

DERMATOLOGIA E PROCEDIMENTOS ESTÉTICOS

Edição XIX

Capítulo 3

MELASMA: FATORES DE RISCO E OPÇÕES DE TRATAMENTO

ANA LUÍSA LEAL RAMOS¹
MANUELA PRESTES ALVES¹
THALITA GABRIELI SANCHES VASQUES²

¹Discente – Medicina na Universidade Católica de Pelotas (UCPEL).

²Médico – Dermatologista Titular da Sociedade Brasileira de Dermatologia.

Palavras-chave: Melasma; Fatores de Risco; Tratamento

DOI

10.59290/0723529900

EDITORIA
PASTEUR

INTRODUÇÃO

Melasma (do grego melas, preto), cloasma (do grego chloazein, esverdeado) ou máscara da gravidez é um distúrbio complexo e terapeuticamente difícil, com fatores intrínsecos (p. ex., genéticos e hormonais) e extrínsecos (p. ex., luz ultravioleta). É uma patologia comum, crônica e recorrente da hiperpigmentação decorrente de melanócitos hiperfuncionais que depositam quantidades excessivas de melanina na epiderme e na derme. Estudo conduzido no Brasil em 2024 identificou uma prevalência de 36,3% de melasma facial na população, chegando a 80% em mulheres grávidas latinas. Predisposição genética, exposição à luz solar, fototipo cutâneo e fatores hormonais seguem como principais fatores de risco para o desenvolvimento da doença (OCAMPO CANDIANI *et al*, 2025).

Este distúrbio da pigmentação apresenta-se como manchas acastanhadas simétricas e com bordas irregulares, localizadas principalmente na face. Apesar de poder também afetar homens, mulheres seguem sendo as mais acometidas e é evidente também a maior prevalência em hispânicos.

Clinicamente, o melasma é caracterizado pelo padrão de distribuição e a localização do excesso de melanina. No melasma epidérmico, a melanina está localizada nas camadas epidérmicas basal e suprabasal, e no dérmico, ela é depositada dentro dos melanófagos. A variedade mista inclui características do tipo dérmico e epidérmico. Acredita-se que esses tipos sejam diferenciados pela iluminação com a lâmpada de Wood, que acentua a pigmentação epidérmica, mas estudos histológicos e por microscopia confocal mostraram uma mistura dos dois tipos dentro de uma única lesão. É importante notar que os depósitos dérmicos de melanina não respondem bem aos agentes terapêuticos tópicos comumente prescritos.

O objetivo deste capítulo é apresentar essa doença dermatológica que segue como uma das queixas mais prevalentes nos consultórios, com uma breve revisão da patogênese e apresentação clínica com maior enfoque nos fatores de risco e opções de tratamento.

MÉTODO

Para a elaboração deste capítulo, foi realizada uma revisão de literatura no período de julho e agosto de 2025, por meio de pesquisa nas bases de dados do PubMed. Foram utilizados os descritores ‘melasma’, ‘chloasma’, ‘*risk factors*’ e ‘*treatment*’. Desta busca foram encontrados 80 artigos, posteriormente submetidos aos critérios de seleção.

Os critérios de inclusão foram: artigos disponíveis nas línguas portuguesa e/ou inglesa, publicados no período de 2020 a 2025 que abordassem as propostas temáticas para esta pesquisa, com preferência por estudos do tipo revisão disponibilizados na íntegra. Quando o artigo completo não estava disponível gratuitamente, foi solicitado através da plataforma RIMA (Rede Ibero-Americana de Medicina Avançada). Além disso, livros-texto de autores referências na área da dermatologia também foram revisados e incluídos neste estudo. Os resultados são apresentados de forma descritiva ao longo da discussão. Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados, disponibilizados na forma de resumo, que não abordavam diretamente a proposta estudada e que não atendiam aos demais critérios de inclusão.

