

EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA

Distribución pigmentaria normal y patrones reactivos cutáneos en pacientes de etnia africana. Aprender a leer la piel una vez más

Distribution of normal pigment and skin reactive patterns in African ethnicity patients. Learn to read the skin once again

David A. De Luca¹, Ziv Maianski¹, Michael Averbukh¹ y Adriana R. Rinflerch²

RESUMEN

La migración de la población de origen africano a Latinoamérica en las últimas décadas plantea un desafío a los dermatólogos que tratan a pacientes caucásicos o de los pueblos originarios. Por lo tanto, la etnia africana aporta una nueva manera de encarar la dermatología. La peculiar pigmentación mucocutánea y de las faneras que presenta esta piel, se asocia a la hiperproducción de melanina y a la dispersión de los melanosomas. La ausencia de eritema, la labilidad pigmentaria, ya sea por hipopigmentación o hiperpigmentación posinflamatoria, el desarrollo de patrones de respuesta cutáneos particulares

desconcertan a los dermatólogos inexpertos y los llevan a cometer errores diagnósticos y adoptar conductas terapéuticas inadecuadas. En este artículo se describen las variaciones normales de la pigmentación cutánea y los patrones de respuesta frecuentes en las dermatosis de los pacientes de raza negra.

Palabras clave: etnia africana, pigmentación cutánea, patrones reactivos cutáneos.

Dermatol. Argent. 2018, 24 (1): 02-12

ABSTRACT

The African population migration to Latin America in the recent decades, develops a challenge for dermatologists who treat pathologies in Caucasians or native peoples. Therefore, the African ethnicity provides a new way of approaching the dermatology. The peculiar mucocutaneous and appendages pigmentation is related to the overproduction of melanin and melanosomes dispersion. The absence of erythema, the pigmentary lability, either with hypo- or post-inflammatory hyperpigmentation and the development of particular cutaneous reaction

patterns, make it difficult for inexperienced dermatologists, and they could lead to diagnostic errors and inadequate therapies. This article describes the normal variations of cutaneous pigmentation and the frequent reaction patterns related to black skin dermatosis.

Key words: African ethnicity, cutaneous pigmentation, skin reactive patterns.

Dermatol. Argent. 2018, 24 (1): 02-12

¹ Luanda Medical Center, Luanda, Angola

² Hospital Italiano de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Contacto del autor: David A. De Luca

E-mail: daviddeluca@gmail.com

Fecha de trabajo recibido: 20/11/2017

Fecha de trabajo aceptado: 8/3/2018

Conflicto de interés: los autores declaran que no existe conflicto de interés.

INTRODUCCIÓN

La pigmentación variable de la piel esconde signos específicos que suelen utilizarse como herramientas diagnósticas de diferentes dermatosis. Hasta las patologías cutáneas clásicas pueden ser desafiantes en las pieles oscuras a causa de las reacciones inflamatorias intensas asociadas, la particular acentuación folicular y, en especial, la falta de un eritema evidente. Conocer los patrones normales de pigmentación en la raza africana y su distribución peculiar evita procedimientos diagnósticos invasivos en estas pieles, ya que tienden a la cicatrización queloide. Por otro lado, las tendencias de migración actual de la etnia africana obligan al dermatólogo a conocer patologías específicas y dermatosis importadas del país de origen. En las Tablas 1 y 2 se enumeran las principales manifestaciones cutáneas fisiológicas en la raza africana y los patrones cutáneos reactivos, respectivamente.

Biología del melanocito

Las variaciones en el color de la piel humana se atribuyen a la cantidad y la distribución de melanina cutánea, más que a la cantidad de melanocitos existentes (Foto 1). El número y el tipo de melanosomas producidos en las etnias africanas son mayores y su distribución dispersa dentro de los queratinocitos los diferencia de los de la piel blanca. La melanina preponderante es la eumelanina, de la cual hay dos subtipos: eumelanina marrón y eumelanina negra. Los melanosomas predominantes son los tardíos (tipo IV), se distribuyen en la totalidad de la epidermis y persisten en el estrato córneo de forma prolongada, con una menor velocidad de degradación. En la piel negra, el estrato córneo tiene mayor número de capas celulares que la piel blanca, aunque suele ser más compacto. De manera diferencial, el estrato córneo contiene una mayor cantidad de lípidos intercelulares y genera una barrera cutánea más efectiva. Sin embargo, tanto la concentración de ceramidas como la producción de vitamina D son menores. La densidad de las glándulas ecrinas en un área de piel determinada es la misma en la piel blanca y en la piel negra de los afroamericanos. Sin embargo, los fototipos V-VI tienen el doble de glándulas ecrinas activas, lo que sugiere un mecanismo de adaptación al clima más que una diferencia estructural. La dermis también suele ser gruesa y compacta, con una demarcación entre las capas papilar y reticular poco evidente, melanófagos abundantes y vasos linfáticos y capilares dilatados y numerosos. Los fibroblastos son profusos, multinucleados o binucleados, con la formación de colágeno denso y apilado y poca cantidad de fibras elásticas,

en relación con los de la piel blanca. En la Tabla 3 se comparan las características diferenciales entre la piel blanca y la negra¹⁻⁴.

