

**DISCURSO DE RECEPCIÓN DEL ACADÉMICO ELECTO
ILMO. SR. DR.**

D. Juan José Vilata Corell

**DISCURSO DE CONTESTACIÓN DEL ACADÉMICO NUMERARIO
ILMO. SR. DR.**

D. Rafael Carmena Rodriguez

Leídos el 21 de octubre de 2010
VALENCIA

DISCURSO DE RECEPCIÓN DEL ACADÉMICO ELECTO

Ilmo. Sr. D. Juan José Vilata Corell

Dermatología Infecciosa Tropical e Importada: motivación y desafío

*Cambiar de horizontes, cambiar de método de vida y de
atmósfera, es provechoso a la salud y la inteligencia*
Gustavo Adolfo Bécquer (1836-1870)

EXCMO. SR. PRESIDENTE DE LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE LA
COMUNIDAD VALENCIANA,
EXCMOS. E ILMOS. SRS. ACADÉMICOS,
ILMAS. SRAS. ACADÉMICAS,
LICENCIADOS, DOCTORES Y PROFESORES DE LA UNIVERSITAT DE VALÈNCIA
ESTUDI GENERAL,
SEÑORAS Y SEÑORES:

SEAN MIS PRIMERAS PALABRAS PARA AGRADECER de todo corazón a la Real Academia de Medicina de Valencia el haber sido nombrado miembro electo de esta Corporación centenaria dedicada al estudio e investigación de las ciencias médicas y poder proceder hoy a la lectura del preceptivo discurso de ingreso en la misma . En particular quiero agradecer a las dos Juntas de Gobierno, la anterior, presidida por el Excmo. Sr. Dr. D. Benjamín Narbona y en la actualidad presidida por el Excmo. Sr. Dr. D Antonio Llombart por la creación de un nuevo sillón que represente la Dermatología infecciosa. Fue una decisión iniciada y compartida por ambas Juntas de Gobierno y con una visión actual y de futuro transcendental por la importancia que tiene para la Salud Pública la disciplina de la Dermatología. *William HC* en 2009 expresó en un capítulo de la obra *Dermatología en Medicina General de Fitzpatrick: La dermatología moderna en salud pública ha logrado resultados con éxito en cuanto a la reducción de la incidencia de cáncer de piel y del control de enfermedades infecciosas.* Sólo con esta cita comprendemos la innovación de nuestra Real Academia con dos sillones de Dermatología, uno ocupado por un experto en cáncer cutáneo Ilmo. Dr. D. Carlos Guillén y el nuevo tras la lectura de mi discurso, por mis modestos conocimientos en Dermatosis infecciosas.

Deseo expresar un profundo agradecimiento a los padrinos que me presentaron, Prof. D. Víctor Smith, Prof. D. Juan Esplugues y Prof. D. Rafael Carmena que me han dirigido y aconsejado, deseando de ellos que continúen dirigiéndome con su comprensión, experiencia y bondad.

Es fácil comprender mi deseo de transmitirles una emoción contenida por estar hablando en el estrado de nuestra *Alma máter* y que intento expresar con palabras mi reconocimiento a los maestros que supieron forjar mi formación y educación universitaria con sus conocimientos y su buen proceder.

Siento no poder nombrar a todos aquellos a los que siempre quise emular y que además seguí teniendo en algún momento contacto con ellos tras finalizar mis estudios, pero no puedo dejar pasar esta ocasión sin que públicamente agradezca a los maestros que influyeron más en mí, algunos hoy ya fallecidos como los Ilmos. Profesores D. Antonio LLombart, D. Miguel Carmena, D. Javier García –Conde, D. Francisco Gomar, D. Carlos Carbonell, D. José María López Piñero, D. Vicente Oliver y D. Adolfo Aliaga (q.e.p.d.).

Actualmente, aún puedo seguir agradeciendo personalmente su gran influencia en mi formación a maestros como el Ilmo. Prof. D. Víctor Smith, Ilma. Dña. Elvira Ferres, Ilmo. Prof. D. Juan Esplugues, Ilmo. D. Joaquín Colomer e Ilmo. D. Vicente López Merino.

Siento no poder nombrar a más profesores que quedarán para siempre en mi corazón por falta de tiempo y ser una lista interminable que me ayudaron igualmente en mi educación universitaria. No obstante y pasado mi periodo de postgrado debo nombrar a dos maestros que conocí posteriormente en mi puesto asistencial en el antiguo denominado Hospital Provincial de Valencia, hoy General de Valencia. Jamás osé llamarlos compañeros de Hospital por su personalidad, bonhomía y hombres muy preocupados en las instituciones de la medicina valenciana, me refiero al Ilmo. D. Vicente Tormo (q.e.p.d.) y al Ilmo. D. Benjamín Narbona que me propiciaron en varias conversaciones académicas, científicas y personales una forma de entender la medicina en un contexto social, de la correcta relación médico-enfermo, del amor hacia nuestro hospital que pertenecía exclusivamente al enfermo y al sanitario y me transmitieron un cierto sentido de saber entenderse con los representantes de la administración sanitaria e incluso conocer los diversos aspectos económicos de nuestro sistema de salud.

