

“Características clínicas y dermatoscópicas de los trastornos de hiperpigmentación facial en piel oscura”

Autores y afiliaciones:

M. Mansilla-Polo^{1,2}, C. J. Díaz-Gómez³, D. Morgado-Carrasco^{4,5*}

¹Servicio de Dermatología, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia, España

²Instituto de Investigación Sanitaria La Fe (IIS La Fe), Valencia, España.

³Sección de Dermatología. Hospital Universitario del Valle, Cali, Colombia.

⁴Servicio de Dermatología, Hospital Clínic de Barcelona, Universitat de Barcelona, España.

⁵Servicio de Dermatología, Hospital de Figueres, Fundació Salut Empordà, España.

***Autor de correspondencia:**

Daniel Morgado-Carrasco

morgadodaniel8@gmail.com

RESUMEN

Los trastornos de hiperpigmentación facial (THF) son comunes en dermatología, especialmente en personas de piel oscura (PPO). Incluyen el melasma, la hiperpigmentación postinflamatoria y otros menos frecuentes como la ocronosis exógena, el liquen plano pigmentoso, melanosis de Riehl, acantosis nigricans, melanosis seborreica, líneas de demarcación pigmentarias, pigmentación farmacológica y nevus de Ota, entre otros. Estas patologías pueden afectar significativamente la calidad de vida. Pueden presentar características clínicas y dermatoscópicas similares, por lo que el diagnóstico puede ser difícil. La realización de una adecuada historia clínica, exploración física y dermatoscopia minuciosa son imprescindibles para alcanzar un diagnóstico preciso. En este artículo, se presenta una revisión narrativa acerca de las características clínicas y dermatoscópicas de los THF en PPO, y se entregan claves diagnósticas para el diagnóstico precoz de estas patologías.

Palabras clave:

Melasma; Liquen plano pigmentoso; Melanosis de Riehl; Hiperpigmentación postinflamatoria; Hiperpigmentación farmacológica; Dermatoscopia; Fototipos de Fitzpatrick; Piel étnica.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de hiperpigmentación facial (THF) son una causa frecuente de consulta en personas con piel oscura (PPO), con una incidencia hasta siete veces mayor que en piel clara.¹ Las PPO incluyen aquellas con fototipos de Fitzpatrick IV, V y VI, cuya proporción poblacional ha crecido en España y en Europa en los últimos años.^{2,3}

Los THF en PPO pueden estar relacionados con diferencias en la estructura de los melanosomas y una mayor respuesta a la luz visible y UVA.^{4,5,6} Incluyen a enfermedades muy frecuentes, como el melasma o la hiperpigmentación postinflamatoria (HPI), y otros infrecuentes como el liquen plano pigmentoso, melanosis de Riehl, ocronosis o el nevus de Ota. Estas dermatosis pueden afectar significativamente la calidad de vida, con un impacto incluso mayor que el vitíligo.⁷ El diagnóstico de los THF puede ser difícil, y la dermatoscopia puede ser de gran utilidad.⁸ Lamentablemente, los estudios sobre dermatoscopia en PPO son relativamente escasos.

A continuación, revisaremos la presentación clínica y dermatoscópica de los THF en PPO, aportando claves diagnósticas para facilitar el abordaje de estas patologías en la práctica clínica diaria.

2. MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una revisión narrativa de la literatura. Durante septiembre de 2024 ejecutamos búsquedas en castellano y en inglés en Medline y Google Scholar con los términos (aislados o combinados) “dermoscopy”, “dark skin”, “skin of color”, “ethnic skin”, “black skin”, “Fitzpatrick phototypes”, “pigmentary disorders”, “facial”, “pigmentary demarcation lines”, “melasma”, “post-inflammatory hyperpigmentation”, “drug-induced hyperpigmentation”, ‘acanthosis nigricans’, “frictional melanosis”, “seborrheic

melanosis”, “nevus of Ota”, “lichen planus pigmentosus”, “Riehl's melanosis”, “ochronosis”, “maturational hyperpigmentation”, “erythema dischromicum perstans”. Los artículos fueron inicialmente cribados según sus títulos y resúmenes. Luego, revisados en su totalidad para determinar su relevancia. Se incluyeron aquellos que abordaran específicamente la descripción clínica y dermatoscópica de los THF en PPO. Dada la escasez de artículos, alguno de los estudios evaluados también incluía pacientes con piel clara o se referían a otras regiones corporales. El proceso de búsqueda y selección fue realizado de manera independiente por dos autores (MMP y DMC), quienes resolvieron las discrepancias mediante consenso.

