

DERMATOLOGIA Y GEOGRAFIA *

DR. ALFRED MARCHIONINI **

ANTES DE COMENZAR me es grato decir cuánto aprecio esta invitación que considero un gran honor.

El tema que he escogido se refiere a la dermatología geográfica. Es bien sabido que a pesar de numerosas ciencias auxiliares que se han empleado para llegar a la última meta, el esclarecimiento de la etiología y de la patogenia de las enfermedades cutáneas, quedan aún muchos problemas sin resolver. Durante algunos años se han hecho esfuerzos para aplicar la geografía como una ciencia auxiliar más, y el término "dermatología geográfica" es ya familiar para muchos dermatólogos. Spitzer publicó en el Manual de Jadassohn una amplia revista de la distribución geográfica de los padecimientos cutáneos, pero desde entonces han pasado más de 30 años y nuevos y numerosos aspectos pueden ser considerados.

He estudiado la geografía dermatológica desde 1938 cuando fui nombrado para la cátedra de Dermatología en Angora, donde tuve buenas oportunidades de comparar las manifestaciones clínicas de las enfermedades de la piel en Turquía y en Alemania. Más tarde he podido continuar estos estudios durante numerosos viajes a países de Europa, Asia y América. Naturalmente, he utilizado también los datos estadísticos de los departamentos de dermatología de varias partes del mundo, para no llegar a conclusiones falsas que podrían derivar de impresiones superficiales durante visitas cortas.

Sin duda, las condiciones climáticas son de la mayor importancia en la distribución geográfica de las dermatosis. Pueden actuar como factores etiológicos directos, o jugar un papel importante como factores inhibitorios, al impedir el desarrollo de ciertos padecimientos. Todavía más, la influencia del clima se

* Presentado en la sesión del día 30 de septiembre de 1959.

** Profesor de Dermatología, Universidad de Munich, Alemania.

puede usar como "terapéutica" en algunas dermatosis difíciles de mejorar por otros procedimientos.

A propósito del clima como causa potencial de enfermedad, creo que no hay muchas regiones en el mundo donde su papel sea tan evidente como en las áridas mesetas de Anatolia central. Tienen una altura de 2,000 a 3,000 pies sobre el nivel del mar y rodean a la ciudad de Angora donde yo trabajé por muchos años. Estas ciudades de Anatolia están generalmente situadas en altos valles en forma de tazones, rodeados por cadenas montañosas por todos lados, especialmente por el Norte, el Este y el Sur. Durante los meses más cálidos, de mayo a septiembre, estas montañas se interponen ante las nubes cargadas de agua y las hacen descargar la lluvia en sus vertientes externas. Como consecuencia, la humedad relativa de estos valles es apenas de 10% durante los meses del verano, sequedad que se encuentra en muy pocas partes del mundo. Además, la luz solar es muy intensa y contiene un alto porcentaje de rayos ultravioleta en estas latitudes geográficas (entre 38 y 40 grados Norte) y en estas grandes alturas.

Estas tres características del clima de Anatolia central: aire seco, calor y gran cantidad de rayos ultravioleta, ejercen una influencia enorme sobre la organismo humano. Por ahora, nos interesa su efecto sobre las funciones vitales de la piel. De hecho, numerosos estados patológicos cutáneos son producidos o influenciados parcialmente por los factores climáticos antes mencionados.

Veamos primeramente la influencia del clima sobre la incidencia de dermatosis ubicuas o *cosmopolitas*. La fuerte radiación ultravioleta y el intenso calor estival (30 a 40 grados a la sombra) producen cambios químicos en las capas superficiales de la piel que facilitan el crecimiento de estreptococos y estafilococos. Baja el pH de la piel, lo que reduce la protección ácida, mientras sube el contenido en azúcar y la estructura celular se altera. Gracias al piquete de insectos, como mosquitos y flebotomos, organismos piógenos invaden la piel. Por lo tanto, la incidencia de *piodermatitis* es particularmente alta durante los meses del verano. En la tabla se ve la incidencia de *piodermatitis* registrada por departamentos dermatológicos de diversos países y climas. Durante mi visita al Hospital Dermatológico de Jerusalem en 1958, encontré las condiciones climáticas de esa área muy semejantes a las de Anatolia central. Esto explica la relación entre las cifras de *piodermatitis* entre ambas clínicas.

La influencia desfavorable del clima que aumenta las dermatosis piógenas está en parte compensada por su efecto benéfico sobre una enfermedad que era un serio problema social antes de los métodos terapéuticos modernos, o sea el *lupus vulgar*. Aquí, la elevada radiación ultravioleta evita la acumulación de bacilos de Koch en la piel e impide el desarrollo de la enfermedad. Los raros casos de *lupus vulgar* pocas veces afectan grandes áreas y, en general, tienen un curso más benigno. Las formas mutilantes y la complicación con epiteloma

se ven excepcionalmente. Gracias a estas circunstancias, la terapéutica actual da mejores resultados en Anatolia que en países más fríos y menos luminosos.

