

# Melasma y calidad de vida: estudio clínico prospectivo y descriptivo de 142 pacientes

Melasma and quality of life: prospective and descriptive clinical study of 142 patients

Perla Xochitl Jiménez Rivera,\* Diana Elizabeth Medina Castillo†

## Palabras clave:

Melasma,  
calidad de vida.

## Key words:

Melasma,  
quality of life.

## RESUMEN

Estudio clínico prospectivo, transversal y descriptivo cuyo objetivo fue evaluar la calidad de vida en pacientes con melasma. **Material y métodos:** Pacientes con melasma de la consulta externa de Dermatología del Hospital General Regional (HGR) 220 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en Toluca, México. Instrumentos de medición: índice de calidad de vida en dermatología (IDQL), escala de severidad del melasma (MASI), escala de calidad de vida para pacientes con melasma (MELASQOL). Este estudio incluyó consentimiento informado. El análisis estadístico se utilizaron medidas de tendencia central y desviación estándar con paquete estadístico Microsoft Office Excel 2007. **Resultados:** De 142 pacientes con diagnóstico de melasma, sólo 103 completaron el estudio; el 100% fueron mujeres, con promedio de edad de  $36 \pm 10$  años, el estrato socioeconómico más frecuente fue el bajo con 57 (55.3%) casos; el nivel educativo más frecuente fue secundaria con 42 (42.7%) pacientes; de 23 Unidades de Medicina Familiar de referencia, Toluca proporcionó 42 (40.8%) casos en cinco meses. El fototipo que predominó fue el tipo IV con 55 (53.4%) pacientes. Tipo de melasma, epidérmico en 67 (65%) pacientes. Topografía, la región centrofacial fue la más frecuente con 66 (64.1%) casos. Tiempo de evolución mayor de cinco años, 42 (40.8%) pacientes. El grado de severidad del melasma más común fue el moderado con 42 (40.8%) pacientes. La calidad de vida fue afectada levemente en nuestro grupo de pacientes en aproximadamente la mitad de los casos; 49 (47.6%) casos de acuerdo al DQLI y 59 (57.3%) pacientes con la escala MELASQOL. **Conclusiones:** El melasma es una hiperchromia frecuente en mujeres. La calidad de vida afectada en nuestro estudio fue leve, el diagnóstico de melasma es fácil, los pacientes la consideran una enfermedad cosmética por lo que prefieren su envío a consulta especializada cuando tienen otra enfermedad sintomática.

## ABSTRACT

Transversal and descriptive prospective clinical study aimed at evaluating the quality of life in patients with melasma. **Material and methods:** Patients with melasma diagnosis in Dermatology Service of HGR 220 IMSS in Toluca, Mexico. Measuring instruments: index of quality of life in dermatology (IDQL), melasma severity scale (MASI), scale quality of life for patients with melasma (MELASQOL). This study included informed consent. Statistical analysis measures of central tendency and standard deviation were used statistical package Microsoft Office Excel 2007. **Results:** Of 142 patients diagnosed with melasma, only 103 completed the study; 100% were women, with a mean age of  $36 \pm 10$  years, the most frequent low socioeconomic status was 57 cases (55.3%) the most frequent secondary education was 42 patients (42.7%) and 23 units Family Medicine reference, Toluca gave 42 patients (40.8%) in five months. Phototype predominant type IV with 55 patients (53.4%). Epidermal melasma type was 67 patients (65%). The region centrofacial 66 cases (64.1%). Time evolution more than five years, 42 patients (40.8%). The severity of the most common melasma was moderate, with 42 patients 40.8%. Quality of life was affected slightly in our group of patients in about half of cases; 49 cases (47.6%) according to DQLI and 59 patients (57.3%) with the MELASQOL scale. **Conclusions:** Melasma is frequent in women hyperchromia. Affected the quality of life in our study was mild, melasma diagnosis is easy, it is a cosmetic disease type in order of importance to patients; sent prefer their specialist consultation when they have other symptomatic disease.