3. TRASTORNOS DE HIPERPIGMENTACIÓN FACIAL (Tabla 1)

3.1. LÍNEAS DE DEMARCACIÓN PIGMENTARIA

Las líneas de demarcación pigmentaria (LDP) o líneas de Futcher-Voigt se observan más fácilmente en PPO, dado el mayor contraste con la hipopigmentación, y en torno al 6% de los pacientes con LDP presentan afectación facial (líneas tipo F, G y H) (**Figura 1**).⁹ En un artículo reciente se ha demostrado que más del 80% de mujeres con LDP faciales presentan alteraciones del eje hormonal sexual.¹⁰ Clínicamente, son líneas hiperpigmentadas bien definidas: el grupo F, en forma de «V», en la cara lateral entre la sien y la zona malar.; el grupo G tiene forma de «W»; el grupo H se presentan desde el ángulo de la boca hasta la barbilla.¹¹

En la dermatoscopia se observa una exageración del pseudorretículo normal facial¹² y puntos blancos en un patrón granular.¹³

3.2. MELASMA

El melasma puede alcanzar una prevalencia en PPO del 10 al 30%, o incluso superior si existen otros factores de riesgo.¹⁴ Puede ser invalidante, con tasas de depresión de alrededor del 50%.¹⁵ Suele desarrollarse entre los 20-40 años, en forma de máculas marrones irregulares y de límites claros en zonas fotoexpuestas, con áreas de piel “respetada”. El melasma facial se divide en centrofacial (**Figura 2A-C**) o periférico.^{14,16} El hallazgo dermatoscópico más frecuente es la acentuación del pseudorretículo facial. Pueden observarse puntos y glóbulos marrones (aunque no en forma predominante), estructuras anulares o arciformes y telangiectasias.¹⁷ Un estudio reciente demostró que el patrón reticuloglobular era más notable en el melasma epidérmico, mientras que los patrones granulares o punteados se observaban en el melasma dérmico.¹⁸ A diferencia de la ocronosis, en el melasma los orificios foliculares se encuentran preservados.^{12,17}

3.3. HIPERPIGMENTACIÓN POSTINFLAMATORIA

La HPI representa una pigmentación secundaria a un proceso inflamatorio previo.¹⁹ Clínicamente, se reconoce por la aparición de máculas marrones, bien delimitadas, en zonas de inflamación previa, con un periodo de latencia desde varios días a varios meses (**Figura 2D-F**).¹⁹ La HPI puede ser muy prolongada en PPO, pudiendo mantenerse entre 2 a 5 años.²⁰ Los hallazgos dermatoscópicos en la HPI no están bien descritos en la literatura. Se observa un pseudorretículo acentuado con glóbulos/puntos marrón claro u oscuro, que respetan las aperturas foliculares. La coloración es marrón oscura en casos de depósito de pigmento en epidermis o dermis superficial, y grisácea cuando el depósito es más profundo.²¹

3.4. HIPERPIGMENTACIÓN POR FÁRMACOS

Se asocia clásicamente al uso de tetraciclinas, antiinflamatorios no esteroideos, antipalúdicos, antipsicóticos, amiodarona, diltiazem o ciertos antirretrovirales.²² La fisiopatología es compleja: algunos fármacos inducen acumulación de melanina (ej. hidroxycloroquina); otros, síntesis de melanina (ej. lipofuscina), o incluso acumulación de hierro (ej. minociclina).²³ Ciertos medicamentos como el voriconazol inducen reacciones fototóxicas.²⁴ Algunos fármacos se han asociado particularmente con pigmentación facial, entre ellos sunitinib (hiperpigmentación de tinte amarillento), fenitoína, polimixina B, diltiazem o imipramina.²² Clínicamente, se presenta como máculas hiperpigmentadas de afectación facial focal o difusa, con o sin afectación de otras zonas corporales.^{22,23} Hemos encontrado sólo una descripción de un caso que describe los hallazgos dermatoscópicos. Se observó una acentuación del pseudorretículo facial y glóbulos/puntos marrón claro u oscuro.²⁵

La fase tardía del exantema fijo medicamentoso (EFM) puede presentarse con pigmentación aislada. La dermatoscopia en el EFM muestra puntos y glóbulos de pigmento con diversas tonalidades que van del marrón al gris.¹²

3.5. ACANTOSIS NIGRICANS

La acantosis nigricans (AN) se presenta con placas hiperpigmentadas marrón-grisáceas y de textura aterciopelada en zonas flexurales, especialmente cuello, axilas e ingles, y con menor frecuencia en la cara (**Figura 3**). Es más común en PPO adultas, y está frecuentemente asociada a la obesidad y resistencia insulínica. Ciertos autores reservan el término AN para los casos no asociados a fármacos, neoplasias o sindrómicos, llamando pseudoacantosis nigricans a los casos de AN asociados a obesidad o relacionados con trastornos metabólicos.²⁶ A nivel dermatoscópico, la AN presenta un

patrón denominado “*sulci y gyri/cristae*” (“surcos y giros/crestas”), con acentuación de los surcos y crestas de la piel, en ocasiones hiperqueratósicos y más pigmentados, sobre un fondo marrón-grisáceo “sucio”²⁷, similar a “piel de cocodrilo”.²¹ En ocasiones, se pueden apreciar puntos o glóbulos marrones oscuros o, más raramente, telangiectasias.²⁵

3.6. MELANOSIS FRICCIONAL

La melanosis friccional (MFR) también es más frecuente en PPO (especialmente en indios). Aparece en áreas sometidas a fricción crónica o repetida. Clínicamente, se presenta como máculas y placas marrón oscuras bien delimitadas en zonas de traumatismo (**Figura 4**). Es importante preguntar por posibles orígenes de las lesiones (p. ej., lesiones en la frente por fricción/traumatismo durante el rezo).²⁸ Mutalik y cols. describieron seis patrones clínicos en la MFR facial: zigomática-supraorbital, metomelanos (frente), panfacial, parafacial, perioral y mixta, en los que se observó una distribución simétrica característica con pigmentación marrón-negra uniforme, sin ningún cambio textural.²⁹ En contraposición a la MFR, la amiloidosis macular no suele afectar la cara, suele ser más pruriginosa y presenta depósito superficial de amiloide a nivel histopatológico. A nivel dermatoscópico, el hallazgo más frecuente de la MFR es la exageración del pseudorretículo facial.^{12,29} También se han descrito puntos o glóbulos marrón oscuros o grisáceos dispersos y aperturas foliculares prominentes.^{25, 28}

