

Patología dermatológica en inmigrantes

E. de Eusebio Murillo^a, B. Zambrano Centeno^a y P. Jaén Olasolo^b

^aServicio de Dermatología. Hospital Universitario de Guadalajara.

^bServicio de Dermatología. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

España se ha convertido en la última década en un país receptor de inmigrantes siendo un proceso que va en aumento. La atención a este segmento de la población constituye un reto para el personal sanitario y se hace cada vez más necesaria una formación específica en enfermedades que hasta ahora no habían constituido un problema importante o cuya frecuencia había descendido. La patología dermatológica es una de las causas de consulta más frecuentes según diversos estudios realizados.

Las dermatosis que hemos observado en ellos con una frecuencia mayor que en el resto de la población corresponden por una parte a cuadros que por la mejora de las condiciones sociosanitarias en nuestro país había pasado a verse de forma excepcional como diversas parasitosis, micosis o algunas enfermedades de transmisión sexual. Otro grupo son las denominadas dermatosis importadas como pueden ser diversas parasitosis, sobre todo por nematodos, y enfermedades producidas por micobacterias como la lepra. Existe un tercer grupo como es la patología dermatológica relacionada con las condiciones ambientales y laborales que encuentran al llegar a nuestro país, y por último hemos revisado la dificultad diagnóstica que pueden plantearnos el aspecto clínico de las dermatosis en otras razas, fundamentalmente la raza negra.

Palabras clave: dermatosis en inmigrantes, dermatosis importadas, parasitosis.

A lo largo de la historia de la humanidad se ha producido un constante desplazamiento de las poblaciones. Estos movimientos migratorios en muchas ocasiones se han realizado en condiciones más bien penosas. Los últimos estudios realizados cifran los inmigrantes regularizados en

Correspondencia: E. de Eusebio Murillo.
Hospital Universitario de Guadalajara (servicio de Dermatología).
C/ Donantes de Sangre, s/n.
19002 Guadalajara.

In the last decade, Spain has become a country receiving immigrants, a process that is increasing. Attention to this population segment is a challenge for the health care staff and makes specific training in diseases that were not an important problem up to now or whose frequency has decreased increasingly necessary. Dermatological disease is one of the most frequent causes of visits according to different studies performed.

The dermatoses that we have observed in them more frequently than in the rest of the population partially correspond to pictures, which, in the best of the social-health care conditions in our country, had become rare, such as different parasitosis, mycosis or some sexual transmission diseases. Another group are the so-called imported dermatoses as different parasitosis, above all, due to nematodes, and mycobacteria produced diseases such as leprosy. There is a third group, which is the dermatological diseases related with environmental and occupational conditions that they find on reaching our country and, finally, we have revised the diagnostic difficulty that can be posed by the clinical aspect of dermatoses in other races, basically the black race.

Key words: dermatosis in immigrants, imported dermatoses, parasitosis.

Europa Occidental en torno a 20 millones de personas. Esta cifra se considera, en algunos estudios, que no es más que el inicio de un proceso que continuará y se incrementará dado el fuerte aumento de la población mundial y del estado de subdesarrollo y pobreza en que se encuentra una buena parte de ella. Por otro lado, se da la paradoja de una Europa envejecida y ávida de personas jóvenes que puedan seguir con el ritmo de progreso y desarrollo que hemos creado en el último siglo como apuntan los últimos informes de la ONU¹.

La atención sanitaria a este segmento de la población constituye un reto por el aumento de incidencia de patologías poco habituales en nuestro medio.

España se ha convertido en la última década en un país receptor de inmigrantes siendo un proceso que va en aumento. Determinadas características de nuestro país, como la cercanía al continente africano, o la lengua castellana, hacen del mismo un destino atractivo para los movimientos migratorios procedentes de Sudamérica o de los países del norte de África, aunque también existen importantes colectivos de otras procedencias como los países de Europa del Este o Asia.

La atención sanitaria a este segmento de la población constituye un reto por el aumento de incidencia de patologías poco habituales en nuestro medio, por ser propias de climas tropicales o porque debido a la mejora de las condiciones sociosanitarias en España alguna de ellas se habían convertido en excepcionales. Se hace cada vez más necesaria una formación específica en enfermedades que hasta ahora no habían constituido un problema importante o cuya frecuencia había descendido. Un claro ejemplo de ello es que el *Center for Disease Control* en EE.UU ha nominado a las enfermedades de los viajeros, inmigrantes y refugiados como una de las áreas diana sobre las que actuar dentro de la estrategia de prevención de la emergencia de las enfermedades infecciosas para el futuro inmediato².

Dentro de la patología que se detecta en la población inmigrante las enfermedades cutáneas constituyen un grupo relevante tal como muestran diversos estudios epidemiológicos realizados. Los procesos dermatológicos observados en los inmigrantes corresponden, por una parte, a cuadros que por la mejora de las condiciones sociosanitarias en nuestro país habían pasado a verse de manera casi excepcional. Otro grupo son las denominadas enfermedades importadas que son propias de climas tropicales fundamentalmente. Junto a ello debemos destacar aquellos trastornos cutáneos que surgen como consecuencia de los cambios climáticos en ocasiones extremos que experimentan los inmigrantes con respecto a sus países de origen y, por último, un elemento que es fuente de no pocas dificultades diagnósticas: el diferente aspecto clínico de determinadas dermatosis en otras razas y más en concreto en la raza negra. Todo ello hace que la patología dermatológica del inmigrante sea en muchas ocasiones un reto diagnóstico y también terapéutico para el médico.

Este reto será superado adecuadamente si tenemos en cuenta que la inmigración es un hecho positivo y enrique-

Dentro de la patología que se detecta en la población inmigrante las enfermedades cutáneas constituyen un grupo relevante tal como muestran diversos estudios epidemiológicos realizados.

cedor para el país que la acoge, tanto cultural como económica y demográficamente. A nadie se le escapa que la inmigración presenta, no obstante, unos problemas de adaptación e integración y que la atención integral a este grupo emergente de población no sólo favorece el intercambio cultural, sino que evita los problemas sociosanitarios que derivan de la marginación y la pobreza.