\* Médico Familiar adscrito a la Unidad de Medicina Familiar (UMF) 222 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). México.  
† Dermatóloga de HGR 220 IMSS «Lic. Vicente Villada». Profesor de pregrado, Clínica de Dermatología de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma del Estado de México (UAEMex). Profesor de Postgrado de Medicina familiar y Geriatria de la Facultad de Medicina de la UAEMex.

Conflicto de intereses:  
Ninguno.

Recibido:  
05/Noviembre/2016.  
Aceptado:  
19/Julio/2018.



## INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la calidad de vida como el análisis de la percepción que tiene un individuo respecto a su posición social en el contexto cultural y valora los sistemas en los que vive en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones.

Para lo cual desarrolló dos cuestionarios de calidad de vida (WHOQOL-100, *World Health Organization Quality of Life* por sus siglas en inglés y el abreviado de 26 preguntas WHOQOL-BREF).<sup>1</sup>

**Calidad de vida general.** El concepto de la calidad de vida, encierra el reconocimiento de los logros materiales alcanzados por la especie humana.

En la actualidad, estos logros se han obtenido a expensas de elementos como:

- El descanso físico y mental (reparador y creativo).
- Recreación.
- Actividad lúdica y comunicativa de la vida familiar (integradora y educativa).
- Otros componentes que confortan el espíritu.

Se especifica la existencia de indicadores psicológicos e indicadores sociales. Entre los psicólogos señala la vida individual o biografía y las reacciones frente a diferentes experiencias. En cuanto a los indicadores sociales alude a algunos como condiciones objetivas de vida, seguridad social y nivel de desempleo.<sup>2,3</sup>

**Medición de la calidad de vida.** Entre los primeros intentos de medir la calidad de vida en enfermos se encuentran el índice de Karnofsky (*performance status*), el perfil del impacto en la enfermedad (*sickness impact profile*) de Begmer, el cuestionario de calidad de vida (*quality of life tool*) de Spitzer y la tasa de Herr, Lanhan y Rosell.

La evaluación correcta de la calidad de vida en personas con alguna enfermedad permite conocer el impacto de la enfermedad y el tratamiento, conocer mejor al enfermo, su evolución y adaptación a la enfermedad, así como los efectos secundarios del tratamiento. Además, posibilita adecuar el tratamiento a los requerimientos individuales del paciente, ampliar los conocimientos sobre la evaluación de la enfermedad, la toma de decisiones y la rehabilitación.<sup>4</sup>

A los cuestionarios para medir calidad de vida se les exige una serie de requisitos.

Spitzer (1981), quien habla de su evaluación en pacientes con cáncer, hace énfasis en que deben ser:

1. Simples, cortos, fáciles de recordar y registrar.
2. Que comprendan un número adecuado de parámetros.
3. Su contenido debe ser compatible con la idea de calidad de vida.
4. Cuantificables.
5. Aplicables al mayor número posible de situaciones.
6. Tener validación estadística.
7. Aceptables para medidores y pacientes.
8. Sensibles a cambios en el estado del sujeto.
9. Discriminativos entre grupos de personas con distinta calidad de vida.
10. Consistentes con otras medidas del estado del paciente.

Existe una relación entre la calidad de vida del enfermo y la calidad de los servicios de salud.

Se considera que la efectividad médica no se mide únicamente por la mortalidad, morbilidad o índices de supervivencia, sino que incluye la calidad de vida y la satisfacción del paciente.<sup>5</sup>

**Melasma y calidad de vida.** El melasma es una discromía frecuente en países latinoamericanos y asiáticos, se le conoce como «paño» en México y como «manchas» o «máscara del embarazo» en Centroamérica y Sudamérica. La patología tiene connotaciones míticas en estas culturas; comúnmente considerándose como una marca y a menudo asociada con la malnutrición, embarazo, enfermedades hepáticas y renales.

Recientes investigaciones establecen que el melasma tiene un impacto negativo en la calidad de vida, afectando la vida social, el bienestar emocional, la salud física y hasta la situación económica.

Se ha comprobado que el melasma presenta una importante carga emocional y psicosocial para las mujeres que lo padecen, cambia la manera en la que una persona se ve a sí misma, la manera en la que otros ven a esa persona y la condición literalmente afecta la habilidad de una persona para enfrentarse al mundo.<sup>6-8</sup>

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se planteó como objetivo general evaluar la calidad de vida de pacientes con melasma en la consulta externa de Dermatología en el Hospital General Regional 220 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Toluca, México.

