



Particularidades dermatológicas, fisiológicas e as dermatoses na pele negra

Dermatological, physiological features and dermatoses in black skin

Particularidades dermatológicas, fisiológicas y dermatosis de la piel negra

Alianne Violet Alves Chichester¹, Marina Izabel Monteiro de Oliveira¹, Linda La Hoya Alves Chichester¹, Marília Brasil Xavier¹.

RESUMO

Objetivo: Discutir o estudo da pele negra na dermatologia, propondo uma análise social e enfatizando as particularidades fisiológicas e as dermatoses mais prevalentes nesse grupo. **Revisão bibliográfica:** Após uma breve abordagem sobre o conceito de raça e o sistema de classificação da cor da pele mais abordado na dermatologia, realiza-se um recorte estrutural, biológico e funcional da pele negra. Na epiderme, as principais alterações observadas foram no estrato córneo, que tem mais camadas e é mais compacto na pele negra; e nos melanosomos, que estão distribuídos por toda epiderme e possuem maior quantidade de melanina em relação à pele branca. Já na derme, a principal disparidade é relacionada ao colágeno e fibroblasto, sendo ambos mais numerosos que na pele branca. Além disso, destacam-se as alterações fisiológicas mais comuns nessa população e alguns dos diagnósticos dermatológicos mais prevalentes, sendo os cinco mais frequentes, a acne, o eczema, as discromias, a dermatite seborreica e a alopecia. **Considerações finais:** É necessário destinar maior enfoque ao estudo da semiologia dermatológica na pele negra, uma vez que se observam diferenças importantes na sua estrutura e, conseqüentemente, nas suas respostas a certos estímulos.

Palavras-chave Pele negra, Dermatologia, Dermatoses.

ABSTRACT

Objective: To discuss the study of black skin in dermatology, proposing a social analysis and highlighting the physiological particularities and the most prevalent dermatoses in this group. **Bibliographic review:** After a brief approach to the concept of race and to the skin typing system most discussed in dermatology, a structural, biological and functional analysis of black skin is carried out. In the epidermis, the main changes observed were in the stratum corneum, which has more layers and is more compact in black skin; and in melanosomes, which are distributed throughout the epidermis and have a greater amount of melanin compared to white skin. In the dermis, the main disparity is the number of collagen and fibroblasts, both of which are more numerous than in white skin. Furthermore, the most common physiological changes in this population and some of the most prevalent dermatological diagnoses stand out, with the five most frequent being acne, eczema, dyschromias, seborrheic dermatitis and alopecia. **Final considerations:** It is necessary to devote greater focus to the study of dermatological semiology in black skin, since important differences are observed in its structure and, consequently, in its responses to certain stimuli.

Keywords: Black skin, Dermatology, Dermatitis.

RESUMEN

Objetivo: Discutir el estudio de la piel negra en dermatología, proponiendo un análisis social y enfatizando las particularidades fisiológicas y las dermatosis más prevalentes en este grupo. **Revisión bibliográfica:** Tras una breve aproximación al concepto de raza y al sistema de clasificación del color de piel más discutido en dermatología, se realiza un análisis estructural, biológico y funcional de la piel negra. En la epidermis, los

¹ Universidade Federal do Pará (UFPA), Belém – PA.

principales cambios observados fueron en el estrato córneo, que tiene más capas y es más compacto en la piel negra; y en los melanosomas, que se distribuyen por toda la epidermis y tienen mayor cantidad de melanina en comparación con la piel blanca. En la dermis, la principal disparidad es la cantidad de colágeno y fibroblastos, ambos más numerosos que en la piel blanca. Además, destacan los cambios fisiológicos más comunes en esta población y algunos de los diagnósticos dermatológicos más prevalentes, siendo los cinco más frecuentes el acné, el eczema, las discromías, la dermatitis seborreica y la alopecia. **Consideraciones finales:** Es necesario dedicar mayor atención al estudio de la semiología dermatológica en la piel negra, ya que se observan diferencias importantes en su estructura y, en consecuencia, en sus respuestas ante determinados estímulos.

Palabras clave: Piel negra, Dermatología, Dermatosis.

INTRODUÇÃO

No campo da dermatologia, a representatividade e a diversidade ainda são limitadas; há lacunas quanto à abordagem, ao cuidado e ao tratamento da pele negra, o que afeta a qualidade do atendimento prestado e configura diagnósticos incorretos ou tardios. Não é raro encontrar, na literatura, estudos que demonstram o treinamento insuficiente dos profissionais da área para reconhecer condições dermatológicas (patológicas ou não) em pacientes de pele escura (FENTON A, et al., 2020; ADELEKUN A, et al., 2021), sobretudo pela sua sub-representação nos materiais didáticos.

