www.medigraphic.org.mx

Localizador: 18067

Medicina Cutánea
Ibero-Latino-Americana

Melasma: lo que sabemos hasta el momento

Melasma: What we know so far

Mariel Amelia Isa Pimentel*

El melasma y el conjunto de discromías son hoy en día una de las causas más frecuentes de consulta dermatológica cosmética, principalmente por las diferentes etnias y mezclas raciales.[1] El interés por lo considerado estético, la armonía de tonos cutáneos y la búsqueda interminable de la belleza han logrado acaparar la atención tanto de mujeres como de hombres.

En el mundo existen millones de personas afectadas por melasma, desorden de hiperpigmentación adquirido que afecta principalmente al sexo femenino con fototipo III-V de Fitzpatrick, exacerbado por la exposición a las radiaciones solares, endocrinopatías como los desórdenes tiroideos, cambios hormonales producto de embarazos, uso de anticonceptivos, menopausia y terapias de reemplazo hormonal. Se ha reportado además toxicidad por medicamentos y uso de cosméticos.[1-3] La causa de su patogénesis es aún desconocida, lo que constituye un reto terapéutico para esta condición crónica que requiere constantes estudios para el desarrollo de nuevas terapias que actúen directamente en la hiperactividad del melanocito y en el depósito de melanina en la epidermis, dermis o ambas capas.[2,3]

La forma característica de presentación de esta patología es una especie de máculas hiperpigmentadas de distintas tonalidades de color marrón que suelen aparecer de manera simétrica, principalmente en zonas expuestas a la luz solar. Su localización clásica es a nivel frontal y en áreas malares, zona centrofacial.

En la piel de los pacientes con melasma se ha reportado regulación excesiva del factor de crecimiento endotelial vascular (VEGF), liberación de la hormona estimulante de melanocitos (MSH) y consecuente estimulación de la tirosinasa asociada al estímulo estrogénico y factor de crecimiento de células madre *(kit-ligand)*.[1] Por otra parte, las radiaciones ultravioletas desencadenan la liberación de citoquinas, IL-1, endotelinas y la hormona adrenocorticotropa (ACTH) que regulan la proliferación de melanocitos y melanogénesis.[3] Kim y cols.[4] realizaron una investigación sobre los niveles del VEGF en la piel con melasma vs. piel normal en muestras de 50 pacientes coreanas y observaron una relación significativa del número y tamaño de vasos sanguíneos y la pigmentación en las pacientes con melasma. Bak y cols.[5] llevaron a cabo investigaciones sobre el papel del sistema neural y los neuropéptidos (NEP) en melasma, demostrando en la piel afectada de las seis pacientes estudiadas presencia de niveles más elevados del receptor del factor de crecimiento de los nervios (NGFR) y NEP.

La clasificación del melasma se ha basado en la localización del depósito del pigmento en las capas cutáneas, epidérmica, dérmica y forma mixta. La lámpara de Wood (340-400 nm) se ha descrito como método en el diagnóstico y clasificación rápida donde el pigmento a nivel epidérmico es visible a diferencia del depósito a nivel dérmico; sin embargo, nuevas investigaciones evalúan la necesidad de estudios histopatológicos para una correcta clasificación. Cuando el depósito de melanina ocurre a nivel epidérmico el tratamiento muestra mejor respuesta.

En cuanto al tratamiento, conseguir y mantener un éxito terapéutico es difícil en los casos de melasma. Lo primero debe ser la correcta evaluación del paciente, fototipo de piel y clasificación del melasma, historia de tratamientos previos, antecedentes personales de importancia y antecedentes de uso de medicamentos. La educación del paciente debe ser fundamental para el correcto entendimiento de esta condición crónica. Se ha mencionado el uso de distintas herramientas de evaluación, la que más se utiliza es el índice de área y severidad de melasma (MASI) que divide la cara en cuadrantes: frente, región

* Médico Dermatólogo, encargada del Departamento de Fototerapia del Instituto Dermatológico Dominicano, Co-coordinadora de la Residencia.

Conflicto de intereses: Ninguno

Recibido: 08/Agosto/2018.
Aceptado: 08/Agosto/2018.

malar derecha, región malar izquierda y mentón con asignación de porcentajes.[3]

Dentro de las modalidades de tratamiento están las terapias tópicas que incluyen los productos fotoprotectores, terapias sistémicas, técnicas de láser y *resurfacing* y sistemas de microagujas. Las terapias tópicas constituyen la primera línea de tratamiento de melasma, siendo los fotoprotectores contra UVA, UVB y luz visible y la no exposición al sol un pilar importante, principalmente en la reaparición del cuadro de pigmentación. Se recomienda el uso de protectores con zinc, ecamsule, octinoxato, dióxido de titanio, avobenzonas, octocrilenos, oxibenzonas e ingredientes como el óxido de hierro.[1-3] El *Polypodium leucotomos* ha demostrado efectos fotoprotectores y su uso es frecuente en pacientes con alteraciones pigmentarias como vitíligo.