Líneas de demarcación pigmentaria
Líneas de Futcher-Voigt (tipo A)
Líneas posteromediales en los miembros inferiores (tipo B)
Hipopigmentación vertical esternal (tipo C)
Localización palmoplantar
Melanoniquia longitudinal
Hiperpigmentación macular palmoplantar
Queratosis <i>punctata</i> de las líneas palmares
Localización en mucosas y semimucosas
Hiperpigmentación de la mucosa bucal
Pigmentación de las papilas fungiformes
Leucoedema oral
Pápulas perladas del pene
Población pediátrica
Manchas mongólicas
Hiperpigmentación del hélix auricular
Hipopigmentación periauricular

TABLA 1: Principales manifestaciones cutáneas fisiológicas en la raza africana.

Labilidad pigmentaria
Hiperpigmentación e hipopigmentación posinflamatoria
Hipomelanosis <i>guttata</i> idiopática
Patrón papulofolicular
Dermatosis papulosa <i>nigra</i>
Acné queloide de la nuca
Seudofoliculitis de la barba
En dermatitis atópica, pitiriasis versicolor, sífilis secundaria
Patrón vesicoampollar
En liquen plano, lupus cutáneo, farmacodermias
Patrón anular y granulomatoso
En sarcoidosis, rosácea y dermatitis seborreica
Fibroplasia y cicatrización queloide

TABLA 2: Patrones cutáneos reactivos y principales patologías asociadas.

	Piel negra	Piel blanca
Grosor del estrato córneo	Similar	
Tamaño de los corneocitos	Similar	
Número de capas del estrato córneo	+++	+
Concentración de lípidos en el estrato córneo	+++	+
Concentración de ceramidas	+	+++
Producción de vitamina D	+	+++
Dosis mínima eritematosa	+++	+
Fotodaño	+	+++
Cantidad de melanina	+++ (eumelanina)	+ (eumelanina y/o feomelanina)
Tipos de melanosomas	Grandes, dispersos	Pequeños, agrupados
Localización de los melanosomas	Todo el espesor de la epidermis	En las capas más basales
Degradación de la melanina	Lenta	Rápida
Dermis	Gruesa y compacta	Fina y menos compacta
División entre la dermis papilar y la reticular	Menos evidente	Evidente
Fibroblastos	Grandes, binucleados o multinucleados	Pequeños y mononucleados
Fibras colágenas	Pequeñas y apiladas	Grandes
Fibras elásticas	Poca cantidad Elastosis +	Numerosas Elastosis +++
Macrófagos	Abundantes, grandes y multinucleados	Pocos
Vasos sanguíneos superficiales	Numerosos y dilatados	Pocos
Folículo piloso	Paralelo a la superficie cutánea (aspecto enrutado) Fibras de anclaje: +	Perpendicular o en ángulo agudo a la superficie cutánea (aspecto liso u ondulado) Fibras de anclaje: +++
Función de la glándula sebácea	+++	+

TABLA 3: Características diferenciales entre las pieles negra y blanca.^{2,4}

MANIFESTACIONES CUTÁNEAS FISIOLÓGICAS

Líneas de demarcación pigmentaria

Las líneas de demarcación pigmentaria (LDP) representan la unión entre las zonas de transición del color de la piel. Esta variación de la distribución melánica depende de la inervación de los dermatomas por parte de los nervios espinales. Otras teorías hacen referencia a que las LDP derivan de las líneas axiales de Sherrington, un subtipo de líneas de Voigt. Se considera que esta variación pigmentaria es un remanente ancestral de hiperpigmentación dorsal, que da cierto poder protector contra la luz ultravioleta y tiene un efecto termorregulador. Las LDP se clasifican en ocho tipos y un 75-80% de la población afroamericana presenta al menos una de estas líneas; sin embargo, también se observan en la población japonesa. Las principales características se enumeran en la Tabla 4⁵⁻⁷.

Las LDP de tipo A, también llamadas líneas de Futcher-Voigt, demarcan de forma precisa dos coloraciones

localizadas en la unión anterolateral del brazo, frecuentemente bilateral. La superficie extensora presenta una pigmentación más marcada que la superficie flexora (Foto 2). Al igual que el resto de las LDP, se considera un problema estético y no requiere tratamiento, aunque por motivos cosméticos se puede realizar tratamiento con el láser Q-switched de alejandrita (755 nm)⁸.

En las LDP de tipo B, las líneas pigmentarias se localizan en la porción posteromedial de los miembros inferiores sin seguir las líneas de Blaschko ni los dermatomas (Foto 3). En esta LDP, los melanocitos se acumulan a lo largo de los ejes axiales embrionarios y provocan el cambio de pigmentación por inflamación neurogénica. Aunque se asocia al embarazo a partir de la semana 18, también se observa en la niñez y con una posterior desaparición. En la mujer grávida, se considera que las LDP se asocian a la compresión de las ramas nerviosas S1 y S2 por aumento del tamaño uterino o del nivel hormonal de estrógenos, progesterona o la hormona estimulante de melanocitos.

