**Dermatoses em Africanos**

**Dermatoses in Africans**

Ana Marcos-Pinto1 MD, João Borges-Costa1,2,3 MD, PhD

1Clínica Universitária de Dermatologia de Lisboa, Hospital de Santa Maria, CHLN

2Unidade de Investigação em Dermatologia, IMM, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

3Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Lisboa

Correspondência:

Ana Marcos-Pinto

Clínica Universitária de Dermatologia de Lisboa

 Hospital de Santa Maria

Av. Prof. Egas Moniz

1649-028 Lisboa, Portugal

Email: anaimarcos.pinto@gmail.com

**Dermatoses em Africanos**

**Resumo**

Atualmente, devido aos circuitos migratórios cada vez mais frequentes na Europa e consequente aumento da população migrante em Portugal, principalmente na área metropolitana de Lisboa, é cada vez mais comum depararmo-nos 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 *(funcionais)fisiológicas* da pele negra, de modo a compreender a fisiopatologia e a manifestação das dermatoses. O *diagnóstico de muitas delas* (reconhecimento de muitas delas) constitui um desafio para qualquer clinico devido às características especificas da *sua* pele. É essencial conhecer os diferentes padrões e frequências das doenças cutâneas em africanos, de modo a otimizar *os seus* diagnóstico, abordagem e tratamento.

**Palavras-chave:** dermatoses; pele negra.

**Abstract**

Nowadays, due to the increasingly frequent migratory circuits in Europe and the (increase) *increment* of the migrant population in Portugal, mainly in Lisbon(`s) metropolitan area, it is (increasingly) *more and more* common to find several dermatological (pathologies) *conditions and disorders in Africans* (individuals who are) seen (on) *in our health care* system. There are few studies on dermatoses in (this) *these populations.*

It is important to know the *biologic(al) and (functional) physiologic* differences of black skin in order to understand *both* the pathophysiology and manifestations of dermatoses. The recognition of many of them (constitutes) *represents* a challenge (for) *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:** dermatoses; black skin; *skin of color; ethnic skin.*

**Introdução**

O aumento do fluxo migratório na Europa (associa-se à) *implica/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 6 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

*Chama-se a atenção para que este sistema de classificação foi desenvolvido para avaliar o risco de foto-lesão/dano, em particular do risco de neoplasias cutâneas em peles mais claras, sendo muiitas vezes, de pequena utilidade para a pele de cor ou a cor da pele. Este sistema demonstrou não ser eficaz na correlação com a pigmentação constitucional e não se correlaciona adequadamente com os achados revelados pela determinação da Dose de Eritema Mínimo (DEM). Fenótipo pigmentar é de facto diferente do Fototipo.*

A maioria das dermatoses observadas nos caucasianos também ocorrem em africanos, embora possam manifestar-se com determinadas particularidades. No entanto, existem também variações fisiológicas encontradas nestes *fenótipos(fotótipos),* 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 (cor da pele) *variabilidade da coloração melânica da pele (RECORDA-SE QUE OUTROS FACTORES COMO OUTROS PIGMENTOS (COMO A HEMOGLOBINA entre outros….) TB CONTRIBUEM PARA A COR 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 da epiderme. Não existem diferenças raciais no número de melanócitos. 2-6 O maior conteúdo de melanina confere fator de proteção solar (FPS) de 13,4 à pele negra. 2*(QUÃO NEGRA ? UM GUINÉU EQUATORIANO OU UM XHOSA SUL-AFRICANOTERÃO A MESMA DEM-UVB?)*

ADICIONALMENTE,

*SUGIRO REFERÊNCIA – até pela actualidade do tema – ao facto de que a pele de tonalidade mais escura produz menos Vit D3 em resposta à exposição solar (Wesley,NO, et al. Am J Clin Dermatol., 2003;4:843-860)(Jablonski,NG, et al. J Human Evol, 2000;39:57-106)*

(O extrato) *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 *(espontânea)fisiológica* que a pele branca e, para além disso, (*o estrato) a camada* córnea possui menos lípidos, cujos níveis se correlacionam inversamente com a perda transepidérmica 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 (maiores) *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* (de corte) 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 alopécias. O conteúdo de 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,* (Dentro dessas,) 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 mais de 50 anos, em ambos os sexos, te*ndo* relação com atopia em mulheres jovens; 3) Hiperpigmentação palmoplantar, considerada no diagnóstico diferencial de sífilis secundária; 4) Linhas de Futcher, de Voigt(h) ou Ito ou *Linhas de demarcação pigmentar (James,WD, et al. JAAD, 1987;16:584-590) que* ocorrem em cerca 25% dos africanos; *são* (tratando-se de) 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.2,5-7

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 CLINICAS E SEMIOLÓGICAS*

 *Sugiro referência, mesmo que breve, para as dificuldades semiológicas evocadas pela observação da pele dos Africanos. Por exemplo: 1. Aval/quantificação do eritema presente em dermatoses inflamatórias e em lesões vasculares ou mesmo nas provas epicut de contacto; 2. A xerose, em particular os membros, pode conferir uma coloração acinzentada conhecido como “ashy skin”; 3. O padrão mais frequentemente folicular de dermatoses inflamatórias como a Pit Rosada, Versicolor ou a Derm atópica; O mesmo com os mais prevalentes padrões anulares do Liq Plano, sarcoidose ou a Derm seborreica e 5. A dificuldade em avaliar as lesões purpúricas*

