



Ana MARCOS-PINTO¹, Ana ORTINS-PINA¹, João BORGES-COSTA^{1,2,3}
Acta Med Port 2018 Sep;31(9):501-508 • <https://doi.org/10.20344/amp.10287>

RESUMO

Atualmente, devido aos circuitos migratórios cada vez mais frequentes na Europa e conseqüente aumento da população migrante em Portugal, principalmente na área metropolitana de Lisboa, é cada vez mais comum depararmos com diversas patologias dermatológicas nos indivíduos africanos que recorrem ao sistema de saúde. Existem poucos estudos sobre dermatoses nesta população. É importante conhecer as diferenças biológicas e fisiológicas da pele negra, de modo a compreender a fisiopatologia e a manifestação das dermatoses. O diagnóstico de muitas delas constitui um desafio para qualquer clínico devido às características específicas da sua pele. É essencial conhecer os diferentes padrões e frequências das doenças cutâneas em africanos, de modo a otimizar os seus diagnósticos, abordagem e tratamento.

Palavras-chave: Doenças da Pele; Fenómenos Fisiológicos da Pele; Grupo com Ancestrais do Continente Africano

ABSTRACT

Nowadays, due to the increasingly frequent migratory circuits in Europe and the increment of the migrant population in Portugal, mainly in the Lisbon metropolitan area, it is more and more common to find several dermatological conditions and disorders in Africans seen in our health care system. There are few studies on dermatoses in these populations. It is important to know the biologic and physiologic differences of black skin in order to understand both the pathophysiology and manifestations of dermatoses. The recognition of many of them represents a challenge to any clinician due to the specific characteristics of their skin. It is thus essential to know the different patterns and frequencies of skin diseases in Africans, in order to optimize the diagnosis, approach and treatment.

Keywords: African Continental Ancestry Group; Skin Diseases; Skin Physiological Phenomena

INTRODUÇÃO

O aumento do fluxo migratório na Europa determina uma crescente necessidade de avaliar, diagnosticar e tratar doenças nos indivíduos africanos que recorrem aos cuidados de saúde.

Segundo o Instituto Nacional de Estatística, em 2011 residiam 394 496 estrangeiros representando 3,7% do total de residentes do país (mais 70% do que em 2001). Destes, a maioria concentra-se na região de Lisboa (51,6%), seguindo-se as regiões do Norte, Centro e Algarve (13% cada). Do total de estrangeiros, 24% são indivíduos oriundos de Países Africanos de Língua Portuguesa: Cabo Verde, Angola, Guiné-Bissau e S. Tomé e Príncipe, por ordem de frequência.¹

O sistema de classificação de Fitzpatrick é o mais utilizado para definir a cor da pele, através do fototipo. Esse sistema categoriza todos os indivíduos de pele clara a escura em seis fototipos, sendo os fototipos IV, V e VI, os que englobam a pele escura, com várias gradações de cores, que raramente ou nunca queimam pelo sol e bronzeiam facilmente.²⁻⁴ Esta classificação, no entanto, tem limitações uma vez que não demonstra uma correlação adequada com os achados revelados pela determinação da dose de eritema mínimo.

A maioria das dermatoses observadas nos caucasianos também ocorre em africanos, embora possam manifestar-se com determinadas particularidades. No entanto,

existem também variações fisiológicas encontradas nestes fenótipos, que podem ser confundidas com condições patológicas e que devem ser reconhecidas a fim de se evitar tratamentos desnecessários. Certas dermatoses são também mais frequentes em africanos, dado que as características estruturais específicas da pele, associada a algumas práticas culturais, proporcionam o seu desenvolvimento.

O grau de pigmentação na pele dos doentes africanos interfere sensivelmente na semiologia dermatológica e dificulta o diagnóstico, sendo necessário que os clínicos das várias especialidades se familiarizem com as diferentes manifestações da doença.

Estrutura da pele negra

Existem diferenças estruturais importantes entre a pele branca e a pele negra, no que concerne às várias camadas constituintes da pele.