DERMATOSIS RELACIONADAS CON EL NIVEL SOCIOSANITARIO

Existe un conjunto de patologías que con la mejora de las condiciones sociosanitarias en España, tanto en el nivel asistencial como en el de educación para la salud, se habían convertido en excepcionales o bien aparecían de forma esporádica como brotes rápidamente controlados.

El aumento de la población inmigrante procedente de zonas deprimidas y/o agrícolas hace necesaria una actualización en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades cuya frecuencia había descendido. Entre estos cuadros debemos destacar diversas parasitosis como la escabiosis o pediculosis, infecciones bacterianas o fúngicas y diversas enfermedades de transmisión sexual.

Parasitosis

Pediculosis

Es la infección por piojos de la que existen diversas formas clínicas producidas a su vez por distintas especies de parásitos. La *pediculosis capitis* es la más frecuente, pudiendo dar lugar a auténticas epidemias escolares. No se trata ni mucho menos de un cuadro exclusivo de la población inmigrante, ya que afecta a personas de todos los niveles sociales y todos los grupos étnicos. Sin embargo, en este segmento de población hemos apreciado una mayor duración y diseminación entre los conviventes debido al hacinamiento y el uso compartido de toallas, cepillos y peines. Clínicamente se caracteriza por prurito intenso y constante que determina el rascado por parte del paciente con impetiginización secundaria y posible desarrollo de adenopatías. El tratamiento consiste en la aplicación de insecticidas de los que el más utilizado actualmente es la permeterina. Debe combinarse con una eliminación mecánica de las liendres y acompañarse, además, de medidas para evitar el contagio como no compartir peines y toallas y ropa de cama. La *pediculosis pubis*, también denominada ladillas (fig. 1), es menos frecuente y aunque puede transmitirse por la ropa habitualmente es por contacto sexual y puede coexistir con otras enfermedades venéreas. Tiene un tratamiento similar a la pediculosis capitis³.

Escabiosis

Es otra parasitosis humana extremadamente contagiosa que había llegado a ser muy infrecuente en nuestro país. En los últimos años la inmigración y los viajes a países en vías de desarrollo han hecho que la veamos con más frecuencia. El ácaro responsable es el *Sarcoptes scabiei var. hominis*. El ácaro de la sarna puede persistir en la piel de sus



Figura 1. Pediculosis pubis. Presencia de liendres parasitando el vello pubiano.

huéspedes aproximadamente un mes antes de que se produzca una respuesta inmune. La respuesta inmunológica del individuo da lugar a la aparición de prurito y signos inflamatorios, que son los que determinan la clínica de la sarna. El principal síntoma de la sarna es el prurito intenso, predominantemente nocturno y que tiende a respetar la cara y el cuero cabelludo. El carácter familiar del prurito a menudo orienta hacia el diagnóstico. Las lesiones específicas son surcos o túneles, intactos o excoriados, que tienden a localizarse entre los dedos de las manos y de los pies y en los genitales. Otras zonas en las que asientan frecuentemente las lesiones son muñecas, nalgas, areolas, ombligos y axilas. En los lactantes y niños de corta edad se afectan con frecuencia las regiones palmaroplantares con aparición de vesículas y también puede observarse la afectación del cuero cabelludo. El cuadro clínico depende de la cuantía de la parasitación, de los hábitos de higiene y del estado inmunitario del huésped. El diagnóstico se efectúa mediante la detección del parásito adulto, sus huevos, sus larvas o sus heces tras el rascado del surco o eminencia acarina y examen al microscopio (fig. 2). El tratamiento debe ser sintomático y escabicida. Junto al empleo de antihistamínicos para el prurito el escabicida más empleado es la aplicación de una crema de permetrina al 5% durante 10 horas. La ropa y enseres de cama utilizados durante el tratamiento deben lavarse a 60° y no volverse a utilizar

Un elemento que es fuente de no pocas dificultades diagnósticas: el diferente aspecto clínico de determinadas dermatosis en otras razas y más en concreto en la raza negra.

hasta transcurridos 5 días. Es recomendable el tratamiento de los conviventes y, en el caso de inmigrantes con otros hábitos y costumbres, asegurarse del cumplimiento de las medidas higiénicas recomendadas⁴.

Micosis

De todas las infecciones por hongos, aquellas que vemos con más frecuencia en la población inmigrante respecto a la que no lo es, son las tiñas del cuero cabelludo. La transmisión de ciertas formas de tiña de la cabeza se favorece por la existencia de superpoblación o de una higiene personal insuficiente. También se ha relacionado con un nivel socioeconómico bajo. La edad más frecuente de presentación es en niños de 4 a 14 años. La tiña del cuero cabelludo es una invasión del pelo por dermatofitos. Un equivalente a ella en el varón adulto es la tiña de la barba. Se distinguen 3 cuadros clínicos⁵:

– Tiñas tonsurantes o no inflamatorias. Producen placas de alopecia porque lesionan el pelo sin afectar el folículo por lo que la alopecia es reversible. Se presentan como una o varias placas total o parcialmente alopélicas con pelos rotos a nivel o muy poco por encima de su emergencia en la piel y con descamación y prurito.

– Tiñas inflamatorias o querion de Celso. Suelen ser producidas por especies de hongos zoofílicos que inducen una muy importante reacción inflamatoria. Se desarrolla una lesión única y dolorosa, de color rojo vivo, indurada y cubierta de pústulas foliculares (fig. 3). Al presionarla lateralmente aparece abundante supuración por los orificios foliculares (signos de la espumadera). La propia reacción inflamatoria elimina el pelo haciendo que cure con alopecia cicatricial.

– Favus. La tiña favica o favus es una infección micótica crónica del cuero cabelludo caracterizada por la forma-

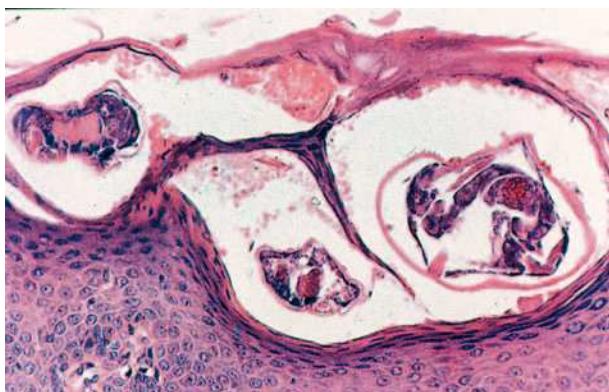


Figura 2. Escabiosis. Presencia de numerosos parásitos en la capa córnea.