Muchas gracias a todos ellos, presentes y a los ausentes vuele hacia ellos un simbólico mensaje de agradecimiento allá donde moren, pero hoy puedo decir con orgullo que me ayudaron no sólo en mi educación universitaria y científica, sino que supieron depositar el germen preciso para yo adquirir lo mejor de la personalidad de cada uno de ellos y hacerlo patrimonio de mí mismo.

Sin embargo no sólo hubo grandes hombres y mujeres en mi formación, sino quiero servirme de este discurso y reconocer públicamente que hubo instituciones sanitarias, culturales y de la sociedad civil Valenciana que por sus objetivos también hicieron huella imborrable en mi interior porque han procedido siempre con la razón, la ética y la tolerancia. Las nombraré cronológicamente agradeciéndoles públicamente sus enseñanzas, al Instituto Medico Valenciano, a la Dirección General de salud pública de la *Consellería de Sanitat* en sus diferentes etapas, al Colegio Oficial de Médicos de Valencia y a la Real Sociedad Económica de Amigos del País. Todas ellas me ayudaron, de todas aprendí y todas me reconocieron con mis defectos. Muchas gracias a todas por enseñarme sus cualidades y dignidad.

1.- INTRODUCCION:

Como introducción debemos conocer que desde mediados del siglo XIX, había una cierta desazón entre el profesorado de las Facultades de Medicina sobre la necesidad de crear ciertas especialidades y poderlas considerar como asignaturas obligatorias en los estudios de la Licenciatura de Medicina y Cirugía. Fueron creándose algunas, pero la Dermatología y Venereología a pesar de su reconocida trayectoria histórica, de ilustres estudiosos de la misma y extensa bibliografía, no se veía el momento de su creación en dicho siglo, quizás como escribió el Ilmo. Prof. López Piñero:... *para poder ser constituida como especialidad ha pesado decisivamente el rechazo social de las enfermedades de la piel por repugnantes o antiestéticas y de las venéreas por prejuicios morales.*

Definitivamente por un decreto ministerial en el año 1902 se creó la asignatura de Dermatovenereología, considerándose desde entonces como asignatura obligatoria en los estudios de Medicina. Hace 8 años y con motivo de ser Coordinador de un evento del Grupo de Estudio de Historia de la Dermatología de la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV) en Valencia, realizamos un homenaje por la efeméride del ciento aniversario de la disciplina y a su primer Catedrático Prof. Enrique Slocker de la Pola con la Facultad de Medicina y el Rectorado de nuestra *Universitat* que hoy nos acoge en su Aula Magna. Valga este somero recuerdo del Ilmo. Prof. Slocker por haber sido miembro de la Real Academia de Medicina de Valencia y Presidente de la misma durante el curso 1917-18.

Después de estos cien años la Dermatología y Venereología no es ajena a lo anterior y somos conscientes hoy día su cada vez mayor importancia dentro de la medicina actual y la problemática derivada de su integración dentro del contexto de la medicina y cirugía, pero con elementos científicos, asistenciales y sociales dotados de personalidad propia.

Todos Uds. son conscientes de la importancia de la Dermatología desde el punto de vista de la demanda del individuo enfermo en cuanto a su número y de la sociedad creadora de elementos nocivos que pueden afectar a la piel y de la patología generada por aspectos culturales de la misma y que con la adquisición de nuevos conocimientos nos encontramos en una etapa actual que se caracteriza por la patología tumoral, molecular, psicossomática y sociológica, asistiendo últimamente a la problemática de la Dermatología infecciosa tropical. Estamos pues, ante una disciplina de gran contenido científico, volcada a la exigencia de la sociedad por múltiples factores que describiremos posteriormente y de gran repercusión académica.

La piel es un órgano complejo y dinámico con células y estructuras especializadas que tienen múltiples acciones cruciales para la salud y la supervivencia. Es uno de los órganos más grandes y va a proporcionar numerosas funciones. Aunque a veces se entiende a la piel como un "órgano fronterizo" no la entendamos como la frontera que excluye al mundo y define nuestros límites, sino que es la superficie de contacto entre nosotros mismos y el entorno. Hablo de "entorno", también se podría hablar de "mundo exterior" e intento evitar la palabra "medioambiente" y desearía aclarar el concepto.

