

Manchas cutáneas (lentigo, pecas)

CONCEPTO Y ETIOLOGÍA

La **hiperpigmentación** de la piel, manifestada frecuentemente como manchas cutáneas oscuras, supone una alteración de carácter benigno que cursa con un oscurecimiento de la piel, cosméticamente inaceptable para algunas personas. Este tipo de manchas implican un simple oscurecimiento de la piel, generalmente leve, que en ningún caso debe ser confundido con los «lunares» u otras formaciones intensamente oscuras que, de carácter benigno o maligno, pueden afectar a la piel.

La hiperpigmentación cutánea se puede manifestar de muy diversas maneras. La más común y, probablemente más deseada, es el propio **bronceado**, producido como consecuencia de un oscurecimiento generalizado y homogéneo de la piel, que permite adquirir una tonalidad morena estéticamente muy apreciada por muchas personas.

Sin embargo, cuando el oscurecimiento de la piel no es homogéneo y se manifiesta en forma de manchas de mayor o menor tamaño, son muchas las personas que desean eliminar tales manchas o, al menos, reducir el contraste con el resto de la piel.

Al margen del bronceado, natural o artificial, las principales manifestaciones de hiperpigmentación cutánea benigna de la piel son:

- *Hiperpigmentación postinflamatoria*: Es la causa más común de hiperpigmentación y suele aparecer tras ciertos procesos que implican una irritación o inflamación de la piel como, por ejemplo, un episodio de acné.
- *Melasma (cloasma)*: Se manifiesta como placas de pardo-oscuras, bien delimitadas, simétricas, localizadas en la cara (generalmente en la frente, las sienes y las prominencias malares). Suele afectar a mujeres gestantes, de ahí que también se le conozca como «máscara del embarazo», y a aquellas que usan anticonceptivos hormonales. No obstante, también puede aparecer en mujeres no gestantes y en varones de piel oscura. La hiperpigmentación asociada a la gestación desaparece lentamente y de forma incompleta después del parto o cuando

se interrumpe el uso o la producción de estrógenos.

- *Pecas (efélides)*: Las pecas son pequeñas áreas cutáneas muy repartidas en la piel en la que los melanocitos son más activos, provocando una coloración más intensa que la circundante. Se producen más habitualmente en personas de piel muy clara, especialmente durante la infancia y adolescencia, como consecuencia de una reacción defensiva de la piel frente a la radiación ultravioleta.
- *Lentigo solar*: Son manchas oscuras de color marrón, de 1 a 3 cm de diámetro, que se producen en pieles expuestas de forma reiterada al sol. Es típico de las personas de edad avanzada, ya que es un fenómeno de carácter aditivo, y es mucho más común en personas que desarrollan sus actividades cotidianas al aire libre (agricultores, etc.). En ocasiones reciben el nombre de «manchas hepáticas» y, en contraste con las pecas y el melasma, no desaparecen durante el invierno, sino que persisten durante todo el año.

Los pigmentos responsables del color natural de la piel son la hemoglobina (en sus formas oxidada y reducida), los carotenoides y, especialmente, la melanina. La melanina es sintetizada en unas células especializadas de la piel, denominadas melanocitos, a través de un proceso bioquímico que es catalizado principalmente por la enzima tirosinasa.

En realidad hay dos tipos de melanina:

- *Eumelanina*: La principal responsable del color de la piel, de los ojos (iris) y del pelo. Su tono es marrón, tanto más intenso cuanto mayor es su producción, que está regulada genéticamente, aunque puede influirse por acción del sol (exposición a la radiación ultravioleta).
- *Feomelanina*: Presente en los individuos de piel muy clara, a los que proporciona un tono rojizo o anaranjado al pelo. Suelen ser personas de ojos claros (verdes, especialmente) y las formaciones pecosas son muy habituales, en ocasiones extensas, siempre en zonas de cuerpo expuestas al sol en algún momento.





Básicamente, las alteraciones de la pigmentación cutánea son provocadas a través de tres mecanismos:

- Aumento o disminución de la producción de melanina por los melanocitos.
- Aumento o disminución del número de melanocitos.
- Localización anormal de la melanina o de los melanocitos dentro de la dermis.

El aumento en el depósito de melanina se puede deber a alteraciones hormonales (enfermedad de Addison, embarazo, uso de anticonceptivos orales). La hiperpigmentación también se puede producir por el depósito de hierro, en la hemocromatosis, o de plata (argiria), por trastornos del metabolismo de los pigmentos (porfiria cutánea tarda), así como en cuadros de deficiencia vitamínica de tipo B (pelagra, etc.), esclerodermia y acantosis.

Al margen de los ya comentados estrógenos y anticonceptivos hormonales, existe un buen número de medicamentos capaces de producir reacciones de hiperpigmentación cutánea. Entre ellos cabe destacar:

- Amiodarona.
- Betaxolol.
- Bleomicina.
- Carotenoides (betacaroteno, especialmente).
- Ciclofosfamida.
- Cloroquina y otros agentes antimaláricos.
- Fenotiazinas (clorpromazina, etc.)
- Minociclina.
- Progesterona.
- Quinidina.
- Selenio, disulfuro.