Las LDP de tipo B son asintomáticas y suelen resolverse después del año del parto^{9,10}.

Las LDP de tipo C, conocidas como hipopigmentación vertical esternal, se presentan en la cara anterior y medioesternal como una mácula lineal u ovalada, con un patrón de herencia autosómico dominante (Foto 4). Es la forma de presentación más frecuente en los varones africanos, pero solo se encuentra en el 15% de las mujeres. El resto de las LDP se describen en la Tabla 4⁵.

Tipo	Localización	Pigmentación
A	Línea anterolateral en la región superior de los brazos y el área pectoral	Hiperpigmentación
B	Línea posteromedial en los miembros inferiores, desde el periné hasta los tobillos	Hiperpigmentación
C	Líneas preesternales y paraesternales	Hipopigmentación
D	Área posteromedial de la columna vertebral	Hiperpigmentación
E	Bandas desde el tercio medio de la clavícula hasta la piel periareolar	Hipopigmentación
F	Máculas en forma de V en las mejillas	Hiperpigmentación
G	Máculas en forma de W en las mejillas	Hiperpigmentación
H	Bandas lineales desde la comisura bucal hasta la región lateral del mentón	Hiperpigmentación

TABLA 4: Líneas de demarcación pigmentaria de Somani y James^{5,6}.

Localización palmoplantar y ungual

En todos los grupos etarios, las palmas y las plantas suelen ser más claras que el resto del cuerpo. Sin embargo, se acentúa la pigmentación de los pliegues cutáneos tanto en el dorso de las manos como en las líneas palmares (Foto 5)².

Melanoniquia longitudinal: se caracteriza por bandas amarronadas o negras. La afectación de al menos una uña alcanza al 90% de los adultos de raza africana. El trauma y la inflamación, en particular en el índice y el pulgar, suelen ser una causa frecuente asociada (Foto 6). Este tipo de pigmentación no se relaciona con ninguna enfermedad sistémica. Sin embargo, debe sospecharse un melanoma ungual ante la presencia de una melanoniquia longitudinal heterogénea con múltiples colores y bordes irregulares, base proximal ancha, alteración de la lámina ungual y signo de Hutchinson¹¹.

Hiperpigmentación macular palmoplantar: las máculas hiperpigmentadas palmoplantares pueden presentar diferentes tamaños y contornos (Foto 7). Es más frecuente en los mayores de 50 años, pero no en los niños de raza africana. Se asocia a cambios posinflamatorios y postraumáticos como factores precipitantes. Suelen adoptar una apariencia reticulada y polimorfa y deben diferen-

ciarse de la sífilis secundaria, el eritema multiforme, los nevos melanocíticos y el melanoma acral¹².

Queratosis punctata de las líneas palmares: corresponde a depresiones puntiformes hiperqueratósicas centradas en el acrosiringio, que asientan sobre las líneas pigmentadas de los pliegues palmoplantares y que, a veces, se acompañan de pústulas (Foto 8). Presente hasta en el 3,1% de la raza africana, esta variación cutánea tiene asociación familiar, con atopia y con trabajos manuales. Si la queratosis es sintomática, pueden indicarse queratolíticos tópicos o hasta retinoides sistémicos en dosis bajas. Las formas paraneoplásicas no respetan las líneas palmares y se asocian al carcinoma colorrectal¹³.

Mucosa bucal

Hiperpigmentación: la coloración varía desde amarronada hasta azulada. Esta pigmentación se localiza en la cara anterior de la mucosa gingival inferior, aunque también se puede encontrar en el paladar duro, la mucosa yugal y la lengua. En la primera localización, las lesiones son bien limitadas y respetan la mucosa gingival marginal, hechos que las diferencian de la enfermedad de Addison (Foto 9). Fisiológicamente, la pigmentación se debe a un aumento de la actividad de los melanocitos, con una densidad similar a la de las otras razas. La pigmentación comienza desde la niñez y se acentúa durante la pubertad. Por otro lado, las enfermedades sistémicas asociadas a la hiperpigmentación o la ingestión de metales pesados suelen tener una evolución rápida y de inicio en la adultez¹⁴.

Pigmentación de las papilas fungiformes: se caracteriza por una pigmentación puntiforme que asienta sobre una base pigmentada en el dorso de la lengua (Foto 10). Presente con frecuencia en la raza africana, no así en los orientales o en la raza blanca, se la describió por primera vez vinculada a la anquilostomiasis. Puede aparecer aislada o en asociación a ictiosis lineal circunfleja, liquen plano o enfermedades como esclerodermia, hemocromatosis y anemia ferropénica. La frecuencia puede llegar al 30% en algunas publicaciones y comienza a partir de la segunda o tercera década de la vida. A nivel histológico, se encuentran melanófagos con tinción de Fontana-Masson positiva en el corion de las papulas, sin inflamación asociada¹⁵.

