



Asunción Vicente Villa:
avicente@hsjbcn.org

Taller

Dermatología en pieles oscuras

Asunción Vicente Villa^a, Dolors Canadell Villaret^b

^aSección de Dermatología Pediátrica. Hospital Sant Joan de Déu. Facultad de Medicina. Universitat de Barcelona. Barcelona. España • ^bPediatra. CAP Barberá del Vallés. Barcelona. España.

Palabras clave:

- Emigrantes e inmigrantes
- Enfermedades de la piel
- Niño adoptado
- Pigmentación de la piel

Resumen

La dermatología constituye un motivo de consulta frecuente en Pediatría y aún más en los servicios de Pediatría de Atención Primaria. En los últimos años, el aumento de niños inmigrantes de países en vías de desarrollo y niños procedentes de adopciones internacionales ha cambiado la patología habitual en nuestro medio. El pediatra y el dermatólogo deben aprender a explorar la piel de estos niños que tienen un color de piel diferente al nuestro y saber diferenciar la normalidad de la patología. Aunque los niños inmigrantes pueden tener otras enfermedades porque están predispuestos genéticamente, la mayoría serán enfermedades infecciosas. Es un reto saber diagnosticar y tratar las enfermedades procedentes de sus países de origen que antes solo veíamos en los libros.

Dermatology in dark skins

Key words:

- Child, adopted
- Emigrants and immigrants
- Skin diseases
- Skin pigmentation

Abstract

Dermatology is a frequent reason for consultation in pediatrics and even more in pediatric primary care services. In recent years, the increase in immigrant children from developing countries and children from international adoption has changed the usual pathology in our environment. The pediatrician and the dermatologist must learn to explore the skin of these children who have a different skin color from ours and know how to differentiate the normality of the pathology. Although immigrant children may have other diseases because they are genetically predisposed, most will be infectious diseases. It is a challenge to know how to diagnose and treat diseases from their countries of origin that we used to see only in books.

DERMATOLOGÍA EN PIELES OSCURAS

La dermatología constituye en motivo de consulta frecuente en Pediatría y aún más en los servicios de Pediatría de Atención Primaria.

El cambio poblacional en los últimos años, con un gran número de niños emigrantes de países subdesarrollados o en vías de desarrollo ha cambiado

la patología habitual en nuestro medio occidental. También ha contribuido el creciente número de adopciones en países extranjeros.

Esta dermatología, que podríamos llamar importada, nos va a enfrentar con una serie de enfermedades cutáneas que van a ser propias de sus países de origen y en su aparición y desarrollo van a influir factores socioeconómicos muy especiales¹.

Cómo citar este artículo: Vicente Villa A, Canadell Villaret D. Dermatología en pieles oscuras. Rev Pediatr Aten Primaria Supl. 2018;(27):77-82.

Esta nueva dermatología ha supuesto un problema de salud pública y desde luego un aumento de la demanda asistencial, de forma que, en algunos centros de asistencia, tanto primaria como en hospitales de referencia, ha supuesto un cambio en su práctica diaria.

Debemos antes de todo aprender a identificar los cambios normales y las lesiones en una piel que no es la blanca.

El principal hecho que caracteriza la raza es el color de la piel, y en los individuos de raza negra la abundante cantidad de melanina producida es lo que les hace llamativamente diferentes de otras razas. No existen diferencias en el número de melanocitos, sino en el número y tipo de melanosomas producidos y su distribución dentro de los queratinocitos. La piel blanca se caracteriza por melanosomas pequeños, con variable contenido de melanina, que tienden a estar agrupados (en número de cinco a siete) dentro de los queratinocitos, mientras que los individuos de piel oscura poseen melanosomas de mayor tamaño, con abundante contenido melánico, y tienden a estar menos agrupados, disponiéndose a menudo de manera dispersa y aislada. Se ha demostrado que la actividad de la tirosinasa es dos o tres veces mayor en individuos de piel negra que en los de piel blanca. Es decir, la piel de los negros fabrica más melanina y lo hace más rápidamente. La expresión clínica de esta característica respecto a la pigmentación se traduce en frecuentes trastornos de hiper- e hipopigmentación en pacientes de raza negra, a menudo intensos y llamativos.