"Medio ambiente" es una desafortunada y poco precisa expresión, pero ya irremediablemente consagrada con lo que se ha optado en disponer dos palabras simétricas y cuasiequivalentes. Es tarde, la palabra medioambiente ha cuajado totalmente en la palabra de neologismos, sobre todo por las instituciones de la administración del estado. La palabra "medioambiente" ha sido muy traída y llevada por orates de la frase e incluso utilizada demagógicamente por planas y diales. Se suele confundir o incluso sustituir con la palabra ecología y la Ecología es una ciencia, una disciplina biológica que trata de la interrelación de "todos los seres vivos" incluido el hombre, sin diferencias. La distinción con "medio-ambiente" estriba que éste sitúa al hombre como centro y figura principal sobre el que recaerá todo el peso del entorno, es el sujeto o individuo sobre el que incidirá toda la agresividad del medio en que se desarrolla. Por todo ello entiendo que el hombre es un

ser vivo más y que está en continua relación de ataque y defensa con el resto de seres vivos y otras agresiones físicas, químicas o psíquicas del entorno, comprenderemos que la piel es una gran barrera de función protectora, pero puede ser vencida en ocasiones y originarse la dermatosis local o a través de ella la enfermedad sistémica.

Durante mucho tiempo prevaleció el concepto de que la piel era un simple revestimiento del organismo expuesto a la acción de los agentes externos porque se ignoraba su constitución anatómica y su fisiología, razón por la que no se le daba importancia. Hoy conocemos que la piel es un órgano con múltiples funciones vitales y órgano de resonancia de toda alteración del funcionamiento de los diferentes aparatos y sistemas del organismo en su totalidad. La piel está sujeta a manifestaciones de origen circulatorio, hormonal, nervioso, metabólico, genético, neoplásico interno entre otras, pero además le afecta agentes externos como la luz solar, radiaciones, agentes físicos y químicos. Además es asiento de numerosas enfermedades producidas por bacterias, hongos, virus, parásitos e insectos.

La piel del ser humano por sus características raciales o étnicas tiene distintos colores desde el blanco al negro y en nuestras facultades de medicina hubo y hay problemas en los estudios de la disciplina de la Dermatología. Aprendimos una Dermatología de la piel blanca y enseñamos una Dermatología de piel caucásica, quizás por no disponer de colonias como en otros países de Europa. Aprendimos a diagnosticar clínicamente por los colores de las lesiones siguiendo a la brillante escuela francesa de Dermatología del siglo XIX. En la piel negra no tenemos el eritema, ni otros diferentes colores de exantemas, que a veces nos guía hacia un diagnóstico de presunción muy acertado y que tendrá que resolver el estudio anatomopatológico. Por ello en la patología de la piel negra habrá un mayor porcentaje de biopsias para llegar a un diagnóstico definitivo.

Pero ¿hay diferencias estructurales de la piel en las distintas etnias? En realidad las diferencias raciales han sido poco investigadas y los datos que extraemos de la bibliografía son controvertidos sobre capas de piel, lípidos, sudación, *ph* de la piel, cicatrización e irritación. No obstante hay unas diferencias raciales demostradas de la piel negra comparada con la piel blanca. En la epidermis de la piel negra, la capa cornea tiene más capas y más resistencia al arrancamiento con tiras adhesivas, los melanosomas son grandes y dispersos y hay aumento del contenido melánico. También las hay en la dermis y fundamentalmente en el pelo con folículos pilosos curvados (pelo tipo espiral), tallo piloso con tendencia a formar nudos, fisuras y roturas. Quizás estos cambios estructurales en la piel negra sean debidos para una adaptación al medio para evitar ciertas infecciones, picaduras de vectores y otros insectos independientes de su inmunidad natural para padecerlas menos que en la piel blanca.

En el año 2009 se celebró el bicentenario del nacimiento de Charles Darwin y el 150 aniversario de su obra maestra “el origen de las especies” y en su honor no podía sustraerme a dedicarle un pequeño homenaje hablando de la actualización de la evolución de la pigmentación en la especie humana y por ende de implicaciones de la pigmentación de la piel para la salud pública.

El color de la piel tiende a ser más oscuro en las áreas ecuatoriales y tropicales como África subsahariana, Asia del Sur, Australia, Melanesia y América central y Sudamérica que en las áreas alejadas del ecuador. El factor subyacente que explica esta importante relación entre la pigmentación cutánea y la latitud parece ser la intensidad de radiación ultravioleta, la cual es mayor en el ecuador y disminuye progresivamente al aumentar la latitud. Los estudios actuales indican con claridad que la distribución de la pigmentación cutánea en la especie humana ha sido muy influenciada por los niveles de radiaciones ultravioletas.