A variabilidade da coloração melânica da pele está relacionada com variações no número, tamanho e agregação dos melanossomas dentro dos melanócitos e queratinócitos. Na pele negra, estão presentes melanossomas grandes, não-agregados, com número aumentado na camada basal e distribuídos por todas as camadas da epiderme. Pelo contrário, na pele branca os melanossomas são pequenos e agregados, alguns nas camadas basal e malpighiana, estando ausentes nas camadas superiores

1. Clínica Universitária de Dermatologia de Lisboa. Hospital de Santa Maria. Centro Hospitalar Lisboa Norte. Lisboa. Portugal.

2. Unidade de Investigação em Dermatologia. Instituto de Medicina Molecular. Faculdade de Medicina. Universidade de Lisboa. Lisboa. Portugal.

3. Instituto de Higiene e Medicina Tropical. Lisboa. Portugal.

✉ Autor correspondente: Ana Marcos-Pinto. anamarcos.pinto@gmail.com

Recebido: 23 de janeiro de 2018 - Aceite: 06 de junho de 2018 | Copyright © Ordem dos Médicos 2018



da epiderme. Não existem diferenças raciais no número de melanócitos.²⁻⁶ O maior conteúdo de melanina confere fator de proteção solar superior à pele mais escura.² Adicionalmente a pele mais pigmentada produz menos vitamina D3 em resposta à exposição solar.^{7,8}

A camada córnea na pele negra contém mais camadas de células do que na pele branca, embora a espessura seja igual em ambas, sendo mais compacto, por maior coesão intercelular, o que pode interferir na capacidade de absorção cutânea.

A pele negra tem também um índice 2,5 vezes maior de descamação fisiológica que a pele branca e, para além disso, a camada córnea possui menos lípidos, cujos níveis se correlacionam inversamente com a perda transepidermica de água, maior em negros, o que pode justificar a maior frequência de xerose.^{2,3,6}

Relativamente à derme, não há diferença na espessura, no entanto, a nível celular, salienta-se a existência de fibroblastos maiores, em maior número e hiperativos na pele negra que, em associação à diminuição da atividade da colagenase, pode potenciar a formação de queloides, mais frequentes em indivíduos africanos.²⁻⁶

No que diz respeito aos anexos cutâneos, não há diferença relativamente às glândulas sudoríparas écrinas; as glândulas sudoríparas apócrinas são de maiores dimensões, mais numerosas e produzem maior quantidade de secreção na pele negra; há maior número de glândulas sudoríparas apócrino-écrinas na pele facial de mulheres negras; as glândulas sebáceas são maiores e produzem maior quantidade de sebo na pele negra.^{2,5,6}

A densidade de cabelos e o número total de folículos terminais nos indivíduos negros são menores. Os folículos pilosos são curvos e a secção elíptica, o que vai influenciar a génese de distúrbios relacionados, como por exemplo, a pseudofoliculite da barba. Existem poucas fibras elásticas ancorantes para a derme nos folículos pilosos facto que, associado a determinados penteados étnicos, contribui para o desenvolvimento de certas alopecias. O conteúdo em água e a resistência tênsil das hastes pilares são menores e, por isso, quebram facilmente e formam nós, sendo difíceis de pentear. São mais pigmentados dado que os grânulos de melanina são maiores; apresentam o mesmo tipo de queratina, embora com diferenças na composição dos aminoácidos.^{2,5,6}

Estas diferenças biológicas e estruturais importantes refletem-se na diversidade das manifestações das dermatoses observadas em africanos.

Alterações fisiológicas na pele negra

Existem várias alterações fisiológicas na pele dos indivíduos africanos que devem ser reconhecidas, a fim de se evitar diagnósticos equívocos e procedimentos desnecessários.

Entre elas, salientam-se as discromias fisiológicas, destacando-se:

1) Hiperpigmentação perioral, mais frequente nas mulheres negras, na pele adjacente aos ângulos da boca;