Figura 3. Tiña inflamatoria del cuero cabelludo.

La atención integral a este grupo emergente de población no sólo favorece el intercambio cultural, sino que evita los problemas sociosanitarios que derivan de la marginación y la pobreza.

Es recomendable el tratamiento de los conviventes y, en el caso de inmigrantes con otros hábitos y costumbres, asegurarse del cumplimiento de las medidas higiénicas recomendadas.

ción de costras amarillentas en los folículos pilosos que evolucionan a una alopecia cicatricial. No se ve en nuestro medio salvo casos procedentes de Asia y África. La produce *Trichophyton schoenleinii*.

Enfermedades de transmisión sexual

Abarcan un grupo de enfermedades contagiosas que se adquieren principalmente por contacto sexual. Estos trastornos se encuentran entre la enfermedades infecciosas más frecuentes en todo el mundo y en la actualidad se conocen más de 50 microorganismos patógenos que se transmiten por vía sexual. Entre los factores de riesgo para la adquisición de una enfermedad de transmisión sexual (ETS) se hallan la prostitución, la residencia en zonas marginales de las grandes ciudades, la pertenencia a una minoría étnica y la pobreza. La población inmigrante en ocasiones se ve incluida en alguno de estos factores de riesgo. Aunque no es objeto de esta revisión una descripción de cada uno de estos cuadros, sí que debemos descartar la existencia de dichos factores de riesgo para este tipo de patologías en los pacientes inmigrantes. Además, no sólo debemos administrar el tratamiento apropiado sino también asesorar al paciente acerca de los distintos métodos de prevención disponibles⁶.

DERMATOSIS IMPORTADAS

Aunque son un grupo poco numeroso según los diversos estudios constituyen un reto diagnóstico y terapéutico para el médico. En nuestro tiempo ningún punto de la tierra dista más de 36 horas de viaje de otro, tiempo este inferior al período de incubación de la mayoría de las enfermedades infecciosas. El incremento del número y velocidad de los desplazamientos asociados al auge del intercambio del comercio mundial, han dejado obsoletas las cuarentenas preventivas y las regulaciones de higiene de puertos y aeropuertos⁷. En el caso de la inmigración clandestina o ilegal todo esto está más acentuado. Vamos a revisar aquellas patologías importadas que en nuestra experiencia resultan más frecuentes:

Larva migrans

El término *larva migrans* describe un cuadro clínico causado por distintos parásitos. Tiene una amplia distribución geográfica, siendo más común en países tropicales y subtropicales, en particular en África, Caribe, América Central y del Sur, India y sudeste asiático. Clínicamente consiste en una erupción lineal serpiginosa producida por la reacción inflamatoria secundaria a desplazamiento intraepidérmico, dérmico o subcutáneo de larvas filariformes de

nematodos. Entre ellos se encuentran diversas especies de *Ancylostoma*, *Necator* o *Strongyloides*. La infestación se manifiesta habitualmente en los pies o en las nalgas, zonas de contacto con el suelo húmedo, donde se encuentran las larvas que penetran en la epidermis. El parásito avanza entre algunos milímetros y varios centímetros por día. Al pasar a la circulación sistémica puede producirse un cuadro de eosinofilia con infiltrados pulmonares y manifestaciones sistémicas anafilactoides. Una variante es la "larva currans" en la que las lesiones se inicien en la región perianal y se extienden posteriormente al tronco y se asocia casi siempre a estriñoloidosis intestinal. El tratamiento se basa en la aplicación tópica de nitrógeno líquido o tiabendazol que también es efectivo vía oral⁸.

Filariasis linfática

La producen diversas especies de nematodos filariales: *Brugia malayi*, *Brugia timori* y *Wuchereria bancrofti*. Se distribuyen geográficamente por el sudeste de Asia, África, Centroamérica y Sudamérica. La enfermedad se adquiere por la picadura de un mosquito infectado. En general son necesarias picaduras repetidas para adquirir la enfermedad, por lo que es menos frecuente de ver en pacientes que han viajado de forma temporal a estos países que en inmigrantes procedentes de dichas áreas. Tras ser inoculadas por los mosquitos, las filarias viven en los vasos linfáticos e inducen una reacción eosinofílica alrededor. Clínicamente dan lugar a una linfangitis con progresión retrógrada característica, con linfedema, orquitis, epididimitis y fiebre. Suelen asociar eosinofilia y aumento del nivel de inmunoglobulina E (IgE). El diagnóstico se establece mediante la demostración de microfilarias en sangre, orina u otros tejidos. El tratamiento se realiza vía sistémica con dietilcarbamazina, albendazol e ivermectina⁹.

Oncocercosis

Es un cuadro muy frecuente en África y América Central y del Sur, producido por un nematodo filarial, *Onchocerca volvulus*. Se transmite por la picadura de moscas negras y produce manifestaciones cutáneas y oculares. Las lesiones cutáneas se inicien hasta un año después de la inoculación del parásito y se caracterizan por episodios semejantes a la

La transmisión de ciertas formas de tiña de la cabeza se favorece por la existencia de superpoblación o de una higiene personal insuficiente. También se ha relacionado con un nivel socioeconómico bajo.

En nuestro tiempo ningún punto de la tierra dista más de 36 horas de viaje de otro, tiempo este inferior al período de incubación de la mayoría de las enfermedades infecciosas.

erisipela con prurito intenso que a largo plazo determina liquenificación, discromía y sequedad intensa de la piel. Con el tiempo se desarrollan nódulos profundos que pueden dar lugar a granulomas y calcificaciones. La afectación ocular representa el aspecto más catastrófico de la enfermedad y puede conducir a la ceguera. El diagnóstico se realiza demostrando la presencia de microfilarias en la biopsia de las lesiones cutáneas, aunque en los pacientes con infecciones importantes puede detectarse su presencia en sangre y otros líquidos corporales e incluso en la cámara anterior del ojo. El tratamiento de elección es la ivermectina. Se recomienda asimismo la extirpación de los nódulos cutáneos¹⁰.

