PATOLOGÍA DERMATOLÓGICA EN PACIENTES DE RAZA NO CAUCÁSICA

Módulo 1

Coordinación: Dr. Gerardo Martínez

GRUPO MENARINI
www.menarini.es

Actividad acreditada por el Consejo Catalán de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias y la Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud con **4,5 créditos**

Programa de formación

PATOLOGÍA DERMATOLÓGICA EN PACIENTES DE RAZA NO CAUCÁSICA

Módulo 1

Coordinación: Dr. Gerardo Martínez

Dirección y coordinación

Dr. Gerardo Martínez Sánchez
Médico de Familia.
Servicio de Atención Primaria
Badalona Serveis Assitencials
(Badalona, Barcelona)

Autores (módulo 1)

Dra. Carolina Burgos Díez
Médico de Familia. Servicio
de Atención Primària y SINUE.
Badalona Serveis Assitencials
(Badalona, Barcelona)

Dra. Mª José Fuente González
Servicio de Dermatología
Hospital Universitari Germans
Trias i Pujol (Badalona, Barcelona)

Dra. Mercedes Gómez Vázquez
Servicio de Dermatología
Badalona Serveis Assitencials
(Badalona, Barcelona)

Dr. Gerardo Martínez Sánchez
Médico de Familia.
Servicio de Atención Primaria
Badalona Serveis Assitencials
(Badalona, Barcelona)

Dra. Rosa Taberner Ferrer
Servicio de Dermatología.
Hospital de Son Llàtzer
(Palma de Mallorca)

Patrocinado por:

GRUPO MENARINI
www.menarini.es

Dirección editorial:

Profármaco.2
FORMACIÓN CONTINUADA
Comunicación Científico-Médica

Avda. República Argentina, 165, pral. 1ª
08023 Barcelona

D.L.: B. 7.853-2011

Impresión: Vanguard Gràfic S.A.

ÍNDICE

Prólogo 4

Introducción 6

UNIDAD 1
Epidemiología de las dermatosis que afectan a pacientes de raza no caucásica 7
Dr. Gerardo Martínez Sánchez

UNIDAD 2
Presentación clínica de las dermatosis que afectan a pacientes de raza no caucásica 21
Dra. Mª José Fuente González

UNIDAD 3
Características y peculiaridades de los pacientes con dermatosis y con piel de raza no caucásica 35
Dra. Rosa Taberner Ferrer

UNIDAD 4
Creencias y rituales en torno a la piel y sus cuidados en razas no caucásicas 45
Dra. Mercedes Gómez Vázquez y Dra. Carolina Burgos Díez

Prueba de evaluación 59

Prólogo

Quizás pocas veces hayamos reparado en el hecho de que la piel constituye el órgano más extenso de la anatomía humana y uno de los que cumple un mayor número de funciones distintas. Se le concede una importancia relativa en comparación con otros órganos como corazón o los pulmones, o sentidos, como la vista o el oído. No obstante, ante un paciente que padece una urticaria aguda, las puertas de los hospitales y de los centros de salud se abren de par en par para que pueda ser atendido de urgencia, casi como si de un infarto se tratase. La piel es un barómetro extraordinario de nuestro estado de salud. En muchas ocasiones, no hace falta ser médico para intuir, con un simple vistazo de la piel, si una persona padece un trastorno físico o incluso mental. El rubor que ilumina el rostro en situaciones de vergüenza, calor o incluso al reír de alegría. La palidez y frialdad que aparecen en situaciones de terror o en estados de anemia, carenciales o incluso en patologías más graves, como síncope o shock, son vividas por muchas personas a diario. Tampoco podemos olvidarnos de la tonalidad cetrina y el rictus serio que exhiben personas desnutridas, depresivas o con trastornos mentales severos. Los casos más extremos y que más nos impactan son aquellos sometidos a situaciones catastróficas. ¿Quién no recuerda a la pequeña colombiana Omayra Sánchez, con aquellas ojeras y manos apergaminadas, que se ahogaba en la tragedia del volcán Nevado del Ruiz? La imagen de la piel de su rostro, que conmocionó al mundo entero, resumía la tragedia vivida.

La piel también preserva a los órganos internos frente al efecto nocivo de la luz solar, siendo la melanina la encargada de protegernos de su posible acción mutagénica, mientras que la capa córnea epidérmica, junto con el colágeno y las fibras elásticas de la dermis, amortiguan agresiones y traumatismos.

Dependemos de la piel para que nuestro organismo se adapte a los cambios climáticos, destacando en este sentido la acción termorreguladora de las glándulas sudoríparas, que eliminan el sudor, y de los folículos pilosos.

Pero estas funciones camaleónicas de nuestra piel, indicadoras tanto de procesos internos y externos, como adaptativos y de barrera protectora, también pueden alterarse y "enfermar". Las patologías dermatológicas son muy prevalentes en las consultas de atención primaria. A diario, el médico de atención primaria atiende algún motivo de consulta sobre piel. Resulta pues, básico, el poder reconocer las lesiones elementales para poder identificar las diferentes dermopatías. Pese a los cursos, talleres, jornadas y seminarios sobre formación continuada en dermatología que realizan los médicos de atención primaria, las diferentes lesiones cutáneas siguen figurando dentro de los tres motivos más frecuentes de derivación que realizan estos profesionales a los distintos especialistas. Este hecho es sorprendente y pone en evidencia la falta de una mayor formación en esta disciplina. Lejos pues de conseguir un mejor manejo de las patologías cutáneas que podemos denominar autóctonas, la irrupción del fenómeno de la inmigración a finales del siglo XX puede dificultar todavía más su diagnóstico y ensombrecer el panorama. Los inmigrantes constituyen en estos momentos casi un 10% de la población global del estado español. Por comunidades, Cataluña y Madrid reciben a los mayores colectivos. Acuden

procedentes en su mayoría de Latinoamérica, del norte de África, del África subsahariana, de India-Pakistán y de China. Todos ellos, si nos fijamos, coinciden en que tienen un origen étnico no caucásico. El reto de los médicos de familia ahora es doble. No sólo deben formarse para el reconocimiento de las lesiones cutáneas sobre piel no caucásica, sino también identificar las diferentes enfermedades dermatológicas más comunes en estos colectivo. Han de ir aprendiendo las particularidades de la zona de origen (dieta, cultura, clima). También han de tener en cuenta la prevalencia de ciertas enfermedades en sus países de origen (paludismo, lepra, dengue, tuberculosis, etc.). Finalmente, han de contar con el proceso de adaptación de estos inmigrantes a nuestro medio, y que puede ir desde la aparición de sequedad en la piel, pasando por trastornos adaptativos emocionales, hasta dificultades económicas, paro, etc. Todo ello va a poder "marcar" la piel del inmigrante y dificultar todavía más el reconocer sus posibles lesiones.

No debemos olvidar tampoco otro comportamiento clásico que sigue en un principio este inmigrante, y que es la utilización de los recursos sanitarios por la puerta de la atención urgente, tanto hospitalaria como de centro de salud. Pero, poco a poco, estamos asistiendo a una tendencia cada vez mayor a igualarse a la población autóctona, utilizando con más frecuencia la visita programada, aunque se siga guiando por una serie de síntomas o signos adquiridos en sus países de origen.

El futuro inmediato de la dermatología y de muchos ámbitos de la medicina en general es el familiarizarnos, nunca mejor dicho, con la identificación de lesiones elementales cutáneas sobre diferentes tipos y colores de piel. Quiero felicitar a mis colaboradores por pertenecer a un grupo de facultativos pioneros en nuestro país en la docencia de este arte. Ha sido un lujo contar con ellos.

Finalmente, quiero agradecer a todo el equipo de PROFÁRMACO-2 y a los Laboratorios MENARINI por haber apostado por este trabajo. No me cabe ninguna duda de que con su contribución podremos mejorar la formación de muchos residentes y médicos de atención primaria, así como incluso de especialistas dermatólogos.

Dr. Gerardo Martínez
Médico de familia. ABS Martí Julià
Servicio de Atención Primaria.
Badalona Serveis Assistencials

Introducción

Hace muchos años, en la década de los ochenta, siendo la Dra. Fuente y yo estudiantes de medicina en el Hospital Germans Trías y Pujol, asistimos en las prácticas a un paciente de raza negra, de origen senegalés y trabajador de la construcción. Era el primer paciente de piel oscura al que nos enfrentábamos y estaba ingresado en la planta de medicina interna. En concreto, en una de las camas destinadas a enfermedades infecciosas y que nosotros desconocíamos por aquel entonces. Su piel, a nivel del abdomen, antebrazos y piernas, no era negra. Sólo mantenía negra la cara, pero tenía, en general, una coloración grisácea, con múltiples excoriaciones y pequeñas fisuras. Los dedos de las manos estaban hinchados. No paraba de rascarse por todas partes y, en especial, por debajo de las sábanas, en los genitales. Nuestro tutor, el Dr. Ventura Clotet, nos preguntó aquello de *"¿qué les parece este caso?"* Como me miró a mí primero, le contesté que podía tratarse de una alergia, pero que me extrañaba un poco porque no estaba eritematoso... Mi compañera, más certera, le contestó que le parecía lo mismo que a mí, pero que en la gente de piel oscura el eritema no se percibía. Le añadió que como se rascaba tanto, y por dónde se rascaba, más podría tratarse de una sarna... El internista se quedó bastante perplejo y añadió que, efectivamente, el paciente padecía una sarna, pero estaba infectado por el VIH y había desarrollado SIDA.

Probablemente, la Dra. Fuente no recuerde esta anécdota, pero pasado todo este tiempo, la puedo aprovechar para ilustrar la introducción de este trabajo sobre ***"Patología dermatológica en pacientes de raza no caucásica"***.

Con la ayuda de mis colaboradores, hemos desarrollado este trabajo pensando en la cantidad de pacientes de raza no caucásica que, a lo largo de todo el país, acuden a visitarse a los centros de salud con un problema dermatológico y también, cómo no, en los compañeros médicos que los atienden. En una primera parte teórica, hemos hecho una revisión bibliográfica de la epidemiología, clínica, peculiaridades, creencias y rituales de este tipo de pacientes. Está dirigida a poner de manifiesto la dificultad que, tanto médicos de atención primaria como, en ocasiones, también los propios dermatólogos, tienen a la hora de valorar una lesión dermatológica en pacientes con piel oscura. Poder llegar a establecer un claro diagnóstico diferencial en pacientes de diversas razas diferentes a la caucásica constituye, en la actualidad, un reto diagnóstico de primera línea.

En una segunda parte, asistiremos a la revisión de una serie de casos reales, prevalentes y seleccionados, que todos nosotros hemos asistido en consulta. Intentarán poner de relieve la parte teórica y, a su vez, demostrar esta mencionada dificultad diagnóstica.

El propósito de toda la obra es que, desde la atención primaria que ofrecemos, se tenga no sólo una formación más elevada y de calidad en el manejo de este tipo de situaciones, sino una mayor sensibilidad a la hora de enfrentarnos a ellas.

Estaremos muy satisfechos si, al final del curso, el compañero que lo haya realizado reconoce haber conseguido incrementar sus habilidades.

Dr. Gerardo Martínez
Médico de familia. ABS Martí Julià
Servicio de Atención Primaria.
Badalona Serveis Assistencials

UNIDAD 1

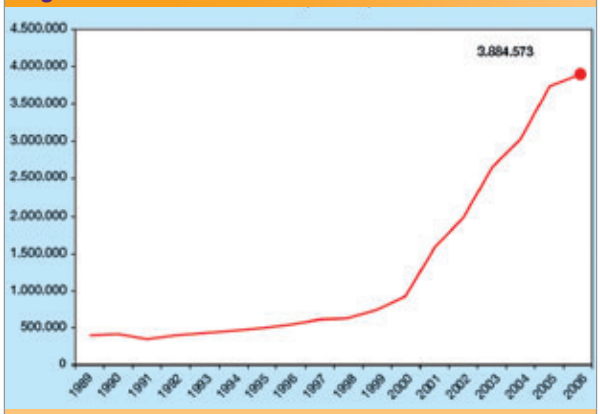
Epidemiología de las dermatosis que afectan a pacientes de raza no caucásica

Dr. Gerardo Martínez Sánchez

Introducción

Entre finales del siglo XX y la primera década del siglo XXI, España se ha convertido en un país receptor de inmigrantes, siendo éste un proceso que va en aumento (FIGURA 1·1). El ritmo de crecimiento de la población inmigrante en España es intenso, superior al 17% anual de media, alcanzando cifras del 25% en Cataluña y superiores al 20% en la Comunidad de Madrid, según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) en 2005. Las referencias más actuales procedentes de la misma fuente, sitúan a la población inmigrante para 2009 en algo más del 10% de la población total española. Los colectivos mayoritarios son los latinoamericanos, seguidos de los de los países del Magreb, África subsahariana, este de Europa y Asia. Pero estos datos, que son generales, hay que

Figura 1·1



Incremento de la inmigración entre finales del siglo XX y el inicio del siglo XXI.

extrapolarlos luego a la zona geográfica concreta del territorio nacional en el que las diversas poblaciones inmigrantes viven (no siempre repartidas en igual proporción) y donde los profesionales sanitarios las tratamos. Así pues, como ejemplo real, mostraremos los datos propios de nuestro ámbito, situado en una población como Badalona, con una población en torno a los 210.000 habitantes y donde el registro central de asignaciones al CatSalut (*Servei Català de Salut*) muestra que la media de población inmigrante se sitúa en el 8,5%. Pero el impacto de esta población inmigrante dentro de este territorio es mucho mayor en el ABS Badalona-9 (16,5% de inmigrantes) que en el ABS Badalona-12 (3% de inmigrantes). (TABLA 1·1). La complejidad de la atención al inmigrante no acaba aquí, ya que el 30% de esta población inmigrante que atiende el ABS Badalona-9 es de raza china, situación que no se repite, ni por asomo, en el resto de centros.

Una vez hecha esta reflexión, que también se da en otros puntos de la geografía española, sabemos que determinadas características de nuestro país, como la cercanía al continente africano, o la lengua castellana, hacen del mismo un destino atractivo para los movimientos migratorios procedentes de Sudamérica o de los países del norte de África y del África subsahariana, aunque también existen importantes colectivos de otras procedencias, como países del este de Europa y Asia.

Los determinantes de salud de los inmigrantes que atenderemos en nuestras consultan se derivan de: la falta de acceso a un trabajo normalizado, su situación irregular de residencia, el hecho de vivir en algunos casos en zonas de riesgo social elevado, la dificultad de acceso a los servicios sanitarios, en muchos casos por falta de información, y los problemas de comunicación relacionados con el idioma y las diferencias étnicas y culturales.

Tabla 1·1. Distribución de la población asegurada por ABS en el territorio de Badalona Serveis Assistencials segun Registro Central de Asignaciones (RCA) CatSalut

Total población 2008						
ABS	ABS Residencia Asegurado	ESP	INM	SE	TOTAL	% INM
272	BADALONA 1	10.107	545	201	10.853	5,0
274	BADALONA 3	15.824	1.856	531	18.211	10,2
279	BADALONA 8	15.129	1.012	416	16.557	6,1
280	**BADALONA 9**	**16.407**	**3.410**	**815**	**20.632**	**16,5**
281	BADALONA 10	9.247	1.752	390	11.389	15,4
283	BADALONA 12	11.798	378	303	12.479	3,0
319	MONTGAT	15.811	615	409	16.835	3,7

ESP: Españoles; INM: Inmigrantes; SE: Sin especificar.

Tener en cuenta las peculiaridades diferenciales de la inmigración obliga a estar atentos a las patologías de la adaptación que tan a menudo sufre el inmigrante, sobre todo por el aislamiento o la soledad; y a considerar esa dura realidad por la que no siempre los inmigrantes van a disponer de los medios económicos para contar con la medicación prescrita, aunque disfruten de la tarjeta sanitaria individual; conlleva el tener cierta flexibilidad en las agendas ante las dificultades de inmigrante por horarios y la movilidad laboral; lleva al profesional sanitario a trabajar preventivamente cuando se produzcan situaciones tan habituales como la precariedad y el hacinamiento en la vivienda; y le lleva a preocuparse de los riesgos de la no contemplación de las normas de seguridad e higiene en sus lugares y puestos de trabajo.

En la TABLA 1·2 podemos ver los principales determinantes de la salud de la población inmigrante. Destacaremos como más influyentes la vivienda y el trabajo.

Tabla 1·2. Determinantes de salud de la población inmigrante

Estilos de Vida • Malas condiciones de vivienda y hacinamiento. • No residencia fija. • Hábitos tóxicos, conductas de adicción. • Alimentación. • Estrés.	**Educación** • Problemas con el idioma. • Titulaciones no convalidadas en país receptor. • Nivel de estudios bajo.
Situación laboral y económica • Desempleo, deudas en el país de origen o para el viaje. • Empleos precarios y condiciones laborales de riesgo. • Falta de recursos económicos.	**Edad y género** • La mujer inmigrante en algunas culturas está supeditada al hombre y tiene más dificultad de integración en el país receptor.
Situación social y cultural • Cambios socioculturales respecto a su país de origen y necesidad de adaptación al país receptor. • Xenofobia, discriminación. • Exclusión social. • Separación familiar.	**Cultura sanitaria** • Desconocimiento del funcionamiento de los servicios sanitarios. • Diferente concepto salud/enfermedad. • Prácticas de medicina tradicional.
Situación legal • Legislación vigente respecto al inmigrante que va cambiando en el país receptor. • Itinerario burocrático. • Situación irregular.	**Medio ambiente** • El clima diferente. • Ambiente más ruidoso en países industrializados Contaminación ambiental. • Polución.
	Factores biológicos • Situación inmunitaria y cobertura vacunal a veces incompleta en el país de origen. • Enfermedades de base genética.

La atención a este segmento de la población constituye, pues, un reto para el personal sanitario y se hace cada vez más necesaria una formación específica en enfermedades que hasta ahora no habían constituido un problema importante o cuya frecuencia había descendido. Curiosamente, la patología dermatológica es una de las causas de consulta aguda más frecuentes, según diversos estudios realizados. Otros trabajos también están poniendo de manifiesto que incluso los problemas crónicos de piel se sitúan dentro de los tres problemas crónicos más prevalentes.