La hidroquinona al 4% que actúa bloqueando la enzima tirosinasa, sigue siendo el despigmentante más utilizado con resultados significativos con uso adecuado. Múltiples estudios avalan su uso en monoterapia o en combinación con triple terapia con tretinoína al 0.05% y acetónido de fluocinolona al 0.01%. El ácido azelaico como terapia combinada o de mantenimiento ha tenido buena respuesta.[2] De los agentes despigmentantes más recientes se describe el uso del ácido tranexámico (TA) en presentación oral 250-500 mg dos veces al día o en presentación tópica con reportes de aplicación con el sistema de microagujas.[2,6] Bala y cols.[7] realizaron una revisión sobre el uso del TA oral con buenos resultados a razón de 500 mg diarios por periodos de ocho a 12 semanas sin evidencia de aumento de riesgo de tromboembolismos.

Los retinoides actúan interrumpiendo la síntesis de melanina por disminución de la transferencia de melanosomas e inhibición de la transcripción de la tirosinasa.[2] Los mejores resultados de su uso se han observado como terapia combinada. Los efectos en monoterapia no son significativos.

Con respecto a la terapia láser se ha descrito el uso de rayos láser no ablativos, ablativos, fraccionados como el erbium YAG, CO2, de baja fluencia como el QS-Nd:YAG y el QS ruby, luz pulsada intensa (IPL) y los rayos láser de picosegundos. Múltiples estudios avalan su uso desde fototipos II hasta el IV.

En cuanto a los *peelings* químicos se han reportado buenos resultados con los *peelings* de ácido glicólico de 10-70% usados en terapia combinada y resultados no satisfactorios con su uso en monoterapia. Los *peelings* de ácido salicílico no han demostrado eficacia importante en comparación con la terapia tópica.[2]

A manera de resumen, el diagnóstico correcto y el tratamiento oportuno del melasma son esenciales para el pronóstico. Debe elegirse entre las múltiples terapias disponibles de acuerdo con el tipo de melasma y fototipo cutáneo para evitar efectos adversos indeseables como las hiperpigmentaciones postinflamatorias. Debe establecerse un correcto diagnóstico diferencial con patologías que produzcan hiperpigmentación, sobre todo en cara como la ocronosis, el liquen plano pigmentoso y la hiperpigmentación producida por cosméticos o medicamentos. Los factores que ocasionan el desencadenamiento de los cuadros de melasma requieren aún más estudios. El papel de las hormonas, cambios ambientales, radiaciones ultravioleta, luz visible e historia familiar influyen en la hiperactividad del melanocito y en el aumento de la respuesta vascular. Todo tratamiento para esta patología debe ir dirigido a disminuir o eliminar el exceso o la producción de melanina y la supresión de la melanogénesis. Es importante evaluar el impacto del melasma en el perfil psicológico de nuestros pacientes y desarrollar tratamientos y herramientas más efectivas.

Correspondencia:
Mariel Amelia Isa Pimentel
E-mail: isa_mariel@yahoo.com

BIBLIOGRAFÍA

1. Sofen B, Prado G, Emer J. Melasma and post inflammatory hyperpigmentation: management update and expert opinion. *Skin Therapy Lett*. 2016; 21 (1): 1-7.
2. Sadeghpour M, Dover JS, Rohrer TE. Advances in the treatment of melasma. *Advances in Cosmetic Surgery*. 2018; 1 (1): 163-174.
3. Sheth VM, Pandya AG. Melasma: a comprehensive update: part I. *J Am Acad Dermatol*. 2011; 65 (4): 689-697.
4. Kim EH, Kim YC, Lee ES, Kang HY. The vascular characteristics of melasma. *J Dermatol Sci*. 2007; 46 (2): 111-116.
5. Bak H, Lee HJ, Chang SE, Choi JH, Kim MN, Kim BJ. Increased expression of nerve growth factor receptor and neural endopeptidase in the lesional skin of melasma. *Dermatol Surg*. 2009; 35 (8): 1244-1250.
6. Jutley GS, Rajaratnam R, Halpern J, Salim A, Emmett C. Systematic review of randomized controlled trials on interventions for melasma: an abridged Cochrane review. *J Am Acad Dermatol*. 2014; 70 (2): 369-73.
7. Bala HR, Lee S, Wong C, Pandya AG, Rodrigues M. Oral tranexamic acid for the treatment of melasma: a review. *Dermatol Surg*. 2018; 44 (6): 814-825.

www.medigraphic.com