Como objetivos específicos identificamos características clínicas, severidad del melasma y las particularidades sociodemográficas y geográficas de estos pacientes.

Se realizó un estudio prospectivo, transversal, clínico y descriptivo con pacientes derechohabientes de la institución, de ambos géneros que acudieran de primera vez, que supieran leer y escribir para contestar los instrumentos de medición, además que aceptaran el estudio y firmaran el consentimiento informado.

Se incluyó historia clínica completa, destacando las variables de edad, género, fototipo cutáneo conforme a la clasificación de Fitzpatrick, se catalogó tipo de melasma (epidérmico, dérmico y mixto) en cuanto a la topografía se dividió en centrofacial, frontal, malar y mentoniano.

En relación al tiempo de evolución se consideraron las siguientes variables: menores de un año, de uno a cinco años y mayor de cinco años.

Se aplicaron los siguientes instrumentos de medición:

**1. Escala de severidad del melasma.**<sup>9</sup> Valora grado de coloración y homogeneidad del pigmento: 0) Sin mancha. 1) Leve. 2) Moderado. 3) Severo.

**2. Índice de área y severidad del melasma (MASI):**<sup>10</sup>

A. Área de hiperpigmentación de la cara (A):

- i. Frente 30%,
- ii. Región malar derecha (RMD) 30%,
- iii. Región malar izquierda (RMI) 30%,
- iv. Mentón 10%.

En cada área se asigna un valor numérico:

- 1. Menor de 10%
- 2. 10 a 29%
- 3. 30 a 49%
- 4. 50 a 69%
- 5. 70 a 89%
- 6. 90 a 100%

B. El grado de obscurecimiento (D).

C. La homogeneidad del pigmento (H) se evalúa 0 ausente, 4 severo.

Para calcular el MASI se suman las diferentes proporciones de severidad de obscurecimiento y homogeneidad y se multiplica por el valor numérico del área afectada. El valor mínimo es 0 y máximo 48 y se realiza con la siguiente fórmula:

$$\sum \text{frente} + \text{RMD} + \text{RMI} + \text{M}$$

$$\text{MASI: } 0.3 \text{ A (D + H)} + 0.3 \text{ A (D + H)} + 0.3 \text{ A (D + H)} + 0.1 \text{ A (D + H)}$$

Escala de porcentajes establecidos: *Excelente*: 0-19% hasta 9.1 puntos. *Buena*: 20-49% hasta 23.5 puntos. *Moderada*: 50-74% hasta 35 puntos. *Mala*: 75-100% hasta 48 puntos

**3. Índice de calidad de vida en dermatología o Dermatology Life Quality Index (DLQI).**<sup>11</sup> Consta de un cuestionario con 10 preguntas relacionadas a la vida del paciente y cómo enfrenta la enfermedad cutánea en diferentes esferas de su vida como la social, sexual y psicológica.

El DLQI se calcula sumando la puntuación de cada pregunta que resulta en un máximo de 30 y un mínimo de cero. Cuanto más alto el puntaje, más deteriorada está la calidad de vida, con los siguientes parámetros:

0 a 1 Buena calidad de vida

2 a 5 Calidad de vida satisfactoria

6 a 10 Calidad de vida insatisfactoria

11 a 30 Mala calidad de vida

**4. Escala de calidad de vida y melasma o melasma quality of life (MELASQOL).**<sup>12</sup> Esta escala califica con 10 preguntas la calidad de vida del individuo pero específicamente en relación al melasma, misma que fue traducida y adaptada del inglés al español por los doctores Domínguez y Balkrishnan en el año 2006. A mayor puntuación, peor calidad de vida.

0 a 1 No afecta calidad de vida.

2 a 5 Leve afectación de calidad de vida.

6 a 10 Moderada afectación de calidad de vida.

11 a 30 Severa afectación de la calidad de vida.

Este estudio incluyó consentimiento informado respetando los lineamientos éticos de la declaración de Helsinki para toda investigación médica con su última revisión en el año 2000 (Edimburgo, Escocia).