3.7. MELANOSIS SEBORREICA

La melanosis seborreica (MSE) o sebomelanos es una entidad prácticamente exclusiva de PPO (**Figura 5**). Para la mayoría de los autores se considera una secuela postinflamatoria de la dermatosis seborreica. No obstante, se han descrito pacientes con MSE sin antecedente de dermatitis seborreica, y asintomáticos.

LA MSE se caracteriza por la presencia de máculas y placas finas, hiperpigmentadas, con descamación muy superficial, de afectación predominante en surcos nasales y nasolabiales. Sin embargo, también afecta típicamente al pliegue inferior nasal o a nivel peribucal. Puede ser o no pruriginosa, y afectar otras regiones corporales (cuero cabelludo, tronco, etc.).^{30,31} A nivel dermatoscópico, se observa pseudorretículo prominente, estructuras granulares marrones, vasos mal delimitados, aperturas foliculares prominentes y escamas blanquecino-amarillentas de sebo perifoliculares.^{12,30}

3.8. NEVUS DE OTA

El nevus de Ota, o *nevus fuscocaeruleus ophthalmomaxillaris*, es una melanocitosis oculodérmica caracterizada por máculas coalescentes en la distribución V1/V2 del nervio trigémino (**Figura 6A-C**). Es más frecuente en mujeres de ascendencia asiática o africana. En el 90% de los casos es unilateral, y afecta la esclera en el 60% de los pacientes.³² Existe un ligero aumento del riesgo de glaucoma, y se han descrito casos raros de degeneración a melanoma uveal y cutáneo.^{32,33} Por ello, los pacientes con nevus de Ota deben realizar seguimiento oftalmológico.³⁴ Las características dermatoscópicas del nevus de Ota incluyen áreas azul-grisáceas sin estructura y puntos dispersos de color marrón-gris.^{12,35}

3.9. LIQUEN PLANO PIGMENTOSO

El liquen plano pigmentoso (LPP) se caracteriza por máculas y placas ovaladas marrón a marrón grisáceo, de predominio en la región preauricular y temporal, el cuello, mejillas y/o las zonas intertriginosas (**Figura 6D-F**). Algunos autores incluyen el LPP dentro de la hiperpigmentación macular dérmica adquirida (HMDA), que incluye diversos THF dérmicos, como la dermatitis de contacto pigmentada (melanosis de Riehl) y el eritema

discromicum perstans.³⁶ En ocasiones, el LPP asocia a otras variantes del liquen plano, como el liquen plano pilar o la alopecia frontal fibrosante.³⁷ A nivel dermatoscópico, se observa un incremento del pseudorretículo facial con predominio de puntos y glóbulos azul-grisáceos y marrones con patrones arqueados, perifoliculares y moteados (o sin patrón identificable),³⁸ sin obliteración de las aperturas foliculares.²⁵ Otros hallazgos son el eritema difuso, telangiectasias, estructuras romboidales, asimetría folicular y disminución de los pelos vellosos.³⁹ Mulinari-Brenner y cols. describieron recientemente la disminución de las aperturas foliculares, hiperqueratosis folicular, tapones queratósicos, eritema perifolicular, vasos interfoliculares con asas simples, vasos ramificados y puntos blancos. Igualmente, pueden apreciarse zonas con disminución de la densidad pilar o alopécicas.⁴⁰

3.10. DERMATITIS DE CONTACTO PIGMENTADA (MELANOSIS DE RIEHL)

La melanosis de Riehl (MR) afecta predominantemente a PPO, especialmente a mujeres mayores. Se caracteriza por máculas o placas hiperpigmentadas de color marrón-grisáceo reticulado a difuso en la cara, el cuello y la parte superior del tórax (**Figura 7A-C**). En ocasiones, presenta prurito y descamación superficial. Se considera una reacción de hipersensibilidad de tipo IV desencadenada por alérgenos de contacto como fragancias personales, textiles y cosméticos, aunque también influyen otros factores genéticos, alteraciones autoinmunes y exposición solar.⁴¹ En la dermatoscopia, puede observarse un pseudorretículo marcado, con predominio de puntos y glóbulos grises, vasos telangiectásicos y un fondo eritematoso.^{17,21,36} Los hallazgos son, pues, muy similares al LPP. Para diferenciar la MR del LPP, es útil la historia clínica (antecedente de alérgeno en la MR), y de hallazgos dermatoscópicos más específicos de la MR: descamación fina,

tapones queratósicos foliculares y halos hipopigmentados perifoliculares,⁴² y obliteración de las aperturas foliculares.²⁵

