



Localizador: 15008

Características y dermatosis propias de la piel oscura

Dark skin characteristics and dermatosis

Natàlia Moreno Ribera*

Palabras clave:

Piel oscura, dermatosis, fototipos, melanina.

Key words:

Dark skin, dermatoses, phototypes, melanin.

RESUMEN

Los pacientes con fototipos oscuros constituyen un volumen importante del total de individuos atendidos actualmente en las consultas de dermatología, tanto en países latinoamericanos como en el resto del mundo. Sin embargo, la mayor parte de la literatura dermatológica existente hace referencia a patología cutánea en pieles caucásicas. Las pieles con fototipo oscuro tienen características tanto estructurales como funcionales que difieren de las pieles caucásicas y condicionan una semiología dermatológica peculiar, haciendo que muchas dermatosis universales comunes puedan tener expresiones clínicas atípicas en estos pacientes. Además, existen diversas lesiones cutáneas que se pueden considerar fisiológicas en pieles oscuras, así como dermatosis que son propias de fototipos oscuros y que es importante conocer para no caer en errores diagnósticos ni emplear exploraciones o tratamientos innecesarios. Así pues, las dermatosis en piel oscura pueden suponer un verdadero reto diagnóstico para los dermatólogos y es importante que estemos familiarizados con ellas.

ABSTRACT

People with dark skin phototypes constitute an important volume of the total amount of patients served in dermatology consultations nowadays, both in Latin America and in the rest of the world. However, most of the existing dermatologic literature refers only to diseases in Caucasian skin. Skin with dark phototypes has structural and functional characteristics that differ from Caucasian skin and determine a peculiar dermatological semiology, so many common universal dermatoses may have atypical clinical expressions in these patients. In addition, different cutaneous lesions exist that can be considered physiological in dark skin, as well as diverse dermatoses that are typical of dark phototypes. It is important to be aware of this in order to avoid diagnostic mistakes and unnecessary explorations and treatments. Dermatoses in dark skin may suppose a real diagnostic challenge for dermatologists, so it is important to be acquainted with them.

* Servicio de Dermatología.
Hospital Clínic. Barcelona,
España.

Conflicto de intereses:
Ninguno.

Recibido: 21/Abril/2015.
Aceptado: 30/Abril/2015.



El color de la piel humana viene determinado por cuatro pigmentos principales: en la epidermis se encuentran el pigmento amarillo y el marrón, proporcionados por los carotenoides y la melanina, respectivamente; y en la dermis, el pigmento rojo y el azul, proporcionados por la hemoglobina, según se encuentre oxidada o reducida. De ellos, el responsable de las diferencias raciales del color de la piel humana es la melanina. Además, existen otros factores importantes a tener en cuenta en la coloración de la piel, como la vascularización local o el grado de hiperqueratosis.

La síntesis de melanina ocurre en los melanocitos, células dendríticas embriológicamente derivadas de la cresta neural, situadas en la capa basal de la epidermis y en el folículo piloso. Los melanocitos contienen unos orgánulos denominados melanosomas, dentro de los cuales tiene lugar la biosíntesis de la melanina

a partir del aminoácido tirosina. Cada melanocito contacta con un número determinado de queratinocitos epidérmicos, a los cuales transfiere los melanosomas cargados de melanina (gránulos de melanina) a través de sus dendritas. Existe un melanocito por cada 36-40 queratinocitos aproximadamente (unidad melanocito-epidérmica), siendo esta proporción variable dependiendo de la región anatómica, pero muy constante entre los diferentes fototipos cutáneos. Las variaciones en el color de la piel humana se deben a la cantidad y distribución de la melanina dentro de los melanocitos y los queratinocitos, y no al número de melanocitos existentes.¹

Existen diferentes formas de clasificar la variedad de colores de la piel humana; la más utilizada es la desarrollada en 1975 por Thomas B. Fitzpatrick, que establece el concepto de fototipos cutáneos y los clasifica en una escala

numérica del I al VI en función de las características pigmentarias del individuo y de la acción del sol sobre la piel no fotoprotegida (*Tabla 1*).

Habitualmente, se utiliza el término de «piel oscura» para describir aquellos tonos de piel más oscuros que la piel caucásica (fototipos IV, V y VI). Sin embargo, esta denominación engloba un espectro amplio de tonalidades cutáneas, siendo los fototipos V y VI los propiamente denominados como pieles negras o de color.²

La población de piel oscura supone aproximadamente un 25% de la población mundial. Los movimientos migratorios y la heterogeneidad cultural propios de estos tiempos hacen que cerca de un 10% de los pacientes que se visita en las consultas de dermatología en países caucásicos como España sean de piel oscura, siendo esta cifra aun mayor en los países latinoamericanos.³ Sin embargo, la mayoría de los libros y textos dermatológicos en los que nos basamos los expertos para estudiar y aprender dermatología hacen referencia a patología cutánea en pieles caucásicas. Las pieles oscuras, fundamentalmente los fototipos V y VI, aunque también los fototipos IV de forma más ligera, tienen características tanto estructurales como funcionales que difieren de las pieles blancas. Este hecho condiciona que presenten ciertos signos clínicos y lesiones cutáneas propias, así como que muchas patologías cutáneas tengan semiología y expresiones clínicas diferentes a las de las pieles blancas. Por el reto diagnóstico que esto supone en muchos casos, es importante que todo dermatólogo tenga nociones básicas de patología cutánea en pieles oscuras.