Las dermatosis que se vienen observando en estos pacientes con una frecuencia mayor que en el resto de la población corresponden, por una parte, a cuadros que, por la **mejora de las condiciones sociosanitarias** en nuestro país, habían pasado a verse de forma excepcional, como diversas parasitosis (escabiosis), micosis o algunas enfermedades de transmisión sexual. Otro grupo son las denominadas **dermatosis importadas**, como pueden ser diversas parasitosis, sobre todo por nematodos, y enfermedades producidas por micobacterias, como la lepra. Existe un tercer grupo constituido por la patología dermatológica relacionada con las **condiciones ambientales y laborales** que estos pacientes encuentran al llegar a nuestro país. Finalmente, hemos revisado la dificultad diagnóstica que pueden plantearnos el aspecto clínico de las **dermatosis en otras razas**, fundamentalmente en las razas no caucásicas, y en concreto, en la raza negra.

Vamos a intentar en este capítulo desgranar todos estos factores comentados.

Aspectos epidemiológicos a considerar

Cuando nos ponemos a realizar una revisión bibliográfica sobre estudios epidemiológicos existentes en la literatura médica sobre enfermedades dermatológicas en pacientes de raza no caucásica, las preguntas que nos hacemos y cuyas respuestas buscamos serían:

1] En sus países de origen ¿qué prevalencia existe de enfermedades dermatológicas?
2] Cuando vienen a nuestro país, ¿se mantiene esta misma prevalencia o cambia?
3] Tanto en sus países como en el nuestro ¿se superponen los diagnósticos a los de la población de piel caucásica o autóctona?
4] Los pacientes de raza no caucásica ¿consultan más o menos que los autóctonos por problemas dermatológicos?
5] Dado que la percepción de enfermedad varía entre distintas culturas y la necesidad de solicitar asistencia médica no es superponible entre las diversas poblaciones, ¿cuál es la incidencia real de cada enfermedad dermatológica?

Una vez metidos en la labor de campo, nos damos cuenta rápidamente de que existe una carencia de datos objetivos, sobre todo para dar respuesta a las preguntas 1 y 5. No existen estudios en la población general. Los principales

resultados proceden de países anglosajones. Muy pocos trabajos comienzan a publicarse ahora en países africanos o asiáticos. Para dar respuesta al resto de interrogantes planteados, hemos recurrido a las publicaciones efectuadas en nuestro país que sí revelan datos interesantes.

La prevalencia real de las enfermedades dermatológicas sigue siendo un enigma. Se utilizan los resultados de estudios realizados sobre población que acude a consultas externas de centros privados y públicos, o de aquellos pacientes que solicitan información en puntos sanitarios sobre alguna afección dermatológica, con lo cual el sesgo es considerable. Pese a ello, y como es de lo que disponemos, vamos a realizar una breve revisión de la literatura científica con la mejor intención de responder a las cuestiones planteadas.

Estudios epidemiológicos anglosajones

El primer estudio epidemiológico retrospectivo descriptivo realizado en pacientes negros en el mundo occidental, lo llevó a cabo Fox en la primera década del siglo XX. Registró los datos de más de dos mil enfermedades dermatológicas diagnosticadas en pacientes de piel no caucásica pero exclusivamente negra, en una clínica pública de Estados Unidos, y los comparó con otros tantos en pacientes de piel blanca. La mayoría de los procesos eran infecciosos (sífilis, escabiosis, impétigo contagioso, herpes zóster, pediculosis) e inflamatorios (eccema, acné, dermatitis, prurito, etc.) (TABLA 1·3). Observó que la prevalencia de sífilis y prurito era el doble en la raza negra que en la blanca, y concluyó diciendo que la población negra no parecía acudir con tanta frecuencia como la población blanca a los servicios de salud pública, y que entre este grupo de población únicamente merecen motivo de consulta aquellos procesos, normalmente agudos, que ocasionan molestias o dolor.

Tabla 1·3. Comparación de los principales diagnósticos efectuados en piel negra y blanca según el estudio de Fox (1908)

Diagnóstico	Nº casos en piel negra	Nº casos en piel blanca
Sífilis	595	279
Eccema	521	490
Escabiosis	170	243
Impétigo contagioso	154	197
Acné	101	163

Como críticas a este estudio, podemos decir que una enfermedad de transmisión sexual (ETS) puede ver aumentada su incidencia entre los miembros de la población inmigrante que no tienen pareja o la dejaron en su país de origen. Por otro lado, el prurito puede constituir una manifestación psicosomática o reflejar una mala adaptación de la piel negra a un nuevo medio climático.

Pese a ello, este trabajo pionero no deja de tener interés para los que buscamos referentes

epidemiológicos, pasado más de un siglo desde su publicación.

Otro referente mundial son dos trabajos realizados por Hazen y publicados en 1914 y 1935. En el primero, y en un estudio comparativo muy similar al de Fox, observó que la prevalencia de enfermedades infecciosas, y en concreto de la sífilis, era la más elevada, seguida del acné dentro de las inflamatorias. Subrayó el hecho de que la presentación anular de la sífilis era casi exclusiva de la piel negra.

En el segundo hizo un estudio clínico retrospectivo y excluyó, desde 1910, todos los casos de sífilis, pero llegando a incluir más de once mil pacientes de atención pública. Los resultados fueron similares a los de Fox. Las etiologías infecciosas, con la escabiosis al frente, y las inflamatorias, con el eccema alérgico y el acné, se situaron como las más prevalentes (TABLA 1·4). Una aportación muy importante de Hazen es que señala una serie de enfermedades como el cloasma, las cicatrices queloideas, el acné queloidal de la nuca, la dermatosis papulosa nigra y el vitíligo, entre otras, como más prevalentes en la piel negra que en la blanca. En la actualidad, siguen siendo motivo de consulta frecuente entre la población inmigrante que atendemos.

En 1961, Kenny publicó, en EE.UU., los datos referentes a la atención privada a pacientes negros y blancos con patologías cutáneas, donde la dermatitis atópica, las infecciones fúngicas y el acné destacaban muy por encima de la raza blanca. La aportación de Kenny más relevante es que identificó un grupo de enfermedades prácticamente exclusivas, o mucho más frecuentes, en la piel negra, que siguen, con las detectadas por Hazen, muy vigentes en nuestras consultas, y que son los cambios de hipo/hiperpigmentación postinflamatoria, pseudofoliculitis de la barba, acné queloidal de la nuca, celulitis disecante del cuero cabelludo y dermatosis papulosa nigra.

Tabla 1·4. Principales diagnósticos dermatológicos realizados en pacientes negros en EE.UU. por Hazen (1935) sin incluir sífilis

Diagnóstico	Nº casos en piel negra
Escabiosis	1.605
Eccema alérgico del adulto	1.205
Acné	1.140
Tinea tonsurans	992
Urticaria	731

Halder, en 1983 en EE.UU., y sobre más de dos mil pacientes negros atendidos en dispensarios dermatológicos, en comparación con más de quinientos diagnósticos efectuados en pacientes de piel blanca, dentro de una misma zona geográfica, determinó que el acné, el eccema y las alteraciones de la pigmentación eran los principales diagnósticos dermatológicos (TABLA 1·5).

Chid *et al* publicaron, en 1996 en Londres, un estudio retrospectivo descriptivo del espectro de

Tabla 1·5. Comparación de enfermedades dermatológicas más prevalentes en pacientes de piel negra y de piel blanca atendidos en consultas privadas de EE.UU. por Halder (1983)

Diagnóstico	Nº casos en piel negra	Nº casos en piel blanca
Acné vulgar	27,7%	29,5%
Eccema	20,3%	10,7%
Alteraciones de la pigmentación	9%	1,7%
Dermatitis seborreica	6,5%	1,8%
Alopecia	5,3%	–

diagnósticos dermatológicos realizados a 274 pacientes adultos negros atendidos consecutivamente en una clínica dermatológica hospitalaria a lo largo de tres meses. Los principales diagnósticos resultantes incluyeron: erupciones acneiformes (13,7%) acné queloidal de la nuca y foliculitis del cuero cabelludo (13,7%).

Estudios epidemiológicos africanos

Uno de los primeros trabajos disponibles en la literatura lo publicó Dogliotti en 1975. Trataba sobre población negra atendida en un medio urbano a lo largo de tres años en un hospital de Soweto (Sudáfrica). Los principales diagnósticos fueron sífilis, infecciones bacterianas, eccema, dermatitis de contacto, infecciones fúngicas superficiales, condilomas acuminados y gonorrea. El autor mismo señala la alta prevalencia de ETS como favorecida por la estancia prolongada de varones lejos de su familia.

En 1979, Ratnam *et al*, en Zambia, reclutaron a más de doce mil pacientes con patología dermatológica atendidos en un hospital universitario. Los resultados correspondieron a parasitosis (32% de los pacientes, incluida la escabiosis), piodermitis bacteriana (20%) y eccema (15%).

En 1998, Figueroa *et al*, en Etiopía, entre población rural, detectaron que los motivos principales de consulta dermatológicos eran infecciosos (46% de los pacientes, incluyendo escabiosis, pediculosis y oncocercosis; y un 33% de infecciones bacterianas y fúngicas).

En 2003, Hartshorne, en Sudáfrica, publicó un estudio retrospectivo sobre más de siete mil pacientes, la mayoría de raza negra, aunque también incluía blancos e hindúes. En los de raza negra, los diagnósticos más prevalentes fueron inflamatorios, del tipo eccema y acné, seguidos de infecciones fúngicas superficiales. En los de raza blanca, las dermatosis más diagnosticadas correspondieron a neoplasias benignas, eccema y neoplasias malignas.

En 2005, Onayemi, en Nigeria, sobre más de dos mil quinientos atendidos a nivel hospitalario, detectó que casi el 30% del total de ellos presentaban alteraciones cutáneas, de las cuales el 44% correspondía a infecciones y parasitosis, el 14% a eccema y el 7% a acné.

Estudios epidemiológicos españoles

La revisión de los estudios epidemiológicos de nuestro país se ha establecido haciendo un recorrido desde lo más general a lo más específico, y comparando resultados tanto a nivel de atención primaria, como servicios de urgencia y servicios de dermatología hospitalarios de ámbito público, así como centros especializados de medicina tropical o enfermedades importadas.

El primer estudio que presentamos pertenece a Ortiz *et al*, publicado en 1989. Su objetivo principal era conocer la prevalencia de las patologías cutáneas atendidas en atención primaria en población general y que, por aquel entonces, casi en su totalidad era autóctona. De manera prospectiva, durante 6 meses se obtuvieron 395 pacientes, lo que equivalía al 4.85% del total de consultas que hacían los pacientes a su médico de atención primaria. El 70% de todas ellas se concentraba en 11 patologías, entre las que destacaban las dermatofitosis-dermatomicosis, dermatitis de contacto, acné y dermatitis seborreica. Merece la pena destacar dos conclusiones. La primera es que las enfermedades dermatológicas ocupan un lugar relevante de las consultas en atención primaria. La segunda es que en población casi autóctona española de raza caucásica, la mayor prevalencia corresponde también a patología infecciosa e inflamatoria. No obstante, hay un matiz diferenciador, y es que no figuran infecciones como escabiosis, sarna o ETS, lo cual indica una mejora de las condiciones sociosanitarias que el inmigrante, sobre todo al inicio y en un elevado porcentaje, no tiene.

Aparicio *et al*, del Centro Nacional de Medicina Tropical, Instituto de Salud Carlos III de Madrid, en 2002, determinaron que el prurito era un motivo frecuente de consulta en inmigrantes y viajeros de larga estancia, sobre todo de África subsahariana. La mayor sequedad del ambiente en nuestro clima lleva consigo un menor grado de hidratación cutánea, con el consiguiente prurito. Otras causas frecuentes son la sarna, filariasis por *Oncocerca*, *Loa loa* y *Mansonella perstans*, dracunculosis y diversas micosis cutáneas. También era frecuente el prurito, en personas de raza negra, durante el tratamiento con cloroquina.

En la **TABLA 1·6** se repasan algunas de las etiologías más comunes de manifestaciones cutáneas según su morfología.

Porta *el al*, en 2004, analizaron la demanda asistencial de dermatología en la población inmigrante del área de salud del Hospital Miguel Servet de Zaragoza. De un total de 706 pacientes inmigrantes, las consultas dermatológicas suponían el 4% aproximado del total de primeras visitas, apreciándose una mayor frecuencia de mujeres, con diferencias significativas. La edad media era de 31 años, sin que se apreciasen diferencias significativas entre ambos sexos. La mayoría eran de raza no caucásica y su procedencia era Latinoamérica, el Magreb y África subsahariana.

Las enfermedades dermatológicas más frecuentes en este grupo de población fueron las

Tabla 1·6. Lesiones cutáneas frecuentes en zonas tropicales

Máculas	Pápulas	Nódulos	Úlceras	Pústulas
Hipopigmentadas • Postinflamatorias • Vitíligo • Tiria versicolor • Lepra • Oncocercosis **Hiperpigmentadas** • Postinflamatorias • Pelagra • Oncocercosis	• Sarna • Tunguiosis • Picaduras • Oncocercosis • LMC • Sífilis • Miasis • Lepra • SK • Acné • Tuberculosis	• Miasis • Queloides • Acné • Micosis • Oncocercosis • Tuberculosis • Pinta • Bartonelosis (verruga peruana) • Cistecercosis • Paragonimiasis	• Úlcera tropical • Leishmaniasis • Lepra • Úlcera de Buruli • Sífilis • Pioderma • Ectima • Difteria • Micosis • Tuberculosis • LV • Chancroide	• Pioderma • Acné • Varicela **Edema migratorio** • Loasis y filariasis subcutáneas • Gnatostomiasis • Paragonimiasis • Filariasis linfáticas

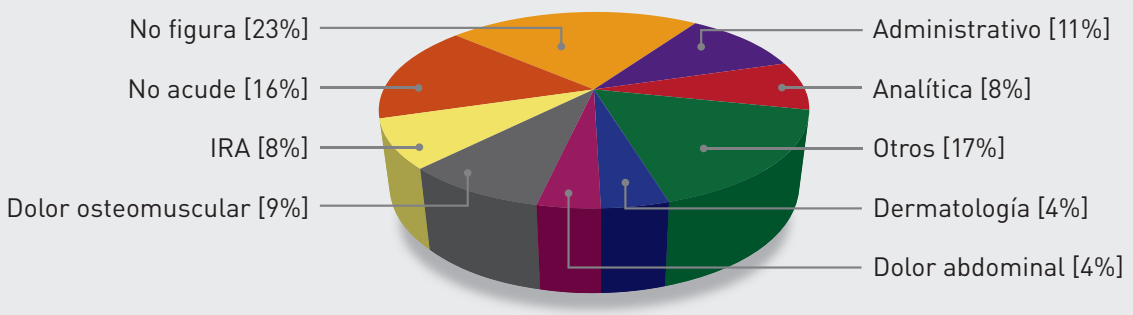
LMC: *Larva migrans cutanea*; LV: linfogranuloma venéreo; SK: sarcoma de Kaposi.

de origen infeccioso, sobre todo las micosis, siguiendo las de origen viral y las piodermitis, así como las ETS, apreciándose en todas ellas una incidencia superior a la de la población autóctona.

Fuertes y Martín Laso, en 2006, llevaron a cabo una revisión en sus respectivos centros de atención primaria de Navarra y Madrid, respectivamente, y determinaron que los problemas, en general, por los que consulta el paciente inmigrante en el centro de salud son los mismos que las de la población autóctona: problemas de infecciones respiratorias agudas (20%), osteomusculares (19%), cefalea (12%), de salud sexual y reproductiva (10%), digestivos (9%), accidentes (5%), y otros (incluyendo problemas de piel y síntomas y signos mal definidos (26%). En este mismo trabajo comparan sus datos con los de otro estudio similar llevado a cabo en un centro de salud de Almería y que muestra la distribución de motivos de consulta de los inmigrantes (FIGURA 1·2). Los problemas dermatológicos ocupan un 7% del total. Puede observarse que un porcentaje importante (16%) de la población inmigrante no acudió a la cita concertada; quizás por dificultades en relación con ausentarse del puesto de trabajo, o por haber mejorado de los síntomas que presentaba al solicitar la cita. En otro 23% de los casos no se determinó el motivo de consulta, porque probablemente serían del grupo de síntomas y signos mal definidos.

Junyent *et al*, en un artículo publicado también en 2006, revisan las características esenciales y diferenciales que presenta la población inmigrante con respecto a la autóctona. Según los datos recogidos en el Hospital Clínic de Barcelona, los principales motivos de consulta médica urgente de la población inmigrante fueron los

Figura 1·2



Distribución de los motivos de consulta más frecuentes de los inmigrantes en el centro de salud Vícar (Almería).

síntomas inespecíficos (mareo, malestar general, astenia, dolor mal definido) en una tercera parte de los casos, los síntomas respiratorios en el 18%, el dolor abdominal inespecífico en el 11% o las lesiones dermatológicas en un 10%. De estas consultas, la necesidad de ingreso alcanzó al 9% de pacientes atendidos, un porcentaje muy inferior al porcentaje global de ingresos de los pacientes atendidos en la sección de urgencias de medicina, y que fue del 21%, pero muy similar cuando se comparó a la de un grupo de pacientes de igual edad que la población inmigrante atendida. Estos datos concuerdan con los publicados en otros trabajos en nuestro país (TABLA 1·7).

Esteban-Vasallo *et al*, en una publicación reciente de 2009, mostraban un estudio descriptivo transversal con pacientes de 16 y más años incluidos en el sistema sanitario público de la Comunidad de Madrid, en el que estimaron la prevalencia de problemas de salud crónicos en inmigrantes, comparándola con la de la población autóctona, utilizando la historia clínica electrónica (HCE) de atención primaria (AP). El 36,8% de la población inmigrante presentaba alguna enfermedad crónica (55,3% de autóctonos) tras ajustar por edad, con más frecuencia en mujeres y en población de origen africano y latinoamericano. Las enfermedades más prevalentes en los extranjeros fueron las alergias (tasa cruda: 10,2%), las lumbalgias (9,1%), los problemas crónicos de piel (6,8%) y los trastornos mentales (6,4%).