Após os critérios de seleção restaram 4 artigos que foram submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados. Os resultados foram apresentados de forma descritiva, divididos em categorias temáticas abordando: patogênese, apresentação clínica, fatores de risco e tratamento. Sendo esses dois últimos, os temas com maior enfoque do trabalho.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Patogênese

Embora a patogênese exata do melasma seja desconhecida, supõe-se que, após a exposição à radiação UV (ou outro indutor), os melanócitos hiperfuncionais na pele envolvida produzem quantidades elevadas de melanina. O principal papel da radiação UV é apoiado pelo desaparecimento das lesões durante os meses de inverno e por um padrão de distribuição demonstrando envolvimento das regiões expostas ao sol que poupa os locais relativamente protegidos do sol como o filtro. Os fatores patogênicos importantes incluem o fotótipo cutâneo (que favorece os indivíduos com pigmentação cutânea mais escura) e os estrogênios (predileção para mulheres e associação à gravidez e ao uso de contraceptivo oral). Outros medicamentos (p. ex., fenitoína, medicamentos fototóxicos) e distúrbios (p. ex., doença tireóidea autoimune) também têm o potencial de agravar o melasma. A expressão elevada de KIT e o fator da célula-tronco na epiderme e derme lesionais, respectivamente, podem desempenhar um papel na hiperpigmentação do melasma (CHANG, 2018).

Apresentação Clínica

Manchas marrom-claras a escuras ou marrom-acinzentadas com bordas irregulares aparecem principalmente na face. As áreas de hipermelanose são distribuídas simetricamente em três padrões clássicos: (1) centrofacial (mais comum), envolvendo a testa, bochechas, nariz, lábio superior (poupando o filtro labial e os sulcos nasolabiais) e queixo; (2) malar, afetando as bochechas e o nariz; e (3) mandibular, ao longo da linha da mandíbula. Locais menos comuns incluem a face extensora dos antebraços e a região média superior do tórax. As lesões frequentemente aparecem pela primeira vez ou são acentuadas após a exposição à irradiação UV ou durante a gravidez. Em indivíduos levemente

pigmentados, essa "máscara da gravidez" frequentemente diminui ou desaparece após o parto, mas tende a persistir em mulheres com pele mais escura.

Além disso, o melasma é classicamente subdividido em quatro tipos com base na localização primária do pigmento: epidérmico, dérmico, misto ou indeterminado (por exemplo, em pacientes com pigmentação cutânea muito escura). Em teoria, lesões com aumento de melanina epidérmica são acentuadas e aquelas com aumento de melanina dérmica tornam-se menos óbvias (ou seja, confundem-se com a pele não envolvida) ao exame com lâmpada de Wood. No entanto, estudos clinicopatológicos utilizando pele adjacente não envolvida como controle demonstraram que o exame com lâmpada de Wood não se correlaciona com os achados histológicos. Além disso, nenhuma forma completamente dérmica de melasma foi observada histologicamente quando nevo bilateral de máculas semelhantes a Ota, uma forma de melanocitose dérmica às vezes diagnosticada erroneamente como melasma, foi excluída. Considerando que a pigmentação epidérmica tem maior probabilidade de responder a terapias tópicas, estudos adicionais são necessários para determinar a utilidade clínica e a importância prognóstica do exame com lâmpada de Wood.

Em um estudo brasileiro com 302 mulheres com melasma, a maioria dos pacientes teve pelo menos seis regiões faciais afetadas, mais comumente as regiões zigomática (84%), labial superior (51%) e frontal (50 por cento). Outro estudo brasileiro relatou que o melasma apareceu pela primeira vez na região de malar em 70% dos pacientes. No geral, o malar (90%), frontal (53%), lábios superiores (52 por cento) e nariz (34 por cento) foram as áreas mais comumente afetadas.