3.11. OCRONOSIS EXÓGENA

La ocronosis exógena (OE) se caracteriza por máculas y placas marrones oscuras, incluso negruzcas.⁴³ Pueden apreciarse pápulas de forma de “caviar” (miliun coloide) o manchas atróficas hiperpigmentadas intercalares. A nivel dermatoscópico, presenta pseudorretículo facial exagerado, áreas hipopigmentadas, telangiectasias y estructuras marrones oscuras curvilíneas o amorfas con obliteración de las aperturas foliculares.^{17,21,36} El estudio histológico es de gran utilidad, con los característicos “cuerpos de banana”, de color ocre en la dermis superior.¹²

3.12. HIPERPIGMENTACIÓN MADURACIONAL

La hiperpigmentación maduracional (HM) es una entidad recientemente descrita, casi exclusiva de PPO (especialmente indios), caracterizada por máculas marrón oscuro de predominio en mejillas, sienes y frente. Macroscópicamente, suele observarse una superficie “granular” en el seno de las lesiones, las cuales tienen además márgenes mal definidos. Se considera un marcador de síndrome metabólico.⁴⁴ A nivel dermatoscópico, presenta un patrón inespecífico con un fondo marrón claro, sobre el que se superponen múltiples glóbulos y terrones de color marrón oscuro. Su hallazgo más distintivo es la presencia de marrón oscuro de forma circular a ovalada con acentuación perifolicular. A diferencia de la AN, no presenta surcos ni crestas.^{44,45}

3.13. DERMATOSIS CENICIENTA (ERITEMA DISCRÓMICO PERSTANS)

Es una patología de etiología desconocida, más frecuente en PPO (latinos, afrodescendientes y asiáticos). Se caracteriza por máculas hiperpigmentadas grisáceas o azuladas que aparecen en el tronco, extremidades, cuello y con menor frecuencia en la cara (**Figura 7D-E**). La dermatoscopia ayuda a diferenciarla de otras enfermedades tales como el melasma, la HPI, la erupción fija medicamentosa y el LPP. La dermatoscopia muestra un patrón reticulado, con redes grises y marrones, globos de pigmento grisáceos o negros en lesiones más avanzadas, con ausencia de estructuras vasculares.^{21,46}

4. DISCUSIÓN

Dada la globalización y los flujos migratorios, es preciso mejorar la formación dermatológica en patologías que afectan más frecuentemente a PPO.⁴⁷ Los THF son muy frecuentes en esta población, e incluso ciertas patologías como la melanosis seborreica o la hiperpigmentación maduracional son prácticamente exclusivas en PPO. Pese a que los estudios sobre dermatoscopia en PPO han aumentado en la última década, aún son escasos los que evalúan específicamente los THF,^{21,25,36} y no hemos encontrado revisiones sistemáticas o metaanálisis sobre este tema.

El diagnóstico de los THF puede ser complejo, y el estudio histológico no siempre es de gran utilidad (salvo excepciones como la ocronosis exógena o el LPP). La realización de una adecuada historia clínica (por ejemplo, para descartar el empleo de productos tópicos que favorezcan la melanosis de Riehl, antecedentes de dermatosis inflamatorias en la HPI, entre otras), exploración física y dermatoscopia, permitirá realizar en muchas ocasiones un diagnóstico preciso de los THF en PPO o una aproximación bastante acertada. La dermatoscopia puede aportar claves importantes, aunque no existen hallazgos patognomónicos.

5. LIMITACIONES

La presente revisión tiene la limitación de ser narrativa y no una revisión sistemática o metaanálisis, lo que implica que la selección de estudios puede estar sujeta a sesgos. Además, muchos de los estudios incluidos no aludían específicamente a los THF, sino que extrapolan a nivel facial los hallazgos obtenidos en otras áreas del cuerpo. La mayoría de los estudios revisados corresponden a pequeñas series de casos o estudios retrospectivos, lo que limita la generalización de los hallazgos y la posibilidad de establecer relaciones de causalidad. Asimismo, es importante señalar que no todas las publicaciones revisadas fueron *sensu stricto* enfocadas a fototipos altos.

6. CONCLUSIONES

Los THF son muy frecuentes en PPO, y pueden afectar gravemente la calidad de vida. La realización de una minuciosa historia clínica, exploración física y dermatoscopia puede ayudar en el diagnóstico.

7. TABLAS

Tabla 1. Características clínicas y dermatoscópicas de los principales trastornos de hiperpigmentación facial en fototipos altos

	Características clínicas	Características dermatoscópicas	Claves diagnósticas
Líneas de demarcación pigmentaria	Líneas marrones bien delimitadas Bilaterales y simétricas Tres patrones: F, G y H	Color marrón claro u oscuro Exageración de pseudorretículo facial Puntos blancos en un patrón granular	Congénitas Bien delimitadas, bilaterales, simétricas y “poco aparentes”
Melasma	Máculas marrones bien delimitadas, irregulares Áreas de piel respetada	Color marrón claro u oscuro Exageración de pseudorretículo facial No hay predominio de puntos ni glóbulos Estructuras arciformes Respeto de orificios foliculares	Localización centrofacial más frecuente (malar, frente, bigote) Islotes de piel respetadas Mujeres jóvenes, uso de anticonceptivos
Hiperpigmentación postinflamatoria	Máculas hiperpigmentadas bien definidas Antecedente de inflamación previa	Áreas marrones sin estructura, a veces eritema	Inflamación previa Márgenes bien definidos, tan definidos como la dermatosis previa
Hiperpigmentación por fármacos	Específicas para cada tipo de fármaco, difusas o localizadas Generalmente afectación de otras regiones corporales	No claramente definidas EFM: puntos y glóbulos marrón-grisáceos difusos	Antecedentes de ingesta de fármacos Pigmentación en otras zonas (ej. melanoniquia por minociclina), generalizada por ejemplo por uso de antimaláricos
Acantosis nigricans	Placas aterciopeladas marrón oscuro en las mejillas, región frontal Presencia también en pliegues (cervical, axilar e ingles)	Patrón “ <i>sulci y gyri/cristae</i> ” (aspecto papilomatoso) En ocasiones, puntos o glóbulos marrón oscuros o telangiectasias Fondo de aspecto “sucio”	Adultos de edad media, obesos y con otros estigmas de resistencia insulínica Alteración textural de la piel afectada Fondo “sucio” en pliegues, especialmente cuello y axilas