TRATAMIENTO

En muchos casos, las áreas afectadas por la hiperpigmentación cutánea recuperan su tono normal de forma espontánea al cabo de unas semanas o meses tras haber aparecido. En general, cuanto más extensa y profunda sea la zona afectada tanto más complicado y largo será el tratamiento preciso.

Lo más importante del tratamiento de la hiperpigmentación cutánea es evitar una exposición prolongada al sol. Existe una considerable

variación individual a la respuesta al tratamiento, aunque en general la mayoría de los pacientes responden de forma satisfactoria a algunos de los tratamientos. No obstante, es frecuente requerir largos períodos de tratamientos (hasta un año, en ocasiones) e incluso la combinación de varios medicamentos para alcanzar un éxito cosméticamente aceptable.

Los fármacos más empleados son:

- **Hidroquinona:** Constituye el tratamiento más tradicional de la hiperpigmentación cutánea, hasta el punto de que se incluyó durante algún tiempo en ciertos cosméticos, aunque actualmente se ha restringido tal uso. Se utiliza habitualmente en concentraciones del 2%, ya que con concentraciones superiores (hasta un 5%) pueden producirse alteraciones de la pigmentación cutánea y otros efectos adversos más serios, aunque eventualmente los resultados terapéuticos pudieran ser superiores. La hidroquinona tiene un mecanismo de acción complejo, aunque primariamente actúa inhibiendo la *tirosinasa*. Como consecuencia de ello provoca una alteración de los melanosomas, lo que puede ocasionar un descenso de la producción o un incremento de la degradación de estos orgánulos, o ambos procesos al tiempo. Además, es capaz de producir efectos necróticos sobre los melanocitos. La hidroquinona interfiere sólo con la formación de nueva melanina, por lo que el efecto despigmentante es sólo temporal y no inmediato, ya que la producción de melanina se reactiva cuando se interrumpe el tratamiento.
- **Corticosteroides:** Se emplean preparados de baja potencia, generalmente en asociación con otros tratamientos, con el fin de reducir los efectos adversos. Concretamente, asociados a hidroquinona incrementan la eficacia y la irritación de ésta. Los corticosteroides tienen un leve efecto inhibidor de la *tirosinasa*.
- **Tretinoína:** El ácido retinoico (forma ácida de la vitamina A), aplicado en forma tópica, resulta especialmente efectivo en el tratamiento de la hiperpigmentación postinflamatoria en el lentigo asociado a fotoenvejecimiento. Actúa inhibiendo la producción de melanina. Es algo irritante para la



piel, aunque actualmente se dispone de preparaciones aceptables. Se aconseja comenzar con preparados poco concentrados (0,025%), aumentando la frecuencia de aplicación y la concentración del preparado de forma paulatina (cada dos semanas), según el nivel de tolerancia. Puede usarse en combinación con hidroquinona y/o corticosteroides.

- **Ácido azelaico:** Se emplea en concentraciones del 20%. Constituye uno de los tratamientos más modernos, siendo especialmente utilizado en los cuadros de hiperpigmentación postinflamatoria. Inhibe la *tirosinasa* y entre sus ventajas puede citarse que no provoca fotosensibilidad ni cambios residuales en la piel. Sus efectos son aditivos con los de la tretinoína. En este sentido, se ha sugerido que el empleo más racional de esta combinación implicaría la utilización del ácido azelaico por las mañanas y la tretinoína por las noches.
- **Alfa hidroxilácidos:** Los más empleados son los ácidos **láctico** y **glicólico**, en concentraciones del 8% al 15%. Se emplean fundamentalmente en hiperpigmentación postinflamatoria, lentigo y melasma. Estos ácidos actúan alterando la cohesión de las células córneas, favoreciendo la descamación y la dispersión de los gránulos de melanina. Suelen requerir tratamientos muy prolongados.
- **Ácido tricloroacético:** Es empleado fundamentalmente en lentigo solar, en concentraciones muy variadas que van desde el 15% hasta el 75%. Tiene un efecto descamante y se emplea en ocasiones asociado al ácido láctico y al ácido salicílico. No se aconseja su uso en pacientes con piel oscura, ya que puede provocar un efecto descamante más intenso.
- **Nitrógeno líquido:** Produce resultados especialmente buenos en casos refractarios, ya que los melanocitos son especialmente sensibles al frío. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que puede dar lugar a la pérdida permanente de color en la zona tratada.
- **Láser:** Es un tratamiento altamente eficaz y además no produce ninguna coloración anormal en el área tratada. El más empleado en esta indicación es el de CO₂.

VALORACIÓN

Antes de plantear el uso de algún tratamiento despigmentante, es muy importante hacer una serie de consideraciones previas, fundamentalmente dirigidas a excluir (o reducir al máximo) el riesgo de que pueda pasar inadvertida por el paciente una patología más grave que una simple mancha cutánea.