Los pacientes de piel de color o piel negra tienen un fototipo IV-V, no se queman y apenas se broncean. Sabemos que estas razas tienen una menor incidencia de daño solar y por ello una protección natural frente al cáncer cutáneo. A todo ello se suman más dificultades en su exploración, ya que la piel de color o piel negra se caracteriza por la ausencia de eritema como signo guía de inflamación. El eritema que nosotros identificamos como un color rojo o rojizo en estos pacientes la inflamación se va a traducir con lesiones de color gris, pardo o marrón oscuro-negro.

El estrato córneo tiene el mismo espesor en los pacientes de raza negra que en los blancos, aunque en los negros es más compacto y contiene más capas celulares dentro del mismo espesor. También parece ser que el estrato córneo de la piel de los negros contiene una mayor cantidad de lípidos intercelulares. Estos factores anatomofisiológicos crean una barrera que determina que la piel de los negros sea menos susceptible a los irritantes cutáneos. La densidad de glándulas ecrinas en un área de piel determinada es la misma en blancos, negros americanos y negros africanos. Sin embargo, los negros africanos tienen el doble de glándulas ecrinas funcionantes que los negros americanos, lo que indica un mecanismo de adaptación climática más que una diferencia estructural.

La piel negra muestra varios patrones de reacción característicos, como son la tendencia a formar lesiones anulares, a desarrollar lesiones papulosas incluso en procesos que no son genuinamente papulosos o a afectar los folículos pilosos en enfermedades que son raramente foliculares en otras razas. Las bases anatómicas y patofisiológicas de estos patrones reactivos peculiares de la raza negra son desconocidas. Las características biológicas peculiares de la piel de los negros están modificadas por factores ambientales y socioeconómicos, incluyendo nutrición, dieta, higiene, disponibilidad de cuidados sanitarios, etc. Todos estos mecanismos deberán ser considerados cuando se intenta explicar las aparentes diferencias en las manifestaciones de las enfermedades cutáneas entre negros y blancos. Las enfermedades más frecuentes son las infecciones, bacterianas, micóticas o parasitarias. Su alta prevalencia se debe a situaciones de pobreza y superpoblación, mala higiene y uso de aguas contaminadas, situaciones de promiscuidad y a un manejo inadecuado de la enfermedad por la familia y por la alta frecuencia de consulta con personas "sanitarias" que no pertenecen a nuestra medicina tradicional.

En 1995 Mahé *et al.* publican su experiencia en enfermedades cutáneas en niños en Mali. Las enfermedades más frecuentes son escabiosis, piodermatitis, *tinea capitis*, *pediculosis capitis* y *molluscum*

*contagiosum*². Pocos años después Samitia et al. publican la prevalencia de enfermedades cutáneas en Tanzania³. Así, en su estudio, el 35% de los niños tienen una o más enfermedades cutáneas. Las más frecuentes fueron *tinea capitis*, *tinea corporis* y escabiosis, pero también veían enfermedades comunes en nuestro medio, como acné y dermatitis eccematosas. Quizás es de más interés para nosotros la observación del Servicio de Dermatología del Hospital General Universitario de Alicante, que estudian la patología dermatológica en niños inmigrantes atendidos en su hospital en 2005. Destacan que el 21% de los niños eran inmigrantes y que el motivo de consulta más frecuente eran enfermedades eritematodescamosas, seguido de infecciones (*molluscum contagiosum* y sarna) y que los nevos melanocíticos era un motivo de consulta menos frecuente que en el grupo control.

En el recién nacido lo más importante son las alteraciones de la pigmentación y las erupciones vesiculopustulosas.

