

Tema 15

CLOASMA Y MELASMA

Dres. E. Herrera, P. Sánchez y E. Herrera-Acosta

DEFINICIÓN

Melanosis adquirida de evolución crónica y asintomática que cursa con lesiones hiperpigmentadas de color marrón claro u oscuro, de bordes mal delimitados, simétricas, localizadas en zonas expuestas a la luz solar, habitualmente en frente, pómulos, labio superior y mentón.

Los dos términos se refieren al mismo proceso pero se denomina cloasma cuando el proceso aparece durante el embarazo.

Ocurre en todas las razas pero es más frecuente en zonas tropicales. Suele aparecer tras la pubertad, en mujeres de edad mediana (9:1 en relación al varón) y tez morena (fototipo III-IV).

ETIOPATOGENIA

Es desconocida. Es muy aceptada la interacción de factores raciales (más frecuente en zonas tropicales), genéticos (fototipos III-IV), hormonales (estrógenos y progesterona) nutricionales, cosméticos (ácidos grasos, contaminantes fotoactivos de aceites minerales, petrolato, cera de abejas, Sudán III, parafenilendiamina y perfumes), radiaciones ultravioleta (exacerban la melanogénesis) y fármacos (metales, fenitoína, mesantina, mefentoína y quinacrina).

La supresión de estos factores no siempre conlleva a la desaparición de las lesiones. Así, las máculas pigmentadas que aparecen en el primer trimestre del embarazo suelen desaparecer varios meses después del parto; las que son desencadenadas por la ingesta de anticonceptivos orales suelen persistir varios años tras la supresión del anticonceptivo y las que aparecen en mujeres de edad media tienden a mantenerse el resto de la vida.

CLÍNICA

Esta discromía es más evidente en mujeres de piel oscura que están embarazadas o toman anti-conceptivos y además viven en áreas soleadas.

Las lesiones características son máculas de color marrón claro u oscuro y a veces, dependiendo del fototipo del paciente, pueden ser incluso negruzcas. Los bordes son, característicamente, irregulares y mal delimitados (Fig. 1).

La localización principal es la zona central de la cara sobre todo en mejillas, frente, nariz, labio superior y barbilla, pudiendo también manifestarse, aunque en un pequeño porcentaje de casos, en áreas malares o mandibulares y de forma ocasional en dorso de antebrazos. Por su localización se puede clasificar el cloasma en centrofacial, malar y mandibular (Fig. 2). Por la localización del pigmento también se puede clasificar en epidérmico (color marrón claro), dérmico (color gris o azul cenizo) o mixto (color marrón oscuro). La luz de Wood sirve de gran ayuda pues aumenta el contraste del color en el tipo epidérmico. El melasma no ocasiona sintomatología subjetiva alguna, representando tan sólo un problema estético.

HISTOPATOLOGIA

La histopatología de esta discromía se caracteriza por la presencia de un mayor contenido de melanina en los queratinocitos del cuerpo mucoso y basales. En la dermis hay melanófagos y presencia de degeneración del colágeno como consecuencia de la elastosis solar. Con la tinción de Fontana-Massón se hace más evidente la presencia de melanina (Figs. 3 y 4).

Ultraestructuralmente se demuestra un aumento del número de melanosomas inyectados en el interior de los queratinocitos.



Figura 1. Cloasma en frente en mujer embarazada.



Figura 2. Melasma centrofacial.