**Dermatoses em Africanos**

Segundo Halder et al7 as dermatoses mais prevalentes em africanos são, por ordem decrescente de frequência: acne, eczema, discromias, dermite seborreica, alopecias, infeções fúngicas, dermites de contacto, verrugas, infeções fúngicas, queloides, pitiríase rosada e urticária.7 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, pitiríase rosada e infeções fúngicas nos indivíduos africanos. 8

 Não existem dermatoses específicas destes indivíduos, embora algumas sejam mais características como a dermatose papulosa nigra, a alopécia 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 inflamatória2,3,5,9,10, motivo pelo qual o tratamento deve ser *(evitado) adequadamente seleccionado.*

**Alopécia 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 parietotemporal (Fig.2).2,9,10

**Alopécia cicatricial *central e* centrífuga**

Além da alopécia 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.11 Observa-se diminuição ou ausência das aberturas foliculares no couro cabeludo *( útil uma ref a diag diferencial com outras alop cicatriciais do c cab como o LE, LPP e foliculite decalvante).* A histopatologia mostra inflamação nos folículos pilosos. O tratamento consiste na utilização de minoxidil e corticoides tópicos *e intra-lesionais*. Nos casos graves, corticoides sistémicos, dapsona, hidroxicloroquina, a isotretinoína, a talidomida e o metotrexato, podem ser utilizados. 2,9,10

**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 um (extremo) *extremidade* afiada. A sua curva natural faz com que ele reentre na pele, dando origem então a uma reação de tipo *(de)* corpo estranho que, clinicamente, se manifesta com pápulas, pústulas e máculas hiperpigmentadas *e que, raramente, pode ter uma evolução queloidiana.* 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 diminuem a irritação após a remoção do pelo e reduzem a hiperqueratose, tais como emolientes, hidrocortisona, ureia, retinoides *e* alfa-hidroxi-ácidos, como o ácido glicólico. Antibióticos, como a clindamicina e a eritromicina, associadas ou não ao peróxido de benzoílo reduzem a infeção 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. 2,9,10

**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 pelo) 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. Pode ser necessário efetuar corticoterapia intralesional. 2,9,10

**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 abcessos dolorosos no vértice e na região occipital. O *Staphylococcus aureus* e *Pseudomonas aeruginosa* têm sido isolados. Pode levar ao desenvolvimento de alopecia cicatricial e queloides. Pode-se associar à acne conglobata e à hidrosadenite *supurativa*. O principal diagnóstico diferencial é (com) o quérion. O tratamento consiste na administração de isotretinoína oral isolada ou combinada com corticóides, antibióticos e zinco. Os casos mais graves podem requerer drenagem, excisão cirúrgica ou radioterapia.2,9-11

**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 queloides na orelha com o brinco ou *piercing* são muito comuns. No entanto, existe também o aparecimento de queloides espontâneos que podem ocorrer sem trauma preexistente. Podem causar dor e prurido. O tratamento consiste na utilização de retinóides tópicos, corticóides tópicos ou intralesionais, entre outros. No entanto, as recorrências são frequentes. 2,9,10

**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, pitiríase alba, dermite atópica, pitiríase versicolor, entre outras.2

A patogénese dessas alterações pigmentares mantem-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 tem efeitos nos melanócitos. 9 Leucotrieno B4, prostaglandinas D2 e E2, endotelinas, interleucinas 1 e 6 e fator de necrose tumoral são medidadores que estimulam a melanogénese. Uma redução da melanogénese foi causada por leuco*(c)*trieno 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 ao hipopi*(o)*gmentação pós inflamatória, respetivamente. 10,12-15

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, de 532,1064 e 755 nm de cdo)* é também eficiente. 2,9,10,12-14 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 ocronose *(pseudo-ocronose ou ocronose exógena, para distinguir da OCRONOSE - doença metabólica).*

Para a hipopigmentação pós-inflamatória, as opções incluem maquilhagem corretiva, corticosteróides tópicos e a fototerapia (podem reverter a hipopigmentação pós-inflamatória) (redundante).

