

Dermatología tropical en la infancia

Prof. Dr. Arnaldo B. Aldama Caballero*, Dr. Julio Correa Martinez*,
Dra. Victoria Rivelli*, Dra. Gloria Mendoza**

RESUMEN

La Dermatología Tropical comprende un grupo de enfermedades con manifestaciones cutáneas predominantes o importantes, en que las condiciones ambientales propias de los trópicos influyen en sus características.

Objetivo: Conocer las características en la infancia de 5 enfermedades tropicales: Lepra, Esporotricosis, Leishmaniasis Tegumentaria Americana, Pénfigo Foliáceo Endémico (PFE) y Paracoccidioidomycosis, en el Hospital Nacional, en el periodo noviembre 1990 – mayo 2001.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo, observacional. Se determinan porcentajes y se comparan con otras series.

Resultados: En el mencionado periodo se observaron 282 casos de las citadas patologías correspondiendo 15 casos (5,3%) al grupo etario 0 – 15 años. Predominan Lepra, Esporotricosis y PFE con 4 casos. 10 son de sexo masculino y todos proceden de áreas rurales. No se registró ningún óbito.

Conclusión: La frecuencia de la Patología Tropical en la niñez no es elevada, pero la morbilidad y secuelas en un grupo etario numeroso y vulnerable justifica la importancia del tema.

Palabras claves: Dermatología tropical en niños, Lepra infantil, Esporotricosis en niños, Leishmaniasis tegumentaria en niños, Pénfigo foliáceo en niños, Paracoccidioidomycosis en niños.

Tropical dermatology in the infancy

SUMMARY

Tropical Dermatology is a group of pathology with prominent skin manifestations, due to the environmental factors of the tropics.

Objective: We describe 5 tropical dermatoses, occurring in the pediatric population at the Dermatology Service of the Hospital Nacional from november 1990 to may 2001. They are Leprosy, Sporotrichosis, Mucocutaneous Leishmaniasis, Endemic Pemphigus Foliaceus (EPF) and

Paracoccidioidomycosis.

Methodology: Retrospective and descriptive study.

Results: We observed 282 cases of these pathology : 15 cases corresponded at the infant group. Leprosy, Sporotrichosis and EPF are 4 cases, 10 are boys and 5 are girls. All of them are rural patients.

Conclusions: The frequency of Tropical diseases in infancy is not high, but the rate and consequences in this numerous and vulnerable age group justifies the importance of the topic.

Key words: Tropical Dermatology in infants, Leprosy in children, Sporotrichosis in children, Mucocutaneous Leishmaniasis in children, Endemic Pemphigus Foliaceus in children, Paracoccidioidomycosis in children.

INTRODUCCION

La Patología Tropical comprende un grupo de enfermedades en las que condiciones ambientales propias de las regiones tropicales influyen en las características de las mismas. Algunas son exclusivas de estas zonas y otras son mas frecuentes o intensas que en otras áreas (1-4).

El trópico no debe ser considerado en un sentido estático, limitado por dos paralelos geográficos, sino en sentido dinámico en que interactúan factores climatológicos y biogeográficos que determinan un régimen particular de lluvias, humedad, temperatura y gran variedad de especies vegetales y animales. Estos últimos actúan como reservorios y vectores de enfermedades que sumados a las condiciones de pobreza, desnutrición e ignorancia de gran parte de la población determinan las características de la llamada Patología Tropical (3).

Siguiendo a Chagas, pero con modificaciones (3) podemos clasificar a estas enfermedades en tres grupos:

a) Enfermedades cosmopolitas pero modificadas en regiones tropicales (Malaria, Amebiasis, Lepra y Pénfigo Foliáceo).

(*) Servicio de Dermatología – Hospital Nacional – Paraguay

(**) Servicio de Anatomía Patológica – Hospital Nacional – Paraguay

Solicitud de sobretiros: Prof. Dr. Arnaldo B. Aldama Caballero
Mayor Fleitas 447 . Asunción – Paraguay

b) Enfermedades predominantes en las regiones tropicales (Leishmaniasis Tegumentaria y Visceral, Boubu, Pinta, Filariosis, Anquilostomiasis, Esquistosomiasis, rickettsiosis, arbovirosis, ectoparasitosis, micosis superficiales y profundas).

c) Enfermedades propias de las áreas tropicales (Enfermedad de Chagas, de Jorge Lobo, Enfermedad del Sueño, Paracoccidiodomicosis, Oncocercosis y Loiasis).