Alguns pacientes, predominantemente mulheres, desenvolvem melasma extrafacial, que é

menos comum do que o fenótipo facial e geralmente é difícil de tratar. Esse tende a surgir em uma idade mais avançada do que a forma facial e pode estar associado à menopausa. Em um estudo, 81% das mulheres com melasma extrafacial atingiram a menopausa, e a idade média na apresentação foi de 56,7 anos. Em um estudo, aproximadamente 8% dos pacientes com envolvimento facial apresentaram ocorrência extrafacial. Em outro estudo de 45 pacientes com melasma extrafacial, os locais de envolvimento foram os braços (95%), antebraços (80%), peito (47%) ou costas (11%). As lesões, que estiveram presentes por mais de cinco anos em aproximadamente metade dos pacientes, tendiam a mostrar intensidade e homogeneidade moderadas.

Fatores de Risco

Predisposição genética, exposição à luz solar (incluindo ultravioleta [UV] e, possivelmente, luz visível), fototipo da pele e fatores hormonais (incluindo gravidez, terapias hormonais e uso de contraceptivos orais) são os principais fatores de risco e gatilho para o melasma. Fatores adicionais associados ao desenvolvimento do melasma podem incluir alguns cosméticos, certos medicamentos (por exemplo, medicamentos fotossensibilizantes e anticonvulsivantes) e deficiência de zinco.

Um estudo brasileiro com 302 mulheres com melasma relatou que os gatilhos mais comuns foram gravidez (36%), exposição intensa ao sol (27%) e uso de pílulas anticoncepcionais (16%). A maioria dos pacientes eram os fototipos Fitzpatrick III (34 por cento) e IV (38 por cento). Em outro estudo com 953 adultos brasileiros, a exposição a UV e a gravidez foram identificadas como os gatilhos mais frequentes do melasma (em 44 e 24% dos pacientes, respectivamente). Este estudo também confirmou que o melasma é mais comum em pacientes

com fototipos Fitzpatrick III e IV (36 e 40%, respectivamente).

Em outro estudo, indivíduos com fototipos de pele II e III e aqueles com histórico familiar de melasma tiveram um início precoce de melasma em comparação com aqueles com fototipos de pele IV, V e VI; o melasma extrafacial foi mais comum em mulheres na pós-menopausa do que em mulheres na pré-menopausa (14 e 3,5 por cento, respectivamente).

Vários estudos sugerem que o melasma pode estar associado à função tireoidiana anormal e à autoimunidade da tireoide. Um estudo de 45 mulheres com melasma e 45 controles combinados encontrou níveis aumentados de tirosina livre, hormônio estimulante da tireoide (TSH) e anticorpos de tireoglobulina em mulheres com melasma, mas não em controles. Outro estudo encontrou uma prevalência de aumento dos níveis de TSH de 24%. Altos níveis de TSH foram associados ao melasma induzido por UV (odds ratio 2,15, 95% IC 1.00-4,69). No entanto, são necessários mais estudos para elucidar o papel dos distúrbios da tireoide na patogênese do melasma.

Tratamento

Proteção solar assistencial e motivação do paciente são necessárias para o sucesso de qualquer regime de tratamento para melasma. Para o melasma epidérmico, geralmente são necessários 2 meses de terapia para iniciar o clareamento e 6 meses de tratamento para obter resultados satisfatórios.

Recomendações para todos os pacientes: evitar exposição solar e câmaras de bronzear; uso diário de protetor solar de amplo espectro (idealmente FPS ≥ 30 com bloqueador físico, como óxido de zinco ou dióxido de titânio); chapéus e roupas com proteção solar; maquiagem camuflada; suspender o uso de anticoncepcionais orais, se possível.

Tratamento ativo: os resultados dos tratamentos tópicos podem levar até 6 meses para serem percebidos; dependendo do paciente, HQ ou uma combinação de HQ + retinóide + corticosteróide são normalmente usados diariamente por 2 a 4 meses e, em seguida, a frequência diminui para 1 a 2 vezes por semana; o uso diário prolongado pode resultar em efeitos colaterais como dermatite perioral e atrofia (corticosteróide) ou ocronose exógena (HQ). Embora a HQ tópica possa causar dermatite de contato alérgica, todos os agentes tópicos podem levar à dermatite de contato irritante, que pode agravar a despigmentação; se isso for uma preocupação, pode-se testar em uma pequena área não facial antes da aplicação facial generalizada.