A Hipomelanose macular progressiva consiste numa dermatose comum e mal *(sub-diagnosticada, incompreendida)* diagnosticada (?), com distribuição mundial, mais frequente nos países tropicais em negros e afetando, preferencialmente, mulheres jovens. O *Propionibacterium acnes (Cutibacterium, em vez de Propionibacterium)* 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 é a aplicação tópica de antibióticos e peróxido de benzoílo. A fototerapia com UVA, três vezes na semana, por 12 semanas é outra opção. A antibioticoterapia sistémica (tetraciclinas) é outra alternativa. Pode ocorrer recidiva.2,9

*VITILIGO -particularidades*

*Extremamente prevalente, 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 pele mais escura proporciona. Pode nestes doentes assumir uma particular expressão clínica –“Vitiligo Minor” – caracterizado por manchas apenas hipocrómicas, não acrómicas, com localização médio-torácica ou médio-facial e, muitas vezes erroneamente interpretado como dermite seborreica. (Ezzedine,K, et al. Br J Dermatol., 2015;172:716-721)*

**Sarcoidose**

 Embora rara, é encontrada 10 vezes mais em negros do que em caucasianos, com maior grau de afeção *afectação* sistémic*a*, nomeadamente maior taxa de envolvimento pulmonar 14,15 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 pérnio) *lupus pernio*, (embora) 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.2,16

**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. 17,18. Os indivíduos africanos geralmente têm placas discoides na pele (Fig.4), 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. 18

PONDERAR INCLUIR:

 Uma outra referência especial a dermatoses na idade pediátrica:

 Dermite Perioral Granulomatosa

 Melanose Pustulosa Neonatal Transitória

 Ambas, pela prevalência ou especificidade entre os Africanos

*(White,GM. Common Pediatric Skin Diseases as They Appear in Dark Skin. In; Johnson,BL.; Moy,RL.; White,GH (Eds), Ethnic Skin. Medical and Surgical. Mosby, pp:121-155)*

 *Patologia tumoral*

*(apesar da comparativa maior raridade e dos mec de RUV-protecção relevantes)*

 *A maior morbimortalidade assoc com o CEC e a sua relação com feridas crónicas*

 *A maior prevalência relativa do sub-tipo melanoma acrolentiginoso*

 *A > prevalência de Micose Fungóide*

 *(Gloster,HM, et al. Skin Cancer in Skin of Color. JAAD, 2006;55:741-760)*

 *(Hinds,GA, et al. Cutaneous T-Cell Lymphoma in Skin of Color. JAAD, 2009;60:359-375)*

**Conclusão**

O conhecimento das diferentes manifestações clinicas das doenças na pele negra 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 clinico 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.

**0Referências**

1. www.ine.pt, consultado a 02/10/17.
2. Alchorne, Maurício Mota; Morgado de Abreu, Marilda Aparecida; “Dermatology in black skin”; An Bras Dermatol.2008;83(1):7-20.
3. Kenney, John A.; “Skin Problems of Blacks”; JAMA. 1976;236(3):301-303
4. Zaidi Z et al. Characteristics of skin colour. J Pak Med Assoc. (2016)
5. Taylor, Susan, “Skin of color: Biology, structure, function, and implications for dermatologic disease”;J Am Acad Dermatol. 2002 Feb;46:S41-62.
6. Montagna, William et al. The architecture of black and white facial skin. Journal of the American Academy of Dermatology. 1991; 24(6): 929-937
7. Halder RM et all. Incidence of common dermatoses in a predominantly black dermatologic practice. Cutis1983;32:378-80.
8. Kenney JA Jr. Management of dermatoses peculiar to negroes. Arch Dermatol. 1965 Feb;91:126-9.
9. Kenney JA Jr. Dermatoses seen in American Negroes. Int J Dermatol. 1970 Apr-Jun;9(2):110-3.
10. Halder, Rebat; Nootheti, Pavan; “Ethnic skin disorders overview“; JAM Acad Dermatol, vol 48, No 6
11. Ross E. Primary Cicatricial Alopecia: Clinical Features and Management. Dermatol Nurs. 2007 19(2):137-143.
12. Morelli JG, Norris DA. Inﬂuence of inﬂammatory mediators and cytokines in human melanocyte function. J Invest Dermatol 1993;100(2 Suppl):191S-195S.
13. Somani VK, Razvi F, Sita VN. Pigmentary demarcation lines over the face. Indian J Dermatol Venereol Leprol. 2004; 70:336-41.
14. Dlova NC1, 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 Mar;54(3):279-85
15. Mirsaeidi M, Machado RF, Schraufnagel D, Sweiss NJ, Baughman RP. Racial difference

in sarcoidosis mortality in the United States. Chest. 2015 Feb;147(2):438-449

1. Heath CR1, David J, Taylor SC. Sarcoidosis: Are there differences in your skin of color patients? J Am Acad Dermatol. 2012 Jan;66(1):121.e1-14.
2. 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 (Oxford). 2017 Nov 1;56(11):1945-1961
3. Lewis MJ, Jawad AS. The effect of ethnicity and genetic ancestry on the epidemiology, clinical features and outcome of systemic lupus erythematosus. Rheumatology (Oxford). 2017 Apr 1;56(suppl\_1):i67-i77.

**Legendas de Figuras**

Fig.1. Pápulas castanhas, planas, na área palpebral e malar.

Fig.2. Recuo fronto-temporal da linha de implantação capilar.

Fig.3. Pápulas, pústulas e nódulos na nuca.

 *TENTAR OBTER UMA FOTO MAIS EXPLICITA, DE MELHOR QUALIDADE*

Fig.4. Placa discoide hiperpigmentada no pavilhão auricular.