Alteraciones de la pigmentación

Incluyen:

- Las manchas mongólicas, lesiones maculosas violáceas-azuladas que aparecen en el neonato en la parte baja de la espalda y que en las razas asiáticas y en sudamericanos frecuentemente son muy extensas y aparecen en zonas menos comunes, como la parte alta de la espalda o en las extremidades. No tienen normalmente traducción patológica y tienen tendencia a la desaparición espontánea.
- El nevus de Ota, lesión benigna facial, azulada que afecta al territorio del trigémino. Puede haber afectación ocular, por lo que los niños deberían ser valorados por un oftalmólogo
- Líneas de Voigt, líneas que dividen dos zonas de pigmentación en la parte alta de los brazos, que son muy típicas de los niños hindúes.

Erupciones vesiculopustulosas

En los neonatos incluyen:

- Melanosis pustulosa neonatal transitoria. Entidad más frecuente en la raza negra (15% de los recién nacidos negros). Se inicia en el nacimiento con vesículas y pústulas que duran 2-3 días y que dejan un collarite descamativo. Es típico que las lesiones evolucionen a máculas pigmentadas que durarán entre tres semanas y tres meses.
- Eritema tóxico neonatal. Erupción frecuente en neonatos sanos (50%). Cuadro benigno y autolimitado en dos semanas. Se inicia entre el primer y el tercer día de vida y respeta palmas y plantas de manos y pies. No deja descamación ni pigmentación.
- Acropustulosis infantil. Frecuente en lactantes y más en hispanos y negros. Son brotes de vesículas y pústulas en palmas y plantas de manos y pies. Cada brote dura 1-2 semanas y recidivan cada 2-4 semanas. La curación no suele ocurrir antes de los 2-3 años. La gran discusión es si esta entidad es una manifestación tardía de posesca-biosis. Lo más importante es tranquilizar a los padres, explicando la benignidad del cuadro y su autorresolución.

Lo más importante de las erupciones vesiculopustulosas del neonato es saber reconocerlas para explicar a los padres su benignidad, autorresolución y sobre todo evitar iatrogenia, ya con técnicas diagnósticas, ya con tratamientos innecesarios.

La candidiasis congénita debe ser diferenciada de estos cuadros. Aparece en madres con candidiasis vaginal en los últimos meses del parto y se caracteriza por la típica afectación con pústulas en palmas y plantas. Es posible que con el aumento de embarazos no controlados aumente el número de recién nacidos infectados. Otra entidad que puede producir pústulas en el neonato o lactante pequeño en palmas y plantas es la sarna. En todo recién nacido es de gran importancia siempre la exploración de las palmas y las plantas de manos y pies.

ENFERMEDADES PARASITARIAS. ESCABIOSIS (SARNA)

La sarna es la infestación por *Sarcoptes scabiei*, que es un parásito humano, un ácaro. Realmente es una patología frecuente y cada vez más por las condiciones higiénico-sanitarias que pueden afectar a nuestros niños emigrantes.

La incubación es de un mes. Es una enfermedad muy contagiosa persona-persona y a través de uso compartido de ropas y cama.

La sarna se caracteriza por su prurito. Es una de las enfermedades más pruriginosas. La lesión patognomónica es el surco acarino, pero que puede no estar presente.

Para su diagnóstico debemos estudiar los contactos y familiares y podemos confirmarlo observando al parásito en las lesiones. Para ello se hace una escarificación de la lesión y la observación al microscopio del parásito, de sus heces o de sus huevos.

El tratamiento de elección es la permetrina al 5%. Se harán dos aplicaciones separadas por una semana, dejando actuar el fármaco 10-12 horas y luego duchándose con agua templada-fría. El tratamiento se aplicará desde el cuello hasta los pies, pero en los lactantes debe incluir la cabeza y se aconseja tapar las manos, por ejemplo, con unas manoplas. El tratamiento está aceptado para lactantes mayores de dos meses.