La Dermatología Tropical incluye a varias de estas enfermedades en que las manifestaciones cutáneas son predominantes o importantes (4).

En el Paraguay, país tropical, es frecuente observar varias de las citadas enfermedades e implican importante morbimortalidad (1).

El objetivo del trabajo es conocer las características de las principales enfermedades tropicales que comprometen la piel y presentan importante morbimortalidad en el grupo etario 0 a 15 años que acude al Hospital Nacional.

MATERIAL Y METODOS

Estudio retrospectivo, descriptivo y observacional de los pacientes atendidos en el consultorio externo del Servicio de Dermatología o internados en el Departamento de Pediatría, ambos del Hospital Nacional en el periodo noviembre 1990 – mayo 2001. Se seleccionan las patologías más observadas y que presentan potencial severidad en el grupo etario de 0 a 15 años. Incluyen: Lepra, Leishmaniasis Tegumentaria Americana, Esporotricosis, Paracoccidiodomicosis y Pénfigo Foliáceo Endémico. Se determinan datos demográficos, clínicos, laboratoriales y evolutivos, estableciéndose porcentajes, proporciones y medias. Se compara con lo observado en otros grupos etarios, así como en otras casuísticas nacionales y de otros países en el mismo grupo etario.

RESULTADOS

En el periodo noviembre 1990 – mayo 2001 se diagnosticaron 282 casos de las patologías precedentemente enunciadas, correspondiendo 15 casos al grupo etario 0-15 años (5.3%) (Fig.1). Todos procedían de áreas rurales del país, 10 eran varones y 5 niñas. La distribución por patologías, el número total, número y porcentaje en infantes se puede observar en la Tabla 1.

Lepra: De los casos observados 2 corresponden a la forma Lepromatosa, 1 a la Tuberculoide y 1 a la Indeterminada (Fig. 2 y 3). Todos son de sexo masculino, 2 de 10 años y los otros 2 de 15 años. Los últimos con la forma Lepromatosa. En 2 pacientes se constató un familiar cercano con la misma afección.

Esporotricosis: Considerando el total de casos de esta afección (11 casos), el número en niños es relativamente

mayor (36%). En la Tabla 2 se detallan la edad, sexo, procedencia, localización, forma clínica y respuesta al tratamiento instituido, que en todos los casos fue el Ioduro de Potasio (Fig.4 y 5).

Leishmaniasis Tegumentaria Americana: 2 niñas de 2 años (Fig.6) y 8 años, procedentes de Edelira (Itapúa) y Curuguaty (Canindeyu) con lesiones ulcerocostrosas en la cara. El diagnóstico fue avalado con la reacción de Montenegro, la Inmunofluorescencia Indirecta y la Anatomía Patológica y confirmado con el cultivo.

Pénfigo Foliáceo Endémico: 4 casos con formas generalizadas, todos procedentes de la Región Oriental del país. Son 3 niñas y 1 niño y el diagnóstico se confirmó con el estudio histopatológico. 1 niña tenía 1 hermano mayor con la misma patología (Fig.7).

Paracoccidiodomicosis: Un niño de 8 años con lesiones viscerales importantes.

La evolución de todos los casos fue favorable con el tratamiento específico y no se registró ningún óbito.

DISCUSION

La frecuencia de estas patologías en la niñez, en el Hospital Nacional es baja, pero la severidad y las secuelas a veces irreversibles hacen trascendente cada una de ellas.

La Lepra sigue siendo un problema de Salud Pública en el Paraguay. En el año 1998 se registró una prevalencia de 1,24/10000 Hbtes, cifra aún superior a la meta de la OMS para el año 2000 (menos de 1 caso/10000 Hbtes). En ese año se registraron 357 nuevos casos de Lepra y 31 son niños (8,1%), predominando las formas Indeterminada (16 casos) y Tuberculoide (7 casos) (5).

La Lepra en la infancia es excepcional antes del año de vida y poco frecuente hasta los 3 – 4 años. Predominan las formas benignas (Indeterminada y Tuberculoide). La Lepra Tuberculoide presenta una forma nodular propia de la infancia caracterizada por la tendencia a la cura espontánea. La Lepra Lepromatosa no suele aparecer antes de los 5 años y aumenta su frecuencia con la edad. La incidencia por sexo es similar (6-8).