Consequentemente, a falta de representação e diversidade no currículo e nos recursos de educação médica é um problema, pois a ausência de imagens de pele negra em livros prejudica os resultados dos pacientes (PERLMAN K, et al., 2020). O estudo da pele negra se mostra, assim, como um tópico importante e desafiador, pois é necessário conhecer as suas diferenças estruturais, biológicas e funcionais em relação à pele clara, e ter a habilidade mental de imaginar como ficariam as lesões elementares acrescidas de melanina, de modo que as descrições clássicas dos livros textos de dermatologia se tornem aplicáveis (ANDERSON W, 2008).

Um trabalho recente de um único centro com estudantes de medicina mostrou uma diminuição na precisão diagnóstica para imagens de pele negra, levantando a possibilidade de que isso seja um fenômeno generalizado (FENTON A, et al., 2020). Para além disso, determinar a cor da pele pode ser uma questão complexa em virtude da sua classificação. Existem muitos estudos e teorias que ajudam a determiná-la, mas fatores de raça e etnia devem ser considerados.

É sob essa perspectiva que se destaca a etnodermatologia, um ramo da medicina que estuda as diferenças étnicas e culturais na manifestação de doenças da pele e suas respectivas respostas ao tratamento. Ela se concentra na relação entre fatores genéticos, ambientais e culturais que influenciam a saúde da pele (OGBECHIE-GODEC O e ELBULUK N, 2017). O estudo da etnodermatologia pode ajudar a identificar, assim, as particularidades relacionadas às condições dermatológicas mais comuns em pacientes de pele negra e entender as causas subjacentes, promovendo ambos diagnóstico e tratamento mais adequados.

Buscando, portanto, fomentar conhecimento sobre as nuances da pele negra no campo médico, o presente estudo traz um recorte etnodermatológico desses pacientes. Para isso, buscou-se sumarizar o conhecimento científico já produzido sobre o tema em questão, a partir da revisão narrativa de literatura.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Definições e aspectos históricos

O uso da raça como uma característica distintiva nas populações ou indivíduos que procuram por assistência médica é um costume bem aceito na área de saúde. Apesar da origem dessa prática refletir atitudes preconceituosas do passado, seu uso atual tem sido defendido como um meio útil de aprimoramento de diagnóstico e de esforços terapêuticos (COHN J, 2006).

Apesar disso, fato é que no contexto dos currículos médicos, a operacionalização da raça e do racismo na educação médica não é ideal e a compreensão do seu profundo impacto nos resultados de saúde permanece

superficial (ANDERSON W, 2008). Por exemplo, as evidências mostram que a maioria dos médicos não compreende totalmente o conceito de raça (VYAS D, et al., 2020).

Fica evidente, então, que estabelecer as distinções entre raça, etnia e ancestralidade é fundamental. Raça é uma categoria social que agrupa indivíduos por características físicas percebidas (LU C, 2022); a etnia descreve características linguísticas e experiências culturais compartilhadas (por exemplo, idioma, religião, práticas alimentares) e pode se sobrepor à localização geográfica (CERDEÑA J, 2022), enquanto a ancestralidade genética se refere à origem genética de um indivíduo dentro de uma população específica (BORRELL L, et al., 2021).

Não obstante, deve-se pontuar que o mecanismo genético que determina a pigmentação da pele não é totalmente compreendido. Diferentes combinações alélicas de genes específicos contribuem para uma variedade de cores de pele, que variam desde o extremo "preto" até o extremo "branco", passando por tons intermediários (CLOETE E, et al., 2019).

Para tentar uniformizar a classificação da cor da pele, a dermatologia utiliza sistemas de classificação, sendo o mais comum o sistema de Fitzpatrick, que define o fototipo. Este sistema foi inicialmente desenvolvido para classificar a pele branca, mas posteriormente foi modificado para incluir os fototipos IV, V e VI, que se referem a peles mais escuras que raramente ou nunca queimam pelo sol e bronzeiam facilmente (GUPTA V e SHARMA V, 2019).

No Brasil, a diferenciação racial é baseada principalmente na aparência física e cor da pele, em vez de ancestralidade, ao contrário dos Estados Unidos. A população brasileira é dividida em brancos, pretos, pardos, amarelos e indígenas. Pessoas de ancestralidade indígena, europeia e africana são consideradas pardas, e o IBGE as classifica como negras junto com os pretos, formando a população negra do país. Devido ao alto grau de miscigenação da população brasileira, há pouca precisão em identificar quem pode ser chamado de negro, prevalecendo para fins estatísticos o critério da autodeclaração (KABAD J, et al., 2012).