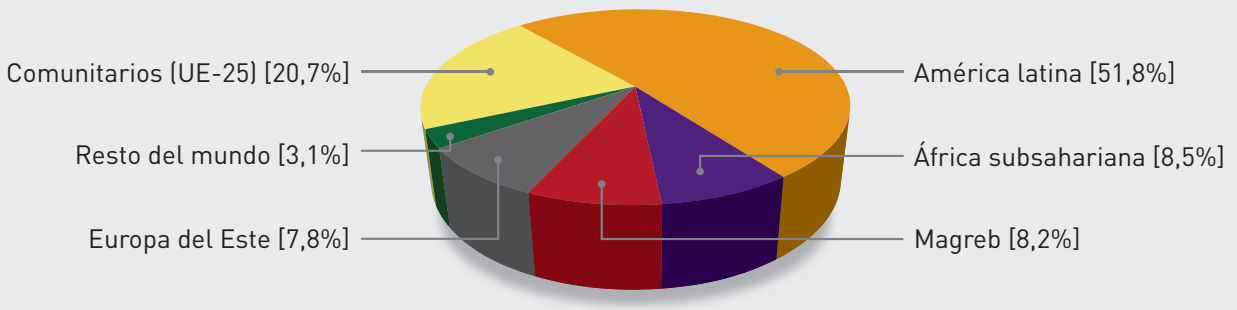
Como conclusión, obtuvieron que la prevalencia de enfermedades crónicas es menor en la población extranjera y varía según el sexo y la procedencia, siendo los problemas crónicos de la piel unos de los más prevalentes.

Tabla 1·7. Descripción de los principales motivos de consulta en población inmigrante en urgencias

Principales síntomas consulta (N, %)	VARIABLE			
	Serie Hospital Clínic de Barcelona (n=181)	Sánchez-García y col. (n=344)	Ballesteros-Pérez y col. (n=344)	Sanz y col. *et al* (n=300)
Síntomas respiratorios	33 (18)	68 (20)	17 (11)	121 (40)
Dolor abdominal	20 (11)	31 (9)	20 (13)	96 (32)
Lesiones dermatológicas	18 (10)	–	–	27 (9)
Alteraciones ritmo deposicional	10 (6)	–	–	–
Cefalea	13 (7)	41 (12)	–	87 (30)
Dolor torácico	17 (9)	–	8 (5)	–
Lumbalgia	11 (6)	65 (19)	–	207 (69)
Síntomas inespecíficos	59 (33)	89 (26)	106 (68)	115 (38)
Embarazo	–	31 (9)	–	–
Accidentes	–	17 (5)	–	84 (28)
Ansiedad, depresión reactiva	–	–	5 (3)	55 (18)
Fiebre	–	–	–	12 (4)
Problemas oftalmológicos	–	–	–	18 (6)

La experiencia dermatológica de la Dra. Sais y todo su equipo de la unidad de dermatología del Hospital de Mataró resulta también muy interesante. Enclavado en plena comarca del Maresme, muy conocida por su elevada tasa de inmigración, la población adulta que atendieron revela que, en una primera fase, los diagnósticos dermatológicos más prevalentes entre 1983 y 2006 pertenecieron al grupo de las ETS, relacionadas con el uso de la prostitución por parte de varones alejados de sus familias. Estos datos coinciden con otros encontrados en la literatura y comentados aquí. Posteriormente, y cuando el inmigrante ya se integra más, acude a consulta con problemas más relacionados con sus características raciales o con el medio donde vive. De esta manera, la consulta más habitual es por prurito, los cambios de pigmentación postinflamatorios, el acné vulgar, la pseudofoliculitis y el acné queloideo de la nuca, el eccema, las alopecias por tracción, las enfermedades fúngicas, la cicatrización queloidal, la dermatitis por agentes despigmentantes (sobre todo mujeres) y alguna infección importada de sus países de origen.

Figura 1·3



Distribución de los pacientes según su origen.

El trabajo más actual disponible en la literatura lo firman la Dra. Taberner *et al*. En un estudio descriptivo longitudinal llevado a cabo durante un año, entre 2008 y 2009, analizan los motivos de consulta dermatológicos en la población inmigrante del área de salud del Hospital Son Llàtzer (Palma de Mallorca). De las 6.699 primeras visitas que atendieron, un 13,2% fueron de origen extranjero. Se recogieron pacientes procedentes de 64 países diferentes, siendo los más frecuentes Argentina, Ecuador y Colombia, y de raza no caucásica en casi la mitad de los casos (FIGURA 1·3). El índice de frecuentación fue mayor en pacientes autóctonos (TABLA 1·8). Los pacientes extracomunitarios consultaron más por patología inflamatoria, mientras que

Tabla 1·8. Índice de frecuentación en consulta de dermatología atendiendo al origen de los pacientes

Origen	Pacientes Hospital Son Llàtzer	Población de referencia	%	IC 95%
Comunitarios	183	8.973	2,04	1,75 - 2,33
América latina	457	24.821	1,84	1,67 - 2,01
África subsahariana	75	3.948	1,90	1,47 - 2,33
Magreb	72	3.623	1,99	1,53 - 2,44
Europa del este	69	3.444	2,00	1,54 - 2,47
Resto del mundo	27	2.572	1,05	0,66 - 1,44
Españoles	5.816	214.809	2,71	2,64 - 2,78

Tabla 1·9. Motivos de consulta dermatológicos más frecuentes

	Españoles			Extranjeros comunitarios			Extracomunitarios		
	Diagnóstico	N	%	Diagnóstico	N	%	Diagnóstico	N	%
1	Nevus melanocítico	842	14,5	Nevus melanocítico	32	17,5	Nevus melanocítico	66	9,4
2	Queratosis seborreica	432	7,4	Queratosis seborreica	12	6,6	Acné	46	6,6
3	Verruga vulgar	404	6,9	Carcinoma basocelular	10	5,5	Verruga vulgar	33	4,7
4	Queratosis actínica	329	5,7	Verruga vulgar	10	5,5	Dermatitis atópica	33	4,7
5	Psoriasis	271	4,7	Queratosis actínica	9	4,9	Urticaria	28	4
6	Carcinoma basocelular	251	4,3	Acné	9	4,9	Eccema	25	3,6
7	Acné	221	3,8	Dermatitis atópica	9	4,9	Psoriasis	21	3
8	Acrocordón	185	3,2	Acrocordón	6	3,3	Acrocordón	21	3
9	Molluscum	154	2,6	Psoriasis	5	2,7	Dermatofitosis	18	2,6
10	Dermatitis atópica	134	2,3	Dermatitis seborreica	4	2,2	Molluscum	18	2,6
11	Eccema	133	2,3	Carcinoma epidermoide	3	1,6	Queratosis seborreica	17	2,4
12	Quiste	110	1,9	Dermatofitosis	3	1,6	Condiloma	16	2,3
13	Urticaria	102	1,7	Léntigo solar	3	1,6	Dermatitis seborreica	16	2,3
14	Dermatitis seborreica	94	1,6	Molluscum	2	1,1	Eccema contacto	14	2
15	Dermatofitosis	85	1,5	Eccema	2	1,1	Quiste	13	1,9

los pacientes españoles y comunitarios consultaron principalmente por tumores benignos (TABLA 1·9). En un 2% de casos, el motivo de consulta fue una ETS. Un 14,1% de los pacientes consultaron por motivo considerado como "estético". Las conclusiones a las que llegaron fueron que, contra determinadas "creencias" establecidas entre los profesionales sanitarios, la demanda asistencial de la población inmigrante en dermatología es menor respecto a la de la población autóctona, aunque con diferentes peculiaridades según el área de procedencia.

Finalmente, queremos mostrar los datos procedentes de la Unidad de Enfermedades Importadas y el servicio de Dermatología de *Badalona Serveis Assistencials*. Entre 2008 y 2010, se han seleccionado 24 casos exclusivamente dermatológicos, con una historia clínica completa, de raza no caucásica y procedentes de la derivación desde las consultas de atención primaria. En su mayoría se trataba de mujeres (80%). Las patologías más prevalentes han sido eccemas: 6 (25%); tumores benignos: 5 (20%); trastornos de pigmentación (vitíligo): 4 (17%); patología infecciosa: 3 (12%) y enfermedades del folículo pilosebáceo y anejos (acné queloideo de la nuca y alopecia por tracción incluidos): 3 (12%). También se diagnosticaron 2 (8%) dermatitis por agentes despigmentantes. Llama la atención que sólo un caso (5%) fuese una ETS (TABLA 1·10).

Tabla 1·10. Principales diagnósticos dermatológicos realizados a inmigrantes en el servicio de Dermatología de *Badalona Serveis Assistencials* (período 2008-2010)

Diagnóstico	% casos en raza no caucásica
Eccemas	25%
Tumores benignos	20%
Trastornos de pigmentación	17%
Patología infecciosa	12%
Enfermedades del folículo pilosebáceo	12%
Dermatitis despigmentantes	8%
ETS	5%

Bibliografía

- De Eusebio Murillo E, Zambrano Centeno B, Jaén Olasolo P. Patología dermatológica en inmigrantes. Semergen. 2004; 30(7): 345-55.
- Esteban-Vasallo MD, Domínguez-Berjón MF, Astray-Mochales J, Gènova-Maleras R, Pérez-Sania A, Sánchez-Perruca L, Aguilera-Guzmán M, González-Sanz FJ. Prevalencia de enfermedades crónicas diagnosticadas en población inmigrante y autóctona. Gac Sanit 2009; 23: 6.
- Estudio de inmigración y salud pública: Enfermedades infecciosas importadas. Coordinación y gestión: Área de Promoción de la Salud. Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología. Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad y Consumo 2007.
- Fuertes C, Martín Laso MA. El inmigrante en la consulta de atención primaria. Patología emergente de las migraciones sociales. Anales del sistema sanitario de Navarra 2006; 29 (supl 1): 9-26.
- Junyent M, Núñez S, Miró O. Urgencias médicas del inmigrante adulto. Patología emergente de las migraciones sociales. Anales del sistema sanitario de Navarra 2006; 29 (supl 1): 27-34.
- Ortiz, Herrera T, Pérez del Molino C, Piñeiro F, Perales ML, Muñoz P. Epidemiología de las enfermedades dermatológicas en atención primaria. Rev San Hig Púb. 1992; 66: 71-82.
- Porta N, San Juan J, Simal E, Baldellou R, Ara A, Zubiri ML. Análisis de la demanda asistencial de Dermatología en la población inmigrante del área de salud del Hospital Miguel Servet de Zaragoza. Actas Dermosifiliogr. 2008; 99: 127-33.
- Sais G. Epidemiología en las enfermedades dermatológicas en población negra. En: Dermatología en pacientes de piel negra. Badalona: Euromedice ediciones médicas, 2008.
- Taberner R, Nadal C, Llambrich A, Vila A, Torne I. Motivos de consulta dermatológicos en la población inmigrante y española de el área de salud del Hospital Son Llàtzer (Mallorca). Actas Dermosifiliogr. 2010; 101(4): 323-9.

UNIDAD 2

Presentación clínica de las dermatosis que afectan a pacientes de raza no caucásica

Dra. Mª José Fuente González

Introducción

Los movimientos migratorios observados en las últimas décadas han conllevado una heterogeneidad en la población de los países occidentales donde la raza caucásica era la predominante. Los médicos (dermatólogos, pediatras, médicos de familia...) nos hemos de familiarizar con las peculiares formas de presentación de las enfermedades cutáneas de los pacientes de raza no caucásica, ya que las características específicas de su piel cambiará nuestra práctica diaria. La valoración dermatológica del paciente de piel no caucásica es compleja, tanto por unos patrones clínicos de las enfermedades habituales diferentes a los que estamos acostumbrados, como por el contexto social del paciente, que puede presentar enfermedades cutáneas importadas, poco habituales en nuestro ámbito y propias de sus países de origen, y la influencia de unos factores socioeconómicos especiales.

Características de las pieles no caucásicas

En principio, hemos de definir cuáles son las pieles que consideramos no caucásicas. La clasificación más aceptada de los tipos de piel según su reacción al sol es la de Fickpatrik (TABLA 2·1). En esta clasificación, las pieles negroides son los fototipos V y VI, y las moderadamente pigmentadas, los fototipos III y IV.

Las diferencias estructurales de las pieles no caucásicas frente a las caucásicas condicionan el

Tabla 2·1. Tipos de piel según su reacción al sol

Clasificación de Fickpatrik	Descripción
Fototipo I	Piel muy clara, muy sensible, se quema intensamente, no se broncea.
Fototipo II	Piel clara, sensible y delicada, se quema, algunas veces se broncea.
Fototipo III	Piel intermedia, se quema algunas veces, siempre se broncea.
Fototipo IV	Piel ligeramente oscura, no suele quemarse, se broncea con facilidad.
Fototipo V	Piel oscura, se quema raramente, se broncea con intensidad.
Fototipo VI	Piel negra, no se quema, se broncean de forma muy intensa.

patrón de respuesta y las patologías más frecuentes en estos tipos de piel. A continuación, se revisarán de manera rápida las principales diferencias entre las pieles caucásicas y no caucásicas. Posteriormente, la Dra. Taberner, en el capítulo 3, incidirá sobre ellas de manera más exhaustiva.

Así pues, respecto a los **melanocitos,** éstos pueden variar en un mismo individuo en función de la localización anatómica, pero las diferencias étnicas del color de la piel se deben, principalmente, a variaciones en el número, tamaño y agregación de los melanosomas en el melanocito y el queratinocito. En las personas de piel negra, los melanosomas son de mayor tamaño y se rodean de una membrana; mientras que en las pieles claras, los melanosomas son relativamente pequeños y se agrupan. Además, los melanosomas en la piel oscura se distribuyen a través de toda la epidermis, incluyendo la capa basal, granulosa, lúcida y córnea, mientras que en las pieles claras sólo se observan melanosomas aislados en la capa basal.

La estructura del **estrato córneo** en las pieles pigmentadas difiere de la de las pieles blancas, siendo en la piel negra más compacto (aunque mantienen el mismo grosor, en las pieles negras hay unas 20 capas celulares, mientras que en la piel blanca son unas 16). Además, se ha observado que el contenido en lípidos del estrato córneo en la piel negra es ligeramente superior.

En la **dermis**, los fibroblastos son más grandes y se encuentran en mayor número. Además, se cree que la hiperreactividad de los fibroblastos se debe a la interacción con varias células (mastocitos) y citocinas, lo que explicaría la elevada tendencia a la formación de queloides. También se ha observado un menor número de fibras elásticas.

No está claro si hay diferencias en cuanto a las glándulas sebáceas, pero se ha observado un mayor número en el pelo de las personas con piel oscura.

El número y las características de las **glándulas sudoríparas ecrinas** no varían dependiendo de la raza.

Las pieles más pigmentadas no tienen más melanocitos; el número de éstos es igual en todas las pieles, pero cambia el número, tamaño y agregación de los melanosomas en melanocitos y queratinocitos. El **color de las lesiones cutáneas** dependerá del grado de vasodilatación, el grosor epidérmico, el tipo y la densidad del infiltrado inflamatorio, así como de la localización de la melanina.

El problema en las pieles no caucásicas radicará, debido a las diferencias estructurales de los melanosomas, especialmente, en un aumento en las alteraciones de la pigmentación. Una dificultad importante, en cuanto a la exploración de las pieles oscuras, es la ausencia del eritema como signo guía de inflamación. El eritema que nosotros identificamos como un color rojo o rojizo, en estos pacientes se va a quedar enmascarado por la pigmentación, traduciéndose en lesiones de color gris, pardo o marrón oscuro-negro. Por tanto, valorar lesiones cutáneas en una piel negra es un reto, ya que no distinguimos el color rojo del eritema, ni el tinte violáceo del liquen plano y de las reacciones liquenoides, ni las lesiones vasculares, purpúricas o las pigmentaciones melanocíticas. Además, la hiperqueratosis en la piel negra se manifiesta como lesiones de tinte plateado o grisáceo.

En la semiología de las lesiones cutáneas de la piel negra influyen, fundamentalmente, tres aspectos:

- **Ausencia de eritema.** Es frecuente que lesiones que aparecen con una coloración roja o marrón en los fototipos I a III aparezcan como de color violáceo-grisáceo en las pieles de los fototipos IV a V.
- **La gran labilidad en la pigmentación.** Ello influye en que, característicamente, en las pieles pigmentadas, tras procesos inflamatorios cutáneos se pueda provocar hiperpigmentación o, menos frecuentemente, hipopigmentación, que suelen persistir después de que la erupción inicial desaparezca.
- **Patrones inflamatorios peculiares.** Nos referimos a la tendencia que presenta la piel pigmentada hacia el desarrollo de patrones de respuesta no usuales en la piel blanca. Muchas enfermedades de la piel adoptan patrones distintos en la raza negra, con tendencia a formar lesiones más anulares, papulosas y foliculares.

Estos hechos diferenciales conllevan que, en muchas ocasiones, las herramientas básicas de diagnóstico dermatológico, como la historia clínica y la semiología de las lesiones cutáneas, sean poco útiles. A esto se añade, en muchas ocasiones, la dificultad de comunicación con el paciente por las barreras idiomáticas. La dificultad de obtener una historia clínica correcta, junto con los cambios clínicos de las lesiones cutáneas, condiciona que, en un porcentaje importante, sea necesaria la realización de exploraciones complementarias para poder establecer un diagnóstico.

Lesiones no patológicas en las pieles no caucásicas

Como ya hemos comentado, las diferencias estructurales entre las pieles caucásicas y no caucásicas implican diferencias morfológicas. Para abordar a estos pacientes hemos de aprender a identificar los cambios normales y las lesiones no patológicas en las pieles más pigmentadas.

En las pieles oscuras no caucásicas pueden observarse alteraciones, sobre todo de carácter pigmentario, que se consideran normales y fisiológicas, y que se deben tener en cuenta a la hora de evaluar a estos pacientes, ya que su desconocimiento puede conducir a tratamientos o exploraciones complementarias innecesarias. Se trata de rasgos o alteraciones presentes en las pieles pigmentadas sanas.

Entre ellas destacamos, por un lado, las que se manifiestan con **hipopigmentación:**

- **Hipopigmentación de la línea media.** Es una variante de la normalidad, caracterizada por una banda de hipopigmentación macular en la zona medioesternal (FIGURA 2·1). Puede observarse en casi el 70% de los niños, y en menos del 40% después de los 20 años. En algunos pacientes, esta condición parece presentarse con un patrón de herencia autosómica dominante.
- **Leucoedema oral.** Es una lesión benigna que se observa con frecuencia en personas de piel negra a cualquier edad, en casi el 90%, y afecta a hombres y mujeres por igual. Se presenta como lesiones perladas blanco-grisáceas. Pese a su histología benigna, en ocasiones tiende a la leucoplasia, en especial por falta de higiene y en casos de tabaquismo.

