

MELASMA

Anna Laura Guelfi Pinto

Graduanda em Tecnologia em Estética e Cosmética,
Faculdades Integradas de Três Lagoas – FITL/AEMS

Elaine da Silva Kraievski

Fisioterapeuta – UNIGRAN, Especialista em Fisioterapia Dermatofuncional – IBRATE;
Docente das Faculdades Integradas de Três Lagoas – FITL/AEMS

Maria Dovaneide de Souza

Tecnóloga em Estética e Cosmética – UNOPAR; Pedagoga Plena – Faculdades de
Filosofia, Ciências e Letras “Ministro Tarso Dutra”; Esp. em Educação Infantil e Ensino
Fundamental – FIU; Mestre em Ciências da Educação – UTCD;
Docente das Faculdades integradas de Três Lagoas – AEMS

RESUMO

Este trabalho visa apresentar por meio de estudos bibliográfico a definição sobre melasma e suas classificações. Além de mostrar o sistema tegumentar e os distúrbios de pigmentação que afeta todos os tipos de pele. As manchas não têm causa definida e não há um tratamento específico. Sendo assim, a pesquisa recai sobre todos os tratamentos dessa discromia, principalmente os tratamentos com substâncias tópicas e injetáveis, os *peelings*, *lasers* e luz intensa pulsada e o microagulhamento.

PALAVRAS-CHAVE: melasma e pigmentações; tratamentos; prevenções.

1 INTRODUÇÃO

Falar sobre melasmas em tempos de mudanças reconhecimento do profissional da estética não é tarefa fácil. Sendo assim, para nos apropriar de conhecimentos necessários sobre essa temática, recorreremos ao que apontam alguns estudiosos. Melasma, também denominada cloasma, é caracterizada pelo aparecimento de manchas escuras na pele, geralmente na face, podendo aparecer em outras regiões superiores. É considerada uma doença fotodermatose, ou seja, o sol é o fator desencadeante da patologia, que pode surgir na gravidez ou com uso de hormônios exógenos (AZULAY; AZULAY; AZULAY-ABULAFIA, 2015).

O estudo teve como objetivos reconhecer o melasma, suas classificações. Além de mostrar o sistema tegumentar e os distúrbios de pigmentação que afeta todos os tipos de pele, baseando-se em algumas indagações tais como quais seriam os tratamentos disponíveis e mais utilizados no tratamento da patologia supracitada.

2 OBJETIVOS

O objetivo deste trabalho é reconhecer o melasma e suas classificações. Além de mostrar o sistema tegumentar e os distúrbios de pigmentação que afeta todos os tipos de pele

3 MATERIAL E MÉTODOS

Este trabalho é um estudo de revisão bibliográfica, para compor o estudo foram utilizados uma pesquisa em bases de dados como Scielo, Google acadêmico, Lilacs e sites relacionados ao tema que foram publicados entre o ano de 2008 a 2018, com descritores de melasma, tratamentos estéticos, peelings químicos e físicos, microagulhamento.

4 SISTEMA TEGUMENTAR

Para reconhecer o melasma que é definida como uma patologia tegumentar da pele, buscamos o funcionamento e estrutura da pele apontada por estudiosos. De acordo com Guirro e Guirro (2002) a pele é o maior órgão do corpo humano, representando cerca de 16% do peso corporal. Apresenta como função a regulação do fluxo sanguíneo, da pressão e temperatura corporal, armazenamento de gordura, alimento e água e possui base de receptores sensoriais. Para o autor, a pele pode ser dividida em três camadas. Para os autores, a epiderme é parte mais superficial, subdividida em cinco camadas (basal, espinhosa, granulosa, lúcida e córnea). Essa camada é de revestimento pavimentoso e estratificado, no qual não é vascularizado.

Já a derme, Guirro e Guirro (2002) aponta como uma camada de tecido conjuntivo, espessa no qual contém fibras elásticas e reticulares, fibras de colágeno, vasos sanguíneos, vasos linfáticos e nervos. Essa camada é subdividida por uma camada papilar que é a mais externa e delgada, sendo formada por tecido conjuntivo frouxo e a camada reticular é a mais interna e espessa, ela é formada por tecido conjuntivo denso e rico em vasos sanguíneos.