2) Melanose malar, verificada em indivíduos com mais de 50 anos, em ambos os sexos, tendo relação com atopia em mulheres jovens; 3) Hiperpigmentação palmoplantar, considerada no diagnóstico diferencial de sífilis secundária; 4) Linhas de Futcher, de Voigt ou Ito ou linhas de demarcação pigmentar que ocorrem em cerca 25% dos africanos; são linhas bem demarcadas, bilaterais, que marcam a transição entre áreas de maior e de menor pigmentação e que ocorrem em diferentes locais do corpo, nomeadamente nos braços e pernas, a maioria presente ao nascimento. Alguns autores especulam que poderão coincidir com a distribuição da inervação cutânea ou com as linhas de fusão embrionária; 5) Hipopigmentação da linha média, com prevalência de 30% - 40%, afeta sobretudo homens e tem transmissão autossómica dominante. Trata-se de uma mancha hipocrómica na região esternal que se pode estender a linha alba (linha de demarcação pigmentar do tipo C (vide acima); 6) Mancha mongólica, verificada em 40% - 90% dos recém-nascidos negros, onde tende a ser de maiores dimensões e ter localizações múltiplas. Consiste numa mancha azul, acinzentada, que se deve à presença de melanócitos na derme. Deve ser feito diagnóstico diferencial com nevos e hematomas; 7) A hiperpigmentação da mucosa oral ocorre nas gengivas e, menos frequentemente, na mucosa jugal; 8) A melanoníquia ungueal longitudinal ocorre em cerca de 50% dos indivíduos negros, sendo a frequência e a intensidade da pigmentação relacionadas com o aumento da idade. Traumas ou radiação solar podem ter papel etiológico. Deve ser feito diagnóstico diferencial com melanoma ou pigmentações provocadas por fármacos.^{2,5,6,9}

Outra alteração fisiológica relevante é o leucoedema oral que ocorre em 90% dos indivíduos negros, sem predileção por sexo. São placas brancas localizadas na mucosa jugal, em relação com tabagismo. Deve ser diferenciado de leucoplasia, líquen plano ou candidíase.²

Particularidades clínicas e semiológicas

As características estruturais e fisiológicas de pele escura conferem determinadas particularidades clínicas e interferem na semiologia, constituindo um desafio clínico.

Por exemplo, dado à maior perda transepidermica de água, a pele escura é tipicamente uma pele com maior grau de xerose que, por vezes, pela sua intensidade, pode associar-se a prurido e conferir uma coloração acinzentada conhecido como *'ashy skin'*, sendo frequentemente confundida com eczema.

Atendendo à pigmentação escura, existe uma dificuldade semiológica na avaliação e quantificação do eritema, presente em dermatoses inflamatórias, lesões vasculares, ou até mesmo, na realização de provas epicutâneas de contacto. Da mesma forma, a avaliação de lesões purpúricas é também um desafio.^{2,5}

Por outro lado, as dermatoses frequentemente observadas nos caucasianos adquirem características clínicas peculiares nestes indivíduos. É o exemplo da pitíriase rosada, pitíriase versicolor ou dermatite atópica, que se manifestam com um padrão mais frequentemente folicular; assim como

o líquen plano, sarcoidose e dermite seborreica, com padrões anulares.²

Dermatoses em Africanos

Segundo Halder *et al*¹⁰ as dermatoses mais prevalentes em africanos são, por ordem decrescente de frequência: acne, eczema, discromias, dermite seborreica, alopecias, infeções fúngicas, dermatites de contacto, verrugas, infeções fúngicas, queloides, pitíriase rosada e urticária.¹⁰ Muitas destas dermatoses são também comuns em caucasianos, mas com padrões clínicos diferentes, com alterações pigmentares e maior atividade dos fibroblastos. Kenney sugeriu uma maior incidência de dermite atópica, dermite seborreica, pitíriase rosada e infeções fúngicas nos indivíduos africanos.¹¹

Não existem dermatoses específicas destes indivíduos, embora algumas sejam mais características como a dermatose papulosa *nigra*, a alopecia de tração, a pseudofoliculite da barba, a acne queloidiana da nuca, os queloides e as discromias, entre outras. Descrevem-se de seguida algumas dessas dermatoses mais frequentes em africanos do que em caucasianos.

Dermatose papulosa *nigra*

Tem uma prevalência de 35% entre adultos africanos, em particular no sexo feminino.² Caracteriza-se por múltiplas pápulas pequenas, hiperpigmentadas, assintomáticas, localizadas na face, particularmente nas pálpebras, regiões malares e pescoço (Fig. 1). São lesões benignas que, histologicamente, se assemelham a queratoses seborreicas.