Figura 2·1

Varón de Mali de 55 años, en el que persiste hipopigmentación macular en la zona medioesternal.

Y por otro lado, las que se manifiestan con **hiperpigmentación:**

- **Líneas de Futcher** (o líneas de Voigt). Corresponden a líneas de demarcación bilaterales que

Figura 2·2

Niña senegalesa con líneas de Futcher que se extienden verticalmente a lo largo de la cara anterolateral de la extremidad.

Figura 2·3

La pigmentación en las mucosas se puede observar sobre todo en las encías, pero también puede estar presente en otras localizaciones, como la mucosa yugal.

se extienden verticalmente a lo largo de la cara anterolateral de la extremidad (FIGURA 2·2), y que pueden presentarse en el 25% de los pacientes de piel más oscura.

- **Pigmentación en la mucosa oral.** Se observa sobre todo en las encías, pero también en la mucosa yugal, lengua y paladar duro (FIGURA 2·3).
- **Pigmentaciones ungueales.** Pueden aparecer de forma difusa, o bien en forma de bandas longitudinales marrones y/o negras, como resultado del incremento de melanocitos en la matriz. Esta condición suele ser bilateral, y aumenta su frecuencia e intensidad con la edad (FIGURA 2·4).
- **Hiperpigmentación macular de palmas y plantas.** Muy frecuente, sobre todo en las pieles más oscuras y en las plantas de los pies. Asimismo,

Figura 2·4

En los fototipos IV-V es frecuente la presencia de bandas de pigmentación longitudinal en las uñas.

Figura 2·5

En la raza negra es frecuente la observación de lesiones pigmentadas en las palmas y plantas.

suele observarse una pigmentación más o menos marcada de las líneas palmoplantares (FIGURA 2·5).

- **Dermatosis papulosa nigra.** Este es un proceso muy frecuente que se observa en más del 70% de los pacientes con piel negra, sobre todo en mujeres. Los pacientes desarrollan pequeñas pápulas de 1 a 5 mm en la cara, cuello o tronco, que histológicamente corresponden a queratosis seborreicas. El tratamiento con crioterapia está contraindicado por el riesgo de hipopigmentación posterior (FIGURA 2·6).

Figura 2·6

La dermatosis papulosa nigra afecta más a las mujeres y está constituida por pequeñas queratosis seborreicas.

- **Mancha mongólica o melanocitosis dérmica circunscrita.** Consiste en una mácula de color

azulado o gris pizarroso que está presente desde el momento del nacimiento. Sus bordes están mal delimitados, y su tamaño varía entre uno y diez centímetros. La región típica de presentación es la zona lumbosacra (zona baja de la espalda y nalgas). También puede presentarse en otras zonas del cuerpo (FIGURA 2·7).

Figura 2·7

La localización más frecuente de la mancha mongólica es la zona lumbar. En la mayoría de los casos, esta lesión desaparece en los primeros años de vida.

Manifestaciones atípicas de algunas dermatosis habituales

En la TABLA 2·2 se muestran las dermatosis diagnósticas más comúnmente detectadas en una población de EE.UU. Como se puede observar en la tabla, el acné y los eccemas son las dermatosis más diagnosticadas, seguidas

Tabla 2·2. Enfermedades cutáneas más frecuentes en raza negra, hispanos y asiáticos de EE.UU. (según Halder *et al*)

Raza negra	%	Hispanos	%	Asiáticos*
Acné	28	Acné	20	Xerosis
Eccema	20	Eccema	19	Prurito
Alt. pigmentación	9	Fotoenvejecimiento	17	Eccemas
Dermatitis seborreica	6	Alteraciones pigmentación	14	Melasma
Alopecia	5	Micosis	10	Fotodermatosis
Infecciones fúngicas	4	Condilomas	7	Psoriasis
Dermatitis contacto	3	Queratosis seborreicas	5	Vitíligo
Verrugas	2	Acrocordones	4	Nevus Ota/Ito
Pitiriasis versicolor	2	Dermatitis seborreica	3	Mancha mongólica
Queloides	2	Alopecia	2	Pigmentación uñas
Pitiriasis rosada	2	Psoriasis	1	Bowen
Urticaria	2			

* Lim HW, datos no publicados. No se dispone de porcentajes.

Figura 2·8

Las secuelas más importantes del acné en la piel no caucásica son las cicatrices hiperpigmentadas.

de las dermatosis inflamatorias. Las alopecias causadas por técnicas de peinado también son frecuentes.

Enfermedades inflamatorias

Acné

El acné es una de las dermatosis más frecuentes en las pieles pigmentadas, y al parecer tiene unas características clínico-patológicas diferentes de las del que aparece en las pieles caucásicas (FIGURA 2·8). Uno de los hallazgos más habituales y temidos en estas pieles es la hiperpigmentación postinflamatoria, que hace que sea muy importante un tratamiento precoz para evitar esta complicación. Así, el tratamiento precoz con antibióticos, ya sean tópicos o sistémicos, es crucial. Otros fármacos, como el peróxido de benzoilo o la isotretinoína tópica, se han de utilizar con cautela debido al efecto irritante que tienen, que puede desencadenar hiperpigmentación postinflamatoria subsecuente. Una buena opción puede ser el ácido azelaico al 20%, que puede mejorar las lesiones de acné y las lesiones hiperpigmentadas.

Aunque las formas leves-moderadas de acné parecen ser más frecuentes en las pieles más pigmentadas, se ha encontrado una disminución de las formas de acné graves (nódulo-quístico) en hispanos, asiáticos y, particularmente, los afroamericanos, comparados con los caucásicos.

Algunas formas especiales que podemos observar son:

- El **acné queloidal de la nuca** (foliculitis queloidalis). Se convierte en un proceso inflamatorio crónico, provocado principalmente por el tipo de pelo del paciente de raza negra. Este pelo se curva, enclavándose en la piel y provocando una reacción inflamatoria. Las lesiones aparecen como pápulas y pústulas en la zona de la nuca. Ocasionalmente, éstas pueden confluir, originando placas queloidales.
- La **seudofoliculitis de la barba** se origina por un mecanismo parecido, aunque es más frecuente en la barba; puede aparecer en otras zonas pilares que el paciente rasure, incluido el cuero cabelludo o la zona genital.

Figura 2·9

Las lesiones eccematosas pueden dejar zonas hiper o hipopigmentadas.

Figura 2·10

La dermatitis atópica es frecuente en los individuos asiáticos.

Dermatitis atópica y otros eccemas

La **dermatitis atópica** (DA) es una dermatosis inflamatoria, muy pruriginosa, de curso crónico, caracterizada por el desarrollo de lesiones de eccema. La dermatitis atópica afecta con mayor frecuencia a la infancia, pero puede persistir y/o debutar en la adolescencia o en la edad adulta. La prevalencia de la dermatitis atópica se sitúa entre el 4 y el 20% de la población. Existen grandes diferencias según el medio sea rural o urbano, donde la incidencia es más alta.

En las pieles pigmentadas se ha observado una la tendencia a desarrollar formas foliculares de eccema atópico, que con frecuencia pueden semejar un liquen *nitidus*, así como una rápida tendencia a la liquenificación y a la hiperpigmentación postinflamatoria. Aunque, en algunos casos, en las áreas de lesiones eccematosas pueden aparecer lesiones hipopigmentadas (FIGURA 2·9).

Los pacientes asiáticos también tienen una prevalencia mayor de dermatitis atópica, así como los residentes en áreas de clima frío, donde se hace más vida en el interior de las casas (FIGURA 2·10). La incidencia está en aumento,

probablemente por las siguientes causas: estilo de vida occidental, aumento de la edad materna, polución, tabaquismo materno y reducción de la lactancia materna.

Una variante de la dermatitis atópica es la conocida **pitiriasis alba** (dartros acromiante), que se manifiesta por placas descamativas, eritematosas sobre la piel blanca e hipopigmentadas sobre la piel negra, y que suele estar confinada a la cara en el área de la mejillas (FIGURA 2·11).

Respecto a la **dermatitis de contacto**, representa la respuesta inflamatoria de la piel a múltiples agentes exógenos. A diferencia de las pieles blancas, en las pieles pigmentadas difícilmente aparecen vesiculación y ampollas en las fases agudas de la dermatitis de contacto. Por otro lado, es frecuente una rápida evolución a la liquenificación y los cambios de hiperpigmentación o hipopigmentación, según los distintos alérgenos de contacto.

Figura 2·11

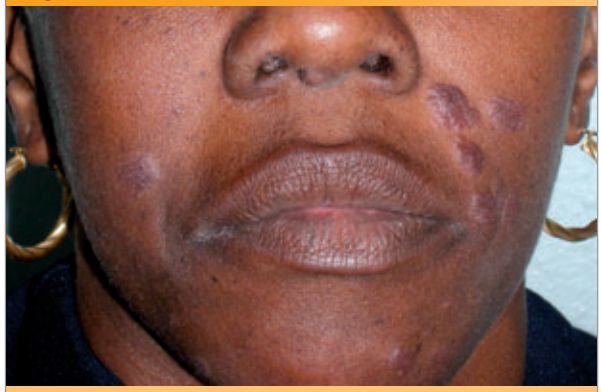
En la pitiriasis alba o dartros se observan áreas hipopigmentadas.

Sarcoidosis

La sarcoidosis es una enfermedad granulomatosa sistémica de causa desconocida y carácter autoinmune, que afecta a todas las poblaciones y etnias humanas, y fundamentalmente a adultos entre 20 y 40 años. Es más frecuente en los países del norte de Europa, siendo la incidencia anual más alta en Suecia e Islandia. En Estados Unidos, la sarcoidosis es más común en personas de ascendencia africana que en caucásicos, con una incidencia anual de 35,5 y 10,9 por cada 100.000 habitantes, respectivamente. Parece ser menos frecuente en Sudamérica, España, Canadá, Filipinas y la India, aunque las diferencias en la incidencia de esta enfermedad pueden deberse en parte a la falta de diagnóstico en determinadas regiones del mundo y a la presencia de otras enfermedades granulomatosas como la tuberculosis, que pueden enmascarar la sarcoidosis.

Puede haber diferencias étnicas en la severidad de la enfermedad. Diversos estudios sugieren que en personas de origen africano el curso

Figura 2·12



Las lesiones de sarcoidosis en la razas negras son más frecuentes en la zona centrofacial.

puede ser más grave y la enfermedad estar más diseminada, mientras que las personas de raza caucásica suelen desarrollarla de forma asintomática con más frecuencia.

Los síntomas parecen ser ligeramente diferentes según etnia y género: el eritema nodoso es mucho más común en hombres que en mujeres, y en caucásicos que en cualquier otra etnia. En Japón son más comunes las afecciones cardiacas y oftalmológicas. En las razas pigmentadas, las lesiones cutáneas suelen afectar principalmente la zona facial alrededor de la nariz y la boca (FIGURA 2·12), pudiendo aparecer lesiones papulares levemente rosadas, máculas hipopigmentadas y nódulos subcutáneos.

Psoriasis

En la raza negra, la prevalencia de psoriasis es menor que en la raza caucásica. Al igual que otras dermatosis inflamatorias, puede provocar hiperpigmentación, que causa problemas cosméticos difíciles de tratar (FIGURA 2·13). Por otro lado, algunos tratamientos usados para el control de la psoriasis, como la fototerapia, son menos eficaces en las pieles pigmentadas.

Figura 2·13

Aunque la prevalencia de la psoriasis en la raza negra es menor, puede ocasionar problemas cosméticos difíciles de solucionar. En la foto se observan lesiones hiperpigmentadas tras un brote de psoriasis.

Alteraciones de la pigmentación

Las alteraciones de la pigmentación constituyen unas de los principales motivos de consulta al dermatólogo de los pacientes de raza no caucásica, tanto por exceso (hiperpigmentación) como por defecto (hipopigmentación).

Vitíligo

El vitíligo es un trastorno caracterizado clásicamente por despigmentación cutánea debida a ausencia de melanocitos funcionales (los melanocitos son las células encargadas de la producción del pigmento), originándose las máculas despigmentadas características. Aunque el vitíligo es una enfermedad universal, en las pieles pigmentadas se acompaña de una repercusión emocional mayor por la alteración estética que provoca (FIGURA 2·14). En las pieles muy pigmentadas, puede observarse no sólo una despigmentación total, sino también una hipopigmentación, adquiriendo las lesiones de vitíligo un patrón de pigmentación conocido como patrón tricrómico.

Figura 2·14

La hipopigmentación que observamos en el vitíligo condiciona alteraciones estéticas importantes.

Melasma

El melasma es una melanosis adquirida de evolución crónica y asintomática que cursa con lesiones hiperpigmentadas de color marrón claro u oscuro, de bordes mal delimitados, simétricas, localizadas en zonas expuestas a la luz solar, habitualmente en frente, pómulos, labio superior y mentón. Aunque su principal causa es desconocida, se cree que influyen en su aparición factores genéticos, exposición a la radiación ultravioleta, cambios hormonales, cosméticos, etc. Es más prevalente en hispanos y africanos (FIGURA 2·15).

Lesiones tumorales

Queloides

Los queloides son lesiones motivadas por reparación fibrosa excesiva de los tejidos cutáneos como consecuencia de un traumatismo, herida o un proceso inflamatorio en la piel. La aparición de queloides puede ocurrir en todas las razas; sin embargo, se ha calculado que los individuos de raza negra tienen entre 3 y 18 veces más riesgo de desarrollarlos que los de raza blanca. La etiopatogenia de estas lesiones es

Figura 2·15

Lesiones de melasma en una mujer de raza hispana.

Figura 2·16

Queloides post-acné en una paciente de raza negra.

mal conocida y depende de la interacción entre fibroblastos, citocinas y otras células que facilitan una producción excesiva de colágeno y una inhibición de los componentes de la matriz extracelular. En la raza negra se ha observado que los fibroblastos son más grandes y numerosos, lo que se ha relacionado con esta mayor predisposición a desarrollar queloides (FIGURA 2·16).

Cáncer cutáneo

La incidencia del cáncer de piel en las razas pigmentadas es relativamente baja. En la población caucásica, la exposición solar, ya sea crónica o intermitente, es el factor etiológico más importante en el desarrollo de carcinomas basocelulares (el cáncer de piel más frecuente en las pieles claras), el carcinoma escamoso (el cáncer de piel más frecuente dentro de las razas pigmentadas) y el melanoma. El contenido de melanina y el patrón de dispersión de los melanosomas en los individuos de fototipo V y VI son los responsables de la protección frente el efecto carcinogénico de la radiación ultravioleta y, en consecuencia, de una baja incidencia de cáncer cutáneo.

El desarrollo de melanoma está inversamente correlacionado con el grado de pigmentación de la piel y de la exposición al sol. Los individuos caucásicos tienen un riesgo aumentado de presentar un melanoma en relación a los individuos hispanos, asiáticos o negros y, además de este mayor incidencia, también se observan diferencias cualitativas: diferente tipo histológico y diferentes localizaciones. En las razas no caucásicas, el melanoma se suele localizar en las zonas

no expuestas al sol y menos pigmentadas, como son las palmas, plantas y zona subungueal, siendo la forma clínica más frecuente el melanoma lentiginoso acral, seguido del melanoma maligno de mucosas. Se ha observado un peor pronóstico en los melanomas diagnosticados en razas no caucásicas, que se atribuye, principalmente, al mayor retraso diagnóstico.

Bibliografía

- Abdel-Naser MB, Verma SB, Abdallah MA. Common dermatoses in moderately pigmented skin: uncommon presentations. Clin Dermatol. 2005; 23(5): 446-56.
- Alexis AF, Sergay AB, Taylor SC. Common dermatologic disorders in skin of color: a comparative practice survey. Cutis 2007; 80(5): 387-94.
- Berardesca E, Maibach H. Ethnic skin: overview of structure and function. J Am Acad Dermatol. 2003; 48(6 Suppl): S139-42.
- Coley MK, Alexis AF. Managing common dermatoses in skin of color. Semin Cutan Med Surg. 2009; 28(2): 63-70.
- Davis EC, Callender VD. A review of acne in ethnic skin: pathogenesis, clinical manifestations, and management strategies. J Clin Aesthet Dermatol. 2010; 3(4): 24-38.
- Halder RM, Nootheti PK. Ethnic skin disorders overview. J Am Acad Dermatol. 2003; 48(6): S143-8.
- Ho SG, Chan HH. The Asian dermatologic patient: review of common pigmentary disorders and cutaneous diseases. Am J Clin Dermatol. 2009; 10(3): 153-68.
- Sais G, Bigatà X, Savall R, Isern M. Aspectos clínicos específicos de las dermatosis en razas pigmentadas. Piel 2003; 18(6): 313-9.
- Taylor SC. Epidemiology of skin diseases in ethnic populations. Dermatol Clin. 2003; 21(4): 601-7.
- Taylor SC. Epidemiology of skin diseases in people of color. Cutis 2003; 71(4): 271-5.
- Taylor SC. Utilizing combination therapy for ethnic skin. Cutis 2007; 80(1S): 15-20.

UNIDAD 3

Características y peculiaridades de los pacientes con dermatosis y con piel de raza no caucásica

Dra. Rosa Taberner Ferrer

Introducción

La variabilidad racial en el desarrollo de patología dermatológica es un área en la que los datos existentes son, a menudo, confusos y contradictorios, debido a una escasa representación poblacional en la mayor parte de los estudios y a errores metodológicos. Los principales tratados dermatológicos centran su estudio en las patologías existentes en la raza caucásica.

El rasgo primordial que caracteriza las diferentes razas es el color de la piel. Sin embargo, existen diferencias raciales en la fisiología cutánea, que son responsables de las diferencias en la reactividad cutánea en condiciones fisiológicas y patológicas de estos pacientes.

En este capítulo intentaremos desarrollar las diferencias estructurales y funcionales más significativas de la piel no caucásica, haciendo especial referencia a la piel negra.

Diferencias estructurales

Epidermis

La epidermis está formada por epitelio escamoso estratificado queratinizante, y la componen cuatro capas: córnea, granular, espinosa y basal (de superficial a profunda). En algunas áreas de piel más gruesa, puede observarse una capa intermedia entre la granular y la córnea, denominada estrato lúcido. Además, podemos observar dos tipos de células

dendríticas: los melanocitos y las células de Langerhans, y células de Merkel.