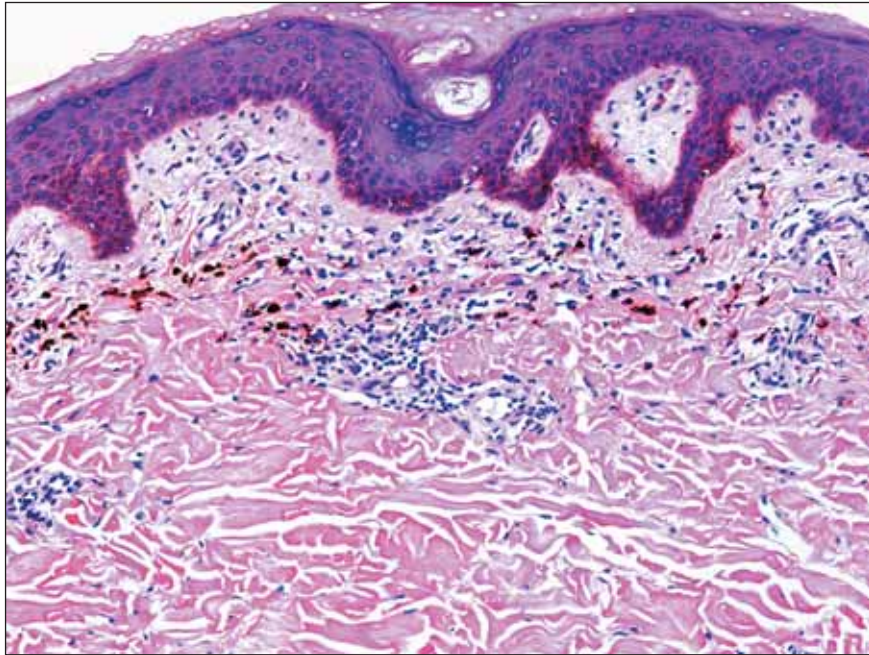


Figura 3. Presencia de un mayor contenido de melanina en los queratinocitos del cuerpo mucoso y basales.

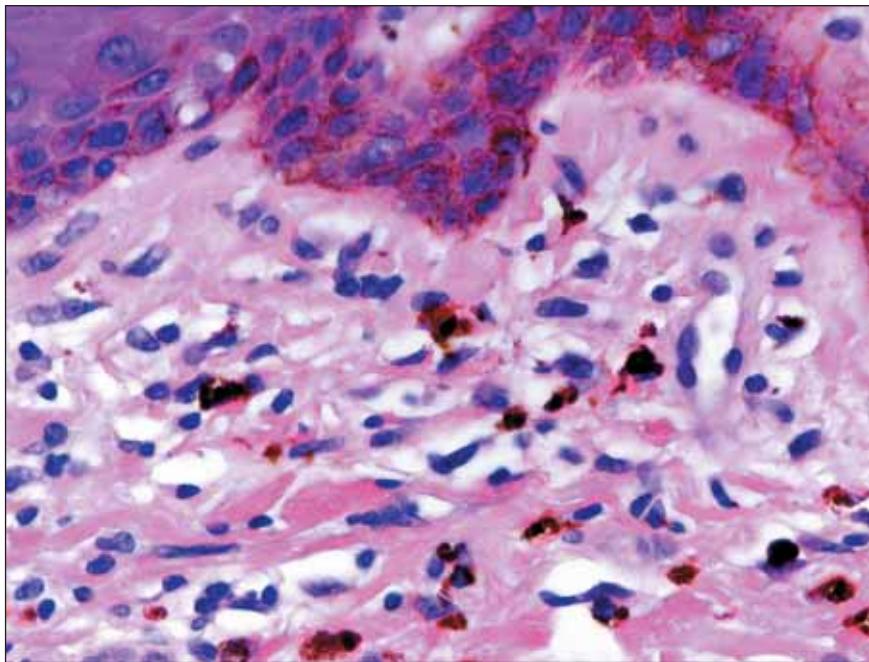


Figura 4. A mayor aumento se aprecia la hiperpigmentación de la hilera basal y la presencia de melanófagos en la dermis papilar.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Ante un posible melasma o cloasma hay que hacer el diagnóstico diferencial con las máculas hiperpigmentadas postinflamatorias ya que cualquier enfermedad inflamatoria cutánea puede dejar una hiperpigmentación residual al curar. Este hecho es muy frecuente en el liquen plano y en las fototoxias. También con otras melanosis como efé-

lides, melanosis peribucal de Broca, melanosis calórica, melanosis de Riehl y melanosis facial por collagenopatías.

TRATAMIENTO

Es muy importante prevenir su aparición y para ello es fundamental evitar la exposición solar y

aplicar diariamente un filtro solar con dióxido de titanio, óxido de zinc o ambos, para que sea capaz de bloquear la acción de la radiación UVA. Deben evitarse los cosméticos y los anticonceptivos hormonales

Una vez que la enfermedad se ha establecido hay que despigmentar la zona y para ello existen distintas posibilidades. La más extendida es la aplicación de cremas con hidroquinona al 2-4% con unos resultados moderados. Para aumentar su eficacia se tiende a añadir tretinoína y otros despig-

mentantes. En la actualidad está muy valorada la fórmula de Kligman a base de una combinación de hidroquinona 4%, tretinoína 0.05% y acetónido de fluocinolona 0.01%. Otros tratamientos empleados con resultados variables son el ácido glicólico, el ácido azelaico, el ácido kójico y el ácido ascórbico. El uso de la dermoexfoliación química es discutible y se están valorando los resultados con láser de conmutación Q, de rubí o de neodimio (QSNd-YAG).