Leucoedema oral: presente en 70-90% de los adultos afroamericanos y hasta en el 50% de los niños, se caracteriza por placas blancogrisáceas con cierta translucidez, cruzadas por pliegues lineales o en forma de cruz, de localización bilateral en la mucosa yugal, asintomáticas, que aparecen en cualquier etapa de la vida. Las lesiones pueden extenderse a la mucosa labial, el piso de la boca y la faringe y, al rasparlas, no desaparecen. A nivel histológico, se observa un epitelio hiperplásico con elongación de las crestas interpapilares, lo que lo diferencia del nevo blanco

esponjoso y de la candidiasis bucal. El tratamiento no es necesario porque no presenta potencial maligno¹⁶.

Localización genital

Pápulas perladas del pene: de tipo cupuliforme, acuminadas o anulares, pueden ser rosadas, translúcidas o amarillentas, y medir entre 1 y 2 mm de diámetro. Se localizan en la base del glande, con mayor densidad en el dorso del pene y disminuyen en dirección al frenillo. Pueden presentar una o más hileras de pápulas y esta variación es más frecuente en los hombres no circuncidados y de etnia negra. Histológicamente, se observan ortoqueratosis, hipergranulosis, vénulas y capilares dilatados y fibroblastos estrellados con fibrosis dérmica. No requiere tratamiento, pero pueden realizarse métodos ablativos por motivos estéticos¹⁷.

Población pediátrica

Existen áreas de hiperpigmentación localizada en los lactantes. Entre ellas se destacan el hélix auricular, los labios, la matriz ungueal de las manos y los pies, los genitales externos de ambos sexos, la región umbilical, las axilas y el orificio anal. A excepción del resto, la pigmentación axilar y de los pabellones auriculares desaparece durante el transcurso de la vida, con independencia de la exposición solar. También es frecuente observar en los niños una hipopigmentación periauricular (Foto 11) e hiperpigmentación residual producto de un prurigo alérgico, secundaria a la picadura de insectos en las áreas sin ropa. Por último, las manchas mongólicas o melanocitosis dérmica circunscripta afectan al 98% de los niños afroamericanos, de preferencia en el área lumbosacra hasta en el 82% de los casos, con un total de hasta 7 lesiones¹⁸.

PATRONES CUTÁNEOS REACTIVOS

Labilidad pigmentaria

Las alteraciones de la pigmentación son una de las causas más frecuentes de consulta de los pacientes de raza africana. Esta labilidad pigmentaria se desarrolla luego de reacciones cutáneas inflamatorias o ampollares y del uso de medicamentos tópicos o sistémicos. Los patrones de pigmentación posinflamatoria incluyen la hipopigmentación (Foto 12) y la hiperpigmentación que se extienden por largos períodos, cuando se comparan con los de los pacientes de fototipos bajos. El mecanismo de pigmentación posinflamatorio abarca mediadores inflamatorios, como leucotrieno B₄, IL-1 e IL-6, prostaglandinas y endotelina, que inducen la melanogénesis. Otras citoquinas, como el leucotrieno C₄, disminuyen la síntesis de pigmento e inducen la migración de los melanocitos. Además, el melanocito puede producir PGE₂ y expresar COX-2 en respuesta a la luz ultravioleta. Según el receptor al que se una, PGE₂ puede estimular el aumento de AMPc celular

y la actividad de la tirosina-cinasa, con la consiguiente formación de melanina¹⁹⁻²¹.

Hipomelanosis guttata idiopática: en las personas de raza africana, las máculas comienzan con una coloración amarillo amarronada hasta adoptar el aspecto hipocrómico típico. Si bien no es específica de la raza negra, la hipomelanosis se presenta como máculas hipopigmentadas poligonales de tamaño variable, a menudo de 4 mm, asintomáticas, en personas adultas y, sobre todo, en mujeres. Se ubica típicamente en la cara anterior de las piernas, pero puede extenderse a los muslos, el abdomen, los brazos y el dorso de forma infrecuente. Desde el punto de vista histológico, los queratinocitos y los melanocitos no presentan pigmento; tampoco se observan melanófagos en la dermis, aunque se puede advertir una discreta infiltración linfocitaria perivascular. El número total de melanocitos se mantiene, pero las dendritas se acortan y la tinción HMB-45 es negativa²².

Patrón papulofolicular

En las personas de piel oscura hay una tendencia a las dermatosis con acentuación folicular. No se conoce el factor asociado, pero es frecuente observar formas foliculares de pitiriasis versicolor, liquen plano, pitiriasis rosada y dermatitis de contacto. Algunas enfermedades, como la sífilis secundaria o la sarcoidosis, pueden adoptar también esta distribución. En particular, cabe destacar que los niños con dermatitis atópica presentan reacciones foliculares en placas no confluentes sobre una piel xerótica y pruriginosa, sin desarrollar un eritema evidente, lo que desorienta el diagnóstico si no se conoce este tipo de patrón (Foto 13). Las lesiones pueden simular un liquen nítido y tienden a la liquenificación y a la hiperpigmentación posinflamatoria^{23,24}.

