

MELASMA

O diagnóstico do melasma é essencialmente clínico e o seu tratamento continua sendo um desafio para os dermatologistas

O melasma é caracterizado por hiper-melanose em áreas expostas sem comprometimento sistêmico adquirido, principalmente em mulheres na idade fértil. É uma das dermatoses muito prevalentes, incidindo mais em mulheres e em cerca de 10% dos homens. O grupo racial mais acometido é dos orientais e hispânicos sendo os caucasianos mais preservados. Não há referência sobre o loco genético relacionado a esta alteração.

Também denominado cloasma (gravidez) é caracterizado por manchas acastanhadas de limites imprecisos sem descamação ou prurido que ocorrem principalmente em face e mais raramente em colo e braços. É classificado em centro facial, quando compromete fronte, nariz, região malar e mento (60%), malar afetando somente esta região e mandibular quando ocorre no ramo da mandíbula.

Não existe melasma em áreas não expostas e também não ocorre nenhuma sintomatologia, acompanhando estas manchas. Trata-se de processo inestético que embora sem gravidade afeta a auto-estima e o comportamento psicossocial do paciente comprometido.

O diagnóstico do melasma é essencialmente clínico não havendo dificuldades em diferenciá-lo de outras alterações melânicas. O melasma pode ser dividido em epidérmico, dérmico ou misto conforme o local de depósito deste pigmento. No epidérmico, a concentração maior de melanócitos e melanina ocorre na camada basal e epiderme, no dérmico o pigmento encontra-se na derme dentro dos melanó-fagos e no misto encontramos-lo em ambas as localizações.

A origem do melasma é desconhecida havendo influências raciais e/ou hereditá-

rias, hormonais e da radiação UV.

Os fatores hormonais são importantes, pois a maioria dos casos é desencadeado ou piorado na gravidez. O uso de pílula anticoncepcional também se associa ao aparecimento da mancha.

Os níveis hormonais de estrógeno e progesterona estão modificados nestas situações e trabalhos atuais demonstraram receptores específicos para o estradiol em cultura de melanócitos. O estrógeno ou a progesterona isoladamente não parece provocar o mesmo tipo de estímulo.

O nível de hormônio melanotrófico é normal nos pacientes com melasma. Alguns trabalhos relacionam a doença tireoideana autoimune com o aparecimento do cloasma gravídico.

A radiação UV é um poderoso estímulo à melanogênese e o mecanismo exato desta estimulação não é totalmente conhecido. A radiação UV-A (comprimento de onda longo) é responsável pela oxidação do pigmento pré-existente na pele. O escurecimento tardio, bronzeamento, ocorre pelo estímulo da radiação UV-B e também parte da radiação. A radiação atinge o DNA celular provocando um mecanismo em cascata, nos quais estão envolvidos hormônios e vários citoquinas como o fator de necrose tumoral.

A radiação UV sempre estimula a pigmentação e seu controle é uma das dificuldades no tratamento do melasma.

Os melanócitos da região do melasma ou cloasma têm um comportamento fisiológico diferente, reagindo com maior intensidade a estímulos hormonais e da radiação UV.

O tratamento do melasma é difícil devido à sua cronicidade e falta da definição etiopatogênica.

A estratégia para tratamento da mancha consiste em diminuir estímulo dos melanócitos e da síntese de melanina, eliminar a melanina e os grânulos de melanina.

A diminuição do estímulo dos melanócitos é conseguida bloqueando-se a chegada da radiação UV e evitando-se os estímulos hormonais.

O bloqueio da radiação UV deve ser feito com filtros, químicos e físicos, de alto FPS e amplo espectro com proteção específica para UVA, UVB e outros.

A diminuição da síntese da melanina é conseguida com uso de despigmentantes. Existem várias substâncias ativas para este fim como hidroquinona, ácido azelaico, ácido kójico, arbutin, ácido fítico, ácido ascórbico, *Melawhite*, *Antipollon* entre outros.

A hidroquinona tem sido, ao longo do tempo, considerada o despigmentante de primeira escolha pela sua eficiência em inibir a produção de melanina, e pode ser utilizada em concentrações de 2% a 10% porém com riscos de causar irritação, pois é dose-dependente.

Outro despigmentante é o ácido azelaico 20% que também age na tirosinase, apesar de não ser tóxico ou irritante, não promove os mesmos resultados finais.

O tratamento do melasma continua sendo um desafio para os dermatologistas e faz-se necessário o desenvolvimento de novos despigmentantes menos tóxicos e mais eficazes.



Dra. Denise Steiner

Dermatologista

E-mail:
clinica-stockli@sti.com.br