O autor aponta também a hipoderme, última camada, formada por tecido conjuntivo frouxo e adiposo. Essa camada tem como função reserva de depósito nutritivo, ajuda no isolamento térmico e na proteção mecânica do organismo do organismo contra pressões e traumas externos.

Conhecendo sobre a estrutura fundamental da pele, partimos para a busca a seguir sobre os distúrbios pigmentares dessa pele, principalmente o melasma e suas classificações.

4.1 Distúrbios de Pigmentação

Para esclarecer sobre os distúrbios de pigmentação da pele recorreremos ao que aponta Du Vivier (2004). Para o autor, os melanócitos são encontrados na camada basocelular da epiderme, apresenta como função a pigmentação da pele e pêlos, auxiliando na tonalidade da pele e protege diretamente a pele da radiação ultravioleta. A proporção existente é de aproximadamente um melanócito para cinco células basais. Sendo que cada melanócito tem a função de produzir pigmento para muitos queratinócitos, essa unidade é reconhecida como epidermomelânica. Os queratinócitos vão fagocitar as porções dendríticas do melanócito preenchidas com melanina, por isso a pigmentação da pele depende basicamente da quantidade de melanina transferida para o queratinócito.

Já de acordo com Miot et al. (2009), a melanina é o principal pigmento biológico cutâneo. A totalidade de melanina fornece a mistura de monômeros de feomelanina -pigmento amarelado e eumelanina- polímero marrom. Existem dois tipos de pigmentação melânica da pele como a cor da pele constitutiva- pele saudável e a cor da pele facultativa.

Alguns autores como Rivitti e Sampaio (2007) e Mascena (2016), nos esclarece que em algumas doenças os melanócitos podem apresentar-se com deficiência, podendo proliferar de forma benigna sob a influência da luz ultravioleta, como no caso o lentigo solar, ou em determinados distúrbios genéticos, como a síndrome de Peutz-Jegher; podem proliferar de forma maligna: como no caso melanoma maligno; no caso dos melanócitos destruídos no processo auto-imune: como no vitiligo ou após processos inflamatórias que rompem a camada basal da epiderme, como no líquen plano ou no lúpus eritematoso discoide

5 MELASMA

Observamos o melasma como a patologia das disfunções melanogênese comum em alguns humanos, sendo caracterizado por aparecimento de manchas escuras ou acastanhado na pele, com contornos irregulares, limites nítidos que

podem aparecer na face principalmente na frente, têmporas, nariz, pálpebras, e ou no antebraço, partes do membro superior.

Para a Sociedade Brasileira de Dermatologia (2017), a palavra melasma tem origem grega “melas” que significa preto e refere-se a apresentação acastanhada. Os primeiros relatos da doença foram encontrados na literatura por Hipócrates (470-360 a.C.), esse termo foi utilizado para definir vários processos de melanização cutânea e também a patologia se piorava a exposição de calor de fogo, frio e inflamações da pele (HANDEL; MIOT; MIOT, 2014).

Magalhães et al. (2011) esclarece que o melasma pode acometer mais o sexo feminino com idade entre 30 e 55 anos, e mulheres grávidas, como também em 10% de pessoas do sexo masculino.

Observamos que essa patologia é de fácil diagnóstico no exame clínico, com cronicidade e reaparecimento de outras doenças com aspectos fisiopatológicos desconhecidos. Vimos também que a etiologia dessa patologia não apresenta uma causa definida, porém sabe-se que o uso de anticoncepcionais femininos, gravidez, exposição solar são os principais fatores desencadeante da doença. Não deixando de apontar a exposição a luz ultravioleta e a luz visível e a predisposição genética contribuir também para o aparecimento do melasma.

5.1 Classificações do Melasma

Os estudos nos aponta que o melasma é classificado clinicamente pela localização e profundidade da lesão, podendo ser observado através da Luz de Wood. O exame clínico apresenta basicamente três padrões: centro facial, malar e mandibular. Sabemos que pode acometer também outras regiões, no caso são os melasmas extra facial, localizados no pescoço e braços.

De acordo com o melasma histologicamente pode ser classificado como um depósito de pigmento melânico limitado nas camadas basal e suprabasal, podendo atingir a epiderme até o estrato córneo, já o tipo dérmico é quando a presença de pigmentação na epiderme e na derme superior e média principalmente no interior de melanóforos, as vezes pode atingir até a derme profunda. Existem três tipos de melasma: epidêmico quando atinge mais superficial, dérmico quando atinge a derme e o misto quando atinge tanto a epiderme como a derme.