Dermatitis papulosa nigra: dermatosis exclusiva de los pacientes de fototipo alto, informada hasta en el 77% de los casos, con mayor incidencia a los 60 años. Se trata de pequeñas pápulas pigmentadas, cupuliformes, a veces pediculares, de aspecto verrugoso localizadas en el área malar y que, en ocasiones, también se extienden a otras áreas del rostro, cuello, escote y dorso (Foto 14). Tiene cierto predominio en las mujeres y en el 50% de los casos hay algún familiar con la misma dermatosis. Las lesiones son histológicamente indistinguibles de la queratosis seborreica y se tratan por motivos estéticos con electrocoagulador, láser de CO₂ o crioterapia, aunque con riesgo de provocar alteraciones pigmentarias²⁵.

Acné queiloide de la nuca: corresponde a una foliculitis crónica frecuente en los varones de raza negra pospuberales y hasta los 55 años que se afeitan el cabello. El acné queiloide se caracteriza por pápulas y pústulas eritematosas y pigmentadas centradas en el folículo piloso, que tienden a la cronificación y a la formación de cicatrices queiloides

cupuliformes (Foto 15). Estas últimas pueden confluir y formar una gran placa alopecica. Si bien la sobreinfección bacteriana por *S. aureus* es frecuente, otros factores, como los andrógenos, la curvatura folicular, *Malassezia*, *Demodex* y el propio sebo actuando como antígeno, pueden estar asociados. Se relacionó al acné queiloide con la obesidad troncal y, por lo tanto, con el síndrome metabólico. Además de los tratamientos tópicos y sistémicos clásicos, se describió recientemente el uso del láser Q-switched de alejandrita (755 nm), con buenos resultados y baja tasa de recidiva²⁶⁻²⁸.

Pseudofoliculitis de la barba: no es restrictiva de la raza negra, pero sí es más frecuente. Los factores asociados son similares a los del acné queiloide. Se presenta como pápulas pigmentadas centradas por un folículo piloso, que adoptan un aspecto acneiforme y dan un aspecto de piel "sucia" por la pigmentación remanente en la piel perilesional (Foto 16). Las lesiones se localizan en el cuello anterior, el mentón y las mejillas, pero no afectan el área de los bigotes. Si bien se considera que hay una reacción de tipo cuerpo extraño como factor fisiopatológico, se comprobó que la curvatura folicular y la queratina K6hf –específica del folículo piloso, que presenta la sustitución aminoacídica Ala12Thr– son factores genéticos relacionados con la pseudofoliculitis²⁹.

Patrón vesicoampollar

Las variantes ampollares de diferentes dermatosis parecen más frecuentes en la raza africana. Se describen casos de liquen plano ampollar, pitiriasis rosácea papulovesicular y sífilis secundaria bullosa. Dentro de las farmacodermias, la erupción fija ampollar por fármacos, en particular por derivados de las sulfas, se destaca en esta población (Foto 17)^{23,30}.

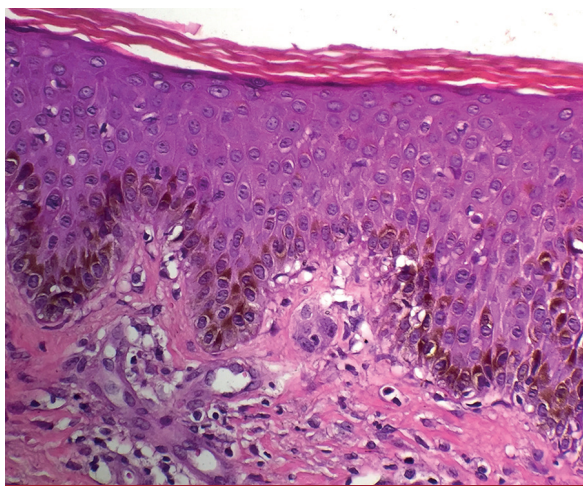


FOTO 1: Piel normal (HyE, 40X) de la pierna en una mujer adulta. Hiperpigmentación de la capa basal de la epidermis junto con la dilatación capilar en la dermis.

Patrón anular y granulomatoso

Las lesiones granulomatosas, en particular la sarcoidosis (Foto 18), fueron hasta cuatro veces más frecuentes en los pacientes afroamericanos en comparación con los pacientes caucásicos. Algunas enfermedades infecciosas como la sífilis, y otras clásicas como la rosácea y la dermatitis seborreica, pueden adoptar un patrón anular o granulomatoso (Foto 19)^{24,31}.

Fibroplasia y cicatrización queiloide

La cicatrización queiloide es hasta 18 veces más frecuente en la raza negra en comparación con la raza caucásica y la oriental. Se considera que el locus 7p11 es clave en la formación de queloides en esta raza, aunque no se determinó un gen específico asociado. La interacción de citoquinas con los fibroblastos induce la producción excesiva de colágeno y la inhibición de la remodelación de la matriz extracelular. Aunque la localización de los queloides en la raza negra es generalizada, su formación es rara en las zonas del cuerpo que carecen de glándulas sebáceas (Foto 20). Las teorías fisiopatológicas asociadas abarcan desde traumas, infecciones, metabolismo alterado de la hormona estimulante de melanocitos, hasta alteraciones de la hipófisis durante la pubertad y el embarazo. Los queloides gigantes mayores de 10 cm se correlacionan positivamente con la hipertensión arterial en esta población. Por último, es interesante destacar que la cicatrización queiloide no está presente en los albinos³².

