



**Viernes 5 de febrero de 2010**  
**Seminario:**  
**“Dermatología en pieles oscuras”**

**Moderador:**

Dolors Canadell i Vilaret  
Pediatria, CAP Barberá del Vallés, Barcelona.

**Ponente/monitora:**

- **Asunción Vicente Villa**  
Sección de Dermatología Pediátrica.  
Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona.  
Universitat de Barcelona.

Textos disponibles en  
**www.aepap.org**

**¿Cómo citar este artículo?**

Vicente Villa A. Dermatología en niños emigrantes. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2010. Madrid: Exlibris Ediciones; 2010. p.163-8.

## Dermatología en niños emigrantes

**Asunción Vicente Villa**

Sección de Dermatología Pediátrica.  
Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona.  
Universitat de Barcelona.  
avicente@hsjdbcn.org

### RESUMEN

Las enfermedades dermatológicas constituyen un 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. También ha contribuido el creciente número de adopciones en países extranjeros.

El pediatra y el dermatólogo deben aprender a explorar la piel de estos niños, muchos con un color de piel diferente al nuestro y con unos cambios que pueden ser normales en su raza y que nosotros podemos interpretar como patológicos.

Los niños inmigrantes van a tener otras enfermedades más frecuentes porque están predispuestos genéticamente, pero la mayoría van a ser enfermedades infecciosas. Estas infecciones muchas veces las habrán adquirido en su país de origen y por ello debemos aprender a saber diagnosticar y tratar enfermedades que solo veíamos en los libros.

Por eso es de gran importancia la exploración del niño inmigrante para ir aprendiendo a reconocer la normalidad y sus problemas cutáneos. Ello nos ayudará a identificar las enfermedades que también vemos en el niño viajero.

El cambio poblacional de los últimos años, con un gran número de niños emigrantes de países subdesarrollados o en vías de desarrollo, ha modificado la patología habitual en nuestro medio. También ha contribuido el creciente número de adopciones en países extranjeros.

La 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 especiales<sup>1</sup>

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 primarios como hospitalarios de referencia, ha significado un cambio en su práctica diaria.

Debemos sobre todo aprender a identificar los cambios normales y las lesiones en una piel que no es la blanca. Los pacientes de piel de color negra tienen un fototipo IV-V, no se queman y apenas se broncean. Su número de melanocitos es igual, pero cambia el número, tamaño y agregación de los melanosomas en melanocitos y queratinocitos. Esta piel sabemos que tiene una menor incidencia de daño solar y por ello una protección natural al cáncer cutáneo. También conlleva mayor número de alteraciones de la pigmentación. A todo ello se suman más dificultades en su exploración: la 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, se va a traducir en lesiones de color gris, pardo o marrón oscuro-negro.

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 y cols. publican su experiencia en enfermedades cutáneas en niños en Mali. Las enfermedades más frecuentes son: la escabiosis, piodermatitis, tinea capitis, pediculosis capitis y *molluscum contagiosum*<sup>2</sup>. Pocos años después Samitia y cols. publican la prevalencia de enfermedades cutáneas en Tanzania<sup>3</sup>. 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 estudia la patología dermatológica en niños inmigrantes atendidos en 2005. Así ellos destacan que el 21% de los niños eran inmigrantes y que el motivo de consulta más frecuente eran lesiones eritematoescamosas, seguido de infecciones (*molluscum contagiosum* y sarna) y que los nevus melanocíticos eran 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 vesículo-pustulosas.

Las 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 asiáticos y en sudamericanos, frecuentemente son muy extensas y aparecen en zonas menos comunes, como parte alta de la espalda o en 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.

Las erupciones vesículo-pustulosas de 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 collarate descamativo. Es típico que las lesiones evolucionen a máculas pigmentadas que durarán entre 3 semanas y 3 meses.
- Eritema tóxico neonatal. Erupción frecuente en neonatos sanos (50%). Cuadro benigno y autolimitado en 2 semanas. Se inicia entre el 1º y 3º día de vida y respeta palmas y plantas. 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. Dura cada brote 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 postescabiosis. Lo más importante es tranquilizar a los padres, explicando la benignidad del cuadro y su autoresolución.

Lo más importante de las erupciones vesículo-pustulosas del neonato es saber reconocerlas, para explicar a los padres su benignidad, autoresolución y sobre todo evitar yatrogenia, ya con técnicas diagnósticas ya con tratamientos innecesarios.

La candidiasis congénita debe saber 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 dar 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.

## ENFERMEDADES PARASITARIAS

### Escabiosis (sarna)

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

El periodo de incubación es de 1 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, que puede no estar presente.

Para su diagnóstico debemos estudiar los contactos y familiares y podemos confirmarlo evidenciando 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 5%. Se harán 2 aplicaciones separadas por 1 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 2 meses.

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

En lactantes menores de 2 meses y embarazadas se puede utilizar el azufre precipitado 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 lo indicado).
- Añadir un corticoide tópico y antihistamínico oral si existe eccematización.
- Lavar la ropa cada día.
- La ropa que no se puede lavar 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 superficiales y en concreto las dermatofitosis. En niños la forma clínica más común es la tinea capitis<sup>4</sup>.

Los 2 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. La inmigración y la adopción des-

de áreas endémicas han supuesto un aumento de las micosis en nuestro medio y además un cambio de la etiología. Así el *Trichophyton violaceum* ha pasado de ser un germen excepcional a ser muy común.

*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 siendo desplazado por *T. mentagrophytes*, *M. 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 no inflamatoria, siendo la presentación clínica en forma de Querion de Celso muy poco frecuente<sup>5</sup>.

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

En nuestra experiencia podemos concluir que:

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

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

Si la forma de presentación es en forma de Querion de Celso se pueden añadir fomentos astringentes, descostrar,

depilar, analgésicos porque es muy doloroso y antibióticos si se sospecha sobreinfección bacteriana.

La tinea capitis no tratada puede dejar alopecia. Hay que recordar que estas 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 perros y gatos, en cuyo intestino vive y se reproduce. Los huevos son distribuidos a través de las heces en la arena y 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, 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 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 Amé-

rica 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 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).

Típica de América Central y del Sur, África e India.

Las pulgas viven en el suelo y en la arena. La hembra pica al hombre y al cerdo.

La localización de las lesiones es en plantas del pie (o superficies de contacto con el suelo), dentro pone los huevos y va a morir en 2 semanas.

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

Tratamiento: extracción del parásito y cloruro de etilo tópico. También tiabendazol.

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

En la patología dermatológica del niño inmigrante lo más importante es una historia clínica detallada y una exploración cutánea minuciosa. Esto conlleva una gran dificultad por las diferencias socioculturales que muchas veces nos encontramos pero que, con la experiencia, vamos a ir superando.

**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 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, Jaén A, Vicente A, Aguilar AC, Fumadó V. *Trichophyton violaceum*: an emerging pathogen. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2008;26:502-4.