

## Desordenes de la pigmentación origen y tratamiento

### Melasma

Dr. Alejandro Sánchez Almanza



El melasma, conocido también como cloasma, paño o máscara del embarazo, es un trastorno de la pigmentación de la piel que altera su estética, de asociación multifactorial y de gran impacto psicoemocional y social.

La piel es un órgano continente, considerado como el más grande del cuerpo. Su capacidad de mantener la homeostasis y la termorregulación entre el medio interno y el medio externo del organismo le confieren la función de una unidad multifuncional.

Sin embargo, la piel es también una estructura que llama la atención por sus características, como el color, la textura, la tersura y la rozagancia, pero también por las alteraciones que la afectan, como algunas irregularidades, cicatrices y cambios en la pigmentación, de grave repercusión en la autoestima de quienes los presentan.

Los desórdenes de la pigmentación son en la actualidad algunas de las entidades patológicas de la piel que más preocupan a la comunidad médica, debido a la dificultad que ofrecen para lograr un tratamiento óptimo y de efecto permanente.

El melasma, de origen desconocido hasta en una tercera parte de los casos, se considera una melanosis adquirida de origen idiopático, circunscrita a la cara, de evolución crónica, “incurable”, asimétrica, y que se exacerba con la exposición al sol, la luminosidad y el calor.



Se manifiesta a través de la aparición de manchas café claro a oscuro y grisáceo, de distribución irregular y difusa con periodos alternos de remisión y exacerbación.

Se caracteriza por depósitos irregulares y difusos de melanina a nivel de la epidermis y la dermis papilar. La distribución es principalmente frontal, malar, centrofacial y mandibular y para fines clínicos se clasifica en leve, moderado, severo y muy severo.

La apariencia del melasma ocasiona graves trastornos sicoemocionales, como frustración, vergüenza, depresión, aislamiento social, alteraciones de la dinámica interpersonal, sentimiento de improductividad e incluso pérdida de la libertad.

El color de nuestra piel es el resultado de la mezcla de varios factores: el principal y determinante es la cantidad y distribución de la melanina, pigmento oscuro que se forma en los melanocitos, células dendríticas colocadas entre las células basales de la epidermis. A este pigmento se agrega el factor vascular dado por la red capilar de las papilas dérmicas, además de que también influyen otros pigmentos extraños como los carotenos, la hemosiderina y la bilis entre otros; dando como resultado los diversos tonos y matices del color de la piel.

La pigmentación guarda una estrecha relación con la evolución, por lo que debemos entender que el color de la piel es una expresión de la genética, sin un efecto directo por la exposición a la radiación solar, y que en consecuencia es imposible de cambiar. Sin embargo, también existe un componente facultativo o inducido, el cual sí está íntimamente relacionado con la exposición a la radiación solar, tanto inmediata como tardía, por lo que su comportamiento es de carácter



reversible.

La etiopatogenia de las lesiones pigmentarias está determinada por la conjunción de diversos factores; algunos son de orden intrínseco, genético-racial, metabólico, endócrino, nutricional, neoplásico, infeccioso, inflamatorio o parasitario, entre los más comúnmente observados.

También hay factores de orden extrínseco, de suma importancia en la etiopatogenia de las pigmentaciones, como la exposición a la radiación solar sin una protección adecuada, el contacto con determinados agentes químicos, físicos, traumáticos y farmacológicos y la actividad laboral (exposición a altas temperaturas) que son determinantes para el origen de las pigmentaciones.

Epidemiológicamente, el melasma afecta a todas las razas, aunque predomina en los trópicos, las zonas geográficas de Latinoamérica y el sureste de Asia. Con mayor prevalencia en el sexo femenino, hasta en un 90%, se hace más evidente después de los 35 años, y afecta primordialmente a los fototipos III, IV y V; sin embargo, en la raza caucásica se hace evidente en a partir de los setenta años.

Este trastorno se presenta hasta en un 66% de las mujeres embarazadas, persistiendo hasta en un 33% en el posparto y 43% en la posmenopausia. La importancia de estas cifras hace que el melasma sea motivo de consulta en el área de medicina estética hasta en un 22%.

En estudios de biología molecular se ha podido identificar la susceptibilidad de algunos receptores específicos a la melanina, entre estos podemos referir a los receptores melanocórticos 1(MC1R), a su vez regulados por los receptores  $\alpha$ -MSH,  $\beta$ -endorphin/ $\mu$ -opiate, péptidos  $\alpha$ ,  $\beta$ ,  $\gamma$  del GEN proopiomelanocórtico, receptor 5 melanocórtico y dos proteínas antagonistas endógenas (mahogany y syndecan-3)



y finalmente, ciertos receptores estimulantes de la MSH.

Sánchez Almanza & Asociados realizó un estudio clínico en 86 pacientes con desordenes de la pigmentación, de febrero de 2004 a enero de 2006; el 94% de los pacientes evaluados correspondía al sexo femenino entre la tercera y la quinta década de la vida, en comparación con un 6% en pacientes del sexo masculino.

Al realizar un análisis de espectrofotometría, se clasificó el 31% como leve, el 57% como moderado y solamente el 12% como severo. Clínicamente se regionalizó en frontal, malar, centrofacial y mandibular.