De acordo com Tamler et al. (2009) e Mascena (2006) com o exame realizado com a lâmpada de Wood pode ser encontrado os seguintes tipos:

epidérmicos (coloração acentuada a medida que a luz é absorvida pelo excesso de melanina nas regiões basal ou supra basal); dérmico (acentuação não é notada) e misto (depósito de melanina na derme e na epiderme o aumento da coloração observado apenas em alguns locais). E ainda pode ser encontrado um quarto tipo que é presente em foto tipo V e VI que é inaparente a luz Wood.

Com a dermatoscopia (exame com um aparelho óptico que permite a ampliação de 6-400 x) associada ao exame da lâmpada de Wood pode observar a classificação da profundidade do pigmento melânico (TAMLER et al., 2009).

6 TRATAMENTOS DO MELASMA

Os procedimentos terapêuticos para o tratamento das discromias têm avançado muito nos últimos anos, oferecendo várias opções para melhorar a aparência das manchas.

Magalhães et al. (2010) apontam como tratamento, os *peelings* químicos e mecânicos, *lasers*, luz intensa pulsada, microagulhamento, entre outros.

6.1 Substâncias Tópicas e Injetáveis

Sobre as substâncias tópicas e injetáveis, Mascena (2016) esclarece que pode ser utilizado a hidroquinona que inibe ou degrada a produção de melanócitos. A autora aponta que associado ao ácido glicólico e a tretinoína, pode clarear as manchas, também pode associar o mequinol e a vitamina A, ácido tranexâmico, entre outros, que terá um procedimento mais eficaz na qualidade do tratamento.

6.2 Peelings

De acordo com Borges (2006), o *peeling* químico, quimioesfoliação ou *dermopeeling*, baseia-se na aplicação de um ou mais agentes esfoliantes na pele, ocasionando uma destruição da epiderme e derme e promover uma renovação da pele. O *peeling* pode ser classificado como muito superficial que remove apenas o estrato córneo, superficial atinge epiderme, médio que atinge a epiderme e parcialmente a derme papilar e o profundo que atinge a epiderme, derme papilar e derme reticular.

Os *peelings* químicos mais usados são o ácido glicólico, mandélico, retinóico, salicílico, ascórbico, láctico e fenol. Sendo que quanto maior a concentração

do ácido e menor seu pH, mais rápida e profunda será a permeabilidade (GUERRA, et al., 2013).

O mesmo autor aponta ainda o *peeling* físico é realizado através de métodos físicos, que promove uma esfoliação na pele. Pode ser pela aplicação de lixas, cremes abrasivos, *peeling* de diamante, *peeling* de cristal, entre outros.

A Sociedade Brasileira de Dermatologia (2017) aponta o microdermoabrasão como um procedimento não invasivo, que tem por finalidade promover a descamação, para realizar uma renovação celular, utilizando um aparelho que apresenta um circuito de vácuo com pressão positiva e/ou negativa no qual contém umas ponteiros com cristais de hidróxido de alumínio que denominamos de *peeling* de cristais, ou uma caneta com lixa diamantada realizando uma sucção denominada de *peeling* de diamante.

Sabemos que os *peelings* não são indicados para tratamentos do melasma, mas também é indicado para renovação celular, fotoenvelhecimento, envelhecimento cutâneo, rugas finas e profundas, melasma ou cloasma, efélides e rosácea, poros abertos e acne, estrias, hiperpigmentação pós inflamatórios, hidratação e clareamento de olheiras, remineraliza a pele. E é contra indicado em casos de herpes ativa, pacientes que estiverem em uso de medicamentos à base de Isotretinoína no último ano.

6.3 Lasers e Luz Intensa Pulsada

Os lasers mais usados no tratamento de melasma são os que atuam no modo Q-switched, que induzem reações fototérmicas e fotomecânicas. E também pode ser utilizado *lasers* de CO₂, o laser erbium: YAG e os lasers de corantes pulsados. Deve-se utilizar essa técnica com cautela, não se esquecendo que o paciente tem que usar o filtro solar com elevados fatores de proteção corretamente e diariamente. (MATOS; CAVALCANTI, 2009; MASCENA, 2016).