CARACTERÍSTICAS ESTRUCTURALES DE LA PIEL OSCURA

La característica propia y genuina de las pieles oscuras se encuentra en la epidermis y es la pigmentación. Como ya se ha mencionado anteriormente, el grado de pig-

mentación de la piel humana no depende del número de melanocitos presentes en la capa basal epidérmica y el folículo piloso, sino en el número, tamaño y agregación de los melanosomas en el melanocito y el queratinocito. De este modo, las pieles oscuras contienen un mayor número de melanosomas, éstos son de mayor tamaño, contienen mayor cantidad de melanina en su interior y se rodean de una membrana antes de ser transferidos. Además, presentan una degradación más lenta que en las pieles blancas, de modo que se distribuyen a través de todo el espesor de la epidermis, desde la capa basal hasta la capa córnea, mientras que en las pieles blancas se van degradando mucho antes de llegar al estrato córneo y solamente están presentes de forma aislada en la capa basal (*Figura 1*).⁴⁻⁶

Asimismo, existen diferencias estructurales en el estrato córneo de las pieles oscuras. Éste tiene el mismo grosor que las pieles blancas, pero contiene más capas celulares, de modo que es más compactado (*Figura 2*). El porcentaje de lípidos en el estrato córneo es superior al de las pieles blancas, lo que le confiere una mayor cohesión intercelular y, por lo tanto, una mayor resistencia al arrancamiento.^{2,4}

Si bien las principales diferencias entre pieles oscuras y blancas se encuentran en la epidermis, en la dermis también hay algunos aspectos que cabe destacar. En primer lugar, la dermis de las pieles oscuras contiene un mayor número de fibroblastos, éstos son de mayor tamaño, frecuentemente bi- o multinucleados, y contienen en su interior un mayor número de organelas de biosíntesis. También hay un mayor número de macrófagos, que suelen ser de mayor tamaño que en las pieles blancas y se encuentran en todo el espesor de la dermis; así como un mayor número de mastocitos, que contienen gránulos de mayor tamaño y con mayor contenido de triptasa. En la dermis superficial se encuentran escasas fibras elásticas y las bandas de fibras de colágeno dérmico son más pe-

Tabla 1. Fototipos cutáneos de Fitzpatrick.

Características pigmentarias		Acción del sol sobre la piel no fotoprotegida
Fototipo I	Piel muy clara, color blanco-lechoso, ojos azules, pelirrojos y con efélides	Se quema intensamente, no se pigmenta nunca y descama de forma abundante
Fototipo II	Piel clara, blanca-rosada, pelo rubio, ojos azules	Se quema fácilmente, se pigmenta ligeramente y descama
Fototipo III	Piel beige, pelo castaño, raza caucásica	Se quema moderadamente y se pigmenta correctamente
Fototipo IV	Piel morena, marrón claro, pelo y ojos oscuros	Se quema mínimamente y se pigmenta con bastante facilidad y de forma inmediata
Fototipo V	Piel marrón oscuro	Raramente se quema, se pigmenta con facilidad e intensidad, con reacción de pigmentación inmediata
Fototipo VI	Raza negra	No se quema nunca y se pigmenta intensamente, con reacción de pigmentación inmediata

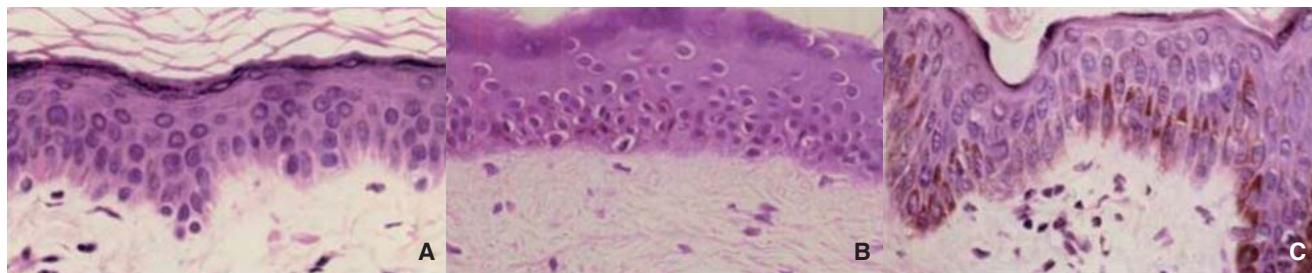


Figura 1. Imágenes histológicas de pieles de fototipos II (A), IV (B) y VI (C), que muestran el progresivo aumento en la cantidad de melanina en la epidermis.

queñas, paralelas a la epidermis y con mayor número de fragmentos fibrilares. También existe un mayor número de vasos sanguíneos y linfáticos en la dermis superficial, sin diferencias en el patrón de inervación respecto a las pieles blancas.^{2,4,6}

En cuanto a los anejos cutáneos, no se han demostrado diferencias en la cantidad y tamaño de las glándulas sudoríparas y sebáceas entre pieles blancas y oscuras, si bien parece ser que la actividad de las glándulas sebáceas es mayor en las pieles oscuras, aunque existen trabajos contradictorios sobre este aspecto.⁷