Por motivos estéticos, o tratamento pode ser realizado por métodos destrutivos como a eletrofulguração, laser de CO₂ ou ácido tricloroacético. No entanto, existe risco importante de hipopigmentação pós inflamatória,^{2,3,5,12,13} motivo pelo qual o tratamento deve ser adequadamente selecionado.

Alopecia de tração

Está associada a um contexto sociocultural, verificando-se em mulheres africanas como resultado da tensão prolongada e exagerada provocada por determinados penteados como alisamentos, colocação de extensões de cabelo, tranças ou apanhados, aliada à escassez de fibras elásticas que ancoram os folículos pilosos na derme, que produzem alopecias irreversíveis na linha frontal e parieto-temporal (Fig. 2).^{2,12,13}

Alopecia cicatricial central e centrífuga

Além da alopecia de tração, ainda existe a designada síndrome da degeneração folicular ou alopecia cicatricial central e centrífuga que ocorre no vértice e na região mediana do couro cabeludo, poupando a linha frontal. Associa-se também a aspetos culturais nomeadamente a tratamentos capilares utilizados nestas etnias, como alisamentos térmicos ou químicos.¹⁴ Observa-se diminuição ou ausência das aberturas foliculares no couro cabeludo, devendo ser consideradas no diagnóstico diferencial outras alopecias cicatriciais do couro cabeludo como o lúpus eritematoso, líquen plano pilar e foliculite decalvante. A histopatologia mostra inflamação nos folículos pilosos. O tratamento consiste na utilização de minoxidil e corticoides tópicos e



Figura 1 – Dermatose papulosa *nigra*: pápulas castanhas, planas, na área palpebral e malar



Figura 2 – Alopecia de tração: recuo fronto-temporal da linha de implantação capilar

intra-lesionais. Nos casos graves, corticoides sistêmicos, dapsona, hidroxicroloquina, a isotretinoína, a talidomida e o metotrexato, podem ser utilizados.^{2,12,13}

Pseudofoliculite da barba

A pseudofoliculite da barba tem uma prevalência que varia entre 45% a 80% nos homens africanos entre os 14 e os 25 anos.² A etiopatogenia está relacionada com os folículos pilosos curvos na raça negra e com o ato de barbear. Quando um pelo emerge do folículo e é cortado obliquamente pela lâmina, origina-se uma extremidade afiada. A sua curva natural faz com que ele reentre na pele, dando origem então a uma reação de corpo estranho que, clinicamente, se manifesta com pápulas, pústulas e máculas hiperpigmentadas e que, raramente, pode ter uma evolução para quelóide. Esta condição tem implicações em determinadas profissões como a atividade militar em que o ato de barbear é obrigatório.²

O tratamento consiste em agentes tópicos que diminuam a irritação após a remoção do pelo e reduzem a hiperqueratose, tais como emolientes, hidrocortisona, creme de ureia, retinóides e alfa-hidroxi-ácidos, como o ácido glicólico. Antibióticos tópicos, como a clindamicina e a eritromicina, associadas ou não ao peróxido de benzoílo reduzem a infecção secundária. A utilização sistémica de antibióticos, corticoides ou isotretinoína está reservada para casos mais graves. A prevenção consiste em interromper a prática de barbear com lâminas manuais. A resolução definitiva é a remoção permanente do folículo piloso por eletrólise, laser ou cirurgia.^{2,9,13}

Acne queloidiana da nuca

Trata-se de uma dermatose pouco frequente, que afeta homens africanos, sendo rara na mulher. A inflamação é também causada pela curvatura do cabelo seguida de sua

penetração na derme. Manifesta-se por pápulas fibróticas e pústulas que coalescem formando placas e nódulos firmes, localizados na nuca e região occipital (Fig. 3). Essas lesões evoluem progressivamente para abscessos, quelóides e alopecia cicatricial. O tratamento é semelhante ao da pseudofoliculite da barba. Nos casos mais graves, pode ser necessário recorrer a corticoterapia intralesional, isotretinoína ou antibióticos.^{2,12,13}