Dracunculosis

Es un cuadro poco frecuente en nuestro medio pero endémico en la India y África Subsahariana. El agente causal es un helminfo, el nematodo *Dracunculus medinensis*. La infección se contrae al beber agua infectada de lagunas y pozos poco profundos. El gusano adulto que mide de 70 a 80 cm emerge en la piel un año después de la ingestión de las larvas. El gusano adulto muere o es extirpado tras llegar a la piel y liberar sus larvas. Clínicamente consiste en una pápula de 2 a 7 cm de diámetro que evoluciona a una vesícula de borde indurado que produce intenso prurito y quemazón. Al romperse se liberan las larvas y parcialmente el gusano adulto. El tratamiento consiste en mebendazol y tiabendazol. La eliminación del gusano enrollándolo lentamente alrededor de una vara, técnica habitual en las zonas endémicas, es útil también pero debe tenerse el cuidado de no romperlo, ya que en ese caso se genera una reacción inflamatoria intensa¹⁰.

Micosis profundas

Las infecciones micóticas profundas comprenden 2 grupos distintos de enfermedades: las micosis subcutáneas y las sistémicas. Las micosis subcutáneas, objeto de esta revisión, están en gran medida confinadas a las regiones tropicales y subtropicales. Cualquiera de ellas puede presentarse como una enfermedad importada en un paciente proveniente de un área endémica, algunas veces después de un lapso de muchos años¹¹.

Esporotricosis

Es una infección micótica subcutánea o sistémica causada por el hongo dimorfo *Sporothrix schenckii*. La esporotricosis subcutánea puede presentar 2 formas clínicas: a) la infección linfangítica en la que tras la aparición de un nódulo inflamatorio en manos o pies se desarrolla una cadena de nódulos inflamatorios a lo largo del trayecto linfático



Figura 4. Esporotricosis: cadena de nódulos inflamatorios en el trayecto que drena la extremidad afecta.

que drena la extremidad afecta (fig. 4) y b) la infección fija en la que aparece una lesión fija que luego puede ulcerarse. El diagnóstico se realiza a través del cultivo del hongo en exudados o biopsias cutáneas. Aunque puede haber resolución espontánea, en ocasiones es necesario realizar tratamiento con ioduro potásico o antifúngicos sistémicos como itraconazol, terbinafina o anfotericina B.

Micotoma o pie de Madura

Es una infección localizada, crónica, causada por diferentes especies de hongos (eumicetomas) o por actinomicetos (actinomicetomas). Son más comunes en el pie, la parte inferior de la pierna o la mano. Se produce una tumefacción del tejido seguido por la formación de úlceras, fistulas crónicas y, finalmente, compromiso del hueso que distorsionan y deforman el sitio original de la infección. Las lesiones son escasamente sintomáticas. El diagnóstico se realiza mediante la identificación del microorganismo. El

Las micosis subcutáneas, objeto de esta revisión, están en gran medida confinadas a las regiones tropicales y subtropicales. Cualquiera de ellas puede presentarse como una enfermedad importada.

Constituye un problema clínico importante porque afecta a varios millones de personas en el mundo y representa una carga sanitaria y económica particularmente grave en los países en vías de desarrollo.

tratamiento se realiza en el caso de actinomicetos con estreptomicina, rifampicina o trimetoprim-sulfametoxazol y si son hongos, griseofulvina o itraconazol.

Cromoblastomicosis

Es la infección crónica de piel y tejido celular subcutáneo por diversos hongos pigmentados. Su distribución geográfica es fundamentalmente en América Central y del Sur, África (Madagascar) y Australia. Clínicamente aparece una pápula verrugosa que se expande con lentitud durante meses o años, y se localiza en extremidades o parte superior del tronco (fig. 5). El diagnóstico se realiza mediante cultivo del hongo responsable y los tratamientos más utilizados son itraconazol, terbinafina, y en los casos extremos, anfotericina B intravenosa.

Otras infecciones micóticas profundas

Son menos frecuentes. La lobomicosis o blastomicosis queloidea se observa en América Central o del Sur, sobre todo en áreas alejadas rurales. Se caracteriza por aparición de lesiones cutáneas similares a queloides en las áreas expuestas (fig. 6). Está causada por un hongo que en el examen directo aparece formando cadenas de células redon-



Figura 5. Cromoblastomicosis: lesiones verrugosas pigmentadas en la parte superior del tronco y extremidades.



Figura 6. Lobomycosis: lesiones cutáneas similares a queloides en las áreas expuestas.

das pero que no puede ser cultivado *in vitro*. El tratamiento con fármacos antifúngicos no es eficaz, por lo que deben eliminarse las lesiones quirúrgicamente.

Leishmaniasis

La leishmaniasis es la infección por protozoos parásitos intracelulares del género *Leishmania*. La leishmaniasis cutánea que se ve habitualmente en nuestro medio es la denominada leishmaniasis cutánea del Viejo Mundo o Botón de Oriente y puede ser producida por diversas especies de *Leishmania* como *L. tropica*, *L. major*, *L. ethiopica* y *L. donovani*. Las manifestaciones cutáneas varían según las características del huésped, pero la forma más frecuente es la leishmaniasis cutánea aguda, que aparece como una pápula de color rosado violáceo que se extiende en el transcurso de unas semanas haciéndose firme y adherente y cubriendose de una escama-costra. Pasados unos meses tiende a remitir espontáneamente. En pacientes inmigrantes podemos ver otras formas clínicas importadas que varían según de donde procedan.

Leishmaniasis cutánea del Nuevo Mundo

Causada por el complejo *L. mexicana* que clínicamente aparece como pápulas que evolucionan a un nódulo ulcerado. Si bien las lesiones afectan a cualquier parte del cuerpo, en México y Centroamérica es característico el compromiso del pabellón auricular que recibe el nombre de úlcera de los chicleros. Otro agente causal de la leishmaniasis del Nuevo Mundo es la *L. braziliensis* que además de lesiones similares a las del Botón de Oriente puede producir cuadros de leishmaniasis mucocutánea.