O uso das expressões "pele negra" e "indivíduo negro" neste texto se referem implicitamente às cores preta e parda. Além disso, um sistema de classificação baseado na propensão da pele a desenvolver hiperpigmentação em resposta a estímulos inflamatórios e manter essa hiperpigmentação por um período prolongado pode ser útil, pois essa característica é exclusiva da pele pigmentada.

Particularidades estruturais, funcionais e biológicas da pele negra

À luz do microscópio, a estrutura da pele é basicamente a mesma em todas as raças, mas diferenças morfológicas existem, particularmente, dentro da epiderme, com consequências práticas importantes (CLOETE E, et al., 2019). O estrato córneo, que é a camada mais externa da epiderme, não apresenta variação de espessura significativa em comparação com a pele clara, embora o número de camadas e a coesão intercelular sejam maiores (ANDERSON W, 2008).

Devido a isso, na pele negra, vesículas e bolhas podem permanecer intactas por mais tempo. O significado clínico é aparente quando se tenta diagnosticar as apresentações familiares de eczema na população branca, que têm uma aparência familiar úmida e espongiótica. Na população negra, a coesão mais espessa será um tanto papular e liquenificada. Quando alguns pacientes negros apresentam apresentação úmida, há um alto grau de suspeita de infecção bacteriana secundária, o que exige cultura e sensibilidade.

Além disso, como a perda transepidermica de água é maior em negros do que em brancos, isso pode ser responsável por maiores aumentos na xerose, embora os estudos sejam inconclusivos e estejam em andamento (CZERKASIJ V, 2013). A melanina, que é o pigmento mais responsável pela cor da pele, resulta em tons de amarelo-avermelhado (*feomelanina*) ou tons de marrom a preto (*eumelanina*). Naturalmente, esta resposta visa proteger a pele da radiação UV e dos danos subsequentes que esta pode causar, vulgarmente referidos como bronzeamento (THAWABTEH A, et al., 2023).

As células melanocíticas que ajudam a produzir a pigmentação da melanina sob processos estimulantes específicos são encontradas em quantidades iguais em indivíduos de pele clara e negra, embora haja maior melanogênese nos negros. A radiação UV, a atividade hormonal e outros gatilhos colocam os melanócitos

em atividade, sendo o principal deles a produção de melanina. Esta resposta à atividade é mais elevada entre os descendentes de asiáticos, hispânicos e negros, mas muito menos entre os brancos (CZERKASIJ V, 2013). Além disso, na pele negra, as características e a distribuição dos melanossomos diferem da pele branca: são maiores, não agregados e degradados mais lentamente, além de estarem em toda a epiderme (ALCHORNE M, et al., 2024).

Tratando-se da derme, em comparação com a pele branca, a pele negra possui essa camada mais espessa e compacta com numerosos e proeminentes fragmentos de fibras. Os vasos sanguíneos superficiais são abundantes, dilatados e ricos em glicoproteínas, que desempenham um papel importante na interação célula a célula e ajudam a fortalecer o reconhecimento dos glóbulos brancos, um processo crucial na resposta imunológica (CZERKASIJ V, 2013). Além disso, os macrófagos apresentam maior tamanho e quantidade, enquanto os mastócitos diferem apenas no tamanho dos grânulos, os quais são maiores.

Os fibroblastos também se destacam por serem maiores, mais abundantes, possuem dois ou mais núcleos e apresentam alta reatividade. Essas características ajudam a proteger contra os efeitos do envelhecimento, retardando o processo de atrofia da derme em indivíduos de pele negra. No que diz respeito ao tecido elástico, não foram observadas diferenças significativas (ALCHORNE M, et al., 2024).

Ainda na derme, é interessante pontuar uma diferença fundamental no colágeno em relação à pele mais clara. Essa proteína tem seus feixes extremamente compactados e em maior número localizados logo abaixo da epiderme, e o comprimento da junção dermo-epidérmica na pele (negra) é cerca de três vezes maior (GIRARDEAU S, et al., 2009). Essa especificidade tem mostrado seus efeitos na produção de queloides e despertado o interesse de pesquisadores (TAYLOR S, 2002).

A tendência à formação de cicatrizes é outro fenômeno observado na pele negra. Uma série de teorias se sustentam na lógica do agrupamento de colágeno acima mencionada. O principal ponto é que após uma lesão cutânea específica (como cirurgia, trauma, doenças ou piercings), o tecido fibroso que se desenvolve em resposta – como a cascata inflamatória em todos os indivíduos – é muito mais exagerado e quase hiperreativo para pacientes de pele negra (CZERKASIJ V, 2013), o que é traduzido por fibroblastos maiores em número e tamanho, assim como os macrófagos.