6.4 Microagulhamento

De acordo com Tagliolatto e Mazon (2017); Ferro e Dos Santos (2017), a indução percutânea de colágeno vem sendo utilizado para tratamento da pele hiperpigmentada. O microagulhamento é realizado através de um rolo cravejado com microagulhas que vai promover microperfurações na pele, o qual gera um processo inflamatório no local, ruptura de vasos sanguíneos finos. A lesão ocorre três fases: a

inflamação, a proliferação e a remodelagem. Para promover assim o estímulo de fibroblastos melhorando por tanto a produção de colágeno no local.

6.5 Resultados Obtidos Pós-Tratamento

Após a pesquisa, pode-se notar que já existem vários tratamentos que apresentam resultados eficazes para o melasma. Porém, alguns como o laser, as vezes são necessárias mais sessões e também associar a outros tratamentos como por exemplo a terapêutica tópica como ácido retinóico e hidroquinona (MATOS; CAVALCANTI, 2009).

De acordo com Magalhães et al. (2010), o *peeling* químico com ácido láctico foi eficaz e seguro para o tratamento de melasma.

De acordo com a técnica de indução de colágeno com dermaroller associado à aplicação do *peeling* químico apresentou resultados satisfatórios para melhora do aspecto geral da pele, diminuição da quantidade de coloração da mancha e diminuição da coloração da pele em duas sessões da técnica associada ao *peeling*.

De acordo com Taglionatto e Mazon (2017) o tratamento de manchas hiperocrômicas circulares na região inguinal com o tratamento com uma sessão microagulhamento- indução percutânea de colágeno apresentou uma melhora no clareamento da mancha. Por isso de acordo com o autor do artigo com protocolos mais elaborados o microagulhamento pode ser uma técnica promissora nos tratamentos de clareamento de manchas.

De acordo com Capellazo et.al. (2015) o tratamento do melasma com microdermoabrasão no dorso da mão não promoveu o desaparecimento da mancha, porém houve uma melhora na coloração e na quantidade de manchas e no aspecto da pele.

7 PREVENÇÃO DO MELASMA

Sabemos que a proteção solar adequada é um fator preventivo fundamental para estas hiperpigmentações, inibindo as reações maléficas pelas radiações solares.

Mascena (2016) esclarece que os raios ultravioletas apresentam efeitos importantes para o desenvolvimento e piora da doença dermatológica, é essencial evitar o excesso de exposição ao sol e também alguns horários, utilizar

corretamente filtro solares de alta proteção que bloqueiam a luz ultravioleta UVA e UVB, ao se expor ao sol usar bonés, chapéus, óculos, guarda sol, entre outros.

A necessidade de FPS mais alto determina a necessidade de associações de filtros UVB (bronzeadores) ou a introdução de filtros UVA ou mesmo a presença dos bloqueadores solares, resultando então nos chamados protetores solares (FERREIRA, 2008 p. 2).

Sabemos que o protetor solar deve ser usado sobre a pele higienizada e seca, em média de trinta a vinte minutos antes dele ser exposta ao sol. Dessa forma, haverá tempo suficiente para o protetor ser absorvido e desempenhar o seu efeito de proteção.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode se concluir que atualmente com o avanço da tecnologia já existem vários tratamentos para clareamento das manchas do melasma, que são eficazes. Porém ainda os mais utilizados são os *peelings* que apresentam resultados satisfatórios, se feito corretamente e cuidado após sua aplicação seguindo as orientações do profissional. O microagulhamento é uma técnica que já apresentam alguns estudos com resultados eficazes no tratamento de manchas. Também é necessário tomar alguns cuidados para prevenir e evitar a piora do melasma como evitar excesso de sol que é um dos causadores da doença e também utilizar sempre e corretamente o protetor solar UVA e UVB.

REFERÊNCIAS

AZULAY, R. D.; AZULAY, D.R. Discromias In: Aulay RD & Azulay Rd, ed. Dermatologia Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 54-62, 1999.

BORGES, F. S. Modalidades Terapêuticas nas Disfunções Estéticas. Phorte. São Paulo:305-23. 2006.

CAPPELLAZZO, R. Et al. Resultados da microdermoabrasão no tratamento do melasma no dorso das mãos. 2015. Anais Eletrônico - IX EPCC – Encontro Internacional de Produção Científica UniCesumar. Disponível em: <http://www.cesumar.br/prppge/pesquisa/epcc2015/anais/renata_cappellazzo_2.pdf>. Acesso em: 25. Mar. 2018.