Leishmaniasis mucocutánea

Puede ser producida por *L. braziliensis* en Sudamérica y muy raramente *L. ethiopica* en África. Consiste inicialmen-

En España se considera una enfermedad en vías de extinción, produciéndose sólo algunos nuevos casos esporádicos en zonas del sur y Levante.

te en lesiones cutáneas que posteriormente se diseminan a la mucosa y tejido cartilaginoso del tracto respiratorio superior, sobre todo nariz, faringe y laringe. Con el tiempo se destruyen las estructuras cartilaginosas locales, el tabique nasal, el piso de la boca y las estructuras amigdalinas, produciendo deformidades muy pronunciadas que reciben el nombre de espundia. El diagnóstico de presunción basado en la clínica y la anamnesis se confirma mediante el estudio histopatológico o el cultivo en medio de *Novy-McNeal-Nicolle* (NNN). El tratamiento local se basa en la aplicación de nitrógeno líquido o infiltración intralesional de antimoniales pentavalentes. En el caso de la leishmaniasis mucocutánea generalmente se requieren antimoniales pentavalentes intravenosos¹¹.

Infecciones cutáneas por micobacterias

Las micobacterias son bacilos ácido-alcohol resistentes, grampositivos débiles, no esporulados e inmóviles. Desde el punto de vista dermatológico son responsables de la tuberculosis cutánea (*M. tuberculosis*), la lepra (*M. leprae*) y las micobacteriosis atípicas. Aunque son enfermedades que en otras épocas fueron relativamente comunes en nuestro medio, actualmente los casos autóctonos son muy poco frecuentes y podemos considerar aquellos que vemos en pacientes inmigrantes como importados de sus países de origen¹².

Tuberculosis cutánea

Veinte años atrás se supuso que la tuberculosis en los países desarrollados se extinguiría porque entre 1953 y 1985 su incidencia descendió a una tasa promedio del 6% anual en EE.UU. y del 10% anual en Europa. Sin embargo, en 1983 la enfermedad fue declarada una "emergencia global" por la Organización Mundial de la Salud (OMS) a causa del fuerte aumento producido de manera principal por la pandemia de infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Por ejemplo en el África Subsahariana se duplicó el número de casos de tuberculosis. Los movimientos migratorios han propiciado que este aumento repercuta en los países desarrollados. El incremento de la incidencia de la tuberculosis detectado en los últimos años, en relación con la epidemia por VIH, no ha tenido de momento una repercusión importante en la frecuencia de la tuberculosis cutánea, que es en la actualidad una enfermedad rara en España y en general los casos que se diagnostican son importados. La tuberculosis en general es más frecuente en la raza negra, en situaciones de hacinamiento, pobreza y malnutrición y en niños, adolescentes y adultos jóvenes.

El conocimiento de las características especiales que pueden presentar algunas dermatosis en la piel negra es generalmente empírico y depende de un aprendizaje "todo terreno" durante estancias en África o en zonas urbanas que presenten una gran densidad de población de origen antillano o africano.

La ocronosis adquirida se debe a la utilización durante varios años de cremas decolorantes con hidroquinona, fármaco que se consigue fácilmente en los mercados africanos.

Existen diversas formas clínicas que vienen determinadas porque se trate de una infección primaria o secundaria, el modo en el que el bacilo tuberculoso llega a la piel y la respuesta inmunológica del individuo.

– La tuberculosis cutánea primaria aparece en personas sin inmunidad previa para este germe. La penetración del agente infeccioso suele ser por un traumatismo o pinchazo o a través de soluciones de continuidad en la piel o las mucosas. La lesión inicial es una erosión o úlcera de pequeño tamaño, rodeada de un halo eritematoso y cubierta por una costra. Al eliminar ésta se descubre un fondo hemorrágico y granulomatoso. Se acompaña de una adenopatía regional, que aparece posteriormente y puede fistulizarse.

– La tuberculosis miliar cutánea es debida a una diseminación hematogena de la infección tuberculosa y secundariamente afectación cutánea. Las lesiones cutáneas son pápulas rojas, brillantes, a veces purpúricas, pústulas, nódulos, úlceras y abscesos. El paciente presenta además mal estado general y signos de afectación multiorgánica.

– Escrofuloderma. Es debido a la extensión a la piel por fistulización de una infección tuberculosa subyacente, en general una adenitis. La localización más frecuente es la cervical, apareciendo como úlceras y trayectos fistulosos por los que se libera material caseoso. En los bordes de las fistulas pueden formarse mamelones y masas granulomatosas. Al evolucionar producen calcificaciones y cicatrices estrelladas permanentes. La tuberculosis ulcerosa de las mucosas es causada por autoinoculación en las mucosas o en la piel de alrededor de los orificios corporales en enfermos de tuberculosis visceral.

– La tuberculosis verrucosa es una reinfeción en pacientes con buena inmunidad. Produce una pápula hiperqueratósica que evoluciona a una placa verrugosa.

– El lupus tuberculoso o lupus vulgar es en la actualidad la forma más frecuente de tuberculosis cutánea. Es más frecuente en mujeres y en edades medias de la vida. Consiste en una máculo-pápula de color marrón-rojizo que evoluciona a una placa extensa, infiltrada, con fenómenos descamativos, úlceras y cicatrices en su superficie y crecimiento por los bordes que puede prolongarse durante décadas. Al presionarlas con un cristal pueden apreciarse pequeños elementos de color rosado amarillento que se denominan lupomas.

El diagnóstico se apoya en la historia clínica, los antecedentes familiares o personales de tuberculosis, la positividad del Mantoux y la demostración de granulomas tuberculosos o de bacilos ácido-alcohol resistentes en la

biopsia. La confirmación del diagnóstico debe hacerse por medio del cultivo de *M. tuberculosis* en medios adecuados y su identificación en el laboratorio.

El tratamiento debe hacerse con 3 fármacos tuberculos-táticos por vía oral y durante un mínimo de 6 a 9 meses. La pauta más empleada incluye isoniazida, rifampicina y etambutol o piracinaamida.

