

## DERMOCOSMETOLOGIA DELLA PELLE SCURA

Stefano Veraldi

Istituto di Scienze Dermatologiche, Università di Milano, Fondazione I.R.C.C.S., Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena

Qualche anno fa è stato aperto, presso il nostro Istituto, un ambulatorio per la diagnosi e la terapia delle malattie infettive, parassitarie e tropicali della cute. Questa iniziativa ci ha permesso, tra le tante opportunità, di visitare numerosi pazienti con pelle scura.

La pelle chiara e quella scura presentano una diversa anatomia. Nell'epidermide della pelle scura si riscontrano un film idro-lipidico di superficie più ricco in acidi grassi, uno strato corneo più compatto e spesso e melanosomi presenti anche nei cheratinociti dello strato corneo; i melanosomi, inoltre, sono dispersi e di maggiori dimensioni. Al contrario, non esistono differenze tra pelle chiara e pelle scura per quanto riguarda il numero, la distribuzione e la morfologia dei melanociti. Il derma e il sottocute non presentano differenze significative rispetto alla pelle chiara. Le ghiandole sebacee e sudoripare sono, nella pelle scura, più diffuse, più numerose, di maggiori dimensioni e ipersecernenti. I peli sono meno diffusi e presentano un fusto incurvato e spiraliforme, con una sezione di taglio appiattita ed ellittica. Le unghie non presentano differenze rispetto alla pelle chiara. Considerata nel complesso, la pelle scura si differenzia da quella chiara fundamentalmente per il colore, dovuto alla particolare anatomia dei melanosomi.

Questa diversa anatomia presuppone una diversa fisiologia, che condiziona una diversa incidenza e/o presentazione clinica delle malattie con espressività cutanea. Si pensi, nel primo caso, alla rosacea (meno frequente su pelle scura) e alla vitiligine (più frequente su pelle scura); nel secondo, all'eritema: tutti i dermatologi sanno che su pelle chiara l'eritema appare come un arrossamento, di colore variabile dal rosa al rosso acceso, che scompare alla digitopressione, ma non tutti i dermatologi sanno che su pelle scura l'eritema appare di colore grigiastro.

La diversa presentazione clinica delle malattie su pelle scura necessita di una sorta di revisione critica, da parte del dermatologo, della metodologia di lettura delle malattie cutanee. Il dermatologo si trova nuovamente a dover affrontare il problema della morfologia delle lesioni sulla pelle che già da tempo era abituato a considerare come acquisite e definite. Si avrà quindi un ritorno alla clinica pura, intesa come osservazione e classificazione di quadri dermatologici noti, ma con presentazioni cliniche nuove o atipiche: a questo fenomeno è stato dato il nome di *sindrome di Salgari 2*. Inoltre, è da ricordare che le malattie che si osservano su pelle scura si osservano anche su pelle chiara: non esistono quindi malattie cutanee specifiche della pelle scura.

Un altro aspetto interessante emerso negli ultimi anni è quello legato, per usare un termine impegnativo, all'integrazione. Molto semplicemente, individui con pelle scura che nel recente passato si recavano dal dermatologo per una malattia, oggi lo consultano spesso per problematiche cosmetologiche. Il passaggio da una domanda "medica" a una domanda "cosmetologica" non è altro che una spia dell'integrazione di una cultura in un'altra.

Nella nostra esperienza, le più frequenti richieste da parte di soggetti con pelle scura riguardano la diagnosi e la terapia dell'acne, delle follicoliti, delle alterazioni della pigmentazione (dalla vitiligine al melasma), delle alterazioni della cicatrizzazione (cicatrici ipertrofiche e cheloidi) e delle alopecie (spesso causate da traumatismi chimici, termici e meccanici).

Il dermatologo italiano si deve quindi adeguare, in tempi brevi, con una nuova cultura a una nuova realtà sociale.