DU VIVIER, A. Atlas de dermatologia clínica. 3.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

FERRO, D.; DOS SANTOS, M. A. A associação da técnica de indução de colágeno (tic) com o peeling químico no tratamento do melasma facial. 2017. 18 fls. Trabalho de conclusão de curso (graduação)- Unicesumar- Centro universitário de Maringá, Maringá, 2017.

GUERRA, F. M. R. M. et al. Aplicabilidade dos peelings químicos em tratamentos faciais- Estudo de revisão. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research, v. 4, n. 3, p. 33-36, 2013.

GUIRRO, E.; GUIRRO, R. Fisioterapia Dermato funcional: fundamentos, recursos e patologias. 3 ed. São Paulo: Manole, 2002.

HANDEL, A. C.; MIOT, L. D. B.; MIOT, H. A. Melasma: a clinical and epidemiological review. Anais Brasileiros de Dermatologia, v. 89, n. 5, Rio de Janeiro, 2014.

KALIL, C. et al. Microagulhamento: série de casos associados drug delivery. Revistas Científicas de América Latina, v. 9, n. 1, p. 96-99, 2017.

MAGALHÃES, G. M. et al. Peeling de ácido láctico no tratamento do melasma: avaliação clínica e impacto na qualidade de vida. Sociedade Brasileira de Dermatologia, v. 2, n. 3, p. 173-179, 2010.

MAGALHÃES, G. M. et al. Estudo duplo cego e randomizado do peeling ácido retinoico a 5% e 10% no tratamento do melasma: avaliação clínica e impacto na qualidade de vida. Revistas Científicas de América Latina, v. 3, n. 1, p. 17-22, 2011.

MASCENA, T. C. F. Melasma e suas principais formas de tratamento. 2016. 41 fls. Monografia (Especialização em Biomedicina Estética) - Instituto de Ensino Superior e Pesquisa Centro de Capacitação Educacional. Recife, 2016.

MATOS, M. G. C.; CAVALCANTI, I. C. Melasma. In: KEDE, M.P.V.; SABATOVICH, O. Dermatologia estética. 2.ed. São Paulo: Atheneu. Cap. 8.1. p. 357-362. 2009.

MILDNER, N. M.; SCOTTI, G. B.; BLANCO, L. F. de O. Perfil epidemiológico das alterações dermatológicas observadas em mulheres em período de puerpério imediato atendidas no Hospital São José, em Criciúma, Santa Catarina. Revista da Amrigrs, v. 59, n.1, p. 20-23, Porto Alegre, 2015.

MIOT, L. D. B. et al. Fisiopatologia do melasma. Anais Brasileiros de Dermatologia, v. 84, n. 6, p. 623-635, 2009.

PURIM, K. S. M.; AVELAR, M. F. de S. Fotoproteção, melasma e qualidade de vida em gestantes. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 34, n. 5, Rio de Janeiro, 2012.

RIVITTI, E. A.; SAMPAIO, S. A. P. Dermatologia. 3.ed. São Paulo: Artes Médicas, 2007.

ROTTA, O. Guia de dermatologia: clínica, cirúrgica e cosmiátrica. Manole. São Paulo:689-97. 2008.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA. Melasma. 2017. Disponível em: <<http://www.sbd.org.br/dermatologia/pele/doencas-e-problemas/melasma/13/>>. Acesso em 20/05/2018

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA. Peeling físico. 2017. Disponível em: <<http://www.sbd.org.br/dermatologia/pele/procedimentos/peeling-fisico/20/>>. Acesso em: 25. Mar. 2018.

TAGLIOLATTO, S.; MAZON, N. V. P. Uso da técnica de indução percutânea de colágeno no tratamento da hiperpigmentação pós inflamatória. Revistas científicas de América Latina, v. 9, n. 2, p. 160-163, 2017.

TAMLER, C.; FONSECA, R. M. R.; PEREIRA, F. B. C.; BARCAUÍ, C. B. Classificação do melasma pela dermatoscopia: estudo comparativo com a lâmpada de Wood. Surgical & Cosmetic Dermatology, v. 1, n. 5, p. 115- 119, 2009.