La capa córnea tiene el mismo grosor en negros y blancos. Sin embargo, la piel negra posee un mayor número de capas celulares (con gran variabilidad interindividual), por lo que ofrece una mayor resistencia, siendo más compacta y con mayor cohesión intercelular respecto a la piel blanca. Esto podría explicarse, en parte, por un aumento del contenido lipídico (no corroborado por todos los estudios), hecho que podría tener impacto en la función barrera y determinadas reacciones irritativas.

Tampoco existen diferencias en cuanto al grosor de la epidermis y al número de capas que conforman el estrato lúcido y la capa granulosa. Algunos autores han constatado alteraciones en el estrato lúcido de la piel blanca fotoexpuesta, hecho que no se observa en la piel negra, que se sigue manteniendo compacta. Sin embargo, los hallazgos respecto al fotoenvejecimiento no son uniformes, y mientras que algunos estudios sugieren que los individuos de piel negra muestran escasos signos de atrofia y signos degenerativos, otros muestran que tanto las epidermis de las pieles claras como las de fototipos altos muestran cambios relacionados con la edad, con adelgazamiento y disminución de los puentes intercelulares.

El color de la piel humana viene determinado principalmente por cuatro pigmentos: en la epidermis, por los carotenoides (amarillo) y la melanina (marrón), y en la dermis, por la hemoglobina oxigenada (rojo) y la hemoglobina reducida (azul). De todos ellos, el que confiere las diferencias en el color de la piel es la melanina.

Los **melanocitos** son células dendríticas que derivan de la cresta neural y se localizan en la capa basal de la epidermis y en la matriz del bulbo piloso. Los melanocitos, mediante la enzima tirosinasa, producen y secretan melanina, pigmento que puede ser de dos tipos: feomelanina (de color rojo-amarillento) y eumelanina (de color marrón-negruzco). La melanina se sintetiza en los melanosomas, que son unas organelas redondeadas envueltas por una membrana. Los melanosomas son transportados a lo largo de las dendritas de los melanocitos y son transferidos a los queratinocitos adyacentes (unidad melanoepidérmica) mediante la fagocitosis de los melanosomas. Ya en los queratinocitos, los melanosomas se disponen sobre los núcleos de los mismos. Posteriormente, los melanosomas son transportados hacia los queratinocitos maduros y eliminados como células cornificadas descamadas (**FIGURA 3·1**).

No existen diferencias raciales respecto al número de melanocitos, aunque sí que pueden variar en el mismo individuo en función de la localización anatómica (el ratio es de un melanocito por cada 4-10 queratinocitos basales). Las diferencias étnicas y raciales en el color de la piel se deben a variaciones en el número, tamaño y agregación de los melanosomas en el melanocito y queratinocito. Así, en las personas de piel

Figura 3·1

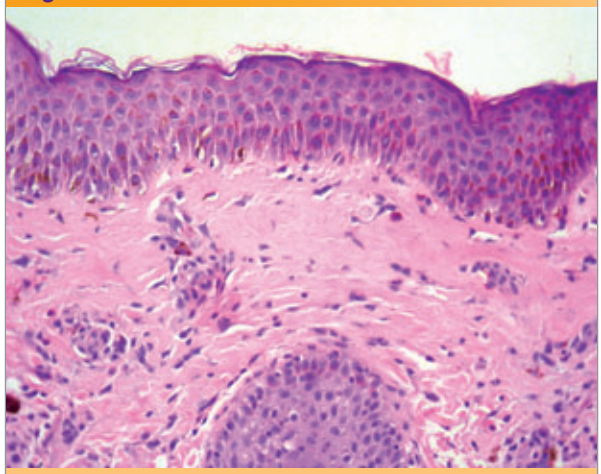


Imagen histológica de piel negra normal.
Se aprecia el pigmento melánico en todo el grosor de la epidermis y en la dermis superficial.

negra, los melanosomas son de mayor tamaño y se rodean de una membrana; por el contrario, en pieles claras, los melanosomas son relativamente pequeños, se agrupan y se degradan más rápidamente. Además los melanosomas en la piel oscura se distribuyen a través de toda la epidermis, incluidos la capa basal, granulosa, lucida y córnea, mientras que en pieles claras, sólo se observan melanosomas aislados en la capa basal. Sin embargo, la distribución de los melanosomas está más relacionada con el color de la piel que con la raza, propiamente (así, sujetos de raza negra con piel clara tienen melanosomas pequeños y agregados, mientras que individuos caucásicos de piel oscura tienen melanosomas distribuidos de manera similar a los de raza negra).

Gran cantidad de estudios han demostrado que la melanina confiere protección para la luz ultravioleta, aunque la piel pigmentada también puede experimentar un daño actínico significativo. Por otra parte, la melanina no es capaz de absorber de manera eficiente la radiación ultravioleta de mayor longitud de onda (UVA >320 nm), de modo que, en pieles oscuras, el daño actínico sería inducido por radiaciones UVA.

Dermis

Estudios comparativos demuestran que los macrófagos de la dermis papilar en piel negra son de un mayor tamaño y más numerosos, observándose en la mayor parte del grosor de la dermis, a diferencia de la piel caucásica, en la que únicamente se observan macrófagos en la dermis papilar.

Por otra parte, los fibroblastos son más grandes y se encuentran en mayor número en las pieles negras, siendo frecuente que se observen varios núcleos y con un mayor número de organelas. Asimismo, en los fototipos altos, las bandas de fibras colágenas son más pequeñas y compactas, dispuestas paralelamente a la epidermis. Se cree que la hiperreactividad de los fibroblastos se debe a la interacción con varias células (mastocitos) y citocinas, lo que explicaría la elevada tendencia a la formación de queloides.

También se han constatado, en piel negra, escasos fenómenos de elastosis y un mayor número de vasos sanguíneos y linfáticos superficiales.

No se han hallado diferencias en lo que respecta a la inervación cutánea.

Anejos cutáneos

Glándulas sudoríparas ecrinas

Son glándulas tubulares localizadas en dermis e hipodermis, que secretan a la epidermis independientemente de los folículos pilosos Son esenciales en el sistema de termorregulación, y su inervación depende del sistema colinérgico. Las diferencias raciales en lo que respecta a cantidad, estructura y función de las glándulas ecrinas son contradictorias. Sí se conoce que su número puede variar por mecanismos adaptativos (clima) o por factores genéticos. Clásicamente, se atribuye a los individuos de piel negra una mejor tolerancia al calor, aunque en realidad, los sujetos de piel negra toleran mejor el calor húmedo, mientras que los caucásicos hacen lo propio con el calor seco. La cantidad de sudoración depende más de mecanismos de adaptación que de factores anatómicos.

Glándulas sudoríparas apocrinas

Localizadas fundamentalmente en las regiones axilar y anogenital, son responsables, en parte, del olor corporal (junto con la microflora). Algunos autores sostienen que los individuos de raza negra poseen un mayor número de glándulas apocrinas, siendo éstas de mayor tamaño. Sin embargo, existen pocos trabajos en la literatura al respecto, y los datos no son concluyentes.

Glándulas sebáceas

Desembocan en el folículo piloso, secretando el sebo, que está constituido por lípidos. Su tamaño y función varían con la edad, y dependen en parte de factores hormonales, siendo la hipersecreción sebácea uno de los agentes etiológicos del acné. La falta de estudios protocolizados es un problema a la hora de establecer comparaciones en función de la raza. Parece ser que, en los sujetos de raza negra, las glándulas sebáceas son de mayor tamaño, y algunos trabajos afirman que los individuos de piel negra tienen una tasa de producción de sebo más elevada, comparada con la de caucásicos y asiáticos. Sin embargo, otros trabajos no encuentran esas diferencias raciales.

Folículos pilosos

Probablemente, el pelo de los individuos de piel negra posee características fenotípicas más distintivas que el color de la piel. Así, de los cuatro tipos de pelo que se reconocen (liso, ondulado, helicoidal y espiral), este último es el que se presenta en la mayoría de personas con piel negra.

La forma del folículo piloso es curvada en la piel negra y se encuentra orientada más paralelamente a la superficie cutánea, hecho que determina la forma del pelo y su corte transversal. Esta forma es redondeada en blancos y orientales, con un tallo piloso recto y liso, mientras que en negros es elíptica o aplanada, con un tallo encrespado. Este cabello es más frágil y tie-

ne tendencia a formar nudos, fisuras y roturas del tallo.

Además, se ha observado otra diferencia ultraestructural, y es una menor cantidad de fibras elásticas que mantienen anclados los folículos en la dermis, hecho que podría ayudar a explicar la elevada frecuencia de alopecia traccional y el síndrome de degeneración folicular.

La densidad de folículos por unidad de superficie es menor en sujetos negros. En cambio, no se han detectado diferencias en el tipo de queratina del pelo de blancos y negros.

Diferencias funcionales

La comprensión y la cuantificación de las diferencias raciales en la fisiología cutánea son de gran importancia para la prevención y el tratamiento de las enfermedades dermatológicas en este subgrupo de pacientes.

Función barrera

El mantenimiento de una barrera efectiva contra la pérdida de líquidos corporales constituye una de las principales funciones de la piel. La pérdida de agua transepidérmica (conocida con el acrónimo en inglés TEWL) es un parámetro biofísico que mide la función barrera de la capa córnea, y se refiere a la cantidad de vapor de agua perdida a través de la piel y de los anejos en condiciones de no sudoración. La TEWL aumenta con la temperatura corporal, independientemente de la raza. Se han detectado diferencias en la cantidad de ceramidas del estrato córneo, con menores niveles en negros, seguidos de blancos, hispanos y asiáticos. En este experimento, los niveles de ceramidas se correlacionaban inversamente con la pérdida transepidérmica de agua (TEWL) y, directamente, con el contenido en agua. Más recientemente se han descrito cambios en la permeabilidad cutánea y función barrera, con unos valores de TEWL mayores (y una mayor permeabilidad) en asiáticos, seguidos de negros y blancos.

El estrato córneo es del mismo grosor en individuos de piel negra, pero contiene más capas celulares, siendo más resistente a su arrancamiento mediante tiras de celo respecto a la piel blanca. Esto se traduce en una mayor cohesión intercelular epidérmica. El mayor contenido de lípidos podría ser la causa de estas diferencias. También se ha observado que la resistencia eléctrica media de pieles negras adultas es el doble respecto a las blancas, hecho que sugiere una mayor cohesión y grosor del estrato córneo.

Las diferencias en la función barrera de la piel tienen implicaciones en la distinta capacidad de los diferentes grupos raciales en la resistencia y recuperación a agresiones externas de tipo ambiental.

Reacción a la luz ultravioleta

Pese a las diferencias estructurales en el estrato córneo entre pieles negras y blancas, la re-

flectancia total de luz no varía. Sin embargo, la epidermis de los blancos es más transparente a la radiación ultravioleta y luz visible.

Las propiedades fotoprotectoras residen en la epidermis más que en el estrato córneo, debido a la melanina, que dispersa y absorbe los rayos UV. Aunque las pieles negras contienen melanina en su capa córnea, ésta aparentemente ha perdido sus propiedades protectoras. A mayor tamaño de los melanosomas, mayor absorción de energía y mayor fotoprotección. Pese a que los datos demuestran unas tasas de protección entre 3 y 5 veces mayor en pieles negras respecto a blancas, la dosis mínima de eritema en negros es de 10 a 33 veces mayor que en blancos. Las razones de esta discrepancia no se han resuelto, pero en cualquier caso, ayudarían a explicar por qué los individuos de piel negra tienen menor riesgo de desarrollar quemaduras solares y cáncer cutáneo.

Por lo que respecta a la síntesis de vitamina D, que se produce en la zona profunda de la epidermis por la acción de los rayos UVB, podríamos pensar que la población negra sintetiza menos vitamina D. Sin embargo se ha demostrado que ante exposiciones repetidas, la síntesis de vitamina D es la misma en blancos y negros.

Penetración percutánea

Estudios *in vivo* demuestran diferentes patrones de penetración, dependiendo de las moléculas testadas. Por ejemplo, la aplicación de EMLA demostró menor eficacia en negros. Otras moléculas, como corticoides tópicos, cosméticos, nicotina, etc., no han demostrado diferencias.

Irritación

Diferentes estudios han demostrado que los individuos de piel negra son más resistentes a la irritación, precisando de una mayor exposición para desarrollar una reacción irritativa.

Por otra parte, la prevalencia de dermatitis alérgica de contacto parece ser similar en blancos y negros, cambiando únicamente el patrón de presentación clínica; así, en blancos, sería más frecuente la clínica aguda con exudación y vesiculación, mientras que los pacientes negros presentan más trastornos de pigmentación y liquenificación.

Elasticidad y resistencia

Se ha descrito una menor recuperación elástica y extensibilidad en piel negra respecto a la piel blanca, aunque los diferentes estudios obtienen resultados contradictorios que podrían venir determinados por la edad de los pacientes incluidos y por la localización anatómica testada.

Hidratación de la piel

Se han propuesto diversos métodos para medir el contenido en agua o hidratación cutánea a fin de observar diferencias raciales, como capacitancia,

Tabla 3·1. Diferencias de tipo racial en la piel negra y sus implicaciones clínicas

Factor biológico en piel negra	Implicaciones clínicas
Epidermis	
• Aumento del contenido de melanina. • Melanosomas grandes. • Melanosomas dispersos.	• Menor incidencia de cáncer cutáneo • Fotoenvejecimiento menos pronunciado • Alteraciones de la pigmentación
Dermis	
• Fibroblastos grandes y multinucleados. • Bandas de fibras colágenas más pequeñas y compactas.	• Mayor tendencia a formación de queloides y cicatrices hipertróficas.
Glándulas sebáceas	
• Mayor secreción sebácea.	• Mayor incidencia de acné.
Pelo	
• Folículo piloso curvo. • Tipo de pelo en espiral. • Menos fibras elásticas de anclaje.	• Mayor incidencia de pseudofoliculitis. • Mayor incidencia de alopecia en mujeres (traccional).

conductancia, impedancia y resistencia cutánea, pero no han permitido obtener conclusiones categóricas, ya que los resultados de los diferentes estudios son contradictorios. Algunos autores no han hallado diferencias significativas al respecto entre blancos y negros, mientras que en otros casos se han descrito diferentes grados de variabilidad, aunque dependiendo de la localización anatómica estudiada.

Microcirculación sanguínea

Del mismo modo, se ha examinado el flujo sanguíneo cutáneo, aunque el método más sencillo, el visual (según el grado de eritema), ofrece una dificultad añadida en pieles negras. Por tanto, se ha intentado medir de manera más objetiva, mediante técnicas de Doppler o fotopletismografía, de nuevo con resultados contradictorios, en parte por la utilización de diferentes sustancias vasoactivas.

Implicaciones clínicas

Las principales consecuencias clínicas de las diferencias estructurales y funcionales de las pieles en las diferentes razas se resumen en la TABLA 3·1. Pese a ello, las prácticas culturales y factores medioambientales también juegan un papel fundamental a la hora de explicar las diferencias en la presentación clínica y la incidencia de las diferentes enfermedades dermatológicas en estos pacientes.

Figura 3·2

Cicatriz queloidea retroauricular derecha secundaria a foliculitis recurrente.

- Por una parte, las diferencias en el número, tamaño y agregación de los melanosomas confieren a la piel negra una especial protección frente al fotoenvejecimiento y, en especial, frente al cáncer cutáneo. Los individuos asiáticos también presentan una prevalencia menor de cáncer cutáneo no melanoma respecto a los blancos, aunque la población japonesa está experimentando una incidencia creciente de carcinoma escamoso. Por otra parte, los pacientes de piel negra experimentan una mayor frecuencia de alteraciones de la pigmentación o discromías.

Figura 3·3

Lesiones de acné de localización frontal, con tendencia marcada a la hiperpigmentación postinflamatoria, de difícil tratamiento.

- En la dermis, las peculiaridades de los fibroblastos, de mayor tamaño y multinucleados, y la disposición del colágeno, explicarían en parte la mayor tendencia a la formación de queloides y cicatrices hipertróficas en pacientes con piel negra (FIGURA 3·2).

- Una mayor actividad de las glándulas sebáceas y la desorganización del folículo piloso, consecuencia de la irritación por oclusión, serían los responsables del acné producido por pomadas (FIGURA 3·3).

- Finalmente, las peculiaridades estructurales del folículo piloso curvo y el tipo de pelo en espiral, así como una menor presencia de fibras elásticas de anclaje en los folículos pilosos, ayudaría a explicar una mayor incidencia de pseudofoliculitis, y un aumento de la incidencia de alopecia en mujeres, que también se explicaría por unos hábitos peculiares de peinado y por la utilización de determinados productos para el cuidado del cabello (FIGURA 3·4).

Figura 3·4

Peinado étnico que contribuye al desarrollo de una alopecia por tracción.

Bibliografía

- Admella C, Fantova MJ. Características estructurales y funcionales de la piel negra. En: Dermatología en pacientes de piel negra. Badalona: Euromedice ediciones médicas, 2008.
- Berardesca E, Maibach H. Racial differences in skin pathology. J Am Acad Dermatol. 1996; 34: 667-72.
- Henderson AL: Skin variations in blacks. Cutis 1983; 32: 366-7.
- Kaidbey KH, Agin PP, Sayre RM, Kligman AM. Photoprotection by melanin: a comparison of black and caucasian skin. J Am Acad Dermatol. 1979; 1: 249-60.
- Khumalo NP, Doe PT, Dawber RP, Ferguson DJ. What is normal black African hair? A light and scanning electron-microscopic study. J Am Acad Dermatol. 2000; 43: 814-20.
- La Ruche G, Cesarini JP. Histology and physiology of black skin. Ann Dermatovenereologica. 1992; 119: 567-74.
- Maibach HI. Racial (ethnic) differences in skin properties: the objective data. Am J Clin Dermatol. 2003; 4(12).
- Matsuoka LY, Wortsman J, Haddad JG, Kolm P, Hollis BW. Racial pigmentation and the cutaneous synthesis of vitamin D. Arch Dermatol. 1991; 127: 536-8.
- Mc Evoy B, Beleza S, Shriver MD. The genetic architecture of normal variation in human pigmentation: an evolutionary perspective and model. Hum Molec Gen. 2006; 15: R176-81.
- Mc Laurin CI. Cutaneous reaction patterns in blacks. Dermatol Clin. 1988; 6: 353-62.
- Montagna W, Carlisle K. The architecture of black and white skin. J Am Acad Dermatol. 1991; 24: 929-37.
- Pochi P, Strauss JS. Sebaceous gland activity in black skin. Dermatol Clin. 1988; 6: 349.
- Taylor SC. Skin of color: biology, structure, function, and implications for dermatologic disease. J Am Acad Dermatol. 2002; 46: S41-62.
- Westerhof W. A few more grains of melanin. Int J Dermatol. 1997; 36: 573-4.
- Wilson D, Berdaresca E, Maibach HI. In vitro transepidermal wáter loss: differences between black and White human skin. Br J Dermatol. 1988; 199: 647-52.