Foliculite dissecante do couro cabeludo

É quase exclusiva de homens negros. Está relacionada com a oclusão folicular e a reação granulomatosa à queratina. Formam-se nódulos e abscessos dolorosos no vértice e na região occipital. O *Staphylococcus aureus* e *Pseudomonas aeruginosa* têm sido isolados. Pode levar ao desenvolvimento de alopecia cicatricial e quelóides. Pode-se associar à acne conglobata e à hidrosadenite supurativa. O principal diagnóstico diferencial é o quérion. O tratamento consiste na administração de isotretinoína oral isolada ou combinada com corticoides, antibióticos e zinco. Os casos mais graves podem requerer drenagem, excisão cirúrgica ou radioterapia.^{2,12-14}

Quelóides

Os quelóides são mais comuns nos indivíduos de raça negra que nos caucasianos. O *ratio* varia de 2:1 a 19:1. Resultam do trauma, como lesões de coceira ou incisões cirúrgicas. Os quelóides na orelha com o brinco ou *piercing* são muito comuns. No entanto, existe também o aparecimento de quelóides espontâneos que podem ocorrer sem trauma preexistente. Podem causar dor e prurido. O tratamento consiste na utilização de retinóides tópicos, corticoides tópicos ou intralesionais, entre outros. No entanto, as recorrências são frequentes.^{2,12,13}



Figura 3 – Acne queloidiana da nuca: pápulas, nódulos e pústulas na nuca

Discromias

As alterações da pigmentação estão entre as alterações mais comuns em pessoas de pele negra, com impacto estético e psicológico importantes. Entre as discromias patológicas mais frequentes na pele negra, salienta-se a hiperpigmentação e hipopigmentação pós-inflamatórias.

A hiperpigmentação pós-inflamatória verifica-se após inflamação (por exemplo, após infeções ou resolução de lesões de acne, líquen plano ou outras dermatoses inflamatórias) ou após agressão cutânea (provocada por agentes físicos ou químicos, incluindo procedimentos cosméticos). Em alguns casos, verifica-se hipopigmentação pós-inflamatória, mais comum com a dermite seborreica, pitíriase alba, dermite atópica, pitíriase versicolor, entre outras.²

A patogénese dessas alterações pigmentares mantém-se desconhecida. Muito provavelmente as citocinas e outros mediadores inflamatórios libertados pelas células inflamadas desempenham um papel, dado que em estudos *in vitro*, esses mediadores provocaram efeitos nos melanócitos.¹² Leucotrieno B₄, prostaglandinas D₂ e E₂, endotelinas, interleucinas 1 e 6 e fator de necrose tumoral são mediadores que estimulam a melanogénese. Uma redução da melanogénese foi causada por leucotrieno C₄. Em cada pele individual inflamada há libertação de determinados mediadores. São esses mediadores que serão responsáveis pelo aumento ou redução da melanogénese no

melanócito, levando a hiperpigmentação ou hipopigmentação pós-inflamatórias, respetivamente.^{13,15-17}

O tratamento da hiperpigmentação abrange as esfoliações químicas com ácido glicólico ou com ácido salicílico e o uso tópico de despigmentantes, como a hidroquinona, o ácido azelaico e o ácido kójico. O laser *Q-switched* (para lesões pigmentadas, com comprimento de onda de 532, 1064 e 755 nm) é também eficiente.^{2,12,13,15-17} No que concerne à utilização de hidroquinona, a concentração não deve exceder os 4%. Existem, no entanto, produtos em concentrações superiores sem regulamentação no mercado, podendo levar a pseudo-ocronose ou ocronose exógena.

Para a hipopigmentação pós-inflamatória, as opções incluem maquilhagem corretiva, corticosteróides tópicos e a fototerapia.