Por lo que respecta al pelo, el folículo piloso de las pieles oscuras es curvado o espiral y dispuesto de forma paralela a la superficie cutánea; en su corte transversal, se aprecia que presenta una forma elíptica o aplana da. El tallo piloso es encrespado y presenta nudos y fisuras longitudinales. Típicamente, hay abundantes melanosomas en el bulbo piloso y la vaina externa del folículo. También se ha demostrado que existe un menor número de fibras que anclan el folículo piloso a la dermis. Además, la densidad de los folículos pilosos en la piel oscura parece ser sustancialmente menor que en la piel blanca.^{2,3,7}

CARACTERÍSTICAS FUNCIONALES DE LA PIEL OSCURA

Las características anatómicas y estructurales propias de la piel oscura le confieren unas determinadas características funcionales diferenciadas que tienen una importante implicación clínica en la patología dermatológica en pieles oscuras (*Tabla 2*).

En primer lugar, cabe destacar que la piel oscura presenta una mayor pérdida de agua transepitelial, lo cual implica una mayor tendencia a la sequedad cutánea. Su mayor espesor de la capa córnea le confiere una mejor función barrera y mayor resistencia a irritantes cutáneos. Por otro lado, esta característica también



Figura 2. Capa córnea de piel oscura con mayor número de capas celulares y presencia de melanina.

Tabla 2. Características funcionales de la piel oscura y su implicación clínica.

Características funcionales de las pieles oscuras	Implicación clínica
Epidermis	
Mayor espesor de la capa córnea	Mejor función barrera Mejor protección frente a irritantes Menor absorción percutánea de sustancias
Aumento del contenido de melanina, melanosomas mayores y dispersos	Menor incidencia de cáncer cutáneo Fotoenvejecimiento menos pronunciado Alteraciones de la pigmentación
Dermis	
Fibroblastos grandes y multinucleados	Mayor tendencia a la formación de queloides
Pelo	
Folículo piloso curvado, paralelo a la superficie cutánea Menos fibras de anclaje	Mayor incidencia de pseudofolliculitis Mayor incidencia de alopecias

implica una menor capacidad de absorción percutánea de sustancias. La mayor capacidad de síntesis y mayor concentración de melanina proporcionan a la piel oscura una mejor fotoprotección, lo que conlleva una menor incidencia de cáncer cutáneo y menor tendencia al fotoenvejecimiento. Por otro lado, esta característica, a su vez, condiciona una mayor tendencia a las alteraciones de la pigmentación.

En la dermis, la mayor cantidad de fibroblastos, su mayor tamaño y su hiperfuncionalismo explican la gran tendencia de las pieles oscuras a la formación de queloides.

Las características del folículo y el tallo piloso hacen que el pelo sea más frágil y quebradizo, y su disposición respecto a la superficie cutánea implica una mayor incidencia de pseudofolliculitis en personas de piel oscura. Además, el menor número de fibras que mantienen anclado el folículo a la dermis explica la mayor tendencia a las alopecias tractionales.^{1,2,7}

SEMILOGÍA DERMATOLÓGICA EN LA PIEL OSCURA

El diagnóstico de la patología dermatológica en las pieles oscuras se encuentra dificultado por tres factores intrínsecos principales. El primero –y más característico– de ellos es la ausencia de eritema. Ésta se debe a la capacidad que tiene el pigmento melánico de enmascarar el pigmento rojo de la hemoglobina oxidada de los vasos sanguíneos dérmicos, de modo que la ausencia de eritema es directamente proporcional al grado de pigmentación melánica de la piel. Así pues, las lesiones que en piel blanca adoptan una coloración eritematosa, en pieles oscuras toman una gran variedad de tonalidades, desde violácea, pasando

por marrón o gris, hasta negra;⁷ en definitiva, un aumento de su coloración.

En segundo lugar, existe una gran labilidad en la pigmentación, con una marcada tendencia a la hiperpigmentación y, aunque con mucha menor frecuencia, a la hipopigmentación. Por este motivo, es muy habitual encontrar hiper Cromías perilesionales o lesiones de hiperpigmentación postinflamatoria en individuos de piel oscura, que en muchas ocasiones se convierten en el propio motivo de consulta dermatológica.⁷

En tercer lugar, otro factor que suele dificultar el diagnóstico de la patología dermatológica en pieles oscuras es la marcada tendencia que éstas presentan a desarrollar patrones de respuesta infrecuentes para una misma patología en comparación con las pieles blancas. Así pues, dermatosis universales que tienen la misma prevalencia tanto en pieles blancas como oscuras pueden adoptar patrones de respuesta tan variables y distintos en pieles oscuras que su diagnóstico muchas veces se convierte en un verdadero reto. Los principales patrones son los siguientes: patrón folicular, patrón papular, patrón anular, patrón de liquenificación, patrón de fibroplasia y formación de queloides, patrón de ulceración y patrón vesículo-ampolloso (*Figura 3*).^{8,9}

Por último, cabe destacar que existen factores extrínsecos que en ocasiones también pueden influir en la semiología dermatológica en pieles oscuras, como son determinadas prácticas culturales (peinados, tatuajes, perforaciones), hábitos higiénicos (utilización de determinados productos cosméticos infrecuentes en nuestro ámbito) y otros factores socioeconómicos diversos.