El análisis estadístico se realizó utilizando medidas de tendencia central y desviación estándar para el análisis de variables. Se empleó el paquete estadístico Microsoft Office Excel 2007.

Se procedió a reclutar pacientes (un total de 142 personas) y, de este universo, la muestra correspondiente fue de 103 personas mediante la siguiente fórmula:

$$n = N z^2 pq/d^2 (N-1) + z^2 pq$$

Donde:

N = población

d = nivel de confianza

z = valor de Z crítica correspondiente al nivel de error aceptado en el área de salud es 2.58, 1.96 y 1.645 para magnitudes de error de 1, 5 y 10%, respectivamente

p = proporción de la población que posee las características de interés (como se desconoce p se tomara el valor de 0.5).

q = 1 - p, como se ha tomado un valor de p = 0.5, entonces q será igual a 0.5

## RESULTADOS

En un periodo de cinco meses se reclutaron un total de 142 pacientes de los cuales sólo 103 completaron el estudio.

El 100% fue del género femenino con promedio de edad de  $36 \pm 10$  años.

El estrato socioeconómico que predominó fue el bajo con un total de 57 (55.3%) casos, el estrato medio registró 46 (44.7%) pacientes.

Respecto al nivel educativo, cuatro (3.9%) pacientes contaban con primaria completa, 44 (42.7%) con secundaria, 27 (26.2%) con preparatoria, ocho (7.8%) con educación técnica, 18 (17.5%) con licenciatura y dos (1.9%) con postgrado.

El municipio de Toluca fue el que tuvo más casos de melasma con un total de 42 pacientes (40.8%), seguido de San Mateo Atenco con 34 mujeres (33%), mientras que Lerma fue el municipio con menor número de casos: 27 pacientes (26.2%).

En cuanto a las características clínicas, el fototipo predominante fue el IV con 55 pacientes (53.4%) seguido del III con 48 casos (46.6%).

Con relación a los tipos de melasma, la variante epidérmica fue la que prevaleció con 67 (65%) pacientes, continuó el melasma dérmico con 21 (20.4%) y el mixto con 15 (14.6%).

La distribución de melasma que predominó fue la centrofacial con 67 (65%) casos, seguido de ambos malares con 21 (20.4%), frontal malares y/o mentoniano con 15 (14.6%).

El tiempo de evolución del padecimiento fue mayor de cinco años en 42 (40.8%) pacientes, de uno a cinco años en 38 (36.9%) y menor de un año en 23 (22.3%).

El grado de severidad del melasma o MASI se muestra en la *tabla 1*. El grado moderado y el leve fueron los más frecuentes.

La *tabla 2* presenta el índice de calidad de vida en dermatología (DQLI); mientras que la *tabla 3* muestra la escala de calidad de vida para pacientes con melasma (MELASQOL).

**Tabla 1. Grado de severidad del melasma (MASI).**

MASI	n	%
Ninguno	5	4.9
Leve	34	33.0
Moderado	42	40.8
Severo	22	21.4

**Tabla 2. Índice de calidad de vida en dermatología (DQLI).**

(DQLI)	n	%
Ninguna afectación	6	5.8
Leve afectación	26	25.2
Moderada afectación	49	47.6
Severa afectación	22	21.4

## DISCUSIÓN

El melasma es una hipermelanosis adquirida frecuente que se produce con exclusividad en las áreas expuestas al sol; se exacerba con la luz ultravioleta, el embarazo, los anticonceptivos orales, enfermedades tiroideas y ciertos fármacos antiepilépticos.

Nuestro estudio manifiesta que el melasma continúa siendo causa frecuente de consulta ocupando el primer lugar de consultas por discromías.

El melasma es muy común, en particular en mujeres en edad fértil (*Figura 1*). Sin embargo, 10% de los casos corresponde al sexo masculino (*Figura 2*).