AGRADECIMIENTOS

A Muralee Dharan y Leonel Chávez, por contribuir con los diagnósticos histológicos.



FOTO 2: LDP de tipo A en el brazo derecho con una mácula de demarcación lineal típica.

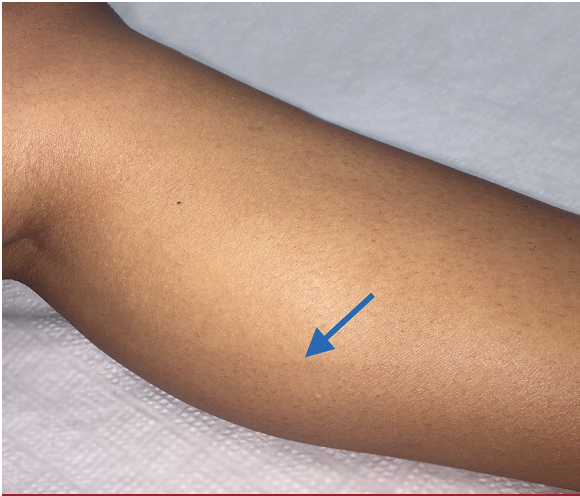


FOTO 3: LDP de tipo B en la pierna izquierda caracterizada por una mácula de demarcación lineal en una mujer de 35 años.



FOTO 4: LDP de tipo C caracterizado por una mácula lineal hipopigmentada esternal.

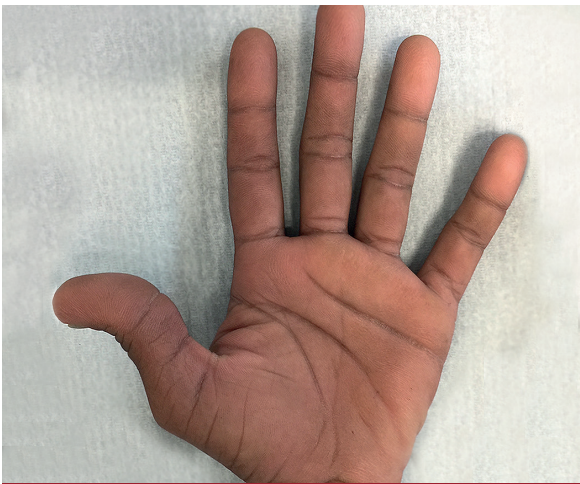


FOTO 5: Hiperpigmentación normal de los pliegues palmares en un paciente con displasia ectodérmica.

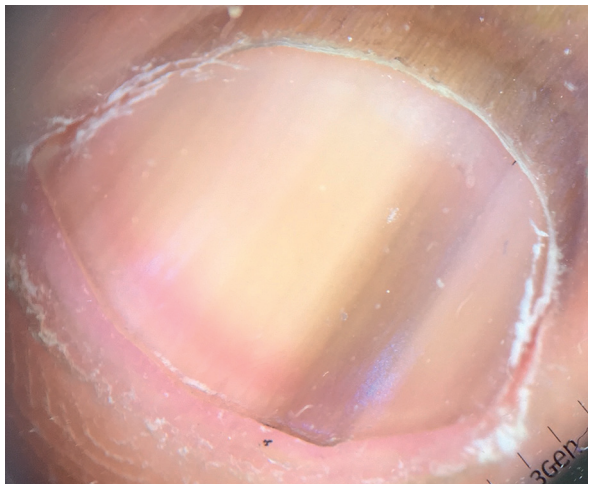


FOTO 6: Melanoniquia estriada en el dedo índice (imagen dermatoscópica manual).



FOTO 7: Máculas hiperpigmentadas plantares.



FOTO 8: Queratosis *punctata* de las líneas palmares.



FOTO 9: Hiperpigmentación de la mucosa gingival inferior, donde se respeta la mucosa marginal y donde se interrumpe por la presencia de una verruga viral.



FOTO 10: Pigmentación de las papilas fungiformes de la lengua.



FOTO 11: Hipopigmentación preauricular en un infante de 18 meses con dermatitis atópica y pápulas liquenoides que siguen el trayecto de las líneas de Blaschko.



FOTO 12: Hipopigmentación residual de una tiña corporal luego del tratamiento oral con terbinafina.



FOTO 13: Acentuación folicular que forma una placa mal delimitada en el dorso de un niño de 2 años con antecedentes de dermatitis atópica.



FOTO 14: Dermatitis papulosa *nigra* en las mejillas.



FOTO 15: Pápulas eritematosas foliculares, algunas cubiertas por una costra serohemática en la nuca, compatibles con un acné queiloide.



FOTO 16: Pápulas eritematosas foliculares, induradas y algunas cubiertas por costras, compatibles con una pseudofoliculitis de la barba.



FOTO 17: Máculas redondeadas en blanco de tiro en el dorso, de tipo residual, secundarias a un eritema fijo ampollar por trimetoprima/sulfametoxazol.