Figura 3. Patrón de liquenificación en secundarismo luético en individuo de piel negra (A). Patrón de fibroplasia y formación de queloides (B). Patrón ulcerativo en sarcoidosis (C).

LESIONES CUTÁNEAS FISIOLÓGICAS DE LA PIEL OSCURA

Existen numerosas lesiones cutáneas que resultan normales y fisiológicas en pacientes de piel oscura y no entrañan ningún significado patológico. Es importante conocerlas para no caer en errores diagnósticos e indicar tratamientos y exploraciones innecesarios. Las principales son las siguientes:

Líneas de Futcher-Voigt. Consisten en unas líneas de demarcación entre dos áreas de diferente pigmentación, localizadas verticalmente en la cara anterolateral de las extremidades, principalmente, los brazos (*Figura 4*). Se observan en un 20-25% de los pacientes de piel negra.¹⁰

Hipopigmentación vertical esternal. Se trata de una mácula en forma de línea o banda vertical hipopigmentada respecto a la piel circundante, localizada en el área esternal medial (*Figura 5*). Se suele observar en un 40 a 70% de los individuos de raza negra, más frecuentemente en niños. En algunos casos, esta característica parece presentarse con un patrón de herencia autosómico dominante.

Palmas y plantas más claras que el resto de la piel. Y además, presentan una marcada hiperpigmentación de pliegues (*Figura 6*).

Hiperpigmentación macular palmo-plantar. Consiste en una hipermelanosis en forma de máculas polimorfas localizadas en palmas y plantas (*Figura 7*). Es un hallazgo extremadamente frecuente en pieles oscuras y es importante hacer el diagnóstico diferencial con patologías que

pueden cursar con máculas palmo-plantares, como el secundarismo luético o el eritema polimorfo.

Hiperpigmentación de la mucosa oral. Es la presencia de máculas hiperpigmentadas de coloración marrón-grisácea situadas con mayor frecuencia en la parte anterior de la mucosa gingival inferior (*Figura 8*), aunque también pueden estar presentes en mucosa yugal, lengua o paladar duro.

Leucoedema oral. Esta entidad benigna es muy frecuente en individuos adultos de raza negra, casi con una prevalencia del 90%, sin diferencias entre hombres y mujeres, aunque algunos autores describen un ligero predominio en el sexo masculino. Consiste en la presencia de placas blanco-grisáceas no descamativas bilaterales en mucosas yugales (*Figura 9*), aunque también se ha descrito en otras

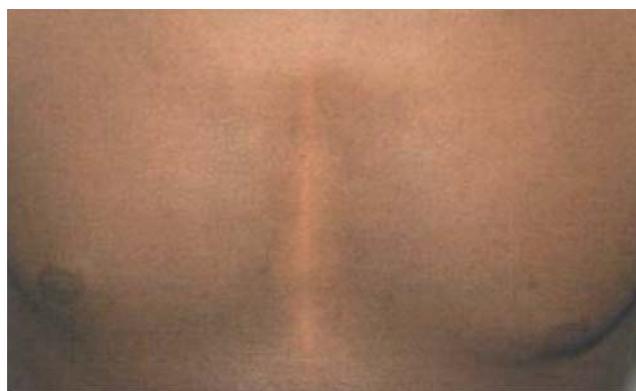


Figura 5. Hipopigmentación vertical esternal.



Figura 4. Líneas de Futcher-Voigt.



Figura 6. Palmas más claras que el resto de la piel, con hiperpigmentación de los pliegues palmares.



Figura 7. Hiperpigmentación macular plantar.



Figura 8. Hiperpigmentación de mucosa gingival inferior.



Figura 9. Leucoedema oral.

localizaciones, como mucosa labial, lengua y desembocadura del conducto de Stenon. Son lesiones asintomáticas y su histología se caracteriza por un notable acúmulo de líquido intracitoplasmático en los queratinocitos del estrato espinoso, de forma que éstos se aprecian edematosos y balonizados. A menudo se observa también una leve acantosis y paraqueratosis. Es importante realizar el diagnóstico diferencial con lesiones de leucoplasia oral.¹¹

Melanoniquia. Suele aparecer en forma de bandas longitudinales marrones o negras, o con menos frecuencia, como una pigmentación difusa de la lámina ungual (*Figura 10*). Suelen ser lesiones bilaterales y su frecuencia e intensidad aumentan con la edad.

Pigmentación de las papilas fungiformes lingüales. Se ha detectado en un 6 a 30% de los individuos de raza negra, según diversos estudios. También se ha descrito en personas de otras razas con fototipos oscuros. Existen tres tipos. El tipo I consiste en una placa hiperpigmentada bien delimitada que abarca un grupo amplio de papillas fungiformes lingüales. El tipo II se caracteriza por presentar de 3 a 7 grupos de papillas pigmentadas dispersas en el dorso de la lengua (*Figura 11*), y el tipo III consiste en una pigmentación difusa de todas las papillas fungiformes del dorso de la lengua.^{12,13}

Pápulas perladas del pene. Se consideran una variante de la normalidad y, aunque se ven también en individuos de raza blanca, son más prevalentes en pacientes de pieles oscuras. Aparecen como múltiples lesiones papulares milimétricas del color de la mucosa normal distribuidas circumferencialmente a lo largo de la corona del glande (*Figura 12*). Su histología es análoga a la de los angiofibromas.¹⁴



Figura 10. Melanoniquia longitudinal.