A hipomelanose macular progressiva consiste numa dermatose comum e sub-diagnosticada, incompreendida, com distribuição mundial, mais frequente nos países tropicais em negros e afetando, preferencialmente, mulheres jovens. O *Cutibacterium acnes* ou *Propionibacterium acnes* produz um fator despigmentante, e pode ser cultivado a partir dos folículos nos pontos hipopigmentados. Caracteriza-se por manchas hipopigmentadas confluentes, mal definidas, não descamativas, localizadas no tronco, em torno da linha média e, raramente, estendendo-se às extremidades proximais e às regiões da cabeça e do

pescoço. Sem prurido ou dor. O exame sob a luz de Wood pode mostrar a presença de fluorescência folicular vermelha nos pontos hipopigmentados. É estável ou progride lentamente por anos, desaparecendo espontaneamente. Melhora após a eliminação do *P. acnes*, sendo um tratamento sugerido a aplicação tópica de antibióticos e peróxido de benzoílo. A fototerapia com UVA, três vezes por semana, durante 12 semanas é outra opção. A antibioterapia sistémica (tetraciclina) é outra alternativa. Pode ocorrer recidiva.^{2,12}

Vitiligo

O vitiligo é muito prevalente na raça negra e tem um forte impacto psicossocial nestes doentes pelos preconceitos associados a doenças como a hanseníase (lepra) e pela desvalorização cosmética que é maximizada pelo contraste mais acentuado que a pele mais escura proporciona. Nestes doentes, pode assumir uma particular expressão clínica denominada 'vitiligo *minor*' caracterizado por manchas apenas hipocrómicas, não acrómicas, com localização médio-torácica ou médio-facial e, muitas vezes erroneamente interpretado como dermite seborreica.¹⁸

Sarcoidose

Embora rara, é encontrada 10 vezes mais em negros do que em caucasianos, com maior grau de afetação sistémica, nomeadamente maior taxa de envolvimento pulmonar.^{19,20} O prognóstico a longo prazo é pior e as recidivas mais comuns.

Há grande polimorfismo das lesões de sarcoidose nos africanos: as pápulas e máculas hipopigmentadas ou psoriasiformes são as mais comuns. O lúpus *pernio*, raro nos caucasianos, é mais comum nos africanos, e indicia um curso clínico crónico e mais agressivo. Lesões anulares, ictiosiformes, ulcerativas e tumorais são quase exclusivas dessa população.^{2,20}

Lúpus eritematoso

O lúpus eritematoso sistémico é mais prevalente na raça negra e, nesta população, está associado a um curso mais agressivo, com maior afeção de órgãos-alvo, mais complicações, sendo a raça considerada fator prognóstico.^{21,22} Os indivíduos africanos geralmente têm placas discoides na pele, fibrose pulmonar e pleurite, e, menos comumente que os caucasianos, fotossensibilidade, livedo reticular e trombose vascular. Além disso, apresentam frequência mais elevada da positividade dos autoanticorpos anti-Sm, anti-RNP e anti-Ro. As lesões discoides atróficas podem permitir a expressão do eritema e são mais desfigurantes do que as observadas em caucasianos.²²

Dermatoses em idade pediátrica

No que concerne às dermatoses em idade pediátrica, salientam-se pela sua prevalência e maior especificidade nos Africanos, as seguintes:

Melanose pustulosa neonatal transitória: é uma erupção presente ao nascimento, que alguns autores atribuem

a uma hiperestimulação dos melanócitos. A clínica desenvolve-se em três fases: a primeira caracteriza-se pela presença de pústulas superficiais sem inflamação, preferencialmente na face, região lombar e área pré-tibial. Posteriormente aparecem colarêtes descamativos ao redor das pústulas. Por último, as lesões resolvem espontaneamente com hiperpigmentações residuais. O diagnóstico é clínico e deve ser considerado o diagnóstico diferencial com o eritema tóxico do recém-nascido, a acropustulose da infância e com infeções (candidíase e impetigo).^{23,24}

Dermite perioral granulomatosa: é uma erupção acneiiforme, mais comum em crianças africanas pré-púberes. Clinicamente manifesta-se com pápulas eritematosas ou amarelo-acastanhadas distribuídas nas regiões perioral, perinasal e periocular, podendo ser pruriginosas. Tem bom prognóstico, com resolução espontânea, sem deixar cicatrizes. Deve ser incluída como diagnóstico diferencial de rosácea granulomatosa, sarcoidose, lúpus facial miliar disseminado e dermatite perioral.^{24,25}

Patologia tumoral

O cancro de pele é menos comum na pele escura, o que se deve à proteção conferida pela melanina, com uma prevalência de cerca de 1% - 2%²⁶ de todas as neoplasias nos Africanos, mas está associado a maior morbidade e mortalidade, sendo por isso importante a deteção precoce nestes indivíduos.