Hay diversas hipótesis evolutivas que han sido publicadas para explicar la distribución de la pigmentación en poblaciones humanas. Aunque existe todavía algún debate en relación con los factores selectivos involucrados, se acepta generalmente que la

fuerte asociación entre la latitud y la pigmentación en humanos es principalmente resultado de la acción de la selección natural que promueve la adaptación de las poblaciones humanas a las condiciones del ambiente natural (en particular a la incidencia de los rayos ultravioletas) un proceso que probablemente tomó cientos de años de generaciones.

En el ambiente tropical en los que se dio la evolución temprana de nuestra especie, la piel oscura con grandes cantidades de eumelanina que absorbe los rayos ultravioletas, le era muy ventajosa, mientras que la piel clara, sujeta a quemaduras solares, daño de glándulas sudoríparas e infecciones, sería desfavorecida por la selección natural.

Es interesante mencionar que los análisis realizados sobre el genoma han indicado que muchos genes de la pigmentación han sido muy influenciados por la selección natural. Estos datos preliminares apuntan hacia un marco complejo en donde la selección positiva ha actuado en diferentes lugares del genoma y para sólo algunos genes en ciertos grupos poblacionales. Estos resultados ilustran la historia evolutiva compleja de la pigmentación de la piel en poblaciones humanas, la cual estamos sólo empezando a entender.

Sin embargo, como consecuencia de las migraciones humanas recientes muchos individuos viven ahora en regiones geográficas con diferentes condiciones ambientales a las que imperaban cuando la población evolucionó. Debido al importante papel que la pigmentación juega en la fotoprotección y la síntesis de la vitamina D, estas migraciones recientes tienen implicaciones importantes en salud pública ya que individuos de piel clara tienen mayor riesgo de cáncer de piel, particularmente en regiones con alta incidencia de radiaciones ultravioletas e individuos de piel oscura que viven en regiones de alta latitud tienen mayor riesgo de enfermedades generadas por la deficiencia o insuficiencia de vitamina D.

El hombre se presenta ante los demás con su cuerpo. La apariencia externa es el primer signo de identidad. La piel es el vestido más íntimo. Es el marco espacial de nuestro Ser. Estamos en el mundo bajo la corporalidad, por ella nos reconocen y en ella nos reconocemos nosotros. La mirada sobre nuestro cuerpo es el referente primero del Otro que tenemos en la relación interpersonal.

2.- CONCEPTO E HISTORIA

El concepto de Dermatología tropical incluida dentro de la Medicina Tropical se comprendía dentro del concepto de aquellas enfermedades que se daban con más frecuencia en la región más caliente del planeta o sea por el norte y por el sur del ecuador situadas a 23° 27' de latitud y recibía el nombre de "trópico" o área tropical que englobaba desde el trópico de Cáncer en el hemisferio norte hasta el trópico de Capricornio en el hemisferio Sur, también llamada zona intertropical o zona caliente del planeta. Pero el clima no depende sólo de las temperaturas altas sino también de las lluvias, humedad y otros factores que influye que en el área tropical haya distintos ecosistemas con bosques de gran vegetación e impenetrables, sabanas arbóreas, sabanas herbáceas, altiplanos, zonas semiáridas, estepas, sin olvidar las regiones frías y secas.

Las distintas enfermedades transmisibles tendrán una gran relación con el medio, cada microorganismo o vector vivirá y se desarrollará en su ecosistema, no obstante, pueden también distintas especies existir en otros ecosistemas del área tropical. Esto nos ha llevado al término conocido de enfermedades infecciosas endémicas cuando están localizadas en un medio climático apropiado para su pervivencia y territorialmente acotado.

Desde los siglos XVI al XIX, médicos europeos, soldados y misioneros fueron los primeros en estudiar estas enfermedades, debido a los previos descubrimientos de nuevas tierras y su colonización posterior. Al Dr. Sir Patrick Manson (1844-1922) se le reconoce como el padre de la Medicina Tropical moderna y con la ayuda de Sir Joseph Chamberlain, Secretario británico del gobierno inglés para las colonias crean en 1899 la nueva disciplina

de Medicina tropical en el Hospital “Albert Dock” en Londres inaugurándolo en 1890, remodelado en 1937 y derribado en 1993. En el año 1907 en Liverpool fundó los *Annals of Tropical Medicine and Parasitology*. El Dr. Manson no fue ajeno a la Dermatología y en sus escritos describió en China dos patologías dermatológicas de origen infeccioso la *Tinea imbricata* en 1883 y lo que él denominó *Pemphigus contagiosus* acorde con lo que ahora se denomina impétigo estafilocócico. Pénfigo se restringe hoy a una ampolla no contagiosa como enfermedad autoinmune en la piel, por lo que él le llamó pénfigo y la podía inocular en la piel de individuos sanos.