Otros tratamientos son lindano al 1% y benzoato de benzilo al 25%. De más reciente introducción es la ivermectina enana en una sola dosis, pero su uso está restringido.

En lactantes menores de dos meses y embarazadas se puede utilizar el azufre precipitado al 5-10% en vaselina o pasta al agua.

En la sarna además se deben dar unos consejos:

- Tratar a todos los contactos.
- No dejar áreas sin tratar.
- Puede persistir el prurito (insistir que no deben repetir más el tratamiento que el indicado).
- Añadir un corticoide tópico y antihistamínico si existe eccematización.

- Lavar la ropa cada día.
- La ropa que no se pueda lavar hay que guardarla en una bolsa de plástico cerrada 4-7 días.

INFECCIONES BACTERIANAS

Las infecciones bacterianas más frecuentes son las piodermitis y los gérmenes implicados *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus pyogenes*.

Su alta frecuencia se debe a factores socioeconómicos (higiene, malnutrición, falta cuidados médicos básicos, abandono...). Tienen más importancia estos factores que el clima.

INFECCIONES POR HONGOS

Las infecciones fúngicas más frecuentes son las infecciones superficiales y en concreto las dermatofitosis. En niños la forma clínica más común es la *tinea capitis*⁴.

Los dos tipos más frecuentes son *Trichophyton* y *Microsporum*.

El diagnóstico de las dermatofitosis incluye:

- Clínica.
- Contexto epidemiológico.
- Micología: KOH (rápido) y cultivo.

Las dermatofitosis son micosis de distribución mundial. La etiología depende del área geográfica y de las condiciones higiénico-sanitarias. Los movimientos migratorios (inmigración) y la adopción (en países de áreas endémicas) ha supuesto un aumento de las micosis en la infancia y además un cambio de la etiología. Así, el *Trichophyton violaceum* ha pasado a ser un germen excepcional en nuestro medio a ser muy común.

El *Trichophyton violaceum* es un hongo antropofílico de distribución mundial, muy frecuente en oriente medio, India, Europa del Este y norte de África. En España era un germen presente en la primera mitad del siglo XX. Al mejorar en nuestro país las condiciones higiénico-sanitarias, pasó a ser una infección excepcional. Así las infecciones que

teníamos en nuestro medio antes de la inmigración era por *T. mentagrophytes*, *Microsporium canis* y *T. rubrum*.

En nuestro hospital, el primer aislamiento de *T. violaceum* fue en 2001. El número de aislamientos de este hongo fue en aumento, paralelo al aumento de la inmigración. Los niños infectados procedían de áreas endémicas (Etiopía, Marruecos, Pakistán, India, Sudamérica), habiendo varios casos familiares. El 95% de los casos corresponde a *tinea capitis*, fundamentalmente *tinea capitis* no inflamatoria, siendo la presentación clínica en forma de querion de Celso muy poco frecuente⁵.

El tratamiento de la *tinea capitis* requiere tratamiento oral. El tratamiento de elección es griseofulvina oral 20 mg/kg/día durante 6-8 semanas. Con este fármaco la curación es prácticamente en todos los casos. Una alternativa a la griseofulvina, hoy también aceptada, es la terbinafina oral.

En nuestra experiencia podemos concluir:

- El aumento de casos de *tinea capitis* por *T. violaceum* está directamente relacionado con la inmigración y con la adopción en niños procedentes de zonas endémicas.
- Buena respuesta terapéutica a griseofulvina o terbinafina, sin efectos adversos.

El tratamiento oral con fluconazol o itraconazol sería de uso restringido.

Si la forma de presentación es en querion de Celso, se puede añadir fomentos astringentes, descostrar, depilar, analgésicos porque es muy doloroso y antibióticos si se sospecha sobreinfección bacteriana.

La *tinea capitis* no tratada puede causar alopecia. Pero también hay que recordar que las niñas, por sus peinados tradicionales, pueden sufrir alopecias por tracción.