Quanto aos cabelos, a sua resistência demonstrou ser menor, e eles são mais propensos a formar nós e fissuras longitudinais. Há alguns fatores que justificam isso, a saber; menor diâmetro da haste, cutícula mais fina e ressecamento (devido ao menor conteúdo de água e mais sebo). No entanto, as fibras de cabelo apresentam o mesmo tipo de queratina e os mesmos elementos estruturais e químicos que os cabelos de indivíduos de pele branca, embora várias proteínas extracelulares da matriz e as junções de adesão estejam diminuídas.

Os folículos pilosos de indivíduos negros possuem densidade e número total menores em comparação aos de indivíduos brancos, e apresentam a forma espiral. Seu estudo estrutural revela poucas fibras elásticas ancorantes para a derme, o que pode explicar certos tipos de alopecias em indivíduos negros (ALCHORNE M e ABREU M, 2008).

Alterações fisiológicas mais prevalentes na pele negra

Há várias lesões e condições de pele que fazem parte da variação normal em pessoas negras. É essencial reconhecer tais variações normais ao avaliar e tratar pacientes. Historicamente, a falta de reconhecimento de variações benignas na pele escura tem resultado em tratamentos desnecessários e potencialmente ruins (KELLY A e TAYLOR S, 2009).

Linhas de demarcação de pigmentação

As Linhas de Demarcação da Pigmentação (LDP), também conhecidas como linhas de Fucher, Voigt, Fucher-Voigt ou Ito, são transições abruptas de pigmentação na pele que ocorrem em diferentes áreas do corpo. Elas são mais comuns em indivíduos de origem africana e japonesa, e sua prevalência é diretamente proporcional ao grau de pigmentação. Não há estratégias de tratamento preconizadas para essa condição, mas variantes faciais podem ser motivo de preocupação e razão para adotar medidas terapêuticas.

A repigmentação é comum após a interrupção do tratamento e é potencializada pela tendência natural das LDP de escurecer com a idade (CAÑETE M et al., 2014). A linha negra cutânea é uma marca escura que se estende da área suprapúbica até o umbigo, sem variação de acordo com idade ou gênero. Sua largura varia entre 1 a 8 mm e seu comprimento de 1 a 14 cm, geralmente indo do umbigo até a área suprapúbica, mas em alguns casos se estendendo para uma área supraumbilical (KLOTZEL D, 2020). A linha alba cutânea, também conhecida como hipopigmentação da linha média, é uma linha hipopigmentada vertical na ou próxima da linha média sagital que pode começar em um lado do tronco, cruzar a linha média e continuar em direção vertical no lado oposto (KELLY A e TAYLOR S, 2009).

A prevalência é de 30% a 40% na população negra, afeta sobretudo homens e tem transmissão autossômica dominante (PINTO A, et al., 2018). A demarcação ventral da linha média com hipopigmentação na metade superior do tronco anterior e hiperpigmentação na metade inferior, por outro lado, ainda não é completamente compreendida. Uma explicação plausível é que os melanócitos, que migram da crista neural em direção dorsal para ventral, não completam sempre sua jornada na região mais ampla do peito superior, e acabam se concentrando excessivamente na região abdominal inferior devido ao menor diâmetro dessa área (KELLY A e TAYLOR S, 2009).

Queratose punctada das pregas palmares

A queratose punctada das pregas palmares é uma condição dermatológica caracterizada pela presença de pequenas saliências rugosas nas pregas das mãos, quando as saliências são removidas são deixadas pequenas depressões. Essas protuberâncias são causadas pelo acúmulo de queratina e podem variar em tamanho e cor. A atopia e o trabalho manual estão associados a essa anormalidade da pele, mas a causa exata é desconhecida.

A condição é benigna e geralmente não causa sintomas significativos, embora possa ser incômoda do ponto de vista estético. É mais comum em indivíduos do sexo masculino e em negros e pode ser hereditária. Geralmente, não é necessário tratamento; no entanto, se as saliências se tornarem dolorosas, o uso diário de creme de ureia a 40% geralmente fornece uma terapia bem-sucedida (KELLY A e TAYLOR S, 2009).

Melanoníquia estriada

Melanoníquia estriada é uma condição em que as unhas apresentam faixas estreitas de cor escura ou preta. É causada pela produção excessiva de melanina na matriz ungueal, que é a área sob a unha onde ela cresce a partir da raiz. Embora possa ser um sinal de melanoma subungueal, a maioria dos casos é benigna.