Tanto el término de Medicina tropical o el de Dermatología tropical ha sido contestado en la bibliografía internacional y en distintos eventos relativo al término “tropical”. Desde hace unos siglos se defendió la terminología de Dermatología colonial y posteriormente hasta la actualidad “exótica” y en general hablamos en ocasiones de salud pública tropical, importada o en términos de enfermedades o patología “emergentes” y “reemergentes” desafortunadas palabras y debo condenarlas como lo hacía mi maestro Ilmo. José M^a López Piñero intentando proscribirlas ya que no se corresponden a nuestro castellano y al concepto de emerger (lo contrario sería sumergir y cuando desaparece una patología ¿hablamos de sumergida?); no debería utilizarse desde el punto de vista científico, ni académico. Sin embargo, creo que están demasiado enraizadas en el acervo científico.

Más específicamente respecto a la Dermatología Tropical en los últimos años algunos autores han defendido el término Dermatología internacional, Dermatología geográfica o Dermatología global como se denominan los foros de los Congresos de la Academia Americana de Dermatología y otras más, dependiendo desde la perspectiva personal o científica de cada experto o comunidad científica.

Mi inclinación y basado en que la entrada para la búsqueda bibliográfica revisada me ha dado la mayoría de las citas con Dermatología Tropical (*Tropical Dermatology*) y además en el último libro de texto reciente de Stephen Tyring y Omar Lupi grandes expertos mundiales, lo denominan *Tropical Dermatology* he considerado elegir Dermatología tropical como término más universal y que puede entenderse fácilmente que se ocupa de las enfermedades cutáneas de los trópicos y áreas próximas a los mismos. No sin aceptar cualquier sugerencia de otras denominaciones que todas adolecen de alguna arista incompleta en su definición.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) se reunió por vez primera en 1948 en Ginebra y respecto a la disciplina de la Dermatología y Venereología nunca tuvo siquiera una resolución o mención en algún informe. En la Asamblea sanitaria en 1978 fijó la frase “salud para todos en el año 2000” indicándonos que la asistencia sanitaria primaria era la clave. En 1988 respaldó posteriormente este objetivo. El problema de la OMS en aquellos decenios tenía problemas financieros y eficacia dudosa, requería de una buena gestión y dirección global, a decir verdad sólo respecto a la dermatología se preocupaba de la lepra. En los años 90 la Dermatología no tiene relevancia todavía en los asuntos mundiales. Pero en el año de 1993 en el informe sobre la situación sanitaria del mundo hay un apartado relativo a la piel muy significativo y dice literalmente:

INFECCIONES CUTANEAS: “Es una de las razones mas frecuentes que lleva al individuo a los servicios sanitarios en busca de tratamiento son las infecciones cutáneas, por bacterias, hongos o artrópodos (sarna). Hay problemas especiales en zonas tropicales y en personas que viven en condiciones higiénicas deficientes”

La OMS denuncia claramente la demanda por infecciones cutáneas sobre todo en zonas tropicales y en individuos en condiciones higiénicas deficientes son pues tres puntos para reflexionar, pero el problema está en otras enfermedades tropicales que en la OMS y Organización Panamericana de la Salud (OPS) se reconocen como “desatendidas “ en virtud de:

- Enfermedades tropicales no prioritarias en programas porque los países no tienen influencia política
- Inexistencia de estadísticas fiables, hay una oscuridad sobre las mismas
- Poblaciones más pobres
- Zonas rurales remotas
- Barrios suburbanos marginales
- Zonas de conflicto y
- Se concentran casi en exclusiva en las poblaciones más pobres del mundo en desarrollo

Enunciaremos las enfermedades tropicales como “desatendidas” y en negrita, sólo las que tienen un componente dermatológico como:

- Helmintiasis : anquilostomas, **oncocercosis**, esquistosomiasis
- Protozoarias: amebiasis, **Enfermedad de Chagas, Leishmaniasis en sus distintas manifestaciones cutáneas y mucosas**
- Infecciones bacterianas: **Úlcera de Buruli, Clamidia : serotipo de transmisión sexual** y de Tracoma , **Lepra**, Leptospirosis , Trepanomatosis : **bejel, mal del pinto**
- Infecciones víricas :**Enfermedad de Dengue**, Encefalitis japonesa

En cambio de las enfermedades tropicales “atendidas” (OMS/OPS) son:

- **Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana(VIH) y el sida**
- Tuberculosis
- Malaria

No son enfermedades “desatendidas” se les dedica una financiación en gran escala y realmente estas tres enfermedades están globalizadas y desde el punto de vista de Dermatología tropical el interés reside en las manifestaciones mucocutáneas del sida ya que en muchas ocasiones la manifestación cutánea o mucosa nos predice la infección por el VIH.

