbico es un agente antioxidante que afecta a la melanogénesis al reducir la o-dopa quinona de DOPA. Además, impide la producción de los radicales libres y la absorción de los rayos ultravioleta.

Existen otras sustancias despigmentantes que se utilizan solas o en combinaciones. La arbutina, en concentraciones de 0,5% a 3%, tiene como mecanismo de acción la inhibición de la tirosinasa y la maduración de los melanosomas. El ácido fítico, en concentraciones de 2% a 4%, actúa bloqueando la entrada de hierro y cobre en la formación de la melanina. Gigawhite, aclarante de la piel, actúa inhibiendo la actividad del melanocito; es usado al 5% y su actividad reduce el color y tamaño de las manchas; asociado con otros aclarantes aumenta su eficacia despigmentante. Melfade J, de 3% a 10%, aclarante de la piel derivado de las plantas, proviene del extracto de uva de oso (*Arctostaphylos uva-ursi*, *bearberry*), se emplea combinado con ascorbil fosfato de magnesio; actúa inhibiendo la producción de tirosinasa en el melanocito, también degrada la melanina existente y es antioxidante.

Los *peelings* recomendados para el melasma son los superficiales, de preferencia en las pieles claras. Las personas con pieles más oscuras, fototipos III, IV y V no son buenos candidatos, porque con frecuencia producen hiperpigmentación postinflamatoria.

En la actualidad, han aparecido estudios científicos que demuestran efectividad de los láseres fraccionados y otros tipos en el tratamiento del melasma. La efectividad del láser se basa en la teoría de la fotodermólisis. Los mejores resultados se obtienen a través de la combinación de láser pulsado de CO₂ con el láser alejandrita Q-switch. El láser de CO₂ destruye los melanocitos y el láser de alejandrita elimina el pigmento que queda en la dermis. El tratamiento del melasma con luz pulsada intensa, es una buena opción, en especial para el melasma epidérmico.

El melasma, patología con impacto psicológico importante en la población fundamentalmente femenina, tiene un difícil manejo, por lo que se introducen en el mercado diferentes opciones de tratamiento con el fin de aclarar la hiperpigmentación, desde tratamientos tópicos hasta tratamientos con láseres.

Leonardo Sánchez-Saldaña