Micobacteriosis atípicas

Bajo la denominación de micobacterias atípicas se incluyen todas las que no pertenecen al complejo *M. tuberculosis*, con excepción de *M. leprae*. Las infecciones por micobacterias atípicas comenzaron a adquirir relevancia en numerosos países a medida que declinaba la endemia tuberculosa y ha aumentado a medida que se incrementa el número de inmunodeprimidos por causas yatrogénicas e infección VIH, a la vez que han mejorado su conocimiento y metodología diagnóstica. Se han descrito múltiples formas de presentación de las infecciones cutáneas por micobacterias atípicas, entre las que se incluyen abscesos, nódulos, úlceras, lesiones similares a la esporotrichosis y escrofulodermia. En general no son una patología más frecuente en la población inmigrante que en nuestro medio salvo en el caso de *M. ulcerans*; este último es el agente causal de la úlcera de *Buruli*, que se produce en diversas zonas de África y América. El hábitat natural de esta micobacteria todavía no se conoce y nunca se encontró fuera del cuerpo humano, pero la enfermedad ocurre en áreas húmedas, pantanosas o cenagosas. Las lesiones aparecen en niños o adolescentes y suelen localizarse en las piernas. Se inician como nódulos subcutáneos y progresan hacia úlceras muy extensas, profundas e indoloras que pueden afectar a toda una extremidad y duran meses o años. Al resolverse dejan cicatrices incapacitantes o también linfedema. El diagnóstico se hace por la clínica, histopatología y cultivo. El tratamiento requiere la resección quirúrgica amplia de toda la zona afectada y reconstrucción mediante injertos. El tratamiento posterior con rifampicina y trimetroprim-sulfametoxazol tiene cierta utilidad.

Lepra

Es una enfermedad infecciosa crónica causada por *M. leprae* o bacilo de *Hansen*. Constituye un problema clínico importante porque afecta a varios millones de personas en el mundo y representa una carga sanitaria y económica particularmente grave en los países en vías de desarrollo. La lepra se adquiere por contagio exclusivamente a partir del hombre y requiere un contacto íntimo y prolongado. El contagio se ve favorecido por condiciones de hacinamiento, falta de higiene y mala alimentación. En España se considera una enfermedad en vías de extinción, produciéndose sólo algunos nuevos casos esporádicos en zonas del sur y Levante. De esta forma en el momento actual debe considerarse como enfermedad importada, sobre todo en pacientes de África, Asia y Sudamérica¹³. Los principales órganos afectados en la lepra son la piel y el sistema nervioso periférico. Se distinguen

Las patologías consideradas específicas de la piel negra son de hecho dermatosis universales que aparecen con una frecuencia anormalmente alta en la población negra.

una forma clínica inicial (lepra indeterminada), dos formas polares estables (lepra tuberculoide y lepra lepromatosa) y una forma intermedia e inestable (lepra dimorfa o borderline).

– Lepra indeterminada. Es la forma de comienzo en todos los pacientes. Son máculas hipocrómicas o eritematosas, de bordes mal definidos y que suelen localizarse en la cara, las nalgas o las extremidades. Su principal característica es mostrar hipoestesia térmica o dolorosa.

– Lepra tuberculoide. Es una forma estable con poca cantidad de bacilos debido a que existe una fuerte respuesta inmune celular. Presentan placas geográficas, eritematosas o violáceas, de bordes bien delimitados y sobrelevados, con tendencia a la curación central. Se localizan en cara, tronco, glúteos y muslos.

– Lepra lepromatosa. Es una forma estable en la que la respuesta inmune no es capaz de destruir los bacilos. Éstos son muy abundantes. Las lesiones cutáneas son variadas y las más características son los lepromas o nódulos infiltrados localizados en cara, tronco y zona distal de extremidades.

– Lepra dimorfa o borderline. Es una forma intermedia e inestable entre las dos formas polares. Las lesiones cutáneas oscilan desde máculas y placas hasta pápulas infiltradas.

– Afectación neurológica. Se afecta el sistema nervioso periférico y puede ser la manifestación inicial de la enfermedad. Aparecen en todas las formas de lepra pero son más precoces e intensas en la lepra tuberculoide. Los nervios más afectados son el facial, el cubital, el mediano y los ciático-poplítico externo e interno. El hallazgo clínico más importante para el diagnóstico son los trastornos de la sensibilidad. La sensibilidad superficial se afecta de forma más precoz e intensa que la profunda. La sensibilidad térmica es la primera en alterarse, seguida por este orden de la dolorosa y la táctil. Las zonas más afectadas son aquellas en las que existan lesiones cutáneas y las partes acras de las extremidades. El engrosamiento de los nervios puede llegar a ser detectado visualmente o por palpación. Otras consecuencias de la afectación neurológica son parestesias,

Sí podemos referir una mayor frecuencia de dichas dermatosis, que es máxima en aquellos inmigrantes irregulares o "sin papeles", probablemente debido a las condiciones de precariedad laboral en que desarrollan su actividad.

neuralgias, parálisis, atrofias musculares y trastornos tróficos. Estos consisten en úlceras, deformidades, anquilosis, hiperqueratosis, trastornos de la pigmentación anhidrosis y anoniquia u onicodistrofias. Además pueden afectarse otros órganos en el curso de una infección leprosa, pero su frecuencia e importancia es mucho menor que la de las lesiones cutáneas y nerviosas.

El diagnóstico se realiza por la clínica y la histopatología siendo esta última también esencial para determinar el tipo de enfermedad. El tratamiento se realiza con sulfona oral, rifampicina y clofazimina en pautas distintas según los distintos tipos de lepra y con tiempos de seguimiento que oscilan de 4 a 8 años. El tratamiento debe incluir la prevención y corrección de las secuelas y medidas de apoyo para mejorar las condiciones sociales y problemas de reinserción del paciente.

PECULIARIDADES DE LAS DERMATOSIS EN PACIENTES DE OTRAS RAZAS

El conocimiento de las características especiales que pueden presentar algunas dermatosis en la piel negra es generalmente empírico y depende de un aprendizaje “todo terreno” durante estancias en África o en zonas urbanas que presenten una gran densidad de población de origen antillano o africano. En general la piel negra presenta las siguientes peculiaridades fisiopatológicas:

– Una mayor pigmentación. Esta es debida no a un aumento de melanocitos sino a la presencia de melanosomas más grandes y que persisten más tiempo hasta su degradación que los que encontramos en la raza blanca.

– Una mayor resistencia de la piel negra a la incisión y a las irritaciones químicas.

– Se sabe que la piel negra proporciona una protección contra los rayos ultravioletas A o B que explica la escasa frecuencia de cáncer de piel ligado a la exposición a los rayos ultravioleta y de fototoxicidad.