Los anteriores datos relativos a la incidencia de las piodermis y del lupus vulgar no son privativos de Anatolia central, sino de todos los países cálidos, como se ve en las tablas respectivas. Mientras más cerca está el Ecuador hay más piodermis y menos lupus vulgar, y viceversa.

Una enfermedad cuya causa primaria está en los factores climáticos específicos de Anatolia es la *queilitis solar*. Se manifiesta por un estado inflamatorio del labio inferior y sólo se la encuentra en regiones con climas en condiciones idénticas o muy semejantes. Ha sido señalada por S. Ayres Jr. en California, por Katzenellenbogen en Palestina y por Grin y Dojmi en Yugoslavia. Comparado al resto de la piel, el labio está mucho menos protegido contra los rayos ultravioletas porque tiene una capa córnea muy delgada y le falta la protección de la grasa y el sudor (Miescher). En el invierno, la queilitis mejora espontáneamente, pero generalmente reaparece al llegar el verano, y en algunos casos esto se repite por 15 ó 20 años. Esta queilitis recidivante puede favorecer la aparición de un epiteloma espinocelular del labio inferior.

He presentado la queilitis solar como un ejemplo de enfermedad causada primariamente por el clima. Por otra parte, existen padecimientos influenciados indirectamente por el clima de Anatolia, el cual favorece la vida de algunos insectos conocidos como transmisores de enfermedades, como son los anofeles para el paludismo y los flebotomos para la leishmaniasis. El paludismo puede tener algunas complicaciones dermatológicas, por ejemplo, pigmentaciones semejantes al cloasma y a la enfermedad de Addison, y también erupciones morbiliformes, escarlatiniformes o purpúricas. Eckstein fue el primero en señalar que el paludismo es el principal factor de fondo para el desarrollo del *noma* que antes conducía a la muerte en casi todas las ocasiones. El paludismo debilita los mecanismos de defensa de la piel y mucosas donde las espirilas, los bacilos fusiformes y otros organismos pueden desarrollarse. La incidencia de *noma* en Turquía es relativamente alta comparada con países europeos. Observamos unos 300 casos en el Hospital Infantil de Angora, y varios en adultos jóvenes en la Clínica Dermatológica. Después de la introducción de la penicilina, Eckstein redujo la mortalidad de 90% a 8%.

El *Botón de Oriente*, una típica enfermedad oriental como su nombre lo indica, pertenece al mismo grupo. El organismo causal, la *Leishmania*, es transmitida por el piquete del *Phlebotomus pappataci*, abundante en aquellas regiones. En algunas regiones de Anatolia la enfermedad se observa esporádicamente mientras que en otras es endémica. Tuvimos la oportunidad de estudiar casi 1,000 casos con manifestaciones clínicas variadas y diferente evolución. En la forma más común de leishmaniasis, la lesión se limita al sitio del piquete (cara o manos). La lesión inicial se convierte en un nódulo el cual eventualmente

se ulcera. Posteriormente puede haber cicatrización espontánea con la deformación consiguiente.

El segundo tipo que observamos está caracterizado por la migración de la leishmania, por vía linfática o sanguínea, y la formación de nuevas lesiones cutáneas a distancia. Casi siempre, hay también aquí cicatrización espontánea, generalmente al cabo de un año, de donde el nombre popular de *botón anual*.

Un tercer tipo se presenta raras veces. Si la producción de anticuerpos es insuficiente, se pueden desarrollar lesiones parecidas a piodermitis crónica, tuberculosis colicuvativa o sífilis terciaria. En este caso no hay cicatrización en el término de un año, sino por el contrario, persistencia por 15, 20 o más años. La falta de defensas se puede atribuir en ocasiones a otras enfermedades con-suntivas, como tuberculosis, paludismo o anemia de otras causas.

Se ha descrito con el nombre de metaleishmaniasis (Gitelsohn) o de leishmaniasis cutis recidiva (Dostrowsky), otra forma del mal constituida por pápulas o nódulos con ulceraciones consecutivas, cerca de cicatrices de Botón de Oriente aparente curado. A menudo adquieren aspectos anulares, circinados o serpi-ginosos. Durante un viaje a Israel en 1958 observé que esta forma está aumentando en Palestina mientras que las otras formas se ven con menor frecuencia.

La leishmaniasis cutánea americana es enteramente diferente en sus síntomas y evolución lo que es, probablemente, debido por igual a factores geográficos y climáticos. Según Brumpt, la enfermedad se presenta en México, Brasil y en el norte de la Argentina en regiones cálidas, húmedas, pantanosas y densamente boscosas, mientras que la leishmaniasis oriental se encuentra principalmente en regiones secas, calientes y rocallosas, donde los árboles escasean. La leishmaniasis americana disminuye con el talado de árboles, pues se ha observado que los trabajadores que laboran en campos abiertos adquieren menos el padecimiento que aquellos que lo hacen en medio de los bosques.