UNIDAD 4

Creencias y rituales en torno a la piel y sus cuidados en razas no caucásicas

Dra. Mercedes Gómez Vázquez
y Dra. Carolina Burgos Díez

Introducción

Estudios antropológicos, etnológicos y arqueológicos muestran la evolución del cuidado de la piel desde la prehistoria. En el devenir del tiempo, el cuidado de la salud evolucionó unido a ritos mágicos y religiosos ligados a la curación. Desde los inicios de la humanidad, el hombre ha cuidado su pelo y su piel con el fin de mejorar su aspecto físico y estético.

Los pacientes de razas no caucásicas, sobre todo, tienen características naturales que son únicas y esto implica que presentan diferentes problemas o inquietudes estéticas. La percepción de la belleza está determinada por influencias raciales, culturales y ambientales, y los problemas estéticos de los pacientes étnicos responden a diferencias en la fisiopatología de la piel, a los mecanismos del envejecimiento y a la estructura facial única. Entender las diferencias únicas en fisiopatología de la piel, los mecanismos de envejecimiento y las opciones de tratamiento es una parte importante de la atención a los pacientes étnicos o de razas no caucásicas.

La utilización de cosméticos y diferentes rituales para el cuidado de la piel y del pelo con el fin de un embellecimiento personal está ampliamente extendida en la población general. Estos cosméticos varían conforme a la región analizada y los rituales de mejora del aspecto general son muy variados y responden a cánones de belleza muy diferentes, de acuerdo con la raza o región. Muchos de estos hábitos son inocuos, pero

otros comportan un aumento de la morbilidad e incluso de la mortalidad dermatológica. A esta enorme variabilidad de factores debemos añadir los derivados de la medicina tradicional de cada región y los diferentes hábitos no cosméticos que incurren en manifestaciones dermatológicas más o menos patológicas.

En este capítulo pretendemos hacer una pequeña revisión de los diferentes protagonistas que en cada raza pueden ser causa de manifestaciones dermatológicas.

Problemas dermatológicos encontrados en las diversas razas

Asiáticos

Abordaremos los problemas dermatológicos que hemos clasificado en:

- Problemas dermatológicos relacionados con la medicina tradicional.
- Problemas dermatológicos más específicos por raza.

Problemas dermatológicos relacionados con la medicina tradicional

En la medicina oriental existen diferentes prácticas culturales que pueden producir lesiones cutáneas. Es importante su conocimiento, porque los médicos occidentales han confundido estas prácticas con abusos físicos a menores. Entre ellas, destacamos el *coin-rubbing*, el *cupping* o ventosas y la moxibustión.

El ***coin rubbing***, en chino llamado *gua sha*, o literalmente, "para raspar la fiebre", es una terapia dermoabrasiva que se utiliza para mejorar síntomas como los dolores de cabeza, la fiebre o la gripe. Se tiene la creencia de que, al erosionar la piel, la fiebre sale a través la misma. Para el raspado se utilizan monedas, cepillos, tapas de frascos... que se frotan siguiendo un patrón paralelo y simétrico. Tiene como consecuencia la presencia de erosiones o máculas equimóticas lineales en la espalda, que se extienden desde la zona cervical a la lumbar.

El ***cupping*** (o ventosas) es un procedimiento que se utiliza generalmente para disminuir los dolores abdominales y gástricos, y los abscesos. En el *cupping* se cree que el incremento de la circulación ayuda a eliminar las toxinas presentes en los tejidos. En este procedimiento se utiliza un algodón empapado en alcohol que se coloca en una pequeña placa de metal, que a su vez se coloca en la piel generalmente sobre el área de malestar. Se prende fuego al algodón colocando un vaso sobre, el con el fin de que se apague el fuego al consumirse el oxígeno. A medida que la temperatura de la taza o vaso se enfría, la piel se introduce en el recipiente provocando las características lesiones equimóticas circulares

La **moxibustión** es una terapia en la que se utiliza un cigarro de planta de moxa seca (*Artemisa vulgaris*), provocando una quemadura directa o indirecta sobre la piel en los puntos de acupuntura o sobre los meridianos de energía, incrementando la circulación sanguínea local. En la

mayoría de los casos, se aplica indirectamente sobre la piel a través de algún medio de separación, produciendo sólo un enrojecimiento cutáneo transitorio. En cambio, cuando la moxibustión se aplica directamente, aparecen las quemaduras sobre la piel. Se utiliza sobre todo en China, Japón, Corea, Vietnam, Tíbet y Mongolia.

Desde un punto de vista más estético u ornamental, destacamos el uso en las mujeres hindúes de un cosmético llamado "surma de la India". Es un cosmético ocular que, en su composición, contiene agua de rosas (*gulab jal*), aceite del árbol *neem*, conocido por sus propiedades antisépticas, y plomo cuando se usa como maquillaje. Se han encontrado altas concentraciones de plomo en este maquillaje, que lo hacen muy peligroso por el riesgo elevado de ingestión a través de los dedos. La característica mancha roja de la frente de las hindúes se realiza con unos polvos ricos en antimonio que también son utilizados para adornar la raya del pelo de las mujeres casadas, indicando con su longitud la edad del marido. El antimonio en uso tópico ha sido causa de dermatitis irritativas.

Problemas dermatológicos más específicos por raza

En los pacientes asiáticos se han descrito desordenes pigmentarios raros que simulan el melasma. Entre ellos se encuentra la **melanosis de Riehl**, el **liquen plano actínico pigmentado** y el **nevus de Ota-*like* bilateral adquirido**. Destacamos la melanosis de Riehl al ser considerada una forma de hiperpigmentación postinflamatoria por una dermatitis de contacto a productos cosméticos. Durante la década de los 60, en Japón se reportaron varios casos de mujeres que fueron diagnosticadas de melanosis de Riehl o *melanosis femeninae faciei*. La melanosis de Riehl se caracteriza por una hiperpigmentación grisácea que se localiza preferentemente en la frente y zona cigomática y temporal, que puede extenderse hasta las orejas, el cuello y los brazos. En el año 1964, se sospecha por primera vez que es consecuencia a una dermatitis de contacto a los derivados alquitranados o de sustancias fotorreactivas presentes en productos cosméticos.

La **amiloidosis cutánea primaria**, por su parte, se divide en dos formas, la macular y el liquen amiloide. Existen otras formas menos comunes, como la amiloidosis nodular, la ano-sacra, la bullosa y el vitíligo con amiloidosis. Este tipo de desordenes cutáneos son poco frecuentes en los países del occidentales, pero tienen una elevada incidencia en Taiwán, sudeste asiático y en algunos países sudamericanos. Entre los japoneses existe una elevada incidencia de amiloidosis cutánea primaria por el hábito racial de frotarse energéticamente la piel con una toalla de nailon o con un cepillo cuando se limpian la piel (amiloidosis de fricción) (FIGURA 4·1).

Árabes

Abordaremos también dos tipos de problemas en esta población:

Figura 4·1

Amiloidosis por fricción con toalla en paciente asiático.

- Problemas dermatológicos relacionados con la medicina tradicional.
- Recordaremos peculiaridades de raza.

Problemas dermatológicos relacionados con la medicina tradicional

En la medicina tradicional árabe se utilizan diferentes materiales que van desde el lodo, la ceniza y la orina de camellos hasta la sangre de reptiles, ovejas y caballos. También es común el uso de aceites esenciales para realización de aromaterapia, tanto para ensalzar la salud como para la belleza de la piel o la realización de masajes. La malva común aplicada sobre la piel en gasas empapadas o en infusión es una práctica común para suavizar la superficie cutánea. La mezcla de huevos, miel, aguacate, limón y yogurt se aplica sobre la piel cada mañana, durante 15 a 30 minutos, con el fin de mejorar la belleza. Existen otras mezclas de productos naturales que buscan finalidades similares y que, en principio, no producen perjuicio sobre la piel. De todas formas, nos parece importante nombrar algunas plantas, especialmente las de la familia *Compositae* causantes de dermatitis de contacto por su uso en aromaterapia o en masajes corporales, como la *Achilea millefolium*, la *Arctium lappa* (de uso muy frecuente en nuestro país), la *Arnica montana*, la *Artemisia vulgaris*, la *Calendula officialis* y un largo etcétera. Entre los aceites esenciales, destacamos el aceite de argán por sus propiedades dermatológicas y por estar muy de actualidad.

Aceite de argán. Durante siglos, las tribus bereberes del suroeste de Marruecos han recurrido al aceite de argán como componente básico de su dieta y como elemento de la medicina tradicional. A principios de los años noventa, análisis químicos confirmaron las valiosas propiedades nutricionales y dermatológicas del aceite (que incluían su uso como tratamiento para el acné, las arrugas y las heridas leves).

El argán (*Argania espinosa*), conocido también como acebuche espinoso, pertenece a la familia de las sapotáceas, y se encuentra en Marruecos, en toda la franja que va hasta Tarourudant y Tiznit, en el límite sahariano.

Está compuesto hasta en un 80% por ácidos grasos esenciales (ácido linoleico 50%, ácido alfalinolénico 15%, ácido oleico 12%, ácido araquidónico

1%, ácido gammalinolénico 3%) y contiene grandes cantidades de tocoferoles (vitamina E; casi tres veces más que el aceite de oliva) y fitosteroles (D-7-esteroles). Es apreciado por su efecto anti-envejecimiento, por la gran cantidad de antioxidantes y sus poderes curativos. Además, tiene efecto antiséptico y fungicida. Hasta el momento, no se conocían efectos adversos de la aplicación o consumo del aceite de argán, pero en el año 2010, Astier describe el primer caso de anafilaxia mediada por IgE debida al consumo de aceite de argán en un paciente marroquí.

Como curiosidad, es importante conocer que, en los musulmanes, la mano izquierda es utilizada para la higiene personal; la consideran una mano impura no apta para otros usos cotidianos, como pueden ser comer o saludar con la mano. Para el clínico es importante conocer esta curiosidad a la hora de realizar la exploración, porque en ocasiones, las patologías más psicosomáticas, como el liquen simple, se manifestaran más en las partes del cuerpo donde se pueda acceder para al rascado con la mano izquierda, o bien se pueden observar agravamientos de dermatitis irritativas o de contacto en la mano derecha, por el hábito de comer con los dedos (FIGURA 4·2).

Africanos

Se revisarán los siguientes aspectos:

- Problemas dermatológicos relacionados con la medicina tradicional: cicatrices rituales.

Figura 4·2

Liquen simple crónico en zona izquierda nuca de un paciente de Marruecos.

- Problemas dermatológicos derivados de actos estéticos y /o cosméticos: despigmentación artificial, cuidados del pelo africano, cuidados de las uñas.

Problemas dermatológicos relacionados con la medicina tradicional cicatrices rituales

Guboow. Es una medicina alternativa usualmente practicada en Somalia, Sudan, Etiopía y Eritrea. Se practica en zonas primitivas y rurales donde residen tribus, formadas por varios grupos étnicos y unidos por tradiciones, hábitos culturales comunes y la religión islámica suní (TABLA 4·1). Se basa principalmente en una concepción de la enfermedad como consecuencia de influencias negativas o espíritus malignos de los que únicamente se pueden liberar a través del fuego. La eliminación

Tabla 4·1. Dermatosis estrechamente vinculadas con determinadas confesiones religiosas

Dermatosis	Religión	Sexo	Lesión cutánea	Localización	Diagnostico diferencial
Nódulos del orador	Islamismo (chiíta)	M	Nódulos	Frente/cejas	Quiste epidermoide Fabre Racouchot Acné
Turbante del oído	Sikhismo	M	Eritema	Antehélix	Acantoma fisuratum Condrodermatitis nodularis Perniosis
Pericondritis del trago (monjas)	Cristianismo	F	Inflamación	Trago	Dermatitis aguda eccematosa Dermatitis seborreica
Mudi-chood	Hinduísmo	F	Pápulas	Cuello, nuca, zona superior de la espalda	Liquen ruber plano
Dermatitis tefilin	Judaísmo	M	Vesículas y eritema	Antebrazo (unilateral)	Dermatitis de contacto
Marcas faciales	Culto Orisa	M=F	Cicatrices lineales	Cara	
Guboow	Islamismo (suní)	M=F	Cicatrices con formas geométricas	Cualquier localización	

de estas influencias negativas se consigue con la aplicación del fuego sobre la piel en el lugar exacto de conexión con la enfermedad. El tratamiento lo realiza alguien de la tribu con reconocido poder religioso, llamado "doctor". Se trata de aplicar una madera quemada sobre partes específicas del cuerpo relacionadas con la dolencia. El tiempo de contacto con la madera quemada depende de la enfermedad y de la edad del paciente. Normalmente se realizan quemaduras con patrones geométricos, en número variable y con la consiguiente cicatriz resultante. Las lesiones cicatriciales más frecuentemente observadas son la hiperpigmentación, seguida de cicatrices hipertróficas y más raramente queloidianas, y responden al tiempo de contacto con el fuego y a factores raciales.

Orisa cult. Los *yourbas* pertenecen al culto orisa, una religión representada por una heterogeneidad de divinidades de carácter antropomórfico y espíritus de la naturaleza. En relación con sus prácticas tradicionales, se introducen cuerpos

extraños en las marcas tribales, induciendo cicatrices hipertróficas faciales.

Problemas dermatológicos derivados de actos estético-cosméticos

En lo que respecta a la piel, el fenómeno social más expandido en África continúa siendo principalmente la despigmentación artificial, y en segundo lugar los tatuajes. Los procedimientos para el cuidado del cabello y de las uñas son también prácticas muy extendidas en el África negra.

Despigmentación artificial. Se trata de un proceso químico con el que se reduce la producción de melanina y se bloquea su acción con el objetivo de aclarar la piel. Se utiliza en las comunidades negras de África, Europa y Estados Unidos. Debido a sus efectos secundarios, el uso de este tipo de productos en África se acompaña de un aumento importante de la morbilidad. Los productos utilizados con este fin son innumerables, y esta diversidad comporta el descubrimiento de nuevas patologías en la raza negra.

Durante mucho tiempo, la despigmentación artificial de la piel se ha considerado un fenómeno que mayoritariamente tenía lugar entre las mujeres. No obstante, esta práctica se amplía cada vez más entre los hombres, sobre todo en África central. Es probable que la preferencia de los hombres por las mujeres de piel clara es haya impulsado a adoptar esta práctica; el deseo de sentirse amado es una realidad universal, especialmente en las mujeres. Además, las presiones comerciales ejercidas por la industria farmacéutica y los circuitos de distribución paralelos de los productos son otros factores que explican este fenómeno.

La práctica de la despigmentación artificial es un verdadero fenómeno social en el África negra y sus efectos secundarios parecen ser más peligrosos en dicha área geográfica. La pobreza de los usuarios lleva a elegir productos de fácil adquisición que, aplicados de forma indiscriminada y sin control, provocan graves problemas dermatológicos. Estos efectos han llegado a suponer el 25% de las consultas dermatológicas en las mujeres de Dakar; el 67% de 210 mujeres de Mali sufrieron efectos secundarios por esta práctica y, en Togo, el 59% de las mujeres utilizan productos despigmentantes.

La gama de productos utilizados y los métodos de aplicación han evolucionado de forma importante a lo largo del tiempo; el descubrimiento de nuevos productos es constante. El uso de productos naturales indígenas, como el limón y los preparados a base de cloruro de mercurio, se ha sustituido rápidamente por productos de la industria farmacéutica que, a menudo, son auténticos medicamentos utilizados de manera muy distinta a lo recomendado en sus indicaciones. Es muy difícil realizar una relación de los productos utilizados, pero podemos diferenciar los siguientes:

- Productos a base de corticoides. Se usan corticoides de alta potencia, generalmente del

grupo I y II (Dermovate®, Movate®, Temovate®, Civic Niuma®...) Se aplican durante un largo periodo de tiempo por toda la superficie corporal, con la consiguiente absorción del fármaco y el desarrollo de problemas, tanto metabólicos como infecciosos.

- Productos con hidroquinona. Normalmente, con concentraciones de hidroquinona del 5%, como la Venus de Milo® (5%) o Ambi® (5%), o inferiores como Bicu® (2%), Dear Heart®... Se usan en un porcentaje superior al 5% (4-8,7%) cuando lo que se busca es una despigmentación. Los efectos secundarios observados son directamente proporcionales a la concentración utilizada y se considera que concentraciones inferiores al 3% tienen menos riesgos, pero generalmente no se acompañan de la rápida despigmentación que ofrecen las concentraciones superiores.
- Yoduro de mercurio. Se encuentra en diferentes concentraciones en las formas comerciales: Roberts® (2%), Jaribu® (3%), Neko® (1%).
- Agentes cáusticos: vaselina salicílica en concentraciones superiores al 20%, Narocrem®.

Métodos de aplicación: una técnica bastante antigua consistía en una fase de "mordidas" realizadas con ayuda de una preparación con jabón y bióxido de mercurio o con jabón con hidroquinona y oxidante (hipoclorito de sodio, agua oxigenada). Tras esta fase, se realizaba un periodo de mantenimiento utilizando hidroquinona o corticoides tópicos. En la actualidad, esta técnica, al ser demasiado agresiva y laboriosa, ha sido sustituida por la aplicación directa, con o sin oclusión, de productos con un potente poder decolorante, de forma aislada o junto con recetas tradicionales pasadas de persona a persona.

La aplicación de estos productos despigmentantes trae como consecuencia diferentes efectos secundarios, en la mayoría de los casos dosis-dependientes, y determinados por la forma de aplicación, la zona de tratamiento y la duración del uso del tratamiento.

Trastorno estético/trófico: se trata, principalmente, de que en ocasiones el producto despigmentante produce el efecto contrario al deseado. Suele suponer el 50% de los efectos secundarios.