La estadística de nuestro grupo de población estudiada reveló 100% de mujeres con melasma; sin embargo, sólo

**Tabla 3. Escala de calidad de vida para pacientes con melasma (MELASQOL).**

MELASQOL	n	%
Ninguno	14	13.6
Leve	59	57.3
Moderado	28	27.2
Severo	2	1.9



**Figura 1. Melasma epidérmico femenino.**



estudiamos cinco meses y una muestra de población que cumplió con nuestros criterios de inclusión, consideramos que sí hay afección en hombres, aunque es rara, como lo señala la literatura nacional e internacional.<sup>9,13</sup>

Si bien todas las razas son afectadas, hay predominio particular entre los latinos. Tiende a afectar a las personas de piel más oscura, marrón o negra.

Estudiar pacientes con melasma en nuestra población demostró que los pacientes que consultan en nuestro hospital tienen fototipo III y IV de acuerdo con la clasificación de Fitzpatrick que corresponde a nuestro tono de piel morena y oscura clara de las razas latinoamericanas.

El melasma ocurre en 66% de las embarazadas y disminuye o desaparece después del parto, en 33% persiste por tiempo indefinido; también se observa en mujeres menopáusicas. En este estudio no estudiamos ninguna mujer que estuviera cursando con embarazo, ya que es un Hospital General y existe otra clínica de ginecoobstetricia que recibe a estas pacientes y no consideran el envío por este diagnóstico.

El melasma aumenta de tono durante y después de la exposición a la luz solar, y es menos evidente en los meses de invierno, cuando la exposición es menor.

Las causas del melasma son:



**Figura 2.** Melasma epidérmico masculino.

**1. Factores hormonales.** Se señalan los estrógenos y la progesterona por la presencia de melasma durante el embarazo o el uso de anticonceptivos hormonales. Sin embargo, en estas pacientes no se ha observado gran alteración de dichas hormonas ni de la hormona estimulante de los melanocitos. Se ha sugerido disfunción ovárica subclínica por haberse encontrado concentraciones bajas de gonadotropinas y altas de estrógenos en el transcurso de la fase folicular, así como bajas de progesterona en el de la luteínica.

La mayoría de los casos están relacionados con el embarazo y los anticonceptivos orales. La poca frecuencia del melasma en la mujer postmenopáusica bajo reemplazo hormonal indica que los estrógenos no son el agente causal.<sup>14-16</sup>

**2. Radiación solar.** La exposición al sol es un agente de exacerbación en los individuos predispuestos, debido a la estimulación de la melanogénesis. En nuestro estudio, el municipio más afectado fue Toluca y poblaciones aledañas, hay que enfatizar que la ciudad de Toluca se encuentra situada en el centro de México. Es una planicie rodeada de montañas y un volcán. La altura promedio de la ciudad sobre el nivel del mar es de 2 mil 650 metros, lo que la clasifica entre las ciudades más altas del continente americano. El clima es templado y semiseco por la altura, con temperatura media anual de 13.5 °C. Su humedad relativa anual es de 63% y el total de horas de sol al año es aproximadamente de 2,026. La baja cantidad de oxígeno hace mayor la exposición a los rayos ultravioleta; lo que se incrementa hasta tres veces más que a nivel del mar, hay baja humedad, las temperaturas bajo cero en invierno (-2 °C) y la alta velocidad del viento (sobre todo por la tarde) afectan la piel tornándola más seca y con mayor susceptibilidad para desarrollar melasma y fotodermatosis como queilitis actínica, prurigo actínico y erupción polimorfa lumínica; esto también se ha demostrado en otras ciudades del mundo como Ladakh en la India, cuya altitud es mayor de 3 mil metros y aumenta por su cercanía con montañas y llanuras muy similar a la ciudad de Toluca.<sup>17,18</sup>

**3. Factor genético.** Aunque se descubrieron algunos casos familiares, el melasma no debería considerarse una afección hereditaria.

**4. Fármacos y cosméticos.** Se observó una hiperpigmentación semejante al melasma en pacientes que toman fenitoína. En el melasma influyen ingredientes de ciertos cosméticos como ácidos grasos, petrolato, cera de abeja, colorantes e ingredientes de perfumes. Muchos fármacos producen hiperpigmentación por

depósitos de sustancias en la dermis, o estimulación de la melanogénesis; se señalan metales como arsénico, hierro, cobre, bismuto, plata, oro, y compuestos como quinacrina y fenitoína; sin embargo, esta pigmentación es generalizada y se deposita en otros órganos como el hígado.