Son numerosas las enfermedades que pueden cursar con signos de hiperpigmentación. Entre las más notables pueden destacarse:

- Patologías cutáneas:
 - Liquen plano, erupciones fijas producidas por medicamentos, etc.
 - Tumores benignos: Nevos (lentigos, juntales, compuestos, intradérmicos, o con halo).
 - Tumores malignos: Melanomas (de tipo lentigo maligno, de extensión superficial, etcétera), acantosis nigricans.
- Patologías sistémicas: Enfermedad de Addison, esclerodermia, hemocromatosis, porfiria cutánea tarda, cirrosis biliar, etc.
- Síntomas aislados o formando parte de síndromes o enfermedades: El prurito intenso puede asociarse con procesos de hiperpigmentación, ya que suele ir acompañado de un rascado persistente. A su vez, éste puede provocar enrojecimiento y la aparición de lesiones cutáneas en las líneas de rascado, que pueden dificultar la valoración de la enfermedad subyacente. El rascado y el frotamiento prolongados pueden provocar también hiperpigmentación. Sea como fuere, el prurito intenso se puede asociar a enfermedades de la piel o a enfermedades sistémicas.
 - Cutáneas: Escabiosis, pediculosis, picaduras de insectos, urticaria, dermatitis atópica, herpetiforme y de contacto, líquen plano y miliaria. La sequedad de la piel, especialmente frecuente en los ancianos, puede producir un picor generalizado intenso.
 - Sistémicas: Enfermedades obstructivas de la vía biliar, uremia, linfomas, leucemias y policitemia vera. Raramente el prurito tiene un origen psicógeno.
 - Embarazo: En especial en los últimos meses de la gestación.
 - Medicamentos: Barbitúricos y salicilatos.



De acuerdo con lo anterior, el farmacéutico deberá comprobar cuidadosamente las características de las manchas cutáneas y valorar las circunstancias específicas del paciente. Específicamente, la presencia de una o varias de las siguientes circunstancias hacen exigible reconducir al paciente hacia la consulta del dermatólogo para que éste pueda realizar el correspondiente diagnóstico médico.

- Aspecto general de las manchas:
 - Bordes muy definidos, lineales o dentados.
 - Elevación de la piel.
 - Dureza o rigidez de la piel.
 - Signos de inflamación en la piel circundante.
- Coloración de las manchas:
 - Tonalidades intensas (diferencia muy marcada de intensidad con respecto al resto de la piel).
 - Coloración violácea o azulada.
 - Tonos blancos, azulados o rojos en la piel circundante.
- Distribución de las manchas en la piel:
 - Presencia de manchas aisladas.
 - Localización en áreas cutáneas no expuestas al sol.
 - Distribución simétrica (en los dos brazos, en las dos piernas, etcétera).
 - Localización en zonas flexoras de las articulaciones o en los puntos de presión de la piel (protuberancias óseas).
- Evolución de las manchas cutáneas: Cambios recientes en el tamaño, forma o color.
- Otros síntomas asociados:
 - Prurito intenso, especialmente si es generalizado.
 - Vesículas o ampollas en zonas expuestas al sol.

- Áreas de vitíligo (blanquecinas, sin coloración) en otras zonas de la piel.
- Costras y cicatrices.

Una vez excluidas las manifestaciones anteriores, es importante investigar potenciales causas evitables, como el consumo de ciertos medicamentos (indicados anteriormente) y las pautas de exposición al sol.

La **hidroquinona** debe administrarse en pequeñas cantidades dos veces al día sobre la mancha cutánea, evitando otras zonas. Puede requerir varias semanas o meses de tratamiento, aunque en ningún caso se debe emplear durante más de seis meses. Si no se observa mejoría tras dos meses de tratamiento, éste se deberá interrumpir y es aconsejable que un dermatólogo valore la situación clínica.

Para evitar que se produzca la repigmentación de las manchas, debe protegerse del sol la zona tratada de la piel durante y después del tratamiento, mediante un filtro solar de alto factor de protección (al menos 15) o cubriendo la zona con ropa.

No debe aplicarse hidroquinona sobre heridas abiertas, mucosas, piel eczematosa o irritada, o quemaduras. No debe emplearse en niños menores de 12 años, debido a la falta de datos de seguridad y eficacia en este tipo de pacientes.

Es importante informar al paciente que se lave las manos con jabón y agua abundante después de aplicarse el producto, ya que la hidroquinona puede provocar manchas marrones en las uñas.

En algunas personas pueden producirse reacciones de hipersensibilidad a la hidroquinona. Para evitarlas, es aconsejable hacer una prueba de sensibilidad antes de comenzar el tratamiento, aplicando una pequeña cantidad del producto en la parte interna del antebrazo durante al menos 24 horas.

ESPECIALIDADES FARMACÉUTICAS PUBLICITARIAS

COMPOSICIÓN	EFP
Hidroquinona 2%	Licostrata
Ácido azelaico 20%	Skinoren, Zeliderm
Hidrocortisona 0,5%	Hidrocisdin, Hidrocortisona Pensa, Scalpin capilar, Schericur
Ácido láctico 12%	Keratisdin