	Antecedentes de obesidad, síndrome metabólico, presencia de acrocordones		
Melanosis friccional	Zonas de roce, lesiones bien delimitadas Localizaciones típicas (dorso nasal en rinitis alérgica; centro de la frente en islámicos)	Exageración de pseudorretículo facial Puntos y glóbulos marrones o grisáceos de distribución difusa	Zonas de roce: preguntar exhaustivamente en la anamnesis Aspecto “exógeno”
Melanosis seborreica	Zonas seborreicas como surco alar Típica afectación en base nasal y perilabial Puede asociar dermatitis seborreica en otros lugares corporales Prurito (no siempre)	Escamas superficiales blanco-amarillentas, similar a la dermatitis seborreica, pero con un trasfondo hiperpigmentado y con exageración del pseudorretículo habitual	“Exclusivo de pieles oscuras ” Zonas seborreicas clásicas + base nasal + peribucal Escamas superficiales, clínica y dermatoscópicamente
Nevus de Ota	Presente en los primeros años de vida Placas grises-azuladas en territorio V1, V2 del nervio trigémino Posible afectación ocular (glaucoma, melanoma)	Fondo azul grisáceo Glóbulos marrones superpuestos	Desde primeros años de vida, puede ir creciendo Afectación V1, V2 Fondo azul/grisáceo difuso
Liquen plano pigmentoso	Manchas marrón-grisáceas, a veces bien delimitadas Posible asociación a otros tipos de liquen Pueden comprometer párpados	Pseudorretículo exagerado con predominio de puntos o glóbulos marrón-grisáceos Telangiectasias En ocasiones, placas alopécicas	Manchas grisáceas, poco definidas Posible asociación a liquen plano pilar o alopecia fibrosante frontal -
Melanosis de Riehl	Placas hiperpigmentadas de color marrón-grisáceas (incluso azuladas) Fondo eritematoso, a veces escamas	Retículo marrón/gris/azul sobre eritema Descamación fina, tapones queratósicos foliculares y halos pigmentados perifoliculares	Antecedente de perfume u otra sustancia exógena (investigación exhaustiva en la anamnesis)

	Antecedente de sustancia exógena (perfumes, etc.) Prurito (no constante)		
Ocronosis exógena	Uso previo de despigmentantes Máculas y manchas marronáceas/negruczas con áreas hipopigmentadas superpuestas	Color marrón muy oscuro/negruczo Obliteración de aperturas foliculares Áreas hipopigmentadas en el seno de pseudorretículo facial prominente Estructura curvilíneas o amorfas muy oscuras	Antecedente de abuso de despigmentantes (especialmente hidroquinona) Cuerpos de banana en histología
Hiperpigmentación maduracional	Máculas y manchas marronáceas con zona central “granulada” Sienes, mejillas y frente Raza india, asociación a síndrome metabólico	Anillos hiperpigmentados de predominio folicular	Raza india Mejillas y sienes, fondo granular
Dermatitis cenicienta	Máculas y manchas azul grisáceas, tanto en cara como tronco, extremidades y con menos frecuencia en la cara	Puntos azul-grisáceos, sin estructuras vasculares	Fondo azul, grisáceo, sutil Afectación, además de en cara, en tronco y miembros En fases tempranas, presenta borde palpable

ABREVIATURAS: EFM: exantema fijo medicamentoso; TH: trastornos de hiperpigmentación; V1 y V2: primera y segunda ramas del nervio trigémino.

Agradecimientos:

A Elena Morgado Pizarro por su ayuda en la realización de las figura 1 y a la doctora Verónica Echeverry por su aporte de las fotografías de la paciente con nevus de Ota.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Dlova NC, Akintilo LO, Taylor SC. Prevalence of pigmentary disorders: A cross-sectional study in public hospitals in Durban, South Africa. *Int J Womens Dermatol*. 2019;5:345-8.
2. Brown-Korsah JB, McKenzie S, Omar D, Syder NC, Elbuluk N, Taylor SC. Variations in genetics, biology, and phenotype of cutaneous disorders in skin of color - Part I: Genetic, biologic, and structural differences in skin of color. *J Am Acad Dermatol*. 2022;87:1239-58.
3. Estadística de Migraciones y Cambios de Residencia - Inmigración exterior. INE. s. f.
4. Montagna W, Carlisle K. The architecture of black and white facial skin. *J Am Acad Dermatol*. 1991;24:929-37.
5. Thong H-Y, Jee S-H, Sun C-C, Boissy RE. The patterns of melanosome distribution in keratinocytes of human skin as one determining factor of skin colour. *Br J Dermatol*. 2003;149:498-505.
6. Tsai J, Chien AL. Photoprotection for Skin of Color. *Am J Clin Dermatol*. 2022;23:195-205.
7. Davis EC, Callender VD. Postinflammatory hyperpigmentation: a review of the epidemiology, clinical features, and treatment options in skin of color. *J Clin Aesthet Dermatol*. 2010;3:20-31.
8. Costa-Silva M, Calistru A, Barros AM, Lopes S, Esteves M, Azevedo F. Dermatoscopy of flat pigmented facial lesions—evolution of lentigo maligna diagnostic criteria. *Dermatol Pract Concept*. 2018;8:198-203.
9. Zieleniewski Ł, Schwartz RA, Goldberg DJ, Handler MZ. Voigt-Futcher pigmentary