**5. Idiopática.** En un tercio de las mujeres y en la mayoría de los hombres el melasma aún se considera idiopático.

Clínicamente esta dermatosis afecta la cara, principalmente región malar, supralabial, frontal, nasal, mentoniana, preesternal y, a veces, los brazos. En nuestro estudio predominó la topografía centrofacial con un 65% de los casos.

Las manchas tienen aspecto dentado, irregular, con bordes geográficos, y por lo general se presenta con un grado marcado de simetría. El tipo de hipermelanosis puede ser epidérmico (café), que en este estudio se registró en 65% de las pacientes estudiadas; dérmico (café grisáceo), observado en 20.4% de esta serie; y el mixto (marrón grisáceo), que sólo se presentó en 15%.

Su distinción tiene implicaciones terapéuticas importantes.

El diagnóstico suele ser clínico y, en general, la hiperpigmentación postinflamatoria y los lentigos actínicos pueden excluirse por los antecedentes de dermatosis previa y podemos ayudarnos con la dermatoscopia y la luz de Wood.

El melasma dérmico es de mal pronóstico ya que los melanosomas no están en la epidermis sino en la dermis. Los tratamientos para este tipo de melasma han resultado poco eficaces.<sup>19-21</sup>

Para el tratamiento convencional se utilizan compuestos como hidroquinona, ácido retinoico, ácido glicólico solos o en combinación; actualmente, el uso de ácido tranexámico, vía oral y tópica, para melasma de moderado a severo resulta promisorio y emergente, con mínimos efectos colaterales.<sup>20</sup> El empleo de protector solar es la piedra angular del tratamiento. Otros tratamientos cosméticos incluyen *peeling*, luz pulsada intensa, pero la respuesta varía en cada país.<sup>21,22</sup>

Se ha demostrado que el melasma afecta negativamente la calidad de vida de los hombres y mujeres, que a menudo empeora y presenta mayores recaídas en los meses de primavera y verano. Nosotros pudimos comprobar que en la mayor parte de nuestras pacientes se vio afectada la calidad de vida en forma moderada, lo cual incrementa problemas en su vida de relación a nivel pareja, familiar, laboral y social. Incluso, desafortunadamente, tuvimos un caso de violencia doméstica ejercida por un hombre a quien no le gustaban las manchas de su esposa y la golpeaba, por lo cual ella decidió tratarse el melasma. Este

caso lo enviamos a psicología, debido a la baja autoestima y labilidad emocional que presentaba esta persona.

Este problema se ha considerado cosmético ya que afecta la cara y, aunque no es un problema que ponga en riesgo la salud, se ha comprobado que tiene impacto negativo sobre la calidad de vida, afectando la autoestima y provocando trastornos psicológicos como el de la percepción corporal.

Puesto que las estimaciones subjetivas varían de una población a otra, no se puede definir un patrón óptimo de calidad de vida o un nivel mínimo de la misma.

Por lo tanto, la calidad de vida tiene un sentido personal: no tendrá igual significado perder la movilidad de los dedos para un pianista que para un jugador de fútbol, del mismo modo un paciente cuya percepción de calidad de vida esté basada en cosas materiales, al que finalmente su salud no le importe, siempre y cuando no le ocasione síntomas.

En el caso del melasma, los pacientes acuden por tener un problema en la cara y con ansiedad de saber si hay problemas hepáticos o renales, incluso llegan con exámenes de laboratorio que solicitan a su médico familiar o el mismo paciente toma la iniciativa de llevar sus laboratorios. El melasma genera problemas económicos, depresión, alteración de la estética y rechazo incluso por parte de su pareja sentimental.<sup>10-12</sup>

En más de la mitad de nuestros casos, la afectación de la calidad de vida fue catalogada como moderada. Consideramos que el diagnóstico de melasma es relativamente fácil, y es considerada como una enfermedad de tipo cosmético que para muchos médicos no representa peligro para la salud. En orden de importancia y sentido común para los pacientes, prefieren su envío a consulta especializada cuando tienen otra enfermedad.