DERMATOSIS PROPIAS DE LA PIEL OSCURA

Existen diversas dermatosis que, aunque no son exclusivas de las pieles oscuras, sí muestran una prevalencia marcadamente mayor en individuos de fototipos oscuros. Las principales son las siguientes:

Acné queloideo de la nuca. Se produce por la curvatura típica del folículo piloso y el crecimiento del pelo de forma paralela a la superficie de la piel, que causan el enclavamiento del pelo. A esto se añade habitualmente una sobreinfección bacteriana, produciéndose más bien una foliculitis que un verdadero acné. Clínicamente, se caracteriza por la combinación de pápulo-pústulas folliculares y la tendencia a la formación de cicatrices hipertróficas y



Figura 11. Papilas fungiformes linguales hiperpigmentadas.



Figura 12. Pápulas perladas del pene.

queloides en la región occipital (*Figura 13*). Es típico en varones jóvenes de piel negra con pelo corto, ya que el afeitado continuo de dicha área empeora la patología.

Pseudofoliculitis de la barba. Esta entidad es también bastante frecuente en individuos de raza blanca, aunque muestra una incidencia muy superior en fototipos oscuros. Se caracteriza por una erupción acneiforme de pápulo-pústulas en el área de la barba producida por el enclavamiento de los pelos en la piel debido a su crecimiento curvado. La inflamación tipo reacción a cuerpo extraño da lugar a la habitual sobreinfección bacteriana (*Figura 14*).



Figura 13. Acné queloideo de la nuca.



Figura 14. Pseudofoliculitis de la barba.

Al igual que en el acné queloideo de la nuca, el afeitado continuo empeora la patología.^{15,16}

Dermatosis papulosa nigra. Se observa en más del 70% de los individuos de piel negra, más frecuentemente en mujeres. Consiste en la presencia de pequeñas pápulas hiperpigmentadas asintomáticas de pocos milímetros de diámetro que asientan en la cara, sobre todo en las mejillas y sienes (*Figura 15*). Su histología es superponible a la de la queratosis seborreica.



Figura 15. Dermatosis papulosa nigra.

Pitiriasis rotunda. Esta patología se observa también en individuos de raza blanca, aunque su incidencia es mayor en pacientes con fototipo oscuro. Clínicamente, se caracteriza por la presencia de placas circulares u ovaladas, de diferentes tamaños, localizadas principalmente en abdomen, tronco y extremidades. Presentan unos bordes netos bien definidos, suelen ser ligeramente



Figura 17. Queratosis punctata de las líneas palmares.



Figura 16. Pitiriasis rotunda.



Figura 18. Síndrome de Ainhum con afectación del quinto dedo del pie.

hiperpigmentadas y están cubiertas por escamas finas blanquecinas que les dan un aspecto ictiosiforme (*Figura 16*). Con frecuencia, se asocian a enfermedades sistémicas como tuberculosis, cirrosis, lepra, trastornos nutricionales o neoplasias, principalmente el carcinoma hepatocelular y el gástrico. Histológicamente, se observa moderada ortoqueratosis con una disminución de la capa granulosa.¹⁷

Queratosis punctata de las líneas palmoplantares. Consiste en lesiones puntiformes hiperqueratósicas centradas en los acrosiringios, que suelen observarse como depresiones en los pliegues palmoplantares (*Figura 17*). También se encuentra en pieles blancas, pero su prevalencia muestra un predominio notable en fototipos oscuros.¹⁸

Dactilólisis espontánea o *ainhum*. La palabra «*ainhum*», de origen africano, significa estrangulación o lazo constrictor. Esta entidad se caracteriza por la aparición de una banda hiperqueratósica transversal en la cara flexora del dedo (más frecuentemente, el quinto dedo del pie, aunque puede afectar a otros dedos), que va produciendo una constrictión progresiva hasta que conduce a la amputación gangrenosa espontánea del dedo (*Figura 18*). Puede ser bilateral. Es más frecuente en pacientes de raza negra de África, India o América Central, especialmente alrededor de la zona del canal de Panamá, aunque también se han reportado algunos casos en blancos.¹⁹

Alopecia tracial. Este tipo de alopecia suele observarse en mujeres de piel oscura y pelo rizado que tienen la costumbre de estirarse el pelo. Se localiza principalmente en la línea de implantación fronto-temporal (*Figura 19*). La prolongada tracción del pelo mediante rulos o desrizadores, sumada a la menor cantidad de fibras de anclaje del folículo a la dermis, puede desencadenar una alopecia por tracción en esta área.^{20,21}

Dermatitis por agentes despigmentantes y otros productos de uso cosmético. Entre los individuos de piel oscura, es frecuente la utilización de productos para despigmentar la piel de forma artificial. Esta práctica se realiza con una gama variada de productos, desde productos naturales como limón o preparados caseros de cloruro de mercurio hasta productos de la industria farmacéutica como corticoides tópicos de alta potencia, fármacos con hidroquinona e, incluso, agentes cáusticos. La morbilidad de estas prácticas no es despreciable, y con frecuencia se observan trastornos como estrías (*Figura 20*), hiperpigmentaciones residuales, poiquilodermia, acné, sobreinfecciones bacterianas y fúngicas, y dermatitis de contacto, entre otros.^{22,23}