3.- DERMATOLOGIA TROPICAL ENDEMICA

La dermatología tropical tiene una significación geográfica, pero igualmente una gran relación con la evolución de los países en vías de desarrollo. La mayor parte de las enfermedades de la piel tienen una alta incidencia y prevalencia en los trópicos en que se asocia a condiciones de pobreza socio-económica, a una falta de higiene pública y personal y a un hábitat inapropiado. A las condiciones del entorno climático y ecológico desfavorable, es preciso añadir ciertas influencias culturales, religiosas y políticas con consecuencias de conflictos que pueden llegar a ser una pesada carga para diversas acciones médicas preventivas o curativas.

A la luz de estos hechos, la dermatología tropical tiene sus particularidades o está directamente engarzada a ciertos elementos que se observa en numerosos países en vías de desarrollo y que vamos a comentar en diez puntos:

1.- Las enfermedades cutáneas son un gran problema de salud pública en las áreas tropicales y subtropicales.

2.- De todas las enfermedades atendidas en los centros médicos rurales el 30% son afecciones cutáneas

3.- Las enfermedades dermatológicas se encuentran entre las cinco causas de las más frecuentes de alta morbilidad y pérdida de capacidad de trabajo en las poblaciones rurales

4.- Las dermatosis tropicales representan un problema de salud pública en 127 países con una población de 3 billones de personas, quienes no tienen acceso a mínimos sistemas de atención sanitaria y menos a dermatólogos de base

5.- En Africa, la mitad de los países no disponen de dermatólogos y sólo algunas decenas de estos especialistas deben cubrir las necesidades médicas de países subsaharianos

6.- En los países tropicales subdesarrollados, el 90% de las enfermedades cutáneas cuentan con el apoyo de auxiliares sanitarios o enfermeros sin formación dermatológica alguna

7.- La mayoría de la población mundial no tiene acceso a los medicamentos esenciales para la terapéutica dermatológica y la falsificación de medicamentos es una actividad floreciente en ciertos países.

8.- La pobreza, aislamiento geográfico y social, la malnutrición y la demografía no controlada son también factores que ayudan a la ausencia de profesionales de la medicina

9.- La ignorancia de la población con la falta de información de sus propios líderes, sobre infecciones dermatológicas, multiplica los efectos desastrosos respecto a la morbilidad y mortalidad de esta patología.

10.- Las creencias mágicas en las medicinas tradicionales que emanan de los curanderos en ciertas poblaciones impide en ocasiones colaborar con pueblos tropicales

En definitiva he enumerado diversos factores que es causa de la permanencia de dermatosis infecciosas endémicas en ciertos países tropicales y subtropicales, pero estas personas que suponen alrededor del 75 % de la población del mundo no son culpables directos de esta situación sino que no les llega los recursos necesarios, tienen una gran precariedad en equipos de diagnóstico y tratamiento, la pobreza y malnutrición es evidente y la corrupción política y guerras tribales se puede considerar hoy día como los más importantes factores emanados por minorías oligárquicas locales y por el primer mundo.

4.- GLOBALIZACION DE LAS DERMATOSIS INFECCIOSAS ENDEMICAS

Respecto a la generalización y amplia distribución geográfica de las dermatosis infecciosas endémicas fuera de su entorno bien demarcado y que se ha ido observando en todo el mundo y que ha sorprendido a muchos grupos de científicos, administrativos y políticos de la salud pública desde hace unos 20-30 años ha sido posible gracias a la “globalización” palabra que los medios de comunicación y de la sociedad de la información la han hecho muy popular a partir de la idea del Prof. Herbert Marshall McLuhan de su “aldeas globales” en el que desarrolló un marco teórico que permite estudiar y comprender la naturaleza de los nuevos medios de comunicación, que han influido tanto no sólo en la propia comunicación, sino también en el desarrollo de la humanidad. No llegó a conocer por su fallecimiento en 1980 hasta que punto el término “global” iba a adquirir una dimensión tan amplia y variada. En 1980 fue precisamente cuando el término “globalización” se difunde mucho más a nivel mundial y se utiliza en todo proceso que contribuye a intensificar la interacción humana en múltiples aspectos que afectan a la economía, política, sociedad, educación, entorno y por supuesto a la salud.

Por lo cual ya hablamos de la globalización de la salud y por supuesto hay una serie de factores relacionados con la globalización que afectarán a la salud y en nuestro caso a las dermatosis infecciosas.