Embora possa ocorrer em crianças, é mais comum em adultos e geralmente está associada a trauma agudo ou crônico, especialmente no polegar e/ou dedo indicador. A presença de uma faixa com largura superior a 6mm e variações de cor são sinais de alerta para uma possível melanoníquia estriada secundária a um melanoma maligno (ROCHA F, et al., 2012).

Hipomelanose gutata idiopática

A hipomelanose gutata idiopática é uma condição de pele que se manifesta em múltiplas máculas ou manchas poligonais assintomáticas e hipopigmentadas (com diâmetro de 1 a 20 mm e diâmetro médio de 4 mm), que afetam principalmente a região anterior dos membros inferiores. As lesões iniciais em indivíduos com pele muito escura são frequentemente de cor marrom-amarelada. Embora possa afetar pessoas de todas as idades e etnias, é mais evidente em negros e em idosos.

A condição parece começar mais cedo em mulheres e é rara em crianças e adultos jovens. A causa da afecção é desconhecida e não há tratamento específico. É importante descartar outras condições de pele mais graves que possam se apresentar de maneira semelhante. Os pacientes não apresentam maior suscetibilidade a outras desordens pigmentares (KELLY A e TAYLOR S, 2009).

Melanocitose dérmica circunscrita (manchas mongólicas)

A melanocitose dérmica circunscrita, também conhecida como mancha mongólica, é a lesão pigmentada mais comum em recém-nascidos. É atualmente prevalente em 85 a 100% dos recém-nascidos asiáticos, mais

de 60% dos recém-nascidos afrodescendentes, 46 a 70% dos recém-nascidos hispânicos e menos de 10% dos recém-nascidos brancos (PARRA L e VILLA P, 2022).

Caracteriza-se por condições histológicas que apresentam melanócitos intradérmicos, traduzidos clinicamente por manchas acastanhadas, acinzentadas e/ou azuladas (KAWAKAMI T, et al., 2009). A etiologia dessa afecção é a parada de melanócitos na derme à medida que migram da crista neural para a epiderme durante a 11ª a 14ª semana de gestação. Geralmente, aparece no nascimento ou nas primeiras semanas de vida e costuma desaparecer durante o primeiro ou segundo ano de vida.

Embora seu local de ocorrência mais frequente seja na região sacro-glútea, onde os melanocitos dérmicos permanecem mais ativos, ela também pode aparecer em locais extrasacros ("aberrantes", ectópicos ou atípicos), como na cabeça, face ou superfície flexora das extremidades (PARRA L e VILLA P, 2022).

Dermatoses mais prevalentes na população negra

As características estruturais e fisiológicas de pele negra conferem determinadas particularidades clínicas e interferem na semiologia, constituindo um desafio clínico (CZERKASIJ V, 2013). Conseqüentemente, tornase substancial destacar alguns dos principais diagnósticos dermatológicos na população negra e compreender suas particularidades.

Com base nos prontuários coletados em uma unidade hospitalar de referência dos Estados Unidos, de agosto de 2004 a julho de 2005, com uma amostra total de 744 diagnósticos, as taxas de frequência de diagnósticos mais comuns na pele negra são: acne (CID-9 706.1) com frequência de 211 (28,4%); discromia (CID-09 709.09) com 148 (19,9%) diagnósticos; 68 (9,1%) casos de eczema e dermatite de contato irritativa (CID-09 692.9); 62 (8,3%) de alopecia (CID-09 704.0) e frequência de 50 (6,7%) diagnósticos de dermatite seborreica (CID-09 690.1).

Assim, neste trabalho, serão pontuadas cinco das dermatoses mais frequentes nesse grupo, abordadas nesse estudo de coorte retrospectivo: acne, discromia, eczema, alopecia e dermatite seborreica (ALEXIS A, et al., 2007).

Acne

A acne vulgar é uma condição multifatorial que afeta a unidade pilossebácea e é amplamente prevalente em todo o mundo. É uma das principais causas de consultas dermatológicas entre indivíduos com pele de cor e representa a doença dermatológica mais comum em pacientes negros (BHATIA N, et al., 2020). Diferentes fatores, como a estimulação da atividade das glândulas sebáceas por andrógenos, queratinização excessiva dos folículos, desequilíbrio hormonal, inflamação e infecções bacterianas, são responsáveis pela fisiopatologia da acne. As principais bactérias associadas a ela são *Cutibacterium acnes* e *Staphylococcus epidermidis* (WILLIAMS H, et al., 2012).

