

REVISIÓN

Hábito de fumar y piel

M. Just-Sarobé

Servei de Dermatologia. Fundació Salut Empordà. Hospital de Figueres. Girona. España.

Resumen. El hábito de fumar constituye la principal causa evitable de enfermedad y muerte en el mundo occidental. Su consumo se relaciona directamente con enfermedades cardiovasculares, bronquitis crónica y numerosos procesos neoplásicos. El tabaco ejerce asimismo múltiples y diversos efectos sobre la piel, la mayor parte de ellos nocivos. En este sentido, el hábito de fumar se halla estrechamente relacionado con numerosas enfermedades dermatológicas como la psoriasis, la pustulosis palmoplantar, la hidrosadenitis supurativa, el lupus eritematoso sistémico y discoide, así como con procesos neoplásicos del labio, de la cavidad oral y de la región anogenital, entre otros. Existe una relación controvertida con el melanoma, el carcinoma escamoso de la piel, el carcinoma basocelular y el acné. Por otra parte, este hábito parece que ejercería un efecto protector frente al desarrollo de las aftas orales, de la rosácea, del herpes simple labial, del pénfigo vulgar y de la dermatitis herpetiforme. Aparte de la influencia que el hábito de fumar ejerce sobre las enfermedades dermatológicas, el consumo de tabaco es también responsable directo de distintas dermatosis como la estomatitis nicotínica, la lengua negra vellosa, la enfermedad periodontal, así como de algunos tipos de urticaria y de dermatitis de contacto. Además, no hay que olvidar la repercusión cosmética de este hábito, que conlleva una pigmentación amarilla de los dedos y de las uñas, una alteración del color normal de los dientes, una disminución del gusto y del olfato, halitosis e hipersalivación y un desarrollo precoz de arrugas faciales.

Palabras clave: tabaco, fumar, piel, envejecimiento.

SMOKING AND THE SKIN

Abstract. Smoking is the main modifiable cause of disease and death in the developed world. Tobacco consumption is directly linked to cardiovascular disease, chronic bronchitis, and many malignant diseases. Tobacco also has many cutaneous effects, most of which are harmful. Smoking is closely associated with several dermatologic diseases such as psoriasis, pustulosis palmoplantaris, hidrosadenitis suppurativa, and systemic and discoid lupus erythematosus, as well as cancers such as those of the lip, oral cavity, and anogenital region. A more debatable relationship exists with melanoma, squamous cell carcinoma of the skin, basal cell carcinoma, and acne. In contrast, smoking seems to protect against mouth sores, rosacea, labial herpes simplex, pemphigus vulgaris, and dermatitis herpetiformis. In addition to the influence of smoking on dermatologic diseases, tobacco consumption is also directly responsible for certain dermatoses such as nicotine stomatitis, black hairy tongue, periodontal disease, and some types of urticaria and contact dermatitis. Furthermore, we should not forget that smoking has cosmetic repercussions such as yellow fingers and fingernails, changes in tooth color, taste and smell disorders, halitosis and hypersalivation, and early development of facial wrinkles.

Key words: tobacco, smoking, skin, aging.

Introducción

El consumo de cigarrillos, un hábito infrecuente en 1900, presentó una evolución epidémica en el curso del siglo pa-

sado, alcanzando la cima en 1964, año en que el 40 % de la población adulta de los Estados Unidos era fumadora. Desde entonces, el consumo ha ido disminuyendo lentamente, aunque hoy en día todavía el 28 % de los adultos de los países desarrollados son fumadores. En nuestro país, en los últimos 10 años el número de fumadores ha disminuido ligeramente, para situarse en aproximadamente un 30 % de la población adulta. Esta disminución se ha producido a expensas de los varones fumadores, ya que el número de mujeres fumadoras presenta una tendencia al alza.

El hábito de fumar constituye la principal causa evitable de enfermedad y muerte en el mundo occidental. Alrede-

Correspondencia:
Miquel Just-Sarobé.
Servei de Dermatologia.
Fundació Salut Empordà.
Hospital de Figueres.
Ronda Rector Arolas, s/n.
17600 Figueres (Girona). España
Correo electrónico: mjust@wanadoo.es

Aceptado el 30 de octubre de 2007.