Terapias tópicas de primeira linha

- Combinação tripla de hidroxyclorequina + retinóide + corticosteróide ao deitar;
- 4% de hidroxyclorequina diariamente, geralmente ao deitar;
- Ácido azelaico (15–20%).

Terapias tópicas adjuvantes

- Ácido L-ascórbico (10–15%);
- Ácido kójico (1–4%).

Terapias de segunda linha

- Peelings de ácido glicólico (iniciar com 30% e aumentar conforme tolerado) ou salicílico (20–30%) a cada 4–6 semanas.

Terapia de terceira linha

- Laser fracionado;
- Luz intensa pulsada (LIP).

Risco potencial de despigmentação pós-procedimento; um pequeno local de teste deve ser realizado antes da aplicação facial generalizada de laser ou fototerapia.

Manutenção a longo prazo

- Continuar com o uso diário de protetor solar e medidas de proteção solar;
- Retinóide tópico;
- α -hidroxiácido tópico (por exemplo, creme de ácido glicólico);
- Outros tópicos, por exemplo, ácido L-ascórbico (10–15%), ácido azelaico (15–20%) ou ácido kójico (1–4%).

CONCLUSÃO

A pigmentação é um resultado do processo de fotoenvelhecimento, alterações vasculares e mediadores inflamatórios resultantes. Abordar a hiperpigmentação por si só não produzirá benefícios duradouros, portanto, é necessária uma terapia combinada abordando o fotoenvelhecimento, proteção contra a luz e o pigmento da melanina.

Os resultados levam tempo, exigindo várias sessões e manutenção contínua. A condição é mais passível de tratamento se for tratada no início de sua evolução. Mesmo depois de receber tratamento adequado, o melasma pode ter recaída na exposição ao sol de verão (particularmente na Austrália) ou por causa de mudanças nos fatores hormonais ou endógenos. Assim, é melhor que os pacientes sejam aconselhados sobre a cronicidade da condição para que objetivos realistas de tratamento sejam alcançados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALI, L.; AL NIAMI, F. Pathogenesis of Melasma Explained. *International Journal of Dermatology*, v. 64, n. 7, p. 1201-1212, 2025. DOI: 10.1111/ijd.17718.

CHANG, M. W. Disorders of Hyperpigmentation. In: BOLOGNIA, J. L.; SCHAFFER, J. V.; CERRONI, L. (eds.) *Dermatology*. 4. ed. Philadelphia: Elsevier, 2018. Cap. 67: Disorders of Hyperpigmentation, p. 1115-1143. DOI: 10.1016/B978-0-7020-6275-9.00067-2.

ESPÓSITO, A. C. C. *et al.* Update on Melasma – Part I: Pathogenesis. *Dermatology and Therapy (Heidelberg)*, v. 12, n. 9, p. 1967-1988, 2022. DOI: 10.1007/s13555-022-00779-x.

HILL, R. C.; STUBBLEFIELD, O.; LIPNER, S. R. Melasma Risk Factors: A Matched Cohort Study Using Data From the All of Us Research Program. *Cutis*, v. 114, n. 3, p. 90-92, 2024. DOI: 10.12788/cutis.1089.

LE MOS, A. C. E.; MIOT, H. A. Melasma. In: BELDA JÚNIOR, W.; DI CHIA CCHIO, N.; CRIADO, P. R. (eds.) *Tratado de Dermatologia*. 3. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2018.

OCAMPO-CANDIANI, J. *et al.* Latin American Consensus on the Treatment of Melasma. *International Journal of Dermatology*, v. 64, n. 3, p. 499-512, 2025. DOI: 10.1111/ijd.17522.