- Acné. Es el efecto secundario estético más frecuente. Generalmente, se trata de una reacción acneiforme monomorfa y pustulosa de difícil tratamiento (**FIGURA 4·3**).
- Estrías. Es un efecto secundario debido al uso continuado de corticoides. Es permanente y puede acompañarse de otros efectos, como la atrofia cutánea y la hipertricosis.
- Problemas de pigmentación. Se pueden observar dos tipos de hiperpigmentaciones como complicación:
  - Hiperpigmentación por contraste. Causada por la persistencia de zonas menos despigmentadas por el producto (zonas perioculares, peribucales, y palmas).
  - La hipercromía "como efecto rebote" se observa tras detener el tratamiento despigmentante y se puede observar un tono más oscuro en la piel.

Figura 4·3

Reacción acneiforme por uso de tratamientos despigmentantes ricos en corticoides tópicos.

- Trastornos liquenoides:
  - Liquenoide diseminado. Lesiones papulosas de morfología oval que aparecen en la cara y el escote, y pueden persistir al suspender el tratamiento despigmentante.
  - Violeta púrpura periocular. Se manifiesta como prurito palpebral. A nivel del párpado inferior y en la zona suborbital aparece una erupción rosada liquenoide, más o menos marcada, que suele desaparecer al suspender el tratamiento, pero que en ocasiones cursa en brotes a pesar de no estar aplicando el despigmentante.
  - Forma reticular poiquilodérmica. Se localiza preferentemente en el cuello como una zona de atrofia epidérmica con múltiples telangiectasias y lesiones hiperpigmentadas y acrómicas asociadas. Algunos autores la han denominado "ocronosis" exógena y se pone en relación con la hidroquinona. La supresión del tratamiento puede mejorar la hiperpigmentación, pero la atrofia epidérmica persiste.

Las complicaciones infecciosas son generalmente derivadas del uso mantenido de corticoides tópicos:

- Bacterianas. La dermohipodermitis necrosante es la complicación mas grave, y se produce como consecuencia de la aplicación de corticoides en las piernas. Se trata de una celulitis necrótica grave que puede ser causa de septicemia y muerte, o de secuelas importantes como los linfedemas, elefantiasis y deformaciones en las extremidades afectas. En Senegal se ha llegado a estipular que el 49% de las celulitis necrotizantes son consecuencia del uso de despigmentantes. Otras complicaciones menores son la foliculitis y el impétigo.
- Micóticas. Dermatofitosis ignotas y extensas por el uso de corticoides de forma mantenida.

Más frecuente en la cara de mujeres que usan fórmulas despigmentantes con corticoides.

- Sarna. Se trata de una forma profusa, con frecuencia nodular y crónica, y de difícil diagnóstico y tratamiento

Otros efectos:

- Carcinomas. Como consecuencia, y en el caso de que la despigmentación se produzca, nos encontraremos un aumento de la incidencia de los carcinomas cutáneos, al disminuir la cantidad de melanina.
- Dermatitis de contacto, problemas de cicatrización.

Cuidado del cabello. Las propiedades únicas del cabello en los pacientes de origen africano permiten una gama ilimitada de posibilidades para su cuidado y su estilismo. Para el clínico, una comprensión general de las prácticas de cuidado del cabello es una ayuda importante en el diagnóstico y tratamiento de los trastornos del pelo y del cuero cabelludo.

El cabello de origen africano, afroamericano, afrocaribeño, aborigen, y de algunas poblaciones sudamericanas se considera como cabello negroide o afro. Éste tipo de cabello, contrariamente a la creencia común, es mucho más frágil y quebradizo que el cabello caucásico. El folículo capilar es asimétrico y presenta un cierto grado de curvatura, de forma que el bulbo, la parte más profunda de la raíz, se asemeja a un gancho y queda dispuesto casi en paralelo a la superficie cutánea. El cabello caucásico presenta un folículo más simétrico, insertado con un ángulo inferior a 90 grados.

El cabello negroide crece con retorcimientos aleatorios y aplanamientos frecuentes a lo largo de la fibra capilar. Estas irregularidades son las responsables del aspecto lanoso y sin brillo del cabello afro. La secreción sebácea en el cabello negroide es superior; sin embargo, la grasa no está distribuida de forma homogénea sobre la fibra capilar. Éste es un factor para que el cabello no tenga suficiente lubricación, presente aspereza y poco brillo. Se ha demostrado que el cabello negroide posee menor elasticidad, un punto de rotura más bajo y menor porcentaje de elongación que el cabello caucásico. La vulnerabilidad intrínseca del cabello negroide, debida a su morfología y a su deshidratación, se agrava con los repetidos procesos técnicos que se aplican las personas de esta raza (alisados térmico y químico, principalmente) y por las prácticas habituales de peinado, como el trenzado o las extensiones, que contribuyen a la rotura de la cutícula del cabello.

Los diferentes peinados están determinados tanto por las características del cabello y las preferencias individuales, como por la influencia de las tendencias imperantes y culturales. Esta inmensa diversidad de opciones para el cuidado del cabello no está exenta de inconvenientes. El uso inapropiado de determinados estilismos provoca el debilitamiento del cabello, facilita su rotura y determina patologías

inflamatorias en el cuero cabelludo y pérdida permanente del pelo o alopecia. En las sociedades africanas tradicionales, los trenzados naturales y la aplicación de productos naturales elaborados a partir de plantas eran los principales procedimientos para el mantenimiento y el cuidado del cabello, encontrándose pocos efectos adversos por su uso.

Actualmente, los cánones de belleza han cambiado y se ha observado una importante expansión de la industria del cabello en las principales capitales donde viven comunidades negras, como Johannesburgo, Nueva York... Se emplean productos químicos o físicos que tienen como finalidad modificar la textura, aspecto y longitud del cabello, con los consiguientes efectos secundarios. Los más comunes son la alopecia, cicatricial o no, por el uso de sustancias químicas y métodos físicos de alisado y trenzado. Dentro de las alopecias cicatriciales, la **alopecia central centrífuga**, también denominada *hot-comb alopecia*, es la más común y, aunque multifactorial, se considera que el uso de sustancias químicas o productos físicos para el cuidado del cabello es el protagonista etiológico principal. También se han descrito quemaduras y prurito del cuero cabelludo, así como infecciones bacterianas por traumatismos repetidos en el mismo.

Cuidado de las uñas. Desde un punto de vista estético, el cuidado de las uñas también ha sufrido una evolución, observándose, al igual que en la raza caucásica, un aumento del uso de uñas artificiales (constituidas principalmente con acrilatos) que puede tener como consecuencia la aparición de dermatitis de contacto o infecciones, principalmente bacterianas o fúngicas.

Tatuajes

Los problemas derivados de los tatuajes en las diferentes culturas son intrínsecos al tipo de pigmento utilizado para su realización. Los motivos que rigen el uso de este tipo de tatuajes sólo pueden aumentar la morbilidad, en relación con la técnica, cuando se realizan en condiciones higiénicas inadecuadas. Como los pigmentos son prácticamente similares en las diferentes culturas, los abordaremos de forma general.

Tatuajes no permanentes

Henna. La *henna* es un tinte vegetal muy popular que se utiliza para la decoración corporal y se obtiene de las hojas secas de *Lawsonia inermis*. El agente activo colorante de la *henna* es la 2-hidroxi-1,4-naftoquinona (lawsona). Se utiliza en diferentes culturas, principalmente asiáticas y árabes, con un fin principalmente estético, que suele responder a motivos culturales y religiosos. Aunque se han descrito dermatitis de contacto y reacciones de hipersensibilidad inmediata (urticaria, angioedema y anafilaxia) por uso de *henna*, son muy infrecuentes cuando se utiliza de forma tradicional, es decir, como colorante puro obtenido de los tallos y las hojas de la planta y en adición o no de café o té para ensalzar su color (**FIGURA 4·4**).

Figura 4·4

Utilización de *henna* como colorante.

La mayor utilización de estos tatuajes fuera de su contexto cultural y sobre todo en países caucásicos, sí se ha relacionado con un aumento de las dermatitis de contacto, fruto de la adición de productos químicos como la parafenilendiamina para potenciar su color y duración. Cuando se adicionan estas sustancias potenciadoras, se llama *Black Henna* o *henna* negra. En estos casos, además de las reacciones alérgicas a sus componentes, también se han descrito leucodermas o hiperpigmentaciones persistentes en la zona del tatuaje, cicatrices hipertróficas y queloides, y cuando la hipersensibilidad es a la parafenilendiamina, se observan reacciones cruzadas con los tintes del pelo y los tintes azo de textiles.

Tatuajes permanentes

Los tatuajes permanentes, al igual que los tatuajes de *henna*, se utilizan en diferentes culturas

Figura 4·5

Reacciones a pigmentos utilizados.

siguiendo motivos ornamentales que se rigen por causas culturales, religiosas o tribales. Dichos tatuajes tienen las mismas complicaciones que las observadas en la raza caucásica cuando se refiere a la transmisión de infecciones, cicatrices queloides e hipertróficas y reacciones al pigmento utilizado (**FIGURA 4·5**)

Se trata de una práctica muy antigua en África y que tradicionalmente se limitaba a determinadas zonas del cuerpo como los labios, la zona peribucal y las encías. Usan diferentes técnicas, como puntura, escarificación o quemadura. Para ello, utilizaban productos naturales y lo hacían por motivos estéticos o culturales. Actualmente, se ha masificado el uso de los tatuajes y éstos abarcan mayor extensión cutánea, usando para ello productos químicos.

En ciertas regiones de la India, donde estos tatuajes son muy importantes estéticamente, las mujeres de menor nivel adquisitivo se hacen tatuajes en lugares donde se comparte el material de inyección del tinte y se utilizan diferentes emplastos de heces de animales o barro después del procedimiento, dando lugar a infecciones más complejas, como las micobacterianas.

Abordaje de estos pacientes

A medida que nuestra sociedad se diversifica y tendemos hacia una población multicultural, los profesionales sanitarios debemos asumir nuevos retos en la asistencia médica.

El abordaje de este tipo de pacientes por parte del especialista ha presentado cambios a lo largo de los años. Mientras que hace más de una década el número de inmigrantes era escaso y, por tanto, nuestro conocimiento de sus hábitos y costumbres era menor, a lo largo de los años la globalización ha permitido no sólo el conocimiento de múltiples culturas, sino también el acercarnos a sus peculiaridades, patológicas o no. Del mismo modo, el propio inmigrante adaptado a nuestra sociedad también ha adquirido hábitos propios de los caucásicos. Todo ello ha conllevado la necesidad de ampliar nuestros conocimientos dermatológicos, que no deben limitarse a la fisiopatología de la piel blanca, y que han de ampliarse hacia otras culturas, visualizadas tanto desde sus hábitos cotidianos o sus rituales como su medicina tradicional, por la morbi-mortalidad dermatológica que pueden implicar.

Sin embargo, globalmente, los problemas de salud general y la mayoría de las afecciones dermatológicas en particular, son semejantes a los de la población general, aunque con sus peculiaridades de respuesta. Para el ejercicio de nuestra práctica, y al igual que con nuestros pacientes no inmigrantes, debemos intentar establecer un vínculo de confianza médico-paciente. Esto puede derivar en que necesitemos más tiempo del establecido para la visita con el fin de conocer las peculiaridades de sus condiciones de vida, proceso migratorio y actividad laboral. Para la práctica diaria, el principal problema, en la mayor parte de los inmigrantes de habla no latina, es la barrera idiomática. En estos casos, se realiza la visita a través de un intermediario o traductor, familiar generalmente, que lleva más años en España y que debe tener confianza con el paciente, o bien con programas informáticos de traducción multilingüe diseñados para facilitar la comunicación del profesional con el paciente. Otro punto importante es la exploración médica, que debe ser lo más respetuosa posible con sus creencias. Según las culturas, los pacientes pueden ser reacios a la exploración y a realización de pruebas complementarias. Por ejemplo, en las diversas razas árabes, sobre todo en las mujeres, puede resultar más compleja y violenta por su costumbre de ocultar su cuerpo. En suma, nos podemos encontrar con dificultades para el seguimiento del tratamiento por falta de comprensión de las órdenes

médicas, abandono del tratamiento por prácticas como el Ramadán, incapacidad para asumir el coste económico de los tratamientos e incumplimiento de visitas.

En general, los pacientes inmigrantes suelen ser jóvenes y sanos, pero el proceso migratorio y las condiciones socioeconómicas que se encuentran al llegar a nuestro país van mermando su capital de salud. Se debe tener en cuenta el denominado "duelo migratorio", que se produce como consecuencia del desarraigo y alejamiento de su país de origen, la soledad y falta de apoyos familiares que, en consecuencia, intervienen en un aumento de la morbilidad de enfermedades psiquiátricas y psicosomáticas.

En conclusión, hemos tratado en este capítulo de acercarnos un poco más al conocimiento de los rituales y costumbres de las diferentes razas con el fin de conocer mejor los síntomas/signos y patologías que de ellos se pueden derivar.

Bibliografía

- Arranz Sánchez DM, Corral de la Calle M, Vidaurrázaga Díaz de Arcaya C, de Lucas Laguna R, Díaz Díaz R. Risks of black henna tattoos. An Pediatr (Barc). 2005; 63: 448-52.
- Cao H, Han M, Li X, Dong S, Shang Y, Wang Q, Xu S, Liu J. Clinical research evidence of cupping therapy in China. A sistematic literature review. BMC Complemente Altern Med. 2010; 16: 70 (Epub ahead of print).
- Ghorpade. Tattoo inoculation lupus vulgaris in two Indian ladies. J Eur Acad Dermatol. 2006; 20: 461-88.
- Hulewicz BS. Coin-rubbing injuries. Am J Forensic Med Pathol. 1994; 15: 257-60.
- Keita S, Faye O, Badiara DM, Kante M et al. Hair care and hair styles in women in Mali. Int J Dermatol. 2005; 46: 26-9.
- Lestringant GC, Boner A, Forward PM. Cutaneous reactions to henna and associated additives. Br J Dermatol. 1999; 141: 598-600.
- Ly F, Soko AS, Dione DA, Niang SO, Kane A, Bocoum TI, Dieng MT, Ndiaye B. Aesthetic problems associated with the cosmetic use of bleaching products. Int J Dermatol. 2007; 46: 15-7.
- 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.
- Mendiratta V. Acquired leucoderma after henna tattoo in an Indian girl. J Eur Acad Dermatol. 2009; 23: 582-3.
- Morand JJ, Ly F, Lighburn E, Mahé A. Complications of cosmetic skin bleaching in Africa. Med Trop (Mars). 2007; 67: 627-34.
- Roseborough IE, McMichael AJ. Hair care practices in African-American patients. Semin Cutan Med Surg. 2009; 28: 103-8.
- Serrano G, Pujol C, Cuadra J, Gallo S, Aliaga A. Riehl´s melanosis: pigmented contact dermatitis caused by fragances. J Am Acad Dermatol. 1989; 21: 1057-60.
- Urbani C E. Traditional African Medicine in Dermatology: complementary medical practices from East Africa and "Guboow". Clinics in Dermatology. 1999; 17: 1-12.
- Wone I, Diallo OF, Badiane M, Touré K, Diallo I. Prevalence de l´utilisation des produits cosmétiques depigmentants dans deux quatiers de Dakar. Dakar Medical 2000; 44: 123-4.
- Youssef Oumeish O. Traditional Arabic Medicine in Dermatology. Clinic Dermatol. 1999; 17: 13-20.

Prueba de evaluación

- Para la obtención de los **4,5 créditos** otorgados por el **Consejo Catalán de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias** y la **Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud** al presente programa de formación, deberá realizar la prueba de evaluación que encontrará a final de cada uno de los módulos del programa.
- Con la publicación del segundo módulo (módulo de casos clínicos) se incluirá un impreso donde los médicos que lo deseen deberán transferir las respuestas de la prueba de evaluación y remitirlo mediante el sobre adjunto a Profármaco 2, para determinar el número de respuestas correctas.
- Señale la respuesta que considere correcta (sólo puede elegirse una de las cinco posibles).
- Para hacerse acreedor al correspondiente diploma acreditativo es preciso responder correctamente al menos un 80% de las preguntas formuladas.

1] ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?

a. El ritmo de crecimiento de la población inmigrante en España es superior al 27% anual
b. La población inmigrante en España se sitúa en la actualidad en el 10%
c. Los latinoamericanos constituyen el colectivo más minoritario de inmigrantes
d. Los datos estadísticos revelan que la complejidad de la inmigración es muy similar en todos los territorios de la geografía española
e. Todas las anteriores son verdaderas

2] ¿Cuál de los siguientes determinantes de salud es falso?

a. La falta de acceso a un trabajo normalizado
b. La situación irregular de residencia
c. El vivir en zonas de riesgo social elevado
d. La facilidad de acceso a los servicios sanitarios
e. Los problemas de comunicación relacionados con el idioma y las diferencias étnicas y culturales

3] ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es falsa?

a. La prevalencia real de las enfermedades dermatológicas continúa siendo un enigma
b. Cuando el inmigrante viene a nuestro país, la prevalencia de enfermedades dermatológicas es diferente, pero con el paso del tiempo tiende a igualarse con la del autóctono
c. Según todos los estudios revisados, los pacientes de raza no caucásica se visitan mucho más que los autóctonos por problemas dermatológicos
d. Los diagnósticos dermatológicos entre pacientes de raza no caucásica y autóctonos tienden a igualarse con el paso del tiempo de estancia en el nuestro país
e. Todas la anteriores son falsas

4] ¿Cuál de las siguientes dermopatías no es nada prevalente entre la raza no caucásica que atendemos en muestras consultas?

a. Vitíligo
b. Cicatrices queloideas
c. Acné queloidal de nuca
d. Carcinoma basocelular
e. Dermatosis papulosa nigra

5] Señale la aseveración incorrecta:

a. Las ETS entre la población inmigrante continúan siendo igual de prevalentes que a finales del siglo XX
b. El prurito es un motivo de consulta frecuente entre la población inmigrante
c. Las lesiones dermatológicas constituyen hasta un 10%, según algunos estudios, del total de las consultas que se atienden en los servicios de urgencia
d. La prevalencia de problemas crónicos de piel se llega a situar en tercer lugar, tras las alergias y las lumbalgias
e. Todas son falsas

6] ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es falsa?

a. La clasificación de los tipos de piel de Fickpatrik según su reacción al sol considera que los fototipos V y VI son las pieles negroides
b. Las pieles caucásicas se consideran fototipos I a III.
c. Los individuos de los fototipos I-II no se pigmentan con el sol
d. Todas las anteriores son falsas
e. Todas las anteriores son verdaderas

7] ¿Qué elemento influye en el color de una lesión cutánea?

a. Grado de vasodilatación
b. El grosor epidérmico
c. El tipo y la densidad del infiltrado inflamatorio
d. Localización de la melanina
e. Todas las anteriores

8] Las diferencias étnicas 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. Porcentaje de carotenos de la epidermis
e. Ninguna de las anteriores

9] ¿Cuál de las siguientes alteraciones cutáneas de las pieles pigmentadas se puede considerar patológica?

a. Melasma
b. Líneas de Futcher (o líneas de Voigt)
c. Pigmentaciones ungueales
d. Hiperpigmentación macular de palmas y plantas
e. Dermatosis papulosa nigra

10] ¿Cuál de las siguientes es verdadera?

a. El cáncer cutáneo es muy frecuente en las razas pigmentadas
b. Las formas clínicas de melanoma más frecuentes en las razas pigmentadas son el melanoma lentiginoso acral, seguido del melanoma maligno de mucosas
c. El riesgo de padecer un melanoma es proporcional a la pigmentación de la piel
d. Todas las anteriores son ciertas
e. Ninguna de las anteriores es cierta

11] ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es verdadera?

a. La capa córnea es más gruesa en los individuos de piel negra
b. Los individuos de raza caucásica poseen un menor número de melanocitos respecto a los del piel negra
c. En pieles claras es frecuente observar un gran número de melanosomas en la capa basal de la epidermis
d. Independientemente de la raza, las personas con fototipos altos poseen melanosomas de mayor tamaño y distribuidos a través de toda la epidermis
e. La feomelanina es el pigmento que confiere el color rojo a la piel

12] Señale la respuesta falsa:

a. La melanina confiere protección frente a la radiación ultravioleta
b. La melanina absorbe de manera más eficiente radiaciones con mayor longitud de onda (UVA)
c. En pieles oscuras, el daño actínico estaría producido por la radiación UVA
d. La dosis mínima de eritema en negros es entre 10 y 33 veces mayor que en caucásicos
e. La síntesis de vitamina D es similar en las diferentes razas

13] ¿Cuál de las siguientes aseveraciones es verdadera?

a. Los fibroblastos en la piel negra son de mayor tamaño respecto a la población caucásica
b. Es poco frecuente observar fibroblastos multinucleados en individuos negros
c. En los individuos de fototipo alto, la inervación cutánea tiene un patrón característico
d. La cantidad de sudoración depende de factores estructurales, más que de mecanismos adaptativos
e. En piel negra son muy frecuentes los fenómenos de elastosis en la dermis

14] En relación con el folículo piloso, señale la respuesta falsa:

a. Los individuos de raza negra poseen el tipo de pelo denominado espiral
b. El cabello de los individuos negros es más frágil y tiende a formar nudos y romperse
c. Se ha observado una menor cantidad de fibras elásticas que mantienen anclados los folículos pilosos a la dermis en personas negras
d. La densidad de folículos pilosos es menor en pacientes negros respecto a individuos caucásicos
e. Se han detectado diferencias respecto a los tipos de queratina entre individuos de piel negra y caucásicos, hecho que explica la mayor tendencia a la fragmentación del pelo en pacientes negros

15] ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es verdadera?

a. La pérdida de agua transepidérmica (TEWL) aumenta con la temperatura corporal, independientemente de la raza
b. Los individuos asiáticos poseen menor cantidad de ceramidas en el estrato córneo, respecto a los de piel negra
c. Los individuos de piel negra son más sensibles a irritantes cutáneos respecto a los de piel blanca
d. La disposición de las fibras de colágeno explica la menor tendencia a la formación de queloides en pacientes negros
e. El tipo de pelo en espiral y el folículo piloso curvo explican la menor tendencia a presentar pseudofoliculitis en individuos de piel negra

16] Señale la respuesta correcta:

a. La melanosis de Riehl se produce en respuesta a la exposición solar crónica
b. Las amiloidosis cutáneas, como la amiloidosis ano-sacra o el vitíligo con amiloidosis, son características de países occidentales
c. La amiloidosis de fricción es típica de los japoneses, por su hábito de frotarse enérgicamente con toallas durante el aseo diario
d. En el *cupping*, lo que se busca es la curación o mejora de los procesos febriles
e. La melanosis de Riehl se considera una dermatitis pigmentaria secundaria a medicamentos

17] En algunas tribus del África subsahariana es frecuente encontrarse con:

a. Cicatrices por quemadura localizadas en algunas zonas del cuerpo de diferentes tamaños
b. Cicatrices faciales hipertróficas por cuerpo extraño
c. Queloides
d. A y B son correctas
e. Todas son correctas

18] Una paciente africana acude a la consulta con estrías en diferentes partes de su cuerpo y zonas de despigmentación salteadas. Pensaremos en:

a. Un problema endocrinológico y 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 cremas con filtro solar
e. Que es típico de la raza negra

19] El uso de corticoides tópicos de alta potencia con el fin de despigmentar la piel ocasiona:

a. Hiperpigmentación por contraste
b. Violeta púrpura periocular
c. Liquenoide diseminado
d. Infecciones fúngicas
e. Todas son correctas

20] Con respecto a los tatuajes permanentes, es incorrecto que:

a. Es una práctica extendida en África
b. Se realizan por motivos religiosos
c. No se ha descrito transmisión de enfermedades por micobacterias secundarias a su práctica
d. Producen cicatrices queloides e hipertróficas
e. En algunas culturas, se utilizan diferentes emplastos de heces de animales o barro tras su realización

NER-821/1 Mayo 2011

Nervinex®
Brivudina

NOMBRE DEL MEDICAMENTO: NERVINEX 125 mg comprimidos. **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** Un comprimido contiene 125 mg de brivudina. Excipientes: Celulosa microcristalina, lactosa monohidrato, povidona K 24-27, estearato de magnesio. **FORMA FARMACÉUTICA:** Comprimidos de color blanco o prácticamente blanco, de caras planas y bordes biselados. **DATOS CLÍNICOS: Indicaciones terapéuticas:** Tratamiento precoz del herpes zoster agudo en adultos inmunocompetentes. **Posología y forma de administración:** En adultos, un comprimido de NERVINEX una vez al día durante 7 días. El tratamiento debe iniciarse lo antes posible, preferentemente dentro de las 72 horas siguientes a la aparición de las primeras manifestaciones cutáneas (generalmente inicio del rash) ó 48 horas desde la aparición de la primera vesícula. Los comprimidos deben tomarse todos los días a la misma hora aproximadamente. Si los síntomas persisten o empeoran durante los 7 días de tratamiento, se debe aconsejar al paciente que consulte a su médico. El medicamento está indicado para tratamientos a corto plazo. Este tratamiento reduce además el riesgo de desarrollo de neuralgia postherpética en pacientes de más de 50 años de edad, con la posología aconsejada arriba indicada (un comprimido de NERVINEX una vez al día durante 7 días). Después de un primer ciclo de tratamiento (7 días) no debe seguirse un segundo ciclo. *Pacientes ancianos:* No es necesario un ajuste de la dosis en pacientes de más de 65 años de edad. *Pacientes con insuficiencia renal o hepática:* No se observan cambios significativos en la exposición sistémica a brivudina como consecuencia de una insuficiencia hepática o renal; por lo tanto, no se requiere un ajuste de la dosis en pacientes con insuficiencia renal moderada a grave así como en pacientes con insuficiencia hepática moderada a grave. **Contraindicaciones:** NERVINEX no debe administrarse en caso de hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes. *Pacientes en quimioterapia antineoplásica:* El uso de NERVINEX está contraindicado en pacientes sometidos a quimioterapia antineoplásica, especialmente si están tratados con 5-fluorouracilo (5-FU) incluyendo también sus preparaciones tópicas, sus profármacos (por ejemplo capecitabina, floxuridina, tegafur) y combinación de fármacos que contengan estos principios activos u otras 5-fluoropirimidinas (Ver Avertencias y precauciones especiales de empleo y Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción). *Pacientes inmunodeficientes:* Está contraindicado el empleo de NERVINEX en pacientes inmunodeficientes, como por ejemplo los que reciben quimioterapia antineoplásica, tratamiento inmunosupresor o terapia con flucitosina en micosis sistémicas graves. *Niños:* No está indicado el uso de NERVINEX en este grupo de edad dado que la seguridad y la eficacia de NERVINEX en niños no ha sido probada suficientemente. *Embarazo y lactancia:* NERVINEX está contraindicado durante el embarazo y en madres lactantes (Ver Embarazo y lactancia). **Advertencias y precauciones especiales de empleo:** NERVINEX y 5-fluorouracilo, incluyendo también sus preparaciones tópicas o sus profármacos (por ejemplo capecitabina, floxuridina, tegafur) o combinación de fármacos que contengan estos principios activos y otras 5-fluoropirimidinas (por ejemplo flucitosina) no deben administrarse concomitantemente, siendo necesario respetar un intervalo mínimo de 4 semanas antes de iniciar un tratamiento con fármacos 5-fluoropirimidínicos. **Como precaución adicional debe monitorizarse la actividad de la enzima DPD (enzima dihidropirimidina dehidrogenasa) antes de iniciar cualquier tratamiento con 5-fluoropirimidinas en pacientes que hayan sido tratados recientemente con NERVINEX.** NERVINEX no debe administrarse si las manifestaciones cutáneas están ya totalmente desarrolladas. NERVINEX debe administrarse con precaución en pacientes con enfermedades hepáticas proliferativas tal como la hepatitis. Al contener lactosa entre sus excipientes, los pacientes con intolerancia hereditaria a galactosa, de insuficiencia de lactasa de Lapp (insuficiencia observada en ciertas poblaciones de Laponia) o problemas de absorción de glucosa o galactosa no deben tomar este medicamento. **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción:** *Uso concomitante contraindicado con 5-fluorouracilo (incluyendo también sus preparaciones tópicas y profármacos, tales como capecitabina, floxuridina, tegafur) u otras 5-fluoropirimidinas tales como flucitosina.* Esta interacción, que provoca un aumento de la toxicidad de las fluoropirimidinas, es potencialmente fatal. Brivudina, a través de su principal metabolito bromovinil uracilo (BVU), ejerce una inhibición irreversible de la dihidropirimidina dehidrogenasa (DPD), una enzima que regula el metabolismo tanto de los nucleósidos naturales (p. e. timidina) como de medicamentos tipo pirimidina tal como 5-fluorouracilo (5-FU). Como consecuencia de la inhibición enzimática, se produce una sobre-exposición y un aumento de la toxicidad del 5-FU. La evidencia clínica muestra que, en adultos sanos que están siguiendo un tratamiento con NERVINEX (125 mg una vez al día durante 7 días), se consigue una recuperación funcional completa de la actividad de la enzima DPD a los 18 días de la última dosis. NERVINEX y 5-fluorouracilo u otras 5-fluoropirimidinas tales como capecitabina, floxuridina y tegafur (o combinación de fármacos que contengan estos principios activos) o flucitosina no deben ser administrados concomitantemente, y debe respetarse un periodo mínimo de 4 semanas antes de iniciar el tratamiento con medicamentos tipo 5-fluoropirimidina. Como precaución adicional, debe monitorizarse la actividad de la enzima DPD antes de empezar un tratamiento con medicamentos tipo 5-fluoropirimidina en pacientes que hayan sido tratados recientemente con NERVINEX. En caso de administración accidental de 5-FU y medicamentos relacionados a pacientes tratados con NERVINEX, ambos medicamentos deberán ser interrumpidos y deberán tomarse medidas intensivas para reducir la toxicidad de 5-FU. Se recomienda una rápida hospitalización así como medidas para prevenir infecciones sistémicas y la deshidratación. Los síntomas de toxicidad por 5-FU son náuseas, vómitos, diarrea y, en muchos casos, estomatitis, neutropenia y depresión de la médula ósea. *Otra información:* No se ha demostrado que NERVINEX tenga capacidad para inducir o inhibir el sistema enzimático hepático P450. La toma de alimentos no afecta significativamente la absorción de brivudina. **Embarazo y lactancia:** NERVINEX está contraindicado durante el embarazo y en madres lactantes. En estudios en animales no se han observado efectos embriotóxicos ni teratogénicos. Los efectos fetotóxicos aparecieron únicamente a dosis elevadas. No obstante, no se ha demostrado la seguridad de NERVINEX durante el embarazo. En estudios en animales se ha comprobado que la brivudina y su metabolito principal, bromovinil uracilo (BVU), pasan a la leche materna. **Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar maquinaria:** No hay estudios sobre el efecto de NERVINEX sobre la capacidad para conducir vehículos o utilizar máquinas. Si se conducen vehículos, se maneja maquinaria o se trabaja sin adecuadas medidas de seguridad, debe tenerse en cuenta que se han descrito casos poco frecuentes de mareo y de somnolencia con el uso de brivudina. **Reacciones adversas:** Brivudina ha sido administrada a más de 3900 pacientes en ensayos clínicos. La única posible reacción adversa descrita con frecuencia fueron las náuseas (2,1%). La incidencia y naturaleza de las reacciones adversas descritas para brivudina son consistentes teniendo en cuenta las descritas para otros agentes nucleósidos antivirales de la misma clase. Las potenciales reacciones adversas a brivudina son reversibles y se presentan generalmente con intensidad leve a moderada. En la siguiente tabla se muestran las potenciales reacciones adversas al fármaco clasificadas por órganos y sistemas, según un orden decreciente. Experiencia post-comercialización: Ha habido notificaciones de sobreexposición y toxicidad aumentada al 5-FU o a otras 5-fluoropirimidinas, incluso casos fatales, debido a la interacción con brivudina (ver sección 4.5). **Sobredosificación:** No se han registrado casos de sobredosificación aguda con NERVINEX. En caso de sobredosificación accidental o intencionada, debe instaurarse un tratamiento sintomático y de soporte. **DATOS FARMACÉUTICOS: Incompatibilidades:** No procede. **Precauciones especiales de conservación:** Mantener el blister dentro del envase original. **Instrucciones de uso/manipulación** Ninguna **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN** LABORATORI GUIDOTTI, S.p.A. Via Livornese 897, Loc. "La Vettola" (San Piero a Grado, PISA) Italia **Representante local** Guidotti Farma, S.L.U. Alfons XII 587 – 08918 Badalona (Barcelona) España PRESENTACIONES Y PVP Envase de 7 comprimidos Nervinex 125 mg comprimidos: PVP iva 116,82 Euros CONDICIONES DE DISPENSACIÓN Medicamento sujeto a prescripción médica. Financiado por el Sistema Nacional de Salud con aportación normal. **FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO** Marzo de 2010.

Clasificación por órganos y sistemas	Frecuentes (1 - 10%)	Poco frecuentes (0,1 - 1%)	Raras (0,01 – 0,1%)
Trastornos hematológicos y del sistema linfático		Granulocitopenia, eosinofilia, anemia, linfocitosis, monocitosis	
Trastornos del metabolismo y nutricionales		Anorexia	
Trastornos psiquiátricos		Insomnio	
Trastornos del sistema nervioso		Cefalea, mareo, vértigo, somnolencia	
Trastornos gastrointestinales	Náuseas	Dispepsia, vómitos, dolor abdominal, diarrea, flatulencia, estreñimiento	
Trastornos hepato-biliares		Hígado graso, aumento de enzimas hepáticas	Hepatitis
Trastornos de la piel y tejido subcutáneo		Reacciones alérgicas (prurito, rash eritematoso, aumento de la sudoración)	
Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración		Astenia, fatiga	

BIBLIOGRAFÍA: 1 • Ficha técnica Nervinex®. **2** • Ficha técnica Zovirax®. **3** • Ficha técnica Valtrex®. **4** • Ficha técnica Famvir®. **5** • Wassilew S., Wutzler P. Oral brivudin in comparison with acyclovir for herpes zoster: a survey study on postherpetic neuralgia. Antiviral Research 2003; 59: 57-60.

1 comprimido al día, 7 días

Más información en:
e-dermatosis.com

GRUPO MENARINI
www.menarini.es

Nervinex®
Brivudina

Tratamiento precoz del Herpes Zóster agudo en adultos inmunocompetentes [1]

PODER ANTIZÓSTER

- Antiherpético oral con posología de 1 comprimido al día durante 7 días. [2-4]

	Posología/día
Aciclovir 800 mg [2]	**5** comp/día
Valaciclovir 1000 mg [3]	**3** comp/día
Famciclovir 500 mg [4]	**3** comp/día

- Reduce la incidencia de la **Neuralgia Post-herpética** un **25%** frente a Aciclovir. [5]

- Sin **necesidad de ajuste de dosis** en insuficiencia renal, ni insuficiencia hepática, ni en mayores de 65 años. [1]

Advertencias y precauciones especiales de empleo: NERVINEX y 5-fluorouracilo, incluyendo también sus preparaciones tópicas o sus profármacos (por ejemplo capecitabina, floxuridina, tegafur) o combinación de fármacos que contengan estos principios activos y otras 5-fluoropirimidinas (por ejemplo flucitosina) no deben administrarse concomitantemente, siendo necesario respetar un intervalo mínimo de 4 semanas antes de iniciar un tratamiento con fármacos 5-fluoropirimidínicos. **Como precaución adicional debe monitorizarse la actividad de la enzima DPD (enzima dihidropirimidina dehidrogenasa) antes de iniciar cualquier tratamiento con 5-fluoropirimidinas en pacientes que hayan sido tratados recientemente con NERVINEX.**

DIRECCIÓN Y COORDINACIÓN

Dr. Gerardo Martínez Sánchez
Médico de Familia. Servicio de Atención Primaria
Badalona Serveis Assitencials (Badalona, Barcelona)

AUTORES (módulo 1)

Dra. Carolina Burgos Díez
Médico de Familia. Servicio de Atención Primària y SINUE.
Badalona Serveis Assitencials (Badalona, Barcelona)

Dr. Mª José Fuente González
Servicio de Dermatología
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol (Badalona, Barcelona)

Dra. Mercedes Gómez Vázquez
Servicio de Dermatología
Badalona Serveis Assitencials (Badalona, Barcelona)

Dr. Gerardo Martínez Sánchez
Médico de Familia. Servicio de Atención Primaria
Badalona Serveis Assitencials (Badalona, Barcelona)

Dra. Rosa Taberner Ferrer
Servicio de Dermatología.
Hospital de Son Llàtzer (Palma de Mallorca)

GRUPO MENARINI
www.menarini.es

NER-821/1 Mayo 2011