LARVA MIGRANS CUTÁNEA

Infestación por *Ancylostoma braziliensis*, típica de áreas tropicales (África, América y Asia).

Se caracteriza por una erupción lineal, que se “mueve” lentamente y que es intensamente pruriginosa. La larva dentro de la piel produce una intensa reacción inflamatoria.

El *Ancylostoma braziliensis* es un gusano (parásito) de perro y gatos, que vive y se reproduce en el intestino de los animales, y que a través de los huevos en heces se distribuye en la arena y el suelo. Estos huevos-larvas penetran en la piel. Como en el hombre la larva no puede completar su ciclo, sufre una muerte espontánea.

En la historia clínica destaca el antecedente de andar descalzo o estar sentado o tumbado en la arena. Las lesiones aparecen en pies, manos o nalgas y se caracterizan por una lesión lineal, serpiginosa, palpable, que avanza 2-3 mm por día. La larva suele estar en la cabeza de la erupción. Se puede sobreinfectar.

Tratamiento con tiabendazol tópico u oral. También se ha propuesto albendazol o ivermectina. Lo más importante es la prevención con la desparasitación de los animales, prohibir animales en las playas y el uso de ropa y calzado protector.

MIASIS FORUNCULOIDE

La miasis es una enfermedad parasitaria por la larva de la mosca *Dermatobia hominis*. Es un cuadro típico de América Central y Sudamérica.

Se debe a picadura de mosquitos infestados por la larva de la mosca. La larva atraviesa la piel y produce una lesión que parece un forúnculo pero que tiene un orificio que drena. A veces los pacientes refieren sensación como de pinchazo.

El tratamiento consiste en la asfixia de la larva con vaselina y esparadrapo durante 48 horas y la extracción del parásito.

TUNGA

Es una enfermedad por la infestación por *Tunga penetrans* (pulga de la arena). Es típica de América Central y del Sur, África e India. Las pulgas viven en

el suelo y en la arena. La hembra pulga pica al hombre y al cerdo.

La localización de las lesiones es en las plantas de los pies (o superficies de contacto con el suelo), dentro pone los huevos y va a morir en dos semanas.

Es una lesión dolorosa y pruriginosa, en las plantas de los pies, interdigital, subungueal. Se aprecia como una mancha negra o una pápula rojiza y podemos llegar a ver el parásito o los huevos. El diagnóstico diferencial es con la verruga vulgar.

El tratamiento es la extracción del parásito y la aplicación de cloruro de etilo tópico. También tiabendazol.

Lo más importante es la prevención con el uso de calzado adecuado y precaución sobre dónde sentarse.

BIBLIOGRAFÍA

1. Schmid-Grendelmeier P, Mahé A, Pönnighaus JM, Welsh O, Stingl P, Leppard B. Tropical dermatology. Part I. *J Am Acad Dermatol.* 2002;46:571-83.
2. Mahé A, Prual A, Konaté M, Bobin P. Skin diseases of children in Mali: a public health problem. *Trans R Soc Trop Med Hyg.* 1995;89:467-70.
3. Samitia FT, McBride SR, Leppard B. Prevalence of skin diseases in rural Tanzania and factors influencing

CONCLUSIONES

En la patología dermatológica del niño emigrante lo más importante es una historia clínica detallada y una exploración cutánea minuciosa. Todos sabemos la gran dificultad que tenemos en la realización de una buena historia clínica por las diferencias socioculturales que muchas veces nos encontramos pero que con la experiencia vamos a ir superando.

CONFLICTO DE INTERESES

Las autoras declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

the choice of health care, modern or traditional. *Arch Dermatol.* 1998;134:1363-6.

4. Andrews MD, Burns M. Common tinea infections in children. *Am Fam Physician.* 2008;77:1415-20.
5. Juncosa T, Aguilera P, Jaen A, Vicente A, Aguilar AC, Fumado V. *Tritochyton violaceum*. un patógeno emergente. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2008;26:502-4.