

BIBLIOGRAFÍA

1. Camacho-Alonso F, Bermejo-Fenoll A, López-Jornet P. Miescher's cheilitis granulomatosa. A presentation of five cases. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2004;9:427-429;425-427.
2. Van der Waal RI, Schulten EA, van der Meij EH, van de Scheur M, et al. Cheilitis granulomatosa: overview of 13 patients with long-term follow-up-results of management. *Int J Dermatol*. 2002;41:225-229.
3. Nicola L, Oría F, Trila C, Abeldaño A. Queilitis granulomatosa de Miescher. *Dermatol Argent*. 2014;20:265-267.
4. Jaouen F, Tessier MH, Vaillant L, Azib-Metfah S, et al. Response to systemic therapies in granulomatous cheilitis: Retrospective multicenter series of 61 patients. *J Am Acad Dermatol*. 2022;86:667-669.
5. Pigozzi B, Fortina AB, Peserico A. Successful treatment of Melkersson-Rosenthal syndrome with lymecycline. *Eur J Dermatol*. 2004;14:166-167.
6. Martínez-Martínez ML, Azaña-Defez JM, Pérez-García LJ, López-Villaescusa MT, et al. Granulomatous cheilitis: a report of 6 cases and a review of the literature. *Actas Dermosifiliogr*. 2012;103:718-724.
7. Cusano F, Lamparelli A, Errico A, Errico G. Melkersson-Rosenthal syndrome. A case treated with clofazimine. *Minerva Stomatol*. 1991;40:569-572.
8. Carvajal-Montoya C, Tovar-Cock A. Granulomatosis orofacial: respuesta al tratamiento con clofazimina y triamcinolona. *Piel*. 2016;31:4-6.
9. Ishiguro E, Hatamochi A, Hamasaki Y, Satoko I, et al. Successful treatment of granulomatous cheilitis with roxithromycin. *J Dermatol*. 2008;35:598-600.
10. Veller Fornasa C, Catalano P, Peserico A. Minocycline in granulomatous cheilitis: experience with 6 cases. *Dermatology*. 1992;185:220.
11. Tausch I, Sonnichsen N. Experiences with clofazimine therapy of Melkersson-Rosenthal syndrome. *Hautarzt*. 1992;43:194-198.
12. Camacho F, García-Bravo B, Carrizosa A. Treatment of Miescher's cheilitis granulomatosa in Melkersson-Rosenthal syndrome. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2001;15:546-549.
13. Kruse-Lösler B, Presser D, Metz D, Joos U. Surgical treatment of persistent macrocheilia in patients with Melkersson-Rosenthal syndrome and cheilitis granulomatosa. *Arch Dermatol*. 2005;141:1085-1091.

DERMATÓLOGOS JÓVENES

Mitos y verdades. MELASMA

Gabriela Arzalluz y Valentina Formaggia

Médicas Residentes de Dermatología, Hospital Luis C. Lagomaggiore, Mendoza, Argentina



ENUNCIADOS

1. La dermatoscopia es una herramienta útil para el diagnóstico.
2. La administración de ácido tranexámico (TXA) por vía oral es una buena opción de tratamiento.
3. La monoterapia con hidroquinona es el tratamiento de elección.

VERDAD

El diagnóstico de melasma es fundamentalmente clínico. Sin embargo, hay herramientas para facilitar su reconocimiento: la luz de Wood y la dermatoscopia. A través de esta última, se pueden establecer tres patrones: 1) epidérmico: pigmento marrón y seudorretículo estructurado regular; 2) dérmico: pigmento azul-grisáceo y seudorretículo irregular desestructurado y 3) mixto: tonalidades variables de marrón a azul-grisáceo.

BIBLIOGRAFÍA

De Abreu L, Ramos-E-Silva M, Pereira-Quintella L, Buçard AM, et al. Dermoscopic classification of melasma: concordance study and correlation with the melanophages count. *J Cosmet Dermatol*. 2022;21:5887-5894.

VERDAD

El TXA es un agente antifibrinolítico. Al inhibir la unión del plasminógeno a los queratinocitos, bloquea la melanogénesis y la neovascularización inducidas por los rayos UV. Se demostró que el TXA 250 mg por vía oral, indicado dos o tres veces al día durante 2-3 meses, redujo significativamente el índice de melanina y el eritema en la piel dañada. Además, disminuyó la pigmentación epidérmica y revirtió los cambios dérmicos relacionados con el melasma, como el número de vasos y mastocitos. No se observaron efectos adversos graves durante el período de estudio.

BIBLIOGRAFÍA

Na JJ, Choi SY, Yang SH, Choi HR, et al. Effect of tranexamic acid on melasma: a clinical trial with histological evaluation. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2013;27:1035-1039.

MITO

Ningún tratamiento aplicado de manera individual es totalmente eficaz para revertir el melasma. Se han observado mejores resultados con el uso de terapias combinadas. La triple combinación de hidroquinona (hidroquinona, retinoide y esteroide tópico) es más eficaz, más segura y mejor tolerada que la monoterapia. Otras opciones pueden ser: ácido azelaico, ácido tranexámico sistémico, terapia con microagujas (*microneedling*), terapia con láser y exfoliaciones químicas. Es fundamental evitar los factores agravantes de la enfermedad como el uso de anticonceptivos hormonales y la exposición a los rayos UV y luz visible, principalmente. Se recomienda la utilización de fotoprotectores inorgánicos que contengan dióxido de titanio, óxido de cinc y óxido de hierro.

BIBLIOGRAFÍA

Neagu N, Conforti C, Agozzino M, Marangi GF, et al. Melasma treatment: a systematic review. *J Dermatolog Treat*. 2022;33:1816-1837.