– La absorción percutánea de fármacos está disminuida en la piel negra pero de forma generalmente poco importante y además es variable según los fármacos¹⁴.

Entre los motivos de consulta de los pacientes de raza negra que pueden crearnos dificultades diagnósticas desde el punto de vista clínico vamos a destacar:

Alteraciones de la pigmentación

Constituye una causa muy frecuente de consulta, ya que las alteraciones de la pigmentación son muy visibles en la piel negra y muy mal toleradas por los pacientes.

Hipopigmentación

Entre los cuadros cutáneos que pueden causar hipopigmentación¹⁵:

– Dermatitis seborreica. En el recién nacido se complica frecuentemente con una despigmentación a veces casi total, sobre todo a nivel de los pliegues y en la zona del pañal. En el adulto la dermatitis seborreica puede ser la clásica, pero frecuentemente se manifiesta desde el inicio con una despigmentación. Un aspecto característico es una



Figura 7. Pitiriasis rosada en paciente de raza negra que aparece en forma de lesiones hiperpigmentadas.

despigmentación de la zona malar en “alas de mariposa” de bordes mal delimitados y que puede persistir durante varios meses.

– La pitiriasis alba que es frecuente en niños de raza blanca en el caso de los niños negros es mucho más común. Además las lesiones pueden aparecer espontáneamente sin pasar por una fase previa de eczema.

– La pitiriasis rosada de Gibert produce frecuentemente máculas hipopigmentadas después de la fase inflamatoria o desde un principio, con una descamación mínima, lo cual puede hacer muy difícil el diagnóstico (fig. 7).

– Las leucodermias químicas son muy frecuentes después de exposiciones profesionales a la hidroquinona y a los alquifenoles: los trabajos en la industria del automóvil, imprenta, fotógrafos, trabajo del cuero y artículos de neopreno son los que con más frecuencia causan leucodermias de este tipo.

– También algunas patologías específicamente tropicales y susceptibles de ser importadas por estos pacientes, como la oncocercosis o la lepra, pueden producir alteraciones de la pigmentación como vemos en el apartado correspondiente.

Hiperpigmentaciones faciales

Son alteraciones en la pigmentación que son motivo frecuente de consulta (fig. 8).

– La ocrrosis adquirida se debe a la utilización durante varios años de cremas decolorantes con hidroquinona, fármaco que se consigue fácilmente en los mercados africanos. Se relaciona con una hiperreactividad solar de los melanocitos frente al efecto inhibidor de la hidroquinona. Las lesiones sólo afectan a las zonas fotoexpuestas. Al inicio se trata de una hiperpigmentación malar en “alas de mariposa”, y después aparecen placas lisas y gruesas de color marrón oscuro. Se añaden pequeñas pápulas de color marrón claro, así como máculas de un color pardo-grisáceo que dan un aspecto poiquilodérmico para el cual no existe ningún tratamiento satisfactorio.

– Las hiperpigmentaciones farmacológicas son por una parte el melasma ligado a los estrogenoprogesterógenos que se puede encontrar también en la piel negra y por otra par-



Figura 8. Hiperpigmentación secundaria a eczema alérgico de contacto en paciente de raza negra.

te las hiperpigmentaciones tóxicas por acumulación del fármaco en la piel.

Patologías específicas de pacientes de raza negra

Otro motivo de consulta dermatológico entre los pacientes de raza negra son algunas patologías que son específicas de esta raza y que por ello debemos conocer. Las patologías consideradas específicas de la piel negra son de hecho dermatosis universales que aparecen con una frecuencia anormalmente alta en la población negra. Las más frecuentes son:

– Dermatosis papulosa nigra. Se trata de una lesión hereditaria, muy frecuente en razas de piel oscura. Clínicamente se caracteriza por la aparición de pápulas aplanadas de color negro intenso a marronáceo, blandas y redondeadas que se desarrollan en las mejillas, la frente, las caras laterales del cuello y la parte alta del tórax a partir de la pubertad.

– Pseudofoliculitis de la barba. Es un cuadro muy frecuente en africanos de pelo rizado. Consiste en el encaramiento de los pelos rizados de la barba dando lugar a placas infiltradas e inflamadas, localizadas sobre todo en las caras laterales de las mejillas y en la zona submandibular (fig. 9). Al evolucionar se produce una pigmentación residual postinflamatoria.

– Acné queloideo de la nuca. Es similar al anterior pero localizado en la región occipital. Es una patología del tipo del granuloma por cuerpo extraño que aparece espontáneamente o después del afeitado de la nuca¹⁶.

– Por último una patología que debemos aprender a reconocer es la alopecia cicatricial en la mujer negra secundaria a los alisados, trenzados y permanentes que traducen una fragilidad del folículo agravado por los cosméticos y las formas especiales de peinado¹⁷.

DERMATOSIS EN RELACIÓN CON LA ADAPTACIÓN AL NUEVO AMBIENTE

Uno de los elementos que acusan los inmigrantes procedentes de otros países, sobre todo de zonas tropicales, es el clima frío y la sequedad ambiental. Esto da lugar a la apa-

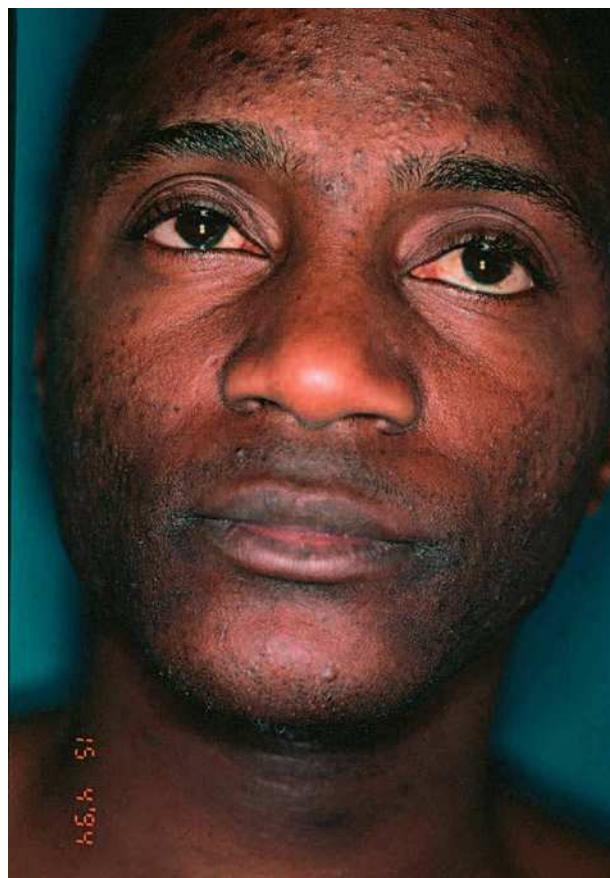


Figura 9. Pseudofoliculitis de la barba. Placas inflamatorias hiperpigmentadas localizadas en la cara lateral de las mejillas y zona submandibular.