O carcinoma espinocelular (CEC) é mais comum e relaciona-se mais frequentemente com processos de cicatrização crónica (20% - 40%) e áreas de inflamação crónica. Verifica-se o desenvolvimento de CEC em cicatrizes de queimaduras, trauma físico ou químico, locais prévios de radioterapia, úlceras e em lesões de lúpus discoide, lúpus vulgar, granuloma anular, lepra, hidradenite supurativa, entre outras. São, regra geral, muito mais agressivos com risco de 20% - 40% de metastização, comparado com o risco de 2% - 4% nos caucasianos. Tanto o CEC como o melanoma ocorrem mais frequentemente em locais não expostos nestes indivíduos, logo a radiação ultravioleta não é um fator etiológico tão importante nestes fototipos, com exceção do carcinoma basocelular.^{2,26}

O CBC é o segundo tumor maligno cutâneo mais frequente na pele negra. Apenas cerca de 1,8% dos casos de CBC ocorrem em indivíduos negros, sendo característica clínica frequente a presença de pigmentação, presente em 50% dos casos.^{2,26}

Há uma maior prevalência relativa do subtipo de melanoma acrolentiginoso, com pior prognóstico associado, que se deve também ao atraso do diagnóstico e tratamento deste tumor em peles mais escuras.²⁶

No que concerne ao sarcoma de Kaposi, a sua forma endémica é comum na África Equatorial e a forma epidémica, associada ao VIH, é atualmente a forma mais frequentemente encontrada em Portugal. Manifesta-se por placas e nódulos violáceos, por vezes difíceis de detetar na pele escura (Fig. 4). Nestes indivíduos, os tumores são mais difusos, com taxas de sobrevivência mais baixas



Figura 4 – Sarcoma de Kaposi: pápulas, placas e nódulos em ambos os membros inferiores

associadas.

Relativamente aos linfomas cutâneos, existe uma maior prevalência de micose fungóide nos indivíduos africanos em comparação com os caucasianos (duas vezes superior). A variante hipopigmentada está presente mais frequentemente numa população mais jovem que as formas típicas e ocorre quase exclusivamente nas pessoas de pele escura. Deve ser considerada no diagnóstico diferencial de vitiligo, pitíriase alba, pitíriase versicolor e outras dermatoses que se manifestam por lesões hipopigmentadas. Frequentemente existe um atraso no diagnóstico entre 7 - 10 anos. Há uma boa resposta à fototerapia e, de uma forma geral, está associada a bom prognóstico.

Outros linfomas T são raros, mas geralmente mais agressivos, associados ao atraso do diagnóstico nestes fototipos. As formas tardias com eritrodermia e envolvimento linfático não respondem tão bem às modalidades terapêuticas existentes.^{26,27}

CONCLUSÃO

O conhecimento das diferentes manifestações clínicas das doenças na pele escura é importante para os clínicos, uma vez que a população migrante está a aumentar. A pele dos indivíduos africanos difere da dos caucasianos pelas suas particularidades biológicas e estruturais, responsáveis por padrões de reação específicos. As práticas socioculturais e os fatores ambientais influenciam também o desenvolvimento das dermatoses. Cabe também ao clínico não só diagnosticar as dermatoses como também diferenciá-las das alterações fisiológicas inerentes à pele negra, de modo a evitar tratamentos desnecessários e com efeitos secundários indesejáveis.

PROTECÇÃO DE PESSOAS E ANIMAIS

Os autores declaram que os procedimentos seguidos estavam de acordo com os regulamentos estabelecidos pelos responsáveis da Comissão de Investigação Clínica

e Ética e de acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial.

CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS

Os autores declaram ter seguido os protocolos do seu centro de trabalho acerca da publicação de dados.

CONSENTIMENTO DOS DOENTES

Obtido.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não terem qualquer conflito de interesse relativamente ao presente artigo.

FONTES DE FINANCIAMENTO

Os autores declaram não ter recebido subsídios ou bolsas para a elaboração do artigo.