FOTO 18: Pápula cupuliforme con un centro deprimido en el ala nasal izquierda, asintomática, de meses de evolución. El estudio histopatológico mostró granulomas sarcoidales abundantes sin focos de necrosis caseosa.



FOTO 19: Placas eritematosas ovaladas con límites sobreelevados que adoptan un patrón anular en un paciente con diagnóstico de dermatitis de contacto alérgico (por gafas).

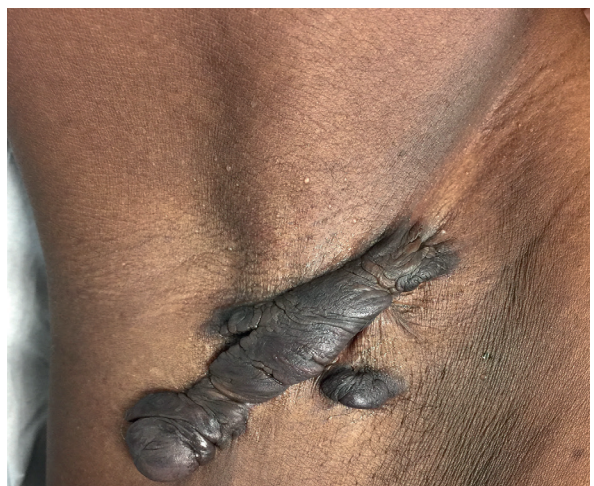


FOTO 20: Cicatriz queiloide axilar derecha que recidió luego de una cirugía escisional.

BIBLIOGRAFÍA

1. Marín D, Del Pozo A. Pigmentación de la piel (I). Melaninas: conceptos generales e implicaciones cosméticas. *OFFRAM* 2005;24:116-118.
2. Moreno Ribera N. Características y dermatosis propias de la piel oscura. *Med Cutan Iber Lat Am* 2016;44:11-23.
3. Taylor SC. Skin of color: Biology, structure, function, and implications for dermatologic disease. *J Am Acad Dermatol* 2002;46:S41-62.
4. Badreshia-Bansal S, Taylor SC. Chapter 12: The structure and function of skin of color, en: Kelly AP, Taylor SC. *Dermatology for skin of color*. McGraw-Hill, Nueva York, 2009:71-77.
5. Somani VK, Razvi F, Sita VNVL. Pigmentary demarcation lines over the face. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2004;70:336-341.
6. James WD, Carter JM, Rodman OG. Pigmentary demarcation lines: a population survey. *J Am Acad Dermatol* 1987;16:584-590.
7. Maleville J, Alain Taïeb A. Pigmentary demarcation lines as markers of neural development. *Arch Dermatol* 1997;133:1459.
8. Bukhari IA. Effective treatment of Futcher's lines with Q-switched alexandrite laser. *J Cosmet Dermatol* 2005;4:27-28.
9. Ustuner P, Bedir R. Case of recurrent type B pigmentary demarcation lines in a pregnant woman. *Asian J Dermatol* 2015;7:13-16.
10. Gupta LK, Srivastava A, Khare AK, Mittal A, et al. Type B pigmentary demarcation lines. *Indian Dermatol Online J* 2016;7:224-225.
11. Caballero Escuti G, Hernández M, Valente E, Arancibia A, et al. Melanoma subungueal. Comunicación de tres casos y revisión de la literatura. *Dermatol Argent* 2013;19:183-187.
12. Henderson AL. Skin variations in blacks. *Cutis* 1983;32:376-377.
13. Bonnacaze AK, Willeford W. Keratosis punctata of the palmar creases in a 68-years-old African-American man. *BMJ Case Reports* 2016.
14. Eisen D. Disorders of pigmentation in the oral cavity. *Clin Dermatol* 2000;18:579-587.
15. Marcoval J, Notario J, Martín-Sala S, Figueras I. Pigmentación de las papilas fungiformes linguales. A propósito de dos casos. *Actas Dermosifiliogr* 2011;102:739-740.
16. Madani FM, Kuperstein AS. Normal variations of oral anatomy and common oral soft tissue lesions: evaluation and management. *Med Clin North Am* 2014;98:1281-1298.
17. Leung AK, Barankin B. Pearly penile papules. *J Pediatr* 2014;165:409.
18. Kelly AP. Chapter 13: Nuances in skin of color, en: Kelly AP, Taylor SC. *Dermatology for skin of color*. McGraw-Hill, Nueva York, 2009:78-84.
19. Gledhill K, Rhodes LE, Brownrigg M, Haylett AK, et al. Prostaglandin-E2 is produced by adult human epidermal melanocytes in response to UVB in a melanogenesis-independent manner. *Pigment Cell Melanoma Res* 2010;23:394-403.
20. Starner RJ, McClelland L, Abdel-Malek Z, Fricke A, et al. PGE(2) is a UVR-inducible autocrine factor for human melanocytes that stimulates tyrosinase activation. *Exp Dermatol* 2010;19:682-684.
21. Morelli JG, Norris DA. Influence of inflammatory mediators and cytokines on human melanocyte function. *J Invest Dermatol* 1993;100:1915-1955.
22. Schiller M, Metz D, Böhm M. Idiopathic guttate hypomelanosis. *Hautarzt* 1997;48:662-665.
23. Yashar S, Haley J. Chapter 14: Skin lesions: Normal and pathologic, en: Kelly AP, Taylor SC. *Dermatology for skin of color*. McGraw-Hill, Nueva York, 2009:85-91.
24. Puigdemont GS, Viscasillas XB, López-Reynals RS, Vinardell MI. Aspectos clínicos específicos de las dermatosis en razas pigmentadas. *Piel* 2003;18:313-319.
25. Grimes PE, Arora S, Minus HR, Kenney JA Jr. Dermatitis papulosa nigra. *Cutis* 1983;32:385-386, 392.
26. Tawfik A, Osman MA, Rashwan I. A novel treatment of acne keloidalis nuchae by long-pulsed alexandrite laser. *Dermatol Surg* 2018;413-420.
27. Ogunbiyi A. Acne keloidalis nuchae: prevalence, impact, and management challenges. *Clin Cosmet Investig Dermatol* 2016; 9:483-489.
28. Verma SB, Wollina U. Acne keloidalis nuchae; another cutaneous symptom of metabolic syndrome, truncal obesity and impending overt diabetes mellitus. *Am J Clin Dermatol* 2010;11:433-436.
29. Gray J, McMichael AJ. Pseudofolliculitis barbae: understanding the condition and the role of facial grooming. *Int J Cosmet Sci* 2016;38 Suppl 1:24-27.
30. Sehgal VN, Srivastava G. Fixed drug eruption (FDE): changing scenario of incriminating drugs. *Int J Dermatol* 2006;45:897-908.
31. Jacyk WK. Dermatitis corrientes en pacientes africanos de raza negra (I). *Actas Dermosifiliogr* 1998;89:291-303.
32. Huang C, Murphy GF, Akaishi S, Ogawa R. Keloids and hypertrophic scars: update and future directions. *Plast Reconstr Surg Glob Open* 2013;1:e25.