En el norte de la Argentina, Belgeri y Dusseldorp encontraron todos sus casos en zonas boscosas, húmedas y calientes. La influencia del clima sobre la incidencia de la leishmaniasis americana en el estado de Parahyba, en el norte del Brasil, está ilustrada de un modo impresionante por la descripción de Almeida y de Oliveira. En esta área la "buba" como se le llama popularmente, se encuentra en forma endémica sólo en una sección bien definida, ondulada y húmeda, llamada "brejo", que quiere decir pantano. El mal se ve menos en regiones planas y secas del interior, y para nada en los llanos y en la costa. Estos datos sobre la incidencia de los diversos tipos de leishmaniasis cutánea en diferentes zonas geográficas de distribución, indican claramente hasta qué punto la etiología y la epidemiología de esta enfermedad son influidas por las condiciones del clima.

El cuadro clínico de la leishmaniasis americana es completamente diferente de la forma oriental, aun cuando ambos tipos sean causados por el mismo organismo. Durante mis visitas a los hospitales brasileños de Río de Janeiro, Belo

Horizonte y São Paulo me impresionó el hecho que la leishmaniasis americana afecta no sólo la piel, sino con mucha frecuencia, las mucosas, particularmente en la nariz y la garganta. Las ulceraciones resultantes son mucho más profundas que las de la forma oriental y con frecuencia dejan cicatrices muy visibles. El curso de la enfermedad es igualmente muy prolongado, hasta de 15, 20 ó más años.

Mencionaré brevemente otras dos enfermedades que encontré en América del Sur, especialmente en Montevideo y en los hospitales del Brasil, o sea la *blastomycosis sudamericana* y la *cromoblastomycosis*. Corresponden al grupo de las micosis profundas y son causadas por hongos que según parece, sólo se encuentran en regiones tropicales.

Investigaciones experimentales recientes han demostrado que tres entidades clínicas de etiología hasta ahora desconocida pueden también ser de naturaleza infecciosa. Me refiero a la *acrodermatitis chronica atrophicans* (Pick-Herxheimer), al *erythema chronicum migrans* y a la *lymphadenosis cutis benigna* (Bärfverstedt) o *lymphocitoma*.

En efecto, hay estudios experimentales que indican que estas tres enfermedades están relacionadas las unas con las otras. Sin embargo, no se ha demostrado todavía el agente causal. Desde el punto de vista de la dermatología geográfica, es interesante el hecho de la incidencia de estas enfermedades conforme se aleja uno del Ecuador. Además, parece que son más frecuentes en regiones boscosas. Se ha supuesto que el organismo causal puede ser transmitido por una garrapata, el *Ixodes ricinus*, que abunda en los bosques.

Según mi propia experiencia, la distribución geográfica de otra entidad bien conocida, la *enfermedad de Besnier-Boeck-Schaumann* es muy semejante a la de las antes citadas. Su incidencia es mucho mayor en el centro y en el norte de Europa que en el sur. Durante los 10 años que viví en Turquía no vi un solo caso de esta enfermedad.

La etiología del *pénfigo* es aún oscura. Las investigaciones efectuadas en nuestra Clínica Dermatológica de Munich tratando de demostrar la presencia de un virus han sido completamente negativas. De acuerdo con la dermatología geográfica, sin embargo, parece obvio que es necesario diferenciar diversos tipos de *pénfigo* en cuanto a su probable etiología. En este sentido, el *pénfigo brasileño*, que apenas es mencionado en los libros europeos, es muy instructivo. Durante un viaje al Brasil en 1957 visité algunas regiones en las cuales el *pénfigo* se presenta de manera endémica, especialmente en el estado de Minas Gerais. También pude observar muchos casos en los hospitales de Río de Janeiro, Belo Horizonte y São Paulo, y particularmente en el hospital especial de 250 camas en São Paulo, que fue fundado con el propósito de constituir un centro de investigaciones sobre la naturaleza y la terapéutica de esta enfermedad. En el Brasil este padecimiento se llama Fogo selvagem. Se trata de un típico *pénfigo foliáceo*, pero son numerosos igualmente los casos de la variedad

llamada de Sencar-Usher. Por el contrario, el pénfigo vulgar y el vegetante son sumamente raros en esas áreas endémicas. Esto nos lleva a la conclusión que estos diferentes tipos clínicos pueden ser debidos a factores etiológicos también diferentes. El pénfigo brasileño se sigue extendiendo y los dermatólogos de ese país no han podido detener su avance. Los resultados terapéuticos, son, sin embargo, mejores que antes. El Hospital de São Paulo asegura obtener un 80% de curaciones.

He utilizado estos ejemplos para ilustrar el gran valor potencial de las investigaciones en el campo de la dermatología geográfica, la cual puede ayudar a la aclaración de la etiología y la patogenia de múltiples dermatosis. Estoy convencido de que futuros estudios en este terreno nos acercarán más a las metas. Más aún, también adelantarán los conocimientos en geografía, climatología, meteorología y otras ciencias similares. Hace más de 2,000 años, el mismo pensamiento fue ya expresado por Hipócrates: "Así como las estaciones nos pueden llevar a conclusiones sobre las enfermedades, también seremos capaces, a veces, de predecir la lluvia, el viento y la sequía, gracias a ciertas enfermedades."