Las nuevas dermatosis importadas y el resurgimiento de otras es un hecho de gran relevancia desde hace unos años y más en la actualidad y se debe en parte a dos hechos fundamentales:

- El Incremento del fenómeno migratorio y
- El auge de los viajes internacionales de corta o larga estancia

En las emigraciones y viajes debemos históricamente volver la vista hacia atrás porque la historia de las enfermedades transmisibles constituye uno de los más fascinantes episodios de la larga lucha del hombre contra un entorno hostil. Es cierto, sin embargo que no todas las enfermedades infectocontagiosas presentan igual grado de morbilidad y mortalidad y tampoco son idénticas las consecuencias económicas y sociales que su padecimiento producen. Hay un conjunto de procesos infecciosos que se han contemplado siempre como un grave peligro para el desarrollo de la vida cotidiana, tanto por la afectación masiva que producen en la población, como la evolución del proceso hacia la muerte. Entre esas enfermedades epidémicas o popularmente plagas, algunas han despertado desde tiempo inmemorial el miedo de la sociedad.

Debemos reconocer que las enfermedades infecciosas en general se han diseminado a través de la tierra y el mar con motivo de la colonización de otros países, movimientos de ejércitos como las cruzadas, descubrimientos de nuevas tierras, caravanas comerciales, aventureros, comercio marítimo, e incluso hombres científicos buscando nuevas especies de plantas y animales. Recordemos algunas de ellas unas, no tan conocidas por antiguas y otras más recientes. Las primeras colonias se remontan a hace unos 5.500 años y en todo el mundo ya que existieron colonias sumerias, babilónicas, egipcias, cartaginesas, griegas, romanas, mayas, aztecas, japonesas y chinas. Por lo que el mundo antiguo se vio azotado por enfermedades infecciosas que se extendían con carácter epidémico. En general recibieron el nombre genérico de “peste” (vocablo muy impreciso) pero muchas de estas epidemias hoy día no tenemos datos históricos o antropológicos en el que pudiéramos identificar la entidad nosológica.

Hipócrates estableció que la “peste” se propiciaba en las estaciones cálidas y húmedas, afirmando que según el estado del aire y los cambios de estación se desencadenaban las epidemias y por lo tanto la “peste”. Aristóteles atribuyó las epidemias a la influencia de los cuerpos celestes, teoría que veremos como persiste luego en algunos médicos en el siglo XV respecto a la sífilis.

En la Biblia se encuentran algunos relatos sobre “pestes” pero el origen de las epidemias eran debidas a la cólera divina, hipótesis apoyadas en los libros sagrados (Éxodo, Jeremías, Isaías, Libro de los Reyes y Mateo) pero también lo creyeron y consta en libros profanos de la antigüedad de Ovidio, Platón, Plinio y otros.

Tenemos noticias por los libros antiguos de plagas asoladoras en Atenas (428 a.C.) con motivo de la guerra del Peloponeso. En Siracusa (396 a. C.) cuando el ejército cartaginés sitió Siracusa en Italia describiendo incluso las manifestaciones clínicas entre las que había erupciones pustulosas en todo el cuerpo.

En el siglo II d.C. la peste Antonina hizo su presencia en Roma, extendiéndose a toda Italia y la Galia, muriendo el propio Marco Aurelio. Hubo otra peste en Europa en el siglo III oriunda de Egipto extendiéndose por toda Europa, devastando el Imperio Romano.

Después del comienzo de la era cristiana y hasta el siglo III las epidemias fueron localizadas en Europa, pero la “peste” cada vez más identificada y descrita clínicamente fue responsable de dos grandes pandemias, primero la peste de Justiniano I El Grande que por su expansión hacia el Imperio Romano de Oriente y el intento de reconstrucción del Imperio romano de Occidente, causó estragos en el siglo VI d.C. en toda la cuenca del mediterráneo. Aparte de los cuadros clínicos de la peste bubónica o pulmonar, se llamó “peste negra”, por aludir a una forma septicémica caracterizada por una intensa hemólisis y

aparición de hemorragias cutáneas por todo el tegumento cutáneo con grandes placas de extravasación que con su color negro – azulado dando lugar a que este cuadro clínico se llamara “peste negra”; hoy día aunque desconozco esta patología parece que los clásicos describían lo que entendemos hoy como una vasculitis cutánea. En el siglo XIV la peste negra asoló toda Europa, estimándose que fallecieron más de 25 millones de personas. Cronistas refieren que desapareció la cuarta parte de la población, incluso la mitad. Al parecer fue importada de Asia, de Yunnan sito al suroeste de China que mantenía un foco endémico al parecer desde el año 1253, luego tomó el camino de las caravanas de intercambio comercial por medio de la conocida “ruta de la seda” que era el único medio de aproximación entre Oriente y Occidente, evitando los países del Islam, el camino era más largo pero más seguro y en su entorno prosperaron ciudades que era lugar propicio para el desarrollo de las enfermedades epidémicas. Este camino siguió la peste en el siglo XIV, llegando hasta Crimea donde población y marinos genoveses a su vuelta hacia su república introdujeron la enfermedad en Europa y a partir del año 1347 hasta 1351 la endemia ocupó territorios desde Europa occidental hasta la parte septentrional de Rusia.