Considerando el largo periodo de incubación, el contagio se produciría en más de la mitad de los casos en la infancia. La importancia del foco familiar es grande, sobre todo hasta los 5 años de edad, para después aumentar la de los focos extrafamiliares. El diagnóstico de un caso de Lepra infantil obliga a un exhaustivo examen en la búsqueda del foco familiar (7).

Los parámetros de diagnóstico se basan en: a) la Clínica, b) Bacteriología, c) Inmunología (Mitsuda) y d) Anatomía Patológica. El diagnóstico de las formas paucibacilares (Tuberculoide – Indeterminada) se fundamenta en la sospecha clínica y en las pruebas de sensibilidad (no siempre practicables en los niños), además en los

Tabla 1

**Dermatología Tropical. Distribución por patologías.
Número total, número y porcentaje en infantes.
Hospital Nacional 1990 - 2001.**

Patología	N° total	De 0 - 15 años	Porcentaje
Leprosia	130	4	3%
Esporotricosis	11	4	36,30%
Leishmaniasis T.A.	36	2	5,50%
Paracoccidioidomicosis	25	1	4%
Penfigo F. E.	80	4	5%
Total	282	15	5,30%

Tabla 2

**Dermatología Tropical. Esporotricosis en niños.
Hospital Nacional 1990 - 2001**

N° de caso	Sexo	Edad	Procedencia	Localización	Forma Clínica	Cultivo	Evolución
1	M	3	Éusebio Ayala	Cara	Cutáneo - Linfática	(+)	Curación
2	M	3	Itá	Cara	Cutánea Fija	(+)	Curación
3	M	5	Villarrica	Cara	Cutánea Fija	(+)	Curación
4	M	13	Carapeguá	Miembro Sup. Derecho	Cutáneo - Linfática	(-)	Favorable

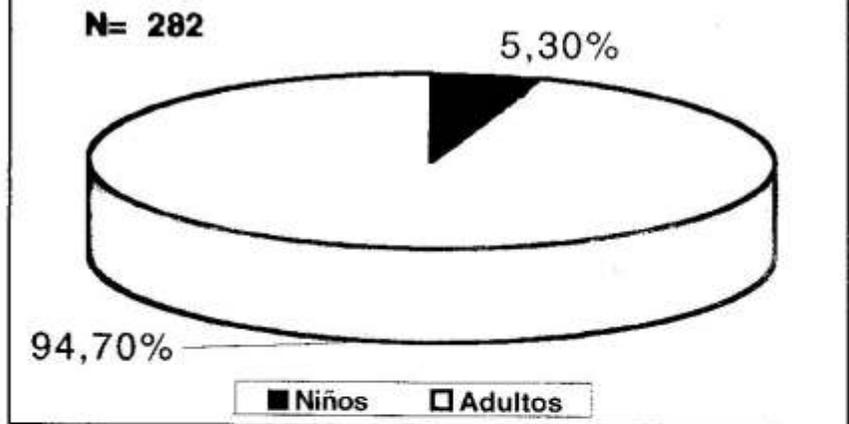
estudios bacteriológicos de linfa cutánea en las formas multibacilares (Dimorfa - Lepromatosa) y en todos los casos en la Anatomía Patológica (7,8). La reacción de Mitsuda no la realizamos actualmente.

Un diagnóstico diferencial importante en nuestro medio en la Lepra Indeterminada es el de la Pitiriasis Alba y en la Lepra Tuberculoide con las Tiñas (6).

El tratamiento de la Lepra en niños según normas recomendadas por la OMS se presenta en la Tabla 3 (9).

La **Esporotricosis** en niños se manifiesta más frecuentemente en la cara (10), como 3 de nuestros casos ya anteriormente comunicados (11). El cuarto caso presenta lesiones arrosariadas en uno de los miembros superiores muy sugerentes del diagnóstico (Fig. 4), con histología compatible, pero no se obtuvo crecimiento en el cultivo. La prueba terapéutica con el Ioduro de Potasio confirmó el diagnóstico, al registrarse regresión de las lesiones (Fig. 5).

**Dermatología Tropical.
Distribución por grupos etarios.
Hospital Nacional 1990 - 2001**

**Figura 1**

La **Leishmaniasis Tegumentaria Americana (LTA)** en niños es frecuente en áreas endémicas. En nuestro país entre los años 1975 - 1996 se registraron 6438 casos de LTA siendo el 26% menores de 15 años y el 8% menores de 5 años. Predomina en los departamentos de San Pedro, Canindeyú y Alto Paraná y la tendencia aumenta en los últimos años (12). La principal especie es *Leishmania braziliensis* pero también se aislaron esporádicamente *Leishmania guyanensis*, *amazonensis* y mayor like.