Úlceras asociadas a anemia falciforme. La anemia de células falciformes es más común entre individuos de raza

negra, con un patrón de herencia autosómica recesiva. Entre el 25 y el 75% de los individuos homocigotos para esta hemoglobinopatía desarrollan úlceras en las extremidades inferiores a lo largo de su vida. Son úlceras muy dolorosas de etiología isquémica, localizadas habitualmente en áreas maleolares (*Figura 21*).²⁴

Por último, no se debe olvidar que en muchas ocasiones los pacientes que atendemos en nuestras consultas pueden ser inmigrantes originarios de países con dermatosis autóctonas que raramente vemos en nuestro

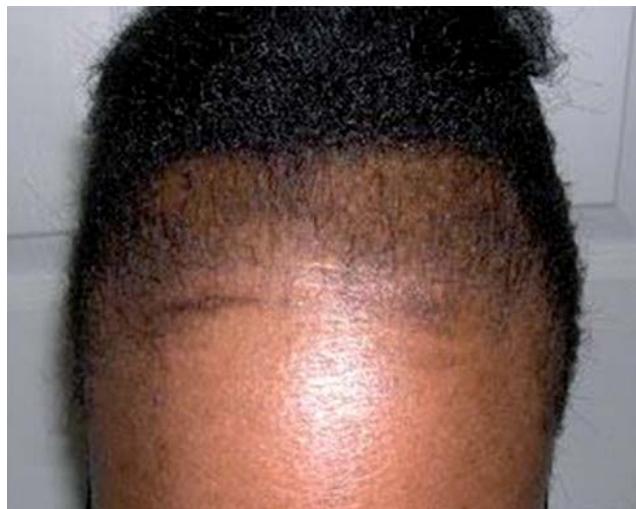


Figura 19. Alopecia traumática en zona frontal.



Figura 20. Estrías producidas por aplicación crónica de corticoides tópicos como agente despigmentante.



Figura 21. Úlceras maleolares asociadas a anemia falciforme.

medio. Aunque los principales motivos de consulta de los pacientes con fototipo oscuro suelen ser dermatosis universales comunes –como dermatitis atópica, dermatofitosis, piodermitis, queloides, acné, alopecias y trastornos de la pigmentación, entre otros–, es importante tener siempre en cuenta la posibilidad de encontrarnos frente a dermatosis importadas.²⁵

Correspondencia:

Dr. Natalia Moreno Ribera

Villarroel 170, 08036, Barcelona, España.

Tel.: (+34) 932275447

Fax: (+34) 934546033

E-mail: nmorenoribera@gmail.com

BIBLIOGRAFÍA

1. Berardesca E, Maibach H. Racial differences in skin pathology. *J Am Acad Dermatol.* 1996; 34: 667-672.
2. Grimes PE, Quyn S. Structural and physiologic differences in the skin of darker racial ethnic groups. In: Grimes PE. *Aesthetics and cosmetic surgery for darker skin types*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008. pp. 15-27.
3. Albares MP, Belinchón I, Ramos JM, Sánchez-Payá J, Betlloch I. Estudio epidemiológico de la patología cutánea en la población inmigrante de Alicante. *Actas Dermo-Sifiliográficas.* 2012; 103: 214-222.
4. La Ruche G, Cesarini JP. Histology and physiology of black skin. *Ann Dermatol Venereol.* 1992; 119: 567-574.
5. Montagna W, Carlisle K. The architecture of black and white facial skin. *J Am Acad Dermatol.* 1991; 24: 929-937.
6. Maibach HI. Racial (ethnic) differences in skin properties: the objective data. *Am J Clin Dermatol.* 2003; 4: 843-860.
7. Taylor SC. Skin of color: biology, structure, function, and implications for dermatologic disease. *J Am Acad Dermatol.* 2002; 46: S41-62.
8. McLaurin CL. Cutaneous reaction patterns in blacks. *Dermatol Clin.* 1988; 6: 353-362.
9. Sais G, Bigatà X, Savall R, Isern M. Aspectos clínicos específicos de las dermatosis en razas pigmentadas. *Piel.* 2003; 18: 313-319.
10. García C. Lesiones de la pigmentación cutánea. *Medicine.* 2010; 10: 3195-3203.
11. Piqué E, Palacios S, Jordán D. Leucoedema frente a nevo blanco esponjoso. A propósito de un caso. *Actas Dermosifiliogr.* 2000; 91: 408-411.
12. Marcoval J, Notario J, Martín-Sala S, Figueras I. Pigmentación de las papilas fungiformes lingüales. A propósito de dos casos. *Actas Dermosifiliogr.* 2011; 102: 739-740.
13. Lorente M, Ballano A, Vergara A. Máculas pigmentadas en el dorso de la lengua. Diagnóstico y comentario. *Piel.* 2013; 28: 224-226.
14. De Argila D, Rodríguez JL, Romero G. Tumores benignos de la piel y mucosa del pene y el escroto. En: Guerra Tapia A. *Manual y atlas de las enfermedades de los genitales del varón*. Barcelona: Editorial Glosa; 2008. pp. 235-236.
15. Ribera M, Fernández-Chico N, Casals M. Pseudofoliculitis de la barba. *Actas Dermosifiliogr.* 2010; 101: 749-757.
16. Sperling LC, Sau P. The follicular degeneration syndrome in black patients. 'Hot comb alopecia' revisited and revised. *Arch Dermatol.* 1992; 128(1): 68-74.
17. Grimalt R, Gelmetti C, Brusasco A, Tadini G, Caputo R. Pityriasis rotunda: report of a familial occurrence and review of the literature. *J Am Acad Dermatol.* 1994; 31: 866-871.
18. Vargas E, Aguilar A, Fernández E, Gallego MA, Chao M. Pits queratósicos de los pliegues palmares asociados a ictiosis vulgar. *Piel.* 2008; 23: 230-232.
19. Koudoukpo C, Bourrat E, Rausky J, Yédomon H, Bagot M, Blanchet-Bardon C et al. Ainhum and "African acral keratoderm": three cases. *Ann Dermatol Venereol.* 2015; 142: 170-175.
20. Keita S, Faye O, Kané BD, Ndiaye HT, Traoré P, Coulibaly K. Hair care and hair styles in women in Bamako, Mali. *Int J Dermatol.* 2005; 44 (Suppl 1): 26-29.
21. Khumalo NP, Jessop S, Ehrlich R. Prevalence of cutaneous adverse effects of hairdressing. *Arch Dermatol.* 2006; 142: 377-383.
22. Olumide YM. Depigmentation in black africans patients. *Int J Dermatol.* 1990; 29: 166-174.
23. Mahé A, Ly F, Aymard G, Dangou JM. Skin diseases associated with the cosmetic use of bleaching products in women from Dakar, Senegal. *Br J Dermatol.* 2003; 148: 493-500.
24. Adegoke SA, Adeodu OO, Adekile AD. Sickle cell disease clinical phenotypes in children from South-Western, Nigeria. *Niger J Clin Pract.* 2015; 18: 95-101.
25. Halder RM, Grimes PE, McLaurin CL, Kress MA, Kenney JA Jr. Incidence of common dermatoses in a predominantly black dermatologic practice. *Cutis.* 1983; 32: 388-390.

CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACIÓN

1. La clasificación de los fototipos de Fitzpatrick tiene en cuenta:

- a. La acción del sol sobre la piel no fotoprotegida.
- b. Los antecedentes personales y familiares de melanoma.
- c. Las características pigmentarias del individuo.
- d. a y c son correctas.
- e. a y b son correctas.

2. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es falsa?

- a. La clasificación de los fototipos cutáneos de Fitzpatrick considera que los fototipos V y VI son las pieles negras.
- b. Las pieles caucásicas se consideran fototipos III.
- c. Los individuos de los fototipos I-II apenas se pigmentan con el sol.
- d. Todas las anteriores son falsas.
- e. Todas las anteriores son verdaderas.

3. Las diferencias raciales del color de la piel se deben a:

- a. Variaciones en el número, tamaño y agregación de los melanosomas en el melanocito y el queratinocito.
- b. Grosor del estrato córneo.
- c. Número de fibroblastos de la dermis.
- d. Variaciones en el número de melanocitos en la capa basal de la epidermis.
- e. Ninguna de las anteriores.

4. ¿Qué caracteriza a las pieles oscuras?

- a. Mayor número de melanocitos en la capa basal epidérmica.
- b. Mayor grosor del estrato córneo.
- c. Mayor número de fibras de anclaje del folículo piloso a la dermis.
- d. Mayor número de glándulas sebáceas que en pieles blancas.
- e. Ninguna de las anteriores.

5. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta respecto a la melanina?

- a. Su síntesis tiene lugar en los queratinocitos.
- b. Se distribuye de forma homogénea por toda la dermis y la epidermis.
- c. Se almacena en las organelas denominadas melanosomas.

d. Las pieles claras solamente contienen melanina en la dermis.

e. Las pieles oscuras contienen más cantidad de melanina en la dermis que en la epidermis.

6. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es verdadera?

- a. Los fibroblastos en la piel negra son de mayor tamaño respecto a la población de piel blanca.
- b. Es poco frecuente observar fibroblastos multinucleados en individuos negros.
- c. En los individuos de fototipo oscuro, la inervación cutánea tiene un patrón característico.
- d. La cantidad de glándulas sudoríparas en pieles oscuras es significativamente superior a la de las pieles blancas.
- e. En piel negra son muy frecuentes los fenómenos de elastosis en la dermis.

7. En relación con el folículo piloso, señale la respuesta falsa:

- a. Los individuos de raza negra poseen el folículo en forma curvada o espiral.
- b. El cabello de los individuos de raza negra es más frágil y tiende a formar nudos y romperse.
- c. Se ha observado una menor cantidad de fibras que mantienen anclados los folículos pilosos a la dermis en personas de piel negra.
- d. La densidad de folículos pilosos es menor en pacientes de piel oscura respecto a individuos caucásicos.
- e. El folículo piloso de las pieles oscuras es redondo y liso.

8. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es verdadera?