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN

- 1) *¿Cuál de las siguientes características representa mejor a los melanosomas de la piel africana?*
A- Contienen abundante feomelanina.
B- Predominan en las etapas tempranas (I-II).
C- Se distribuyen de forma dispersa dentro del queratinocito.
D- Tienen alta tasa de degradación.
- 2) *¿Cuál de las siguientes características describe mejor a la dermis de la raza africana?*
A- Demarcación evidente entre la dermis papilar y la reticular.
B- Vasos sanguíneos y linfáticos dilatados.
C- Fibroblastos pequeños y mononucleares.
D- Escasa acumulación de pigmento en los melanófagos.
- 3) *Las líneas de demarcación pigmentarias de tipo C se localizan en:*
A- Piernas, predominantemente en las mujeres.
B- Brazos, sin predominio de sexo.
C- Periauriculares, predominantemente en los niños.
D- Preesternales, sin predominio de sexo.
- 4) *¿Cuál de los siguientes signos debe hacer sospechar un melanoma ungueal?*
A- Coloración uniforme.
B- Base ancha de pigmentación proximal.
C- Indemnidad de la lámina ungueal.
D- Paralelismo de las líneas pigmentarias.
- 5) *Respecto de la queratosis punctata de las líneas palmares, marque la opción correcta.*
A- Está presente en más de la mitad de los pacientes de raza africana.
B- Nunca se asocia a pústulas.
C- No responde a los queratolíticos tópicos o retinoides.
D- Las formas paraneoplásicas no respetan las líneas palmares.
- 6) *¿Cuál de las siguientes manifestaciones no es típica de la mucosa bucal normal de la raza negra?*
A- Leucoedema oral.
B- Pigmentación de las papilas fungiformes.
C- Pigmentación del paladar duro.
D- Pigmentación de la mucosa gingival marginal.
- 7) *¿En cuál de las siguientes áreas corporales no es frecuente encontrar la hipomelanosis guttata?*
A- Rostro.
B- Abdomen.
C- Piernas.
D- Brazos.
- 8) *La dermatosis papulosa nigra se asocia a:*
A- Fototipos bajos y altos.
B- Lesiones en la frente y el dorso nasal.
C- Mujeres antes de los 20 años.
D- Agrupación familiar.
- 9) *No es frecuente observar en la dermatitis atópica en los niños de raza africana:*
A- Hiperpigmentación residual.
B- Placas con acentuación folicular.
C- Eritema evidente.
D- Pápulas liquenoides de distribución lineal.
- 10) *Respecto de la cicatrización queloide, marque la respuesta correcta.*
A- Se asocia a hipertensión arterial con independencia del tamaño.
B- Su frecuencia es mayor en la raza africana que en la oriental.
C- Se localiza en áreas corporales sin glándulas sebáceas.
D- Es frecuente de observar en los albinos.

Respuestas correctas Vol. XXIII - Nº 4, 2017: 1. D / 2. B / 3. D / 4. B / 5. D / 6. C / 7. C / 8. B / 9. D / 10. B