demarcation lines. *J Cosmet Dermatol*. 2019;18:700-2.

10. Kathuria S, Khunger N, Ramesh V. Clinical and hormonal evaluation in facial pigmentary demarcation lines: A pilot study. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2012;78:742-4.

11. Malakar S, Dhar S. Pigmentary demarcation lines over the face. *Dermatology*. 2000;200:85-6.

12. Vinay K, Ankad BS. Dermatoscopic Features of Pigmentary Diseases in Ethnic Skin. *Indian Dermatol Online J*. 2021;12:24-33.

13. Puri N, Gill SK, Brar BK, Goyal S. Facial Pigmentary Demarcation Lines-A New Dermoscopic Finding. *Indian Dermatol Online J*. 2024;15:329-30.

14. Ogbechie-Godec OA, Elbuluk N. Melasma: an Up-to-Date Comprehensive Review. *Dermatol Ther (Heidelb)*. 2017;7:305-18.

15. Chen W, Wan Y, Sun Y, Gao C, Li J. Prevalence of depression in melasma: a systematic review and meta-analysis. *Front Psychiatry*. 2023;14:1276906.

16. Handel AC, Miot LDB, Miot HA. Melasma: a clinical and epidemiological review. *An Bras Dermatol*. 2014;89:771-82.

17. Chatterjee M, Neema S. Dermoscopy of Pigmentary Disorders in Brown Skin. *Dermatol Clin*. 2018;36:473-85.

18. Agamia N, Apalla Z, Salem W, Abdallah W. A comparative study between oral tranexamic acid versus oral tranexamic acid and Q-switched Nd-YAG laser in melasma treatment: a clinical and dermoscopic evaluation. *J Dermatolog Treat*. 2021;32:819-26.

19. Kaufman BP, Aman T, Alexis AF. Postinflammatory Hyperpigmentation: Epidemiology, Clinical Presentation, Pathogenesis and Treatment. *Am J Clin Dermatol*. 2018;19:489-503.

20. Markiewicz E, Karaman-Jurukovska N, Mammone T, Idowu OC. Post-Inflammatory Hyperpigmentation in Dark Skin: Molecular Mechanism and Skincare Implications. *Clin Cosmet Investig Dermatol*. 2022;15:2555-65.

21. Krueger L, Saizan A, Stein JA, Elbuluk N. Dermoscopy of acquired pigmentary disorders: a comprehensive review. *Int J Dermatol*. 2022;61:7-19.

22. Nahhas AF, Braunberger TL, Hamzavi IH. An Update on Drug-Induced Pigmentation.

Am J Clin Dermatol. 2019;20:75-96.

23. Elbuluk N, Grimes P, Chien A, Hamzavi I, Alexis A, Taylor S, et al. The Pathogenesis and Management of Acne-Induced Post-inflammatory Hyperpigmentation. *Am J Clin Dermatol*. 2021;22:829-36.
24. Kuklinski LF, Li S, Karagas MR, Weng W-K, Kwong BY. Effect of voriconazole on risk of nonmelanoma skin cancer after hematopoietic cell transplantation. *J Am Acad Dermatol*. 2017;77:706-12.
25. Solanki V, Dongre A, Nayak C. A clinico-epidemiological study of different dermoscopic patterns in hyperpigmented facial lesions in a tertiary care centre. *J Cutan Aesthet Surg*. 2024;17:112-23.
26. Leung AKC, Lam JM, Barankin B, Leong KF, Hon KL. Acanthosis Nigricans: An Updated Review. *Curr Pediatr Rev*. 2022;19:68-82.
27. Elmas ÖF, Demirbaş A, Kutlu Ö, Kilitçi A, Atasoy M. Utility of dermatoscopy in the diagnosis of acanthosis nigricans. *J Cosmet Dermatol*. 2020;19:3426-7.
28. Arora G, Khandpur S, Bansal A, Shetty B, Aggarwal S, Saha S, et al. Current understanding of frictional dermatoses: A review. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2023;89:170-88.
29. Mutalik SD, Pethe SV, Nikam BP, Rasal YD. Facial Frictional Melanosis in Indian Patients: Defining the Entity. *Clinical Dermatology Review*. 2019;3:78.
30. Verma SB, Vasani RJ, Chandrashekar L, Thomas M. Seborrheic melanosis: An entity worthy of mention in dermatological literature. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2017;83:285-9.
31. Vashisht KR, Garg S. Seborrheic Melanosis: A Unique Under-recognized Entity in Ethnic Skin. *J Clin Aesthet Dermatol*. 2022;15:15-6.
32. Patrocínio J, de Sousa D, Frade JV. Nevus of Ota. *J Gen Intern Med*. 2023;38:1302.
33. Shaffer D, Walker K, Weiss GR. Malignant melanoma in a Hispanic male with nevus of Ota. *Dermatology*. 1992;185:146-50.
34. Abdolrahimzadeh S, Pugi DM, Manni P, Iodice CM, Di Tizio F, Persechino F, et al. An

update on ophthalmological perspectives in oculodermal melanocytosis (Nevus of Ota). *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol*. 2023;261:291-301.