Tabla 3

Dermatología Tropical. Esquema de tratamiento de la Lepra infantil, según recomendaciones de la O.M.S. (9)

Forma clínica	Edad	Frecuencia	Droga	Dosis
PB (Paucibacilar)	10 – 14 años	Mensual	Rifampicina Dapsona	450 mgr. 50 mgr.
		Diaria	Dapsona	50 mgr.
	Menor de 10 años	Mensual	Rifampicina Dapsona	300 mgr. 25 mgr.
		Diaria	Dapsona	25 mgr.
HACEN	6	CICLOS	EN UN PERIODO	DE 6 – 9 MESES
MB (Multibacilar)	10 – 14 años	Mensual	Rifampicina Clofazimina Dapsona	450 mgr. 150 mgr. 50 mgr.
		Diaria	Dapsona	50 mgr.
		Días alternos	Clofazimina	50 mgr.
	Menor de 10 años	Mensual	Rifampicina Clofazimina Dapsona	300 mgr. 100 mgr. 25 mgr.
		Diaria	Dapsona	25 mgr.
		2 veces por semana	Clofazimina	50 mgr.
HACEN	24	CICLOS	EN UN PERIODO	DE 24 – 36 MESES

Los vectores son *Lutzomyia withmani*, *L. migonei*, *L. intermedia* y *L. pessoai* (12,13).

Esta afección propia de zonas rurales, que afecta a los niños por acompañar a los adultos hacia zonas boscosas, está cambiando en su epidemiología, pues la tala indiscriminada de las zonas selváticas y boscosas trae como consecuencia la urbanización del vector, habitando en sectores peridomiciliarios o domiciliarios y adquiriendo los animales domésticos un papel preponderante como reservorio (14), hecho comprobado en nuestro medio con el perro en el caso de la *Leishmania chagasi* (15).

En un estudio realizado en Salta (Argentina) se presentan 69 casos de Leishmaniasis en niños de pocos meses a 14 años observados en el periodo 1982 – 2000. Las lesiones se observaron en áreas expuestas como cara y miembros y en los lactantes predominan en párpados. Se destaca la importancia del diagnóstico diferencial con cuadros mas frecuentes como impétigo, tiña o eczema. La localización mucosa habitualmente es posterior a la le-

sión cutánea, pero excepcionalmente puede ser primitiva o simultánea (16). En nuestros casos, ambos con lesiones en la cara, no hubo evidencias de lesión mucosa, hecho comprobado tras examen otorrinolaringológico.

El diagnóstico se basa en la clínica y la epidemiología. El frotis, el cultivo, el estudio histopatológico, la reacción de Montenegro y la inmunofluorescencia indirecta son los recursos laboratoriales principales (17). El tratamiento de elección es con estibogluconato de sodio (Pentostam: frasco de 100cc, cada cc 100mgr de la droga) que en niño se da a dosis de 20 mgr / kg/día por un periodo de 20-30 días seguidos por vía IM o EV. Estos ciclos se repiten hasta obtener la curación (18-19). Droga de segunda elección es la anfotericina B (16).

El Pénfigo Foliáceo Endémico es una enfermedad en que interaccionan factores inmunológicos, genéticos y ambientales. La epidemiología muy particular define a esta variante de Pénfigo Foliáceo, caracterizada por afectar a niños y jóvenes en importante proporción. que



Figura 2: Lepra indeterminada. Mácula hipocrómica de límites netos en la mejilla.



Figura 3: Lepra Lepromatosa. Infiltración eritematosa del rostro y de la oreja.



Figura 4: Esporotricosis. Forma linfangítica. Placas ulceradas siguiendo un trayecto en miembro superior derecho (Caso 4).