Otro motivo de envío a nuestra institución suele ser que en las áreas de Medicina Familiar, aun cuando se hace un diagnóstico correcto, para poder prescribir algunas fórmulas magistrales se requiere formato autorizado por el especialista correspondiente.

Por otra parte, más del 50% de nuestras pacientes estudiadas corresponde al medio socioeconómico bajo, lo que las obliga a buscar opciones de tratamientos económicos. Además, como ellas mismas expresaron, prefieren que se les den tratamientos para otras enfermedades de sus familiares, ya que para muchas pacientes el tratar las manchas representa un «lujo» por el encarecimiento de medicamentos.

Como en el caso de otras enfermedades de la piel, la calidad de vida con melasma no tiene una relación directa con la gravedad de la discromía, una pequeña mancha puede tener un efecto emocional significativamente negati-

tivo; dependiendo de la profesión, del grado de estudio, del nivel socioeconómico, incluso del país donde vive, se afectará la calidad de vida del paciente.

Por lo general, el melasma afecta los sentimientos sobre la vida social, la recreación y el ocio. En la versión española de la MELASQOL, los individuos con bajos niveles de educación han experimentado considerables efectos negativos, en tanto que, en la versión portuguesa, dichos efectos negativos se identificaron en pacientes con trastornos psiquiátricos subyacentes.<sup>23-25</sup>

## CONCLUSIONES

Nuestra sociedad ha convertido al cuerpo y sus cuidados en un negocio, así la preocupación por el cuerpo y la apariencia física se ha convertido en una fuente de consumo. La consecuencia es que la atención de mucha gente está centrada en el aspecto físico. La insatisfacción con el mismo puede ir de una preocupación cotidiana hasta convertirse en algo psiquiátrico, de ahí la intervención oportuna del dermatólogo, quien puede proporcionar información verdadera y coherente acerca del melasma como enfermedad crónica con intervenciones terapéuticas

variadas pero con poco éxito, por las recaídas frecuentes del padecimiento, ser sinceros con el pronóstico del paciente obliga al mismo a no usar alternativas terapéuticas falsas o a excederse en uso de cremas con hidroquinona que irremediablemente le llevarán a dos efectos colaterales como la discromía en «confeti» y la ocronosis; además de gastos innecesarios por una mala comunicación o información del médico hacia el paciente, la consecuencia inmediata deriva en una mala calidad de vida.

Por último, la calidad de vida en nuestra población estudiada ya tiene un decremento que afecta en forma familiar y social, que más tarde tendrá repercusiones económicas en la obsesión de verse mejor o sentirse con una apariencia más atractiva.

### Correspondencia:

**Dra. Diana Elizabeth Medina Castillo**

Médica Comonfort.

Av. Ignacio Comonfort Núm. 100,  
planta baja 8, Barrio de Coaxustenco,  
52176, Metepec, México.