35. Elmas ÖF, Kilitçi A. Dermoscopic Findings of Nevus of Ota. *Balkan Med J*. 2020;37:116-8.

36. Vinay K, Ankad BS. Dermatoscopic Features of Pigmentary Diseases in Ethnic Skin. *Indian Dermatol Online J*. 2021;12:24-33.

37. Robles-Méndez JC, Rizo-Frías P, Herz-Ruelas ME, Pandya AG, Ocampo Candiani J. Lichen planus pigmentosus and its variants: review and update. *Int J Dermatol*. 2018;57:505-14.

38. Pirmez R, Duque-Estrada B, Donati A, Campos-do-Carmo G, Valente NS, Romiti R, et al. Clinical and dermoscopic features of lichen planus pigmentosus in 37 patients with frontal fibrosing alopecia. *Br J Dermatol*. 2016;175:1387-90.

39. Sharma VK, Gupta V, Pahadiya P, Vedi KK, Arava S, Ramam M. Dermoscopy and patch testing in patients with lichen planus pigmentosus on face: A cross-sectional observational study in fifty Indian patients. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2017;83:656-62.

40. Mulinari-Brenner FA, Guilherme MR, Peretti MC, Werner B. Frontal fibrosing alopecia and lichen planus pigmentosus: diagnosis and therapeutic challenge. *An Bras Dermatol*. 2017;92:79-81.

41. Wang L, Xu A-E. Four views of Riehl's melanosis: clinical appearance, dermoscopy, confocal microscopy and histopathology. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2014;28:1199-206.

42. Sitohang IBS, Prayogo RL, Rihatmadja R, Sirait SP. The diagnostic conundrum of Riehl melanosis and other facial pigmentary disorders: a case report with overlapping clinical, dermoscopic, and histopathological features. *Acta Dermatovenerol Alp Pannonica Adriat*. 2020;29:81-3.

43. Gil I, Segura S, Martínez-Escala E, Lloreta J, Puig S, Vélez M, et al. Dermoscopic and reflectance confocal microscopic features of exogenous ochronosis. *Arch Dermatol*. 2010;146:1021-5.

44. Sonthalia S, Sarkar R, Neema S. Maturation hyperpigmentation: Clinico-dermoscopic and histopathological profile of a new cutaneous marker of metabolic syndrome. *Pigment*

International. 2018;5:54.

45. Sonthalia S, Agrawal M, Sharma P, Pandey A. Maturational Hyperpigmentation: Cutaneous Marker of Metabolic Syndrome. *Dermatol Pract Concept*. 2020;10:e2020046.
46. Elmas ÖF, Acar EM, Kilitçi A. Dermoscopic Diagnosis of Ashy Dermatitis: A Retrospective Study. *Indian Dermatol Online J*. 2019;10:639-43.
47. Alchorne MM de A, Conceição K da C, Barraza LL, Milanez Morgado de Abreu MA. Dermatology in black skin. *An Bras Dermatol*. 2024;99:327-41.

Figura 1. Líneas de demarcación pigmentaria faciales. A. Esquema de la localización de las líneas. B-C. Paciente asiática con líneas tipo G (*flechas negras*), en forma de “W” en el canto externo del ojo derecho. La dermatoscopia mostraba acentuación del pseudorretículo facial (*flechas blancas*) y patrón blanco granular (*cabezas de flechas blancas*).

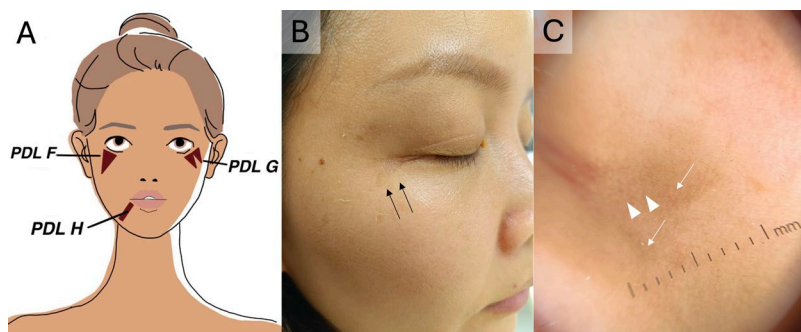


Figura 2. A-B. Melasma en un varón latinoamericano de 42 años (A-B). A. Máculas marrones irregulares, con zonas de piel respetada, de predominio en mejillas. B. La dermatoscopia muestra un pseudorretículo prominente (*flechas negras*), estructuras arciformes (*cabezas de flechas negras*) y áreas de piel respetada más claras (*flechas blancas*). C. Melasma en la mejilla de una paciente latinoamericana. D. Hiperpigmentación post-inflamatoria en una mujer de ascendencia africana. Manchas marrones en la frente y párpados secundaria a dermatitis atópica. E. Hiperpigmentación postinflamatoria en varón joven por foliculitis de la barba. F. Hiperpigmentación postinflamatoria frontal secundaria al rezo en un varón musulmán.