A acne ocorre predominantemente em áreas ricas em unidades pilossebáceas, como a face, pescoço, parte superior do tórax, ombros e dorso. Os sinais clínicos dessa condição incluem oleosidade elevada, comedões abertos e fechados (lesões não inflamatórias), pápulas e pústulas (lesões inflamatórias), e várias intensidades de cicatrizes (BHATE K e WILLIAMS H, 2013). É importante lembrar que as cicatrizes podem ser uma consequência natural das lesões inflamatórias ou resultado da manipulação das lesões, como a destruição das células germinativas na região mediana do folículo.

Embora não seja uma doença grave, a acne pode ter um impacto significativo na qualidade de vida e autoestima dos pacientes, especialmente quando ocorrem cicatrizes e hiperpigmentação pós-inflamatória (TAYLOR S, 2002). Em pessoas de pele negra, a densidade de *Cutibacterium acnes* pode ser maior, mas não há conclusões definitivas sobre diferenças no tamanho e atividade das glândulas.

Além disso, uma particularidade que deve ser mencionada são as cicatrizes queloidianas como uma complicação comum no tórax, dorso e linha mandibular (ALEXIS A, et al., 2007). O maior desafio no tratamento da acne em indivíduos de pele pigmentada com agentes tópicos é a possível dermatite de contato irritativa, que pode causar hiperpigmentação pós-inflamatória (HPI). Quanto mais escura a cor da pele, mais

intensa e persistente tende a ser a HPI. Há estudos que indicam a incidência de HPI nesses pacientes em até 65% (HUERTH K, et al., 2019). É necessário selecionar agentes menos irritantes, adotar estratégias que melhorem a tolerabilidade e orientar o uso de fotoprotetores não comedogênicos (ALEXIS A, et al., 2007).

Discromia

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 pós-inflamatórias (HPI) e o Melasma (CZERKASIJ V, 2013). Esses distúrbios são caracterizados por máculas e manchas pigmentadas distribuídas simetricamente em áreas expostas ao sol na testa, bochechas e queixo no melasma, e irregularmente em áreas de inflamação ou de um evento traumático com HPI (JUNFERSTED J, et al., 2010).

Várias são as etiologias, como exposição solar excessiva, envelhecimento, gravidez, uso de medicamentos, entre outros. O tratamento pode variar dependendo da causa e da gravidade da discromia, e pode incluir o uso de cremes despigmentantes, peelings químicos, laser e outros procedimentos dermatológicos (HALDER R e NOOTHETI P, 2003).

Eczema

De acordo com a nomenclatura revisada da Organização Mundial da Alergia (WAO) em 2003, o eczema (também conhecido como dermatite atópica) é uma condição inflamatória crônica, recorrente e pruriginosa da pele, que são comuns na pele negra. Eritema perceptível e evolução rápida para discromias são ausentes nessa condição. Quanto às formas agudas de dermatite de contato, com presença de vesiculação e exsudação, são mais comuns em indivíduos brancos; nos negros há maior prevalência de alterações pigmentares e liquenificação.

Embora estudos iniciais tenham indicado menor suscetibilidade da pele negra a substâncias irritantes, exigindo exposição prolongada para desenvolver a dermatite de contato irritante, pesquisas mais recentes, que utilizaram parâmetros mais objetivos, demonstraram maior sensibilidade devido à barreira cutânea comprometida, à redução do fluxo sanguíneo e à menor reatividade vascular (SILVA et al., 2014). À respeito da capacidade de resposta imunológica aos antígenos, esta não difere entre as raças (ALCHORNE M e ABREU M, 2008).

Alopecia

Alopecia é uma doença dermatológica crônica na qual as pessoas perdem parte ou todo o cabelo da cabeça e às vezes do corpo também, afetando os folículos capilares. Não é uma doença ameaçadora à vida nem dolorosa, embora possa haver irritação na pele, bem como problemas físicos decorrentes da perda de cílios e sobrancelhas. A etiologia e o desenvolvimento subsequente da alopecia não são totalmente compreendidos, mas é uma doença autoimune que surge a partir de uma combinação de influências genéticas e ambientais (ELGASH M, et al., 2019).

Existem vários tipos de alopecias que afetam especialmente mulheres negras, incluindo alopecias cicatriciais. Duas entidades comuns são a alopecia de tração e a síndrome de degeneração folicular, que são causadas por penteados apertados, adição de cabelo artificial ou produtos/equipamentos como alisantes químicos, secadores, processos térmicos, rolos e tinturas (ALCHORNE M e ABREU M, 2008). A alopecia de tração apresenta um padrão específico, relacionado à distribuição da tração, geralmente afetando áreas como as regiões temporais, pré-auriculares e acima das orelhas.