Tabla 1. Constituyentes tóxicos del tabaco

<i>Fase sólida (partículas)</i>	<i>Fase gaseosa</i>
Nicotina	Dióxido de carbono
Fenol	Monóxido de carbono
Catecol	Cianuro de hidrógeno
Quinoleína	Óxidos de nitrógeno
Anilina	Acetona
Toluidina	Formaldehído
Níquel	Acroleína
N-nitrosodietanolamina	Amonio
Benzopirenos	Priridina
Benzatraceno	3-vinil-piridina
2-Naptilamina	N-nitrosodimetilamina
	N-nitrosopirrolidina

dor de un 20% de las muertes en estos países son atribuibles a este hábito. En todo el mundo unos 2 millones de personas mueren cada año debido al consumo de tabaco, la mitad de ellas antes de los 70 años. Los principales efectos del hábito de fumar tienen lugar sobre los tejidos y órganos directamente expuestos al humo, como son las vías respiratorias. Además, distintos constituyentes del humo, así como sus metabolitos activos, pueden actuar como tóxicos y carcinógenos específicos sobre órganos distantes. En este sentido, está bien estudiada y es conocida la asociación del consumo de tabaco con la bronquitis crónica y el enfisema pulmonar, con la cardiopatía isquémica y con procesos malignos de distintos órganos, como el pulmón, la cavidad oral, la faringe, la laringe, el esófago, el cérvix uterino, el riñón y la vejiga urinaria, entre otros. Aproximadamente un 30% de todas las muertes por cáncer en el mundo occidental son debidas al hábito de fumar.

Aunque la relación epidemiológica entre el hábito de fumar cigarrillos y estas distintas enfermedades está bien establecida, los mecanismos subyacentes no son aún bien conocidos.

El humo del tabaco está constituido por una fase volátil o gaseosa y una fase sólida o de partículas (tabla 1). La fase gaseosa, con alrededor de 500 componentes, representa el 95% del peso. Por su parte, la fase de partículas representa el 5% del peso, y está constituida por aproximadamente 3.500 componentes, el más importante de los cuales es el alcaloide nicotina. Estas sustancias son las responsables de la gran variedad de efectos tóxicos que ejerce el humo del tabaco sobre los distintos tejidos y órganos del cuerpo humano. Cuando nos centramos en la piel ésta se ve expuesta al humo de los cigarrillos tanto de una forma directa, por

el contacto con el humo ambiental, como indirecta, por la llegada vía sanguínea de las sustancias tóxicas procedentes del humo del tabaco inhalado. Como consecuencia de ello, no es sorprendente que el tabaco ejerza múltiples y diversos efectos sobre la piel, la mayor parte de ellos nocivos.

Influencia del hábito de fumar sobre la piel

Para un mejor análisis de la repercusión del hábito de fumar sobre la piel, dividiremos su estudio en tres apartados. En primer lugar, revisaremos la influencia del tabaco sobre el desarrollo y la evolución de distintas enfermedades dermatológicas; a continuación, repasaremos las dermatosis secundarias al consumo de tabaco y para finalizar, comentaremos la repercusión cosmética del hábito de fumar.

Tabaco y enfermedades dermatológicas

En este apartado revisaremos los estudios que analizan los efectos del hábito de fumar sobre la incidencia y evolución de distintas enfermedades dermatológicas (tabla 2).

Psoriasis

En los últimos años se han llevado a cabo múltiples estudios que relacionan el consumo de tabaco y la psoriasis. De su análisis podemos obtener las siguientes conclusiones: el hábito de fumar se asocia con un incremento del riesgo de aparición de psoriasis, especialmente de las formas pustulosas; esta asociación es especialmente significativa en las mujeres. El consumo de tabaco reduce la respuesta a los distintos tratamientos; los fumadores y los exfumadores presentan un mayor riesgo de desarrollar una psoriasis grave que los no fumadores. Este riesgo está directamente relacionado con la intensidad (número de cigarrillos al día) y con la duración del hábito (número de paquetes-año, entendido como número de paquetes fumados al día multiplicado por los años de fumador)¹⁻⁸.

Los mecanismos patogénicos de esta relación no están bien definidos. Sonnex et al, al analizar la respuesta *in vivo* de los leucocitos polimorfonucleares (PMN) a una quimiotaxina estándar, hallaron una mayor respuesta de los PMN de los pacientes psoriásicos fumadores respecto a los PMN de los pacientes psoriásicos no fumadores y de los controles (fumadores y no fumadores)⁹. Este hecho sugiere que el tabaco ejercería una cierta actividad sobre los PMN de los pacientes con psoriasis, aunque probablemente estén implicados otros factores todavía no identificados.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3181622>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3181622>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)