Figura 3. A-B. Acantosis nigricans en un varón centroamericano. A. Máculas marrónáceas de aspecto aterciopelado y de predominio en ambas mejillas y zonas supraciliares. B. En la dermatoscopia, se aprecia un patrón “sulci y gyri/cristae” (*flechas negras*), junto con tapones foliculares (*cabezas de flechas negras*). C-D. Acantosis nigricans en un hombre indio. C. Máculas marrónáceas de aspecto aterciopelado en la mejilla. Nótese la acantosis nigricans en el cuello. D. La dermatoscopia muestra un patrón “sulci y gyri/cristae” (*flechas negras*)



Figura 4. A-C. Melanosis friccional secundaria a rinitis alérgica en mujer africana de 32 años. A. Máculas hiperpigmentadas en la región nasal. B. Gesto repetitivo realizado por la paciente (frotamiento nasal frecuente). C. Dermatoscopia con exageración del pseudorretículo facial (*flechas negras*) y puntos/glóbulos marrón-grisáceos difusos (*cabezas de flechas negras*).

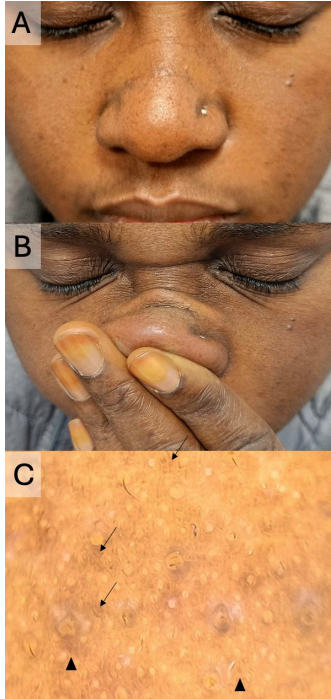


Figura 5. A-B. Mujer africana de 30 años con lesiones hiperpigmentadas en los pliegues nasolabiales y surcos alares. A. Máculas marrones oscuras en los surcos alares y pliegues nasolabiales. B. Dermatoscopia: escamas blanquecinas (*flechas negras*), de predominio en el surco alar, con hiperpigmentación de fondo. Mujer latinoamericana con pigmentación en surco nasal y región peribucal por dermatitis seborreica (C-D) En la dermatoscopia del surco nasal se observaban aperturas foliculares prominentes, ligera descamación, telangiectasias y pigmento difuso.

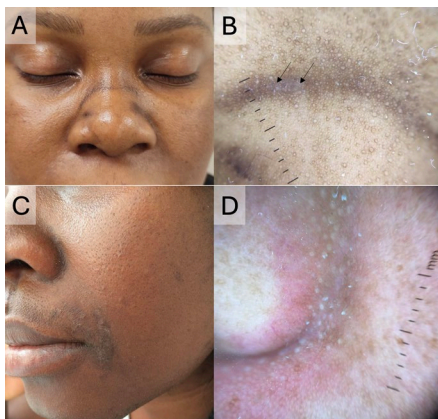


Figura 6. A-C. Nevus de Ota. A. Mácula pigmentada azul grisácea en la hemicara derecha con predominio en los territorios V1 y V2. B. En la dermatoscopia se observa color azul-grisáceo, con áreas marrón claro y algunas claras presentes dentro del nevus. *Fotos cortesía de la Dra. Verónica Echeverry.* D-F. Liqueen plano pigmentoso en una mujer latinoamericana. D-E. manchas marrón grisáceas que comprometen toda la cara, con mayor afectación de las mejillas (*flechas negras*). F. La dermatoscopia muestra puntos y glóbulos perifoliculares marrón-grisáceos (*cabezas de flechas negras*), sin obliteración de las aperturas foliculares.

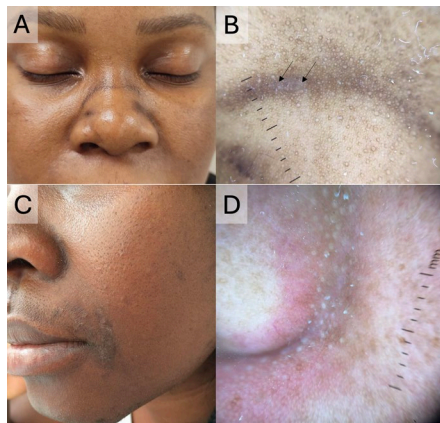


Figura 7. A-C. Mujer latinoamericana con melanosis de Riehl. A-B. Máculas y manchas marrón-grisáceas oscuras de afectación difusa en la cara, especialmente en nariz, mejillas y zona peribucal. C. A nivel dermatoscópico, destacan tapones queratósicos foliculares (*flechas negras*) y halos pigmentados perifoliculares (*cabezas de flechas negras*). D-E. Mujer latinoamericana con dermatosis cenicienta. D. Máculas azul-grisáceas en la mejilla izquierda. E. La dermatoscopia muestra un retículo marrón con, sin estructuras vasculares aparentes.