- a. La mayor capacidad de síntesis y mayor concentración de melanina proporcionan a la piel oscura una mejor fotoprotección.
- b. Los individuos de piel negra poseen menor cantidad de lípidos en el estrato córneo respecto a los de piel blanca.
- c. Los individuos de piel negra son más sensibles a irritantes cutáneos respecto a los de piel blanca.
- d. La menor cantidad de fibroblastos en la dermis explica la menor tendencia a la formación de queloides en pacientes de piel negra.
- e. El tipo de pelo en espiral y el folículo piloso curvo explican la menor tendencia a presentar pseudofolliculitis en individuos de piel negra.

9. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta respecto la semiología dermatológica de las pieles oscuras?
- Es característica la ausencia de eritema.
 - Es característica la tendencia a la hiperpigmentación residual.
 - Las dermatosis tienden a adoptar patrones de respuesta variables que dificultan el diagnóstico.
 - En ocasiones, determinadas prácticas culturales pueden interferir en la expresión clínica de la patología dermatológica.
 - Todas son correctas.
10. ¿Cuál de las siguientes alteraciones cutáneas de las pieles pigmentadas se puede considerar patológica?
- Melasma.
 - Líneas de Futcher-Voigt.
 - Pigmentaciones ungueales.
 - Hiperpigmentación macular de palmas y plantas.
 - Hipopigmentación vertical esternal.
11. ¿Cuál de las siguientes puede considerarse una lesión cutánea fisiológica de las pieles oscuras?
- Acné queloideo de la nuca.
 - Pseudofoliculitis de la barba.
 - Síndrome de *ainhum*.
 - Hiperpigmentación de mucosa oral.
 - Pitiriasis rotunda.
12. Con respecto al leucoedema oral, señale la respuesta correcta:
- Se ve con mayor frecuencia en mucosas yugales, aunque también en otras localizaciones de mucosa oral.
 - Es una lesión premaligna.
 - Está producido por el virus Epstein-Barr.
 - Su prevalencia es la misma en individuos de piel blanca y de piel negra.
 - Es una lesión muy dolorosa.
13. Indique la afirmación falsa respecto al acné queloideo de la nuca:
- Se ve favorecido por el afeitado continuo.
 - El folículo piloso curvado produce un enclavamiento del pelo.
 - Es más frecuente en mujeres.
 - Es frecuente la sobreinfección bacteriana.
 - Clínicamente consiste en pápulo-pústulas y cicatrices hipertróficas y queloides en la zona occipital.
14. ¿Cuál de las siguientes lesiones tiene una histología superponible a los angiofibromas?
- Dermatosis papulosa *nigra*.
 - Pitiriasis rotunda.
 - Pápulas perladas del pene.
 - Papilas fungiformes linguales hiperpigmentadas.
 - Acné queloideo de la nuca.
15. De las siguientes lesiones pigmentadas, una no se considera propia de pieles oscuras. Indique cuál:
- Papilas fungiformes linguales hiperpigmentadas.
 - Hiperpigmentación macular palmo-plantar.
 - Melanoniquia.
 - Dermatosis papulosa *nigra*.
 - Nevus melanocítico.
16. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es falsa respecto a la pitiriasis rotunda?
- Nunca se asocia a patologías sistémicas.
 - Se puede observar también en individuos de raza blanca.
 - Son lesiones de aspecto ictiosiforme.
 - Se localiza principalmente en abdomen, tronco y extremidades.
 - En la histología se observa moderada ortoqueratosis.
17. La dactilólisis espontánea o síndrome de *ainhum* se caracteriza por todas las siguientes, excepto:
- Afectación más frecuente del quinto dedo del pie.
 - Aparición de una banda hiperqueratósica transversal en la cara flexora del dedo.
 - Constricción progresiva del dedo hasta la amputación gangrenosa espontánea.
 - Puede ser bilateral.
 - Es más frecuente en pacientes asiáticos.
18. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones no es verdadera respecto a la alopecia tracial en pacientes de piel oscura?
- La menor cantidad de fibras de anclaje del folículo a la dermis es una de sus causas.
 - Se ve favorecida por determinadas prácticas cosméticas como estirarse el pelo.
 - Es más frecuente en varones que se afeitan.

- d. Es típica en la zona fronto-temporal.
e. Se trata de una alopecia traccional.
19. El uso de corticoides tópicos de alta potencia con el fin de despigmentar la piel puede ocasionar:
a. Hiperpigmentación.
b. Estrías.
c. Acné.
d. Infecciones fúngicas.
e. Todas son correctas.
20. Si una paciente de piel negra acude a nuestra consulta con estrías en diferentes partes de su cuerpo y áreas de despigmentación salteadas, pensaremos en:
a. Un problema endocrinológico y la derivaremos al especialista correspondiente.
b. Un efecto secundario medicamentoso.
c. Interrogar a la paciente acerca de su alimentación.
d. Aconsejar a la paciente que use fotoprotección.
e. Que son lesiones típicas de la piel negra.

Las respuestas de este cuestionario aparecerán en esta página en el número 2 de 2016.

Respuestas al cuestionario del número 3 de 2015: 1b, 2d, 3c, 4d, 5c, 6a, 7b, 8d, 9a, 10b, 11c, 12b, 13d, 14b, 15b, 16d, 17a, 18c, 19c, 20d.

Respuestas del cuestionario del suplemento 1 de 2015: 1a, 2c, 3d, 4b, 5b, 6b, 7b, 8a, 9c, 10a, 11d, 12d, 13c, 14a, 15c, 16d, 17d.