Além disso, são observados foliculite, redução da densidade capilar e cabelos quebrados nessas áreas, com a presença do sinal da franja, caracterizado por pelos terminais longos e anteriores à área acometida pela alopecia, constituída por resíduos miniaturizados ou finos. Pode-se associar a cefaleias, as quais são aliviadas com o ato de soltar os cabelos (CZERKASIJ V, 2013). Já sobre a síndrome de degeneração folicular, é uma forma distinta de alopecia cicatricial caracterizada por áreas de perda permanente de cabelo que se manifestam no vértice ou coroa do couro cabeludo, espalhando-se progressivamente em um padrão centrífugo.

Sinais visíveis de inflamação marcam esta condição e são predominantemente observados em mulheres de ascendência africana, revelando uma predisposição familiar (MALKI L, et al., 2019). Dos dois tipos discutidos, é a alopecia mais comum na população negra e está associada a depressão e menor qualidade de vida (ADOTAMA P, et al., 2022).

Dermatite seborreica

A dermatite seborreica é uma condição crônica de pele que afeta pessoas de todas as raças, incluindo a população negra. No entanto, existem algumas particularidades que tornam a dermatite seborreica mais comum em negros e podem afetar o tratamento. Uma das principais causas da dermatite seborreica é a presença do fungo *Malassezia* no couro cabeludo, que é mais comum em pessoas com cabelos oleosos.

Como muitas pessoas negras têm cabelos naturalmente mais grossos e oleosos, isso pode torná-los mais suscetíveis à dermatite seborreica (SOFEN B, et al., 2016). Além disso, é comum que pessoas negras usem regularmente produtos químicos para alisar ou relaxar os cabelos, o que tende a ressecar e enfraquecer os fios. Isso pode levar ao uso excessivo de óleos naturais para hidratar o couro cabeludo (COLLINS H, et al., 2023), que causam irritação e não raro estão associados a uma piora da dermatite seborreica (MAYO T, et al., 2023; ELGASH M, et al., 2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após reunir o que há de importante na literatura sobre as nuances fisiológicas da pele negra e realizar uma breve análise histórica da abordagem racial na formação médica, compreende-se a necessidade de destinar maior enfoque ao estudo da semiologia dermatológica na pele negra, uma vez que se observa diferenças importantes na sua estrutura e, conseqüentemente, nas suas respostas a certos estímulos, sejam eles a radiação UV, a atividade hormonal ou outros gatilhos. Tais particularidades, no entanto, ainda não são plenamente incorporadas à realidade dos atendimentos à população negra. Salienta-se, ainda, a escassez de artigos acadêmicos atuais voltados a esse tema, fator que, além de limitar o presente estudo, reflete a estrutura etnocêntrica da cultura médica atual, onde há uma prevalência da pele branca –sobretudo na área dermatológica. Seria ideal uma avaliação baseada em evidências dos espaços médicos e das estratégias educacionais, para que a aplicação de metodologias mais amplas e igualitárias possam culminar no cuidado eficaz à população negra.

REFERÊNCIAS

1. ADELEKUN A, et al. Skin color in dermatology textbooks: An updated evaluation and analysis. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 2021; 84(1): 194-196.
2. ADOTAMA, P, et al. Standardizing the clinical and dermatoscopic exam for patients with afro-textured hair and scarring alopecia: A scoping review and clinical guide. *JEADV Clinical Practice*, 2022; 1(1): 31–37.
3. ALCHORNE MMA, et al. Dermatology in black skin. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 2024; 99(3): 327-341.
4. ALCHORNE MMDA e ABREU MAMMD. Dermatologia na pele negra. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 2008; 83(1): 7–20.
5. ANDERSON WARWICK. Teaching ‘Race’ at Medical School. *Social Studies of Science*, 2008; 38(5): 785–800.
6. BHATE K e WILLIAMS HC. Epidemiology of acne vulgaris. *British Journal of Dermatology*, 2013; 168(3): 474-85.
7. BHATIA ND, et al. Tolerability of tretinoin lotion 0.05% for moderate to severe acne vulgaris: a post hoc analysis in a black population. *Cutis*, 2020; 106(1): 45-50-1.
8. BORRELL LN, et al. Race and Genetic Ancestry in Medicine — A Time for Reckoning with Racism. *New England Journal of Medicine*, 2021; 384(5): 474–480.
9. CAÑETE MC, et al. Carta ao editor. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 2014; 30(3): 359.
10. CERDEÑA JP, et al. Genomic supremacy: the harm of conflating genetic ancestry and race. *Human Genomics*, 2022; 18.