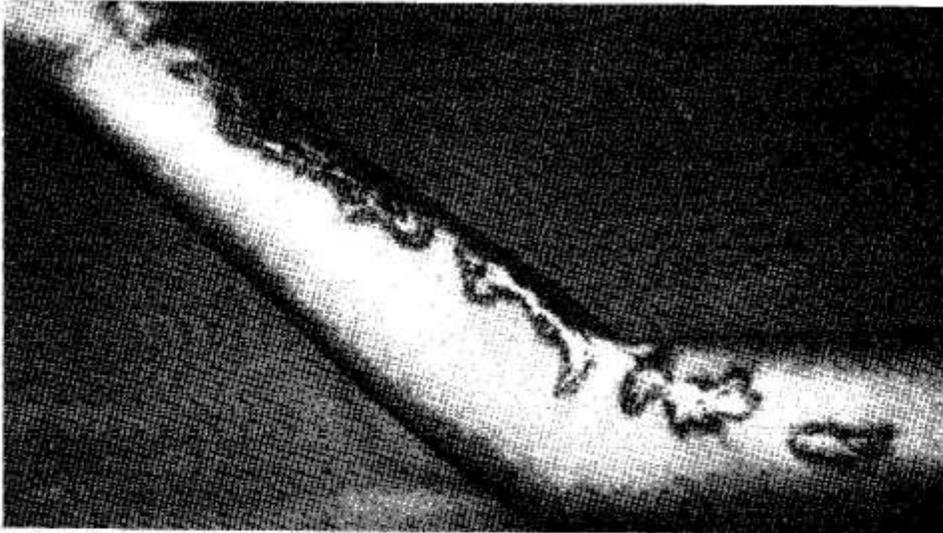


Figura 5:
Esporotricosis. Lesiones
en vías de curación con
retracción fibrosa del
antebrazo derecho
después del tratamiento
(Caso 4).



Figura 6: Leishmaniasis
Tegumentaria Americana.
Ulcera con bordes
elevados y papulosos, con
fondo cubierto por costra
adherente en la mejilla.



Figura 7: Pénfigo
Foliáceo Endémico.
Forma generalizada
en dos hermanos.

son de procedencia rural y muestra alta incidencia familiar. La enfermedad se incrementa con la colonización y disminuye con la urbanización de la región y aparece en ciertas áreas geográficas del Brasil y otros países sudamericanos (20). En el Brasil donde hay más de 15000 casos registrados el 32,6% son menores de 20 años (20,21). Entre los factores ambientales propios de los trópicos, un simúlideo (*Simulium pruinosum*), podría determinar un desorden inmunológico que en personas predispuestas desarrollaría la enfermedad (22). Son las mismas condiciones demostradas en la Región Oriental del Paraguay. En nuestro país la enfermedad predomina en los departamentos de

Cordillera y Caaguazú (23). En una revisión de 70 casos registrados entre los años 1990 – 2000, 6 eran menores de 19 años (24), y en otra de 143 casos que incluyen los anteriores casos más los de otros centros hospitalarios 11 eran niños (25). El tratamiento de elección es la prednisona.

La Paracoccidioidomicosis en los niños se caracteriza por ser generalmente de la forma aguda con deterioro del estado general e intensa afectación del sistema fagocítico mononuclear y afectar a ambos sexos por igual (26). En el Brasil 5% de los casos se presenta en niños (27). En una serie de 11 casos pediátricos del noroeste argentino ninguno presentó lesiones cutáneas (28) como nuestro único caso.

CONCLUSION

La frecuencia de estas enfermedades en la niñez es baja en nuestro servicio, pero la morbilidad, secuelas, efectos colaterales del tratamiento y la probable mortalidad, que felizmente en ninguno de nuestros casos se registró, hacen que consideremos a la infancia como una etapa especialmente vulnerable a estas patologías, por lo que se impone estudios laboratoriales específicos para cada caso, tratamiento oportuno y seguimiento estricto.