Teléfono: (722) 2130071 (722) 2324265

E-mail: mecasdiderma@gmail.com

Página Facebook: Sociedad Mexiquense de Dermatología.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Halioua B, Beumont MG, Lunel F. Quality of life in dermatology. *Int J Dermatol*. 2000; 39 (11): 801-806.
2. Hernández-Fernaud E, Hernández-Ruiz B, Ruiz A, Rodríguez-Pérez A, Betancor-Rodríguez V. Impacto de las alteraciones dermatológicas de baja expresión en función del nivel de especificidad de la calidad de vida. *Psicothema*. 2008; 20 (2): 273-278.
3. Deyo RA. The quality of life, research, and care. *Ann Intern Med*. 1991; 114 (8): 695-697.
4. Velarde-Jurado E, Avila-Figueroa C. Evaluación de la calidad de vida. *Salud Pública Méx*. 2002; 44 (4): 349-361.
5. Guyatt GH, Feeny DH, Patrick DL. Measuring health-related quality of life. *Ann Intern Med*. 1993; 118 (8): 622-629.
6. Arenas R. *Melasma. Atlas de Dermatología*. 3a edición. México, D.F.: McGraw Hill Interamericana; 2005. p. 116.
7. Balkrishnan R, Kelly AP, McMichael A, Torok H. Improved quality of life with effective treatment of facial melasma: the pigment trial. *J Drugs Dermatol*. 2004; 3 (4): 377-381.
8. Wilson IB, Cleary PD. Linking clinical variables with health-related quality of life. A conceptual model of patient outcomes. *JAMA*. 1995; 273 (1): 59-65.
9. Alcalá-Pérez D, Espinosa-Villaseñor N, Jurado-Santa Cruz F. Melasma en hombres. *Rev Cent Dermatol Pascua*. 2015; 24 (1): 14-20.
10. Fitzpatrick R, Fletcher A, Gore S, Jones D, Spiegelhalter D, Cox D. Quality of life measures in health care. I: Applications and issues in assessment. *BMJ*. 1992; 305 (6861): 1074-1077.
11. Bandyopadhyay D. Topical treatment of melasma. *Indian J Dermatol*. 2009; 54 (4): 303-309.
12. Balkrishnan R, McMichael AJ, Hu JY, Camacho FT, Shew KR, Bouloc A et al. Correlates of health-related quality of life in women with severe facial blemishes. *Int J Dermatol*. 2006; 45 (2): 111-115.
13. Jurado-Santa Cruz F, Villaseñor-Camacho GP, Peralta-Pedrero ML, Rodríguez-Acar M, Morales-Sánchez M. Calidad de vida en hombres con melasma. *Rev Cent Dermatol Pascua*. 2013; 22 (3): 94-99.
14. Perez M, Luke J, Rossi A. Melasma in Latin Americans. *J Drugs Dermatol*. 2011; 10 (5): 517-523.
15. Kalus AA, Chien AJ, Olerud JE. *Estrógenos y piel: en dermatología en medicina general*. 5a edición. Ed. Médica Panamericana; Barcelona: 2009. pp. 1479-1481.
16. Sheth VM, Pandya AG. Melasma: a comprehensive update: part I. *J Am Acad Dermatol*. 2011; 65 (4): 689-697.
17. Singh G, Chatterjee M, Grewal R, Verma R. Incidence and care of environmental dermatoses in the high-altitude region of Ladakh, India. *Indian J Dermatol*. 2013; 58 (2): 107-112.
18. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. *México. Mapa con elevaciones principales*. Consultado el 13-05-2012.
19. Achar A, Rath SK. Melasma: a clinico-epidemiological study of 312 cases. *Indian J Dermatol*. 2011; 56 (4): 380-382.

20. Del Rosario E, Florez-Pollack S, Zapata L Jr, Hernandez K, Tovar-Garza A, Rodrigues M et al. Randomized, placebo-controlled, double-blind study of oral tranexamic acid in the treatment of moderate-to-severe melasma. *J Am Acad Dermatol*. 2018; 78 (2): 363-369.
21. Jang YH, Sim JH, Kang HY, Kim YC, Lee ES. The histopathological characteristics of male melasma: comparison with female melasma and lentigo. *J Am Acad Dermatol*. 2012; 66 (4): 642-649.
22. Kang HY, Bahadoran P. Application of in vivo reflectance confocal microscopy in melasma classification. *J Am Acad Dermatol*. 2012; 67 (1): 157; author reply 157-158.
23. Morgan M, McCreedy R, Simpson J, Hay RJ. Dermatology quality of life scales--a measure of the impact of skin diseases. *Br J Dermatol*. 1997; 136 (2): 202-206.
24. Pandya AG, Hynan LS, Bhole R, Riley FC, Guevara IL, Grimes P et al. Reliability assessment and validation of the Melasma Area and Severity Index (MASI) and a new modified MASI scoring method. *J Am Acad Dermatol*. 2011; 64 (1): 78-83, 83.e1-2.
25. Cestari TF, Hexsel D, Viegas ML, Azulay L, Hassun K, Almeida AR et al. Validation of a melasma quality of life questionnaire for Brazilian Portuguese language: the MelasQoL-BP study and improvement of QoL of melasma patients after triple combination therapy. *Br J Dermatol*. 2006; 156 Suppl 1: 13-20.

www.medigraphic.org.mx