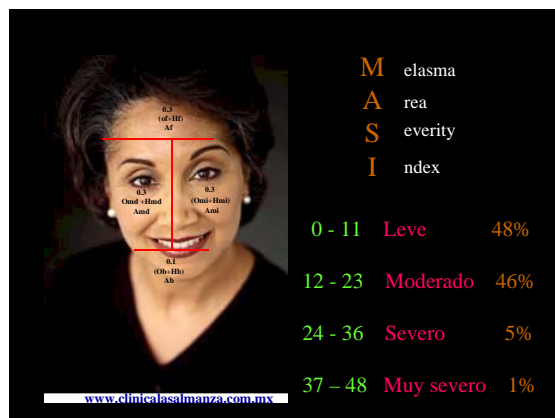
Histológicamente, observamos que la localización de los depósitos de melanina correspondió en un 35% a nivel de epidermis, 10% en dermis y 45.3% en forma mixta. Entre otros hallazgos histopatológicos encontramos hiperpigmentación basal en el 69% de los casos, atrofia en el 40% de los casos, acantosis en el 5% de los casos, paraqueratosis en el 2% de los casos, espongirosis en el 2% de los casos, infiltrado inflamatorio en el 85% de los casos, telangiectasias en el 52% de los casos (epidérmicas 65%, dérmicas 14% y 5% mixtas), melanófagos en el 69% de los casos, elastosis en el 30% de los casos y degeneración colágena en el 6% de los casos. Estas constantes fueron determinantes para establecer el comportamiento del melasma en un medio ambiente como el de la ciudad de México, además de poder determinar que el tratamiento puede erradicar las pigmentaciones, pero no la tendencia, y que los componentes accesorios a la patología de base requieren de otros tratamientos adicionales al de despigmentación, con la finalidad de restablecer las condiciones óptimas de la piel.

Para determinar el diagnóstico y tratamiento ideal del melasma se deben



establecer algunas variables. Las variables primarias son como la profundidad, intensidad y localización del pigmento, y su severidad de acuerdo al índice de MASI (*Melasma Area Severity Index*). Las variables secundarias son la edad, sexo, ocupación, raza, lugar de origen y residencia, fototipo de piel, tiempo de evolución, relación con su aparición, tratamientos previos, grado de humectación bajo y grado de seborrea elevado. Estas variables las podemos incluir en el índice de MASI para facilitar su evaluación en forma conjunta (área, intensidad y homogeneidad del pigmento) mediante la siguiente fórmula que nos proporciona un puntaje que facilita su clasificación en 4 grados:

$$\text{MASI} = 0.3 (\text{Of} + \text{Hf}) \text{ Af} + 0.3 (\text{Omd} + \text{Hmd}) \text{ Amd} + 0.3 (\text{Omi} + \text{Hmi}) \text{ Ami} + 0.1 (\text{Ob} + \text{Hb}) \text{ Ab}$$



En la actualidad, los tratamientos dirigidos a controlar los problemas de pigmentación y en particular el melasma, ofrecen un menú de posibilidades satisfactorias dirigidas a erradicar el problema a largo plazo, aunque la tendencia a su formación resulta prácticamente imposible de erradicar, y las hipo o hiperpigmentaciones pueden permanecer como una secuela.

Hasta el momento, las sinergias terapéuticas disponibles resultan una buena opción para cada uno de los casos en particular. Históricamente, los



tratamientos para la erradicación del melasma están formulados con una combinación de agentes químicos de efecto despigmentante. Asimismo, el advenimiento de la energía lumínica con carácter terapéutico, como el láser y la luz intensa pulsada, son utilizados con la finalidad de oxidar algún tipo de agente biológico capaz de inducir la formación de agentes fotosensibilizantes verdaderos - principalmente protoporfirinas y en particular protoporfirina IX-, capaces de generar foto-oxidación y destrucción selectiva del tejido dañado. A esta modalidad se le conoce como Fototerapia dinámica (FTD), herramienta indispensable para el tratamiento del melasma.

Por lo que se refiere al control del melasma a largo plazo, ya contamos con tratamientos de excelentes resultados y lo más importante, de efecto permanente.

El éxito del tratamiento depende de la evaluación inicial, ya que es determinante para establecer de acuerdo al MASI (Melasma Area Severity Index) el tamaño, intensidad del pigmento y homogeneidad, así como el grado, profundidad y la composición de la pigmentación, de tal manera que el especialista en medicina estética será quien detecte los factores precursores que predispongan a la formación de las manchas.

Sánchez Almanza & Asociados pone a su disposición la metodología diagnóstica de vanguardia que le permite determinar la mejor opción de tratamiento, asimismo recomienda una protección solar adecuada, utilizar sombreros, parasoles, permanecer en lugares sombreados y lo más importante: detectar la ingesta de agentes fotosensibilizantes que contribuyen al desarrollo de las marcas y su persistencia.

Evite permanecer tiempo prolongado en lugares calientes, así como



automedicarse, ya que no existen cremas milagrosas, o irritar la piel, pues esto incrementa la pigmentación.

Aunque no existe un procedimiento que por sí sólo quite definitivamente las manchas, existen algunas combinaciones que permiten su desvanecimiento hasta en un 95%, evitando que reaparezcan o se exacerben.