11. CLOETE E, et al. The what, why and how of curly hair: a review. *Proceedings of the Royal Society A: Mathematical, Physical and Engineering Sciences*, 2019; 475(2231).
12. ELGASH M, et al. Seborrheic Dermatitis in Skin of Color: Clinical Considerations. *Journal of drugs in dermatology: JDD*, 2019; 18(1): 24–27.
13. FENTON A, et al. Medical students' ability to diagnose common dermatologic conditions in skin of color. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 2020; 83(3): 957-958.
14. GIRARDEAU S, et al. The Caucasian and African skin types differ morphologically and functionally in their dermal component. *Experimental Dermatology*, 2009; 18(8): 704–711.
15. GUPTA V e SHARMA VK. Skin typing: Fitzpatrick grading and others. *Clinics in Dermatology*, 2019; 37(5): 430-436.
16. HALDER RM e NOOTHETI PK. Ethnic skin disorders overview. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 2003; 48(6): 143–148.
17. HUERTH KA, et al. Therapeutic Insights in Melasma and Hyperpigmentation Management. *Journal of Drugs in Dermatology*, 2019; 18(8): 718-729.
18. JAY N e COHN. The Use of Race and Ethnicity in Medicine: Lessons from the African-American Heart Failure Trial. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 2006; 34(3): 552–554.
19. KABAD JF, et al. Raça, cor e etnia em estudos epidemiológicos sobre populações brasileiras: revisão sistemática na base PubMed. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 2012; 22(3): 895–918.
20. KAWAKAMI T, et al. Acquired Dermal Melanocytosis Naevus of Ota-like Macules on the Face and Extremities Lesions in a Young Japanese Woman. *Acta Dermato-Venereologica*, 2009; 89(4): 415–416.
21. KELLY AP e TAYLOR SC. *Dermatology for skin of color*. New York: McGraw-Hill Medical, 2009; 80-85.
22. KLOTZEL D, et al. The anti-clockwise spiralization of the linea nigra sign. *Einstein (Sao Paulo, Brazil)*, 2020; 18: 5432.
23. LU C, et al. Use of race, ethnicity, and ancestry data in health research. *PLOS Global Public Health*, 2022; 2(9): 1060.
24. MALKI L, et al. Variant PADI3 in Central Centrifugal Cicatricial Alopecia. *New England Journal of Medicine*, 2019; 380(9): 833-841.
25. MAYO T, et al. Hair Oils May Worsen Seborrheic Dermatitis in Black Patients. *Skin Appendage Disorders*, 2023; 9(2): 151-152.
26. OGBECHIE-GODEC OA e ELBULUK N. Melasma: An Up-to-Date Comprehensive Review. *Dermatology and Therapy*, 2017; 7(3): 305–318.
27. PARRA LN e VILLA PM. Manchas mongólicas, una anomalía congénita común del recién nacido.
28. PERLMAN KL, et al. Racial disparities in dermatology training: the impact on black patients. *Cutis*, 2020; 106(6): 300-301.
29. PINTO AM, et al. Dermatoses em Africanos/Dermatoses in Africans. *Acta Med Port*, 2018; 31(9): 501-508.
30. REVISIÓN DE TEMA. *Revista Salutem Scientia Spiritu*, 2022; 8(3): 58–64.
31. ROCHA FP, et al. Melanoníquia estriada - relato de caso de tratamento cirúrgico. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 2012; 7(2): 179–185.
32. SILVA AM, et al. Acne vulgar: diagnóstico e manejo pelo médico de família e comunidade. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 2014; 9(30): 54–63.
33. SOFEN B, et al. Melasma and Post Inflammatory Hyperpigmentation: Management Update and Expert Opinion. *Skin Therapy Lette*, 2016; 21(1): 1–7.
34. TAYLOR SC. Skin of color: biology, structure, function, and implications for dermatologic disease. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 2002; 46(2 Suppl Understanding): 41-62.
35. THAWABTEH AM, et al. Skin Pigmentation Types, Causes and Treatment - A Review. *Molecules*, 2023; 28(12): 4839.
36. VICTOR CZERKASIJ. Skin of color: a basic outline of unique differences. *The Nurse practitioner*, 2013; 38(5): 34-40.
37. VYAS DA, et al. Hidden in Plain Sight — Reconsidering the Use of Race Correction in Clinical Algorithms. *New England Journal of Medicine*, 2020; 383(9): 874-882.
38. WILLIAMS HC, et al. Acne vulgaris. *Lancet*, 2012; 379(9813): 361-72.