REFERÊNCIAS

- Instituto Nacional de Estatística. Censos, Portugal. [consulta do 2017 out 02]. Disponível em: http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos_quadros_populacao.
- Alchorne MM, Abreu M, Aparecida M. Dermatology in black skin. *An Bras Dermatol*. 2008;83:7-20.
- Kenney JA. Skin problems of blacks. *JAMA*. 1976;236:301-3.
- Zaidi Z. Characteristics of skin colour. *J Pak Med Assoc*. 2016;66:914-5.
- Taylor S. Skin of color: biology, structure, function, and implications for dermatologic disease. *J Am Acad Dermatol*. 2002;46:S41-62.
- Montagna W, Carlisle K. The architecture of black and white facial skin. *J Am Acad Dermatol*. 1991;24:929-37.
- Wesley NO, Maibach HI. Racial (ethnic) differences in skin properties: the objective data. *Am J Clin Dermatol*. 2003;4:843-60.
- Jablonski NG, Chaplin G. The evolution of human skin coloration. *J Human Evol*. 2000;39:57-106.
- James WD, Rodman OG. Pigmentary demarcation lines: a population survey. *J Am Acad Dermatol*. 1987;16:584-90.
- Halder RM, Grimes PE, McLaurin CI, Kress MA, Kenney JA Jr. Incidence of common dermatoses in a predominantly black dermatologic practice. *Cutis*. 1983;32:378-80.
- Kenney JA Jr. Management of dermatoses peculiar to negroes. *Arch Dermatol*. 1965;91:126-9.
- Kenney JA Jr. Dermatoses seen in American negroes. *Int J Dermatol*. 1970;9:110-3.
- Halder R, Nootheti P. Ethnic skin disorders overview. *J Am Acad Dermatol*. 2003;48:S143-8.
- Ross E. Primary cicatricial alopecia: clinical features and management. *Dermatol Nurs*. 2007;19:137-43.
- Morelli JG, Norris DA. Influence of inflammatory mediators and cytokines in human melanocyte function. *J Invest Dermatol*. 1993;100:191S-5.
- Somani VK, Razvi F, Sita VN. Pigmentary demarcation lines over the face. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2004;70:336-41.
- Dlova NC, Mankahla A, Madala N, Grobler A, Tsoka-Gwegweni J, Hift RJ. The spectrum of skin diseases in a black population in Durban, KwaZulu-Natal, South Africa. *Int J Dermatol*. 2015;54:279-85.
- Ezzedine K, Mahé A, Van Geel N, Cardot-Leccia N, Gauthier Y, Descamps V, et al. Hypochromic vitiligo: delineation of a new entity. *Br J Dermatol*. 2015;172:716-21.
- Mirsaeidi M, Machado RF, Schraufnagel D, Sweiss NJ, Baughman RP. Racial difference in sarcoidosis mortality in the United States. *Chest*. 2015;147:438-49.
- Heath CR, David J, Taylor SC. Sarcoidosis: are there differences in your skin of color patients? *J Am Acad Dermatol*. 2012;66:121.e1-14.
- Rees F, Doherty M, Grainge MJ, Lanyon P, Zhang W. The worldwide incidence and prevalence of systemic lupus erythematosus: a systematic review of epidemiological studies. *Rheumatology*. 2017;56:1945-61.
- Lewis MJ, Jawad AS. The effect of ethnicity and genetic ancestry on the epidemiology, clinical features and outcome of systemic lupus erythematosus. *Rheumatology*. 2017;56:i67-77.
- Johnson BL, Moy RL, White GH. Ethnic skin. Medical and surgical. Maryland Heights: Mosby; 1998. p. 121-55.
- Plantin P. Troubles physiologiques de la peau et des muqueuses du nouveau-né. *Ann dermatol Venereol*. 1999;126:927-32.
- Tiengo A, Barros HR, Carvalho DB, Oliveira GM, Romiti N. Case for diagnosis: childhood granulomatous periorificial dermatitis. *An Bras Dermatol*. 2013;88:660-2.
- Gloster HM, Neal K. Skin cancer in skin of color. *J Am Acad Dermatol*. 2006;55:741-60.
- Hinds GA, Heald P. Cutaneous t-cell lymphoma in skin of color. *J Am Acad Dermatol*. 2009;60:359-75.