BIBLIOGRAFIA

- 1- Ramírez Boettner C. *Enfermedades infecciosas y Tropicales en el Paraguay*. Asunción: Efacin; 1987.
- 2- Arenas R, Estrada R. *Tropical Dermatology. Vademecum*. Georgetown: Landes Bioscience; 2001.
- 3- Lacaz C, Baruzzi R, Siqueira Jr W. *Introducao a Geografia Médica do Brasil*. Sao Paulo: Edgard Blucher; 1972: 49-54.
- 4- Diógenes MJ, Goncalves H, Talhari S, Neves RG. *Atlas de Dermatopatología Tropical 2ª ed*. Rio de Janeiro: Editora Médica e Científica; 2001.
- 5- *Programa Nacional de Lepra. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Situación Epidemiológica al 31 de diciembre de 1998*. Asunción; 1998.
- 6- Papale RM. *Dermatitis Bacteriana*. En: Larraide de Luna M. *Dermatología Neonatal y Pediátrica*. Buenos Aires: Ediciones Médicas; 1995:160-181.
- 7- Terencio de las Aguas J. *La Lepra pasado, presente y futuro*. Valencia: Generalitat Valenciana; 1999: 57-74.
- 8- Talhari S, Neves RG. *Dermatología Tropical. Hansenología*. Manaus: Funcomis; 1984:5-33.
- 9- Organización Mundial de la Salud. *Guía para la Eliminación de la Lepra como Problema de Salud Pública*. 1ª ed. Ginebra; 1995.
- 10- Lopez – Martinez R. *Infecciones micóticas profundas*. En: Ruiz Maldonado R, Parish L, Beare JM. *Tratado de Dermatología Pediátrica*. México: Interamericana. Mc Graw-Hill; 1992: 555-571.
- 11- Aldama Caballero AB, Correa Martínez J, Rivelli V, Aparicio R, Mendoza G. *Esporotricosis en niños. Comunicación de tres casos con localización facial*. *Pediatr Py* 2000; 27(2): 32-36.
- 12- Canese A. *Leishmaniasis tegumentaria en el Paraguay: Evolución de 22 años (1975-1996)*. *Rev Parag Microb* 1998; 18(1): 25-29.
- 13- Canese A. *Manual de Microbiología y Parasitología Médica*. 4ª ed. Asunción: Eduna; 1996: 514-526.
- 14- Lucciola GV, Passos VM, Patrus OA. *Mudanca no padrao epidemiológico da Leishmaniosis tegumentar americana*. *An bras Dermatol* 1996; 71 (2): 99-105.
- 15- Canese A, Garoso O, Ramirez J, Maidana M, Monti M, Santacruz R. y al. *Focos de Leishmaniasis visceral canina en las ciudades de Lambaré y Villa Elisa, Paraguay*. *Rev Parag Microb* 1998; 18 (1): 18-24.
- 16- Castillo JA, Torrejón E, Castillo A, Arroyo A, Almonacid G. *Leishmaniasis en la infancia*. *Dermatol Argent* 2000; 5:350-354.
- 17- Sampaio SAP, Rivitti E. *Dermatología*. 1ª ed. Sao Paulo: Artes Médicas; 1998:565-572.
- 18- *Programa Nacional de Leishmaniasis. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Normativa para diagnóstico y tratamiento de casos de Leishmaniasis cutáneo-mucosa*. Asunción; 1999.
- 19- Organización Mundial de la Salud. *Medicamentos utilizados en las enfermedades parasitarias*. 2ª ed. Ginebra; 1996: 15-24.
- 20- Castro RM, Roscoe JT, Sampaio SAP. *Pemphigus foliaceus*. *Clin Dermatol* 1983;1(2):22-41.
- 21- Sampaio SAP, Rivitti EA, Aoki V, Diaz A. *Penfigo Foliáceo Brasileño, Pénfigo Foliáceo Endémico o Fogo Selvagem*. *Clin Dermatol* 1994;12(4):821-833.

- 22- Lombardi C, Borges PC, Chaul A, Sampaio SA, Rivitti EA, Friedman I et al. Environmental Risk Factors in Endemic Pemphigus Foliaceus (Fogo Selvagem). *J Invest Dermatol* 1992; 98(6):847-850.
- 23- Aldama A. Pénfigo. Perfil Clínico, Epidemiológico y Laboratorial de 45 casos del Hospital Nacional. Tesis, Universidad Nacional de Asunción, Asunción; 1997.
- 24- Aldama A, Correa J, Rivelli V, Mendoza G. Tipos y variantes de Pénfigo en el Hospital Nacional de Paraguay. Revisión de 70 casos. *Med Cutan Iber Lat Am* 2000; 28 (5): 242-247.
- 25- Aldama A. Pénfigo Foliáceo. Situación en Paraguay (disertación). Asunción: 2° Congreso Paraguayo de Dermatología; 2000.
- 26- Díaz AT, Fernandez J, Marques SA, Stoff H. Paracoccidioidomycosis. *Piel* 1999; 14: 349-358.
- 27- Castro RM. Paracoccidioidomycosis infanto juvenil (disertación). Guadalajara: XII Congreso Iberoamericano de Dermatología (Libro de resúmenes); 1991.
- 28- Olmedo AM, Cacace ML, Cardini V, Angeloni A. Paracoccidioidomycosis en niños en el Norte de Salta con compromiso pulmonar silente. *Rev Hosp Niños BAires* 1994; 36: 370-374.