rición de síntomas y procesos dermatológicos característicos. Otro elemento importante es la actividad laboral que desempeñen, que en ocasiones es diferente a la que realizaban en sus países de origen y que condiciona diversas dermatosis ocupacionales.

Dermatosis relacionadas con el cambio climático

Es uno de los motivos de consulta dermatológica más frecuente en inmigrantes.

Xerosis cutánea

Se presenta en invierno y sobre todo en inmigrantes que provienen de regiones húmedas y residen en aquellas zonas de nuestra geografía con climas más secos como la meseta central o áreas montañosas. Se caracteriza por la aparición de una piel seca, ligeramente descamativa y con aspecto cuarteado, sobre todo en las piernas, brazos y dorso de manos (fig. 10). Si el cuadro persiste evoluciona a la presencia de escamas, costras, eritema y edema, es decir un cuadro de eczema subagudo que cursa con prurito intenso y que debido al rascado puede dar lugar a un eczema crónico en el que predomina la sequedad cutánea, con engrosamiento fisuras y eritema.



Figura 10. Xerosis cutánea y queratosis folicular en 2 pacientes de raza negra.



Figura 11. Perniosis: placas eritematovioláceas en dorso de mano y dedos.

Reacciones cutáneas al frío

Es otro tipo de patología cutánea muy frecuente en los inmigrantes que vemos en nuestras consultas. Tanto por proceder de climas más cálidos como, en otros casos, por los trabajos al aire libre que desempeñan como pueden ser la agricultura o la construcción, observamos las siguientes patologías¹⁸:

– Perniosis (sabañones). Son lesiones inflamatorias localizadas en zonas acras que aparecen como consecuencia de un espasmo arteriolovenular seguido de dilatación persistente con cambios inflamatorios vasculares. Clínicamente se caracterizan por lesiones eritematovioláceas edematosas, pápulas y nódulos, que tienden a distribuirse en las caras dorsales de los dedos de las manos y los pies, las piernas, los talones, la nariz y las orejas (fig. 11). En los casos más severos aparecen vesículas y úlceras. El tratamiento consiste en la profilaxis con calzado y abrigo adecuados, corticoides tópicos, vasodilatadores y antiagregantes plaquetarios.

– Congelaciones. La congelación se produce por el efecto combinado del frío y la isquemia. Existen 3 grados que clínicamente van desde un eritema intenso a la necrosis. El cuadro que con mayor frecuencia vemos es la presencia de ampollas hemorrágicas por necrosis epidérmica.

Dermatosis ocupacionales

No hemos visto patologías diferentes en relación con la actividad laboral en los inmigrantes respecto a la población no inmigrante. Sí podemos referir una mayor frecuencia de dichas dermatosis, que es máxima en aquellos inmigrantes irregulares o “sin papeles”, probablemente debido a las condiciones de precariedad laboral en que desarrollan su actividad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Santos F. Exiliados y emigrados 1939-1999. Madrid: Fundación Españoles en el Mundo 1999;22.
2. CDC. Preventing emerging infectious diseases: a strategy for the 21st century. MMWR 1998;47(RR-15):9-15.
3. Elgart ML. Pediculosis. Dermatol Clin 1990;8:219-28.
4. Elgart ML. Scabies. Dermatol Clin 1990;8:253-64.
5. Elewski BE, Hazen PG. The superficial mycoses and the dermatophytes. J Am Acad Dermatol 1989;21:655-73.
6. Vilata Corell JJ, Sierra Valentí X. Pautas para el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual 1994. Grupo Español para la Investigación de las ETS 1994.
7. López-Vélez R. Viajes al trópico y enfermedades infecciosas. Rev Clin Esp 2000;200:531-2.
8. Davies HD. Creeping eruption. A review of clinical presentation and management of 60 cases presenting to a tropical disease unit. Arch Dermatol 1993;129:588-603.
9. Zubero Z, Santamaría JM, Muñoz J, Teira R, Baraia J, Cisterna R. Enfermedades importadas “tropicales”: experiencia de una consulta especializada en un hospital general. Rev Clin Esp 2000;200:533-7.
10. Restrepo A. Treatment of tropical mycoses. J Am Acad Dermatol 1994;31:91-9.
11. Gómez MI, Torrelo A, España A. Leishmaniasis cutánea. Piel 1991; 6:50-62.
12. Masvidal RM, Miguel B, Vall M, Zabaleta E, Carnero E, Rodríguez C. Estudio de la infección tuberculosa en una zona de gran incidencia de tuberculosis y con un elevado porcentaje de inmigrantes. An Pediatr 2004;60:22-7.
13. Lejbowicz F, Tsilman B, Wexler R, Cohen HI. Leprosy in Israel: an imported disease, the support of histopathological examination for its detection. Acta Histochem 2001;103:433-6.
14. Montagna W, Carlisle K. The architecture of black and white facial skin. J Am Acad Dermatol 1991;24:929-37.
15. Olumide YM. Depigmentation in black africans patients. Int J Dermatol 1990;29:166-74.
16. George AO. Clinical, biochemical and morphologic features of acne cheloidalis in a black population. Int J Dermatol 1993;32:714-6.
17. Sperling LC, Sau P. The follicular degeneration syndrome in black patients. Arch Dermatol 1994;130:763-69.
18. Ortiz FJ, López JL. Dermatosis por agentes físicos. En: Iglesias L, Guerra A, Ortiz FJ, editores. Tratado de dermatología. Madrid: Luán, 1994; p. 287-323.