Se pensaba entonces que eran los monjes mendicantes, peregrinos y soldados que regresaban a sus casas que eran el portador para la introducción de grandes epidemias de un país a otro. En parte para algunas epidemias puede ser cierto pero el comercio es sin duda la fuente más importante de la epidemia, porque llegaban los barcos a puerto y descargaban junto con las mercancías las ratas infectadas procedentes de países donde la enfermedad era endémica. Este se cree que fue el medio mayor de difusión. Ahora bien si nos trasladamos a la actualidad con la aviación como medio de transporte añadido y acortamiento del tiempo en los viajes, pueden ir uds. figurándose como pueden expandirse las epidemias actualmente.

Si consideramos para la sífilis la hipótesis de haber sido conducida por Colón en su primer viaje y posteriores, es en el siglo XV cuando se expande una nueva epidemia con el descubrimiento de América y su introducción en Europa propagándose a finales de siglo XV tras el infructuoso sitio de la ciudad de Nápoles por las tropas de Carlos VIII de Francia. La ciudad era defendida por italianos y españoles que por medio de prostitutas fueron infectando a todos ellos y también a los franceses, de ahí el nombre de *morbo gallico*. Otras hipótesis refieren que la enfermedad estaba localizada en centro-europa y estos movimientos de los ejércitos fue el detonante de la epidemia de sífilis, que se convirtió en un mal innumerable y vergonzante por provenir de placeres carnales. La iglesia afirmaba que era un castigo divino y según escribe en el “Tratado de las enfermedades venéreas” de Astruc de 1772, que algunos médicos que vivieron al final del siglo XV escribieron acerca del mal venéreo que era atribuible *al maligno influjo de los astros o a la dañosa conjunción de los planetas*. En 1947 Coralino Gilini en su *Opusculum de Morbo Galico* defendió que era atribuible *à la conjunción de Saturno, y Marte que hubo el día 16 de Enero de 1456...; ò à la conjunción de Júpiter, y Marte que había havido el día 17 de Noviembre del año 1949 en un signo caliente y húmedo...* No obstante, entre el siglo XV y XVI destaca un médico valenciano: Gaspar Torrella que se dedicó fundamentalmente al desarrollo de la observación clínica y publicó un estudio fundamentalmente clínico y terapéutico en 1497 su *Tractatus cum cosilis contra pudendagram seu morbum gallicum* (Tratado con historias clínicas contra la pudendagra o morbo galico) describió los síntomas de la enfermedad en base de observaciones propias, ejemplificadas en las cinco excelentes historias clínicas que incluye como apéndice. La primera es posible que correspondiera a la sífilis padecida por César Borja el hijo de Alejandro VI, entonces cardenal de Valencia. No obstante, Gaspar de Torrella en cuanto a su causa se decanta junto a las teorías astrológicas según Astruc y dice:

que este mal provino de la constelación de los cuerpos superiores; porque un defecto universal debe siempre atribuirse a causas universales y éste provino de haverse encontrado Saturno en el signo de Aries, porque en este Signo, y en el de Piscis, hay Estrellas que tienen virtud de producir monstruos.

Posteriormente se consideró una enfermedad epidémica, como la peste, y otras enfermedades pestilenciales y se abandonó la idea general que procediera *de la ira Divina, de cierta intemperie del ayre o del aspecto de los Planetas* y ya adentrados en el XVI debemos admirarnos del gran número de fábulas que se esparcieron sobre el asunto.

No puedo sustraerme hoy a contar una de estas fábulas que tiene relación con nuestra querida Valencia. Juan Manardo de Ferrara escribió una carta a un cirujano por los años 1525 asegurando:

que algunos dicen haver empezado el mal Venereo al tiempo que Carlos VIII, Rey de Francia, se disponía para la guerra de Italia; y que esta opinión es la mas antigua y mejor fundada, que estos mismos quieren, que esta enfermedad empezase en Valencia de España, por una famosa Meretriz, que por el precio de cinquenta escudos de oro , se entregó à un Cavallero, que estaba Leproso; que haviendose inficionado esta muger inficionó recíprocamente à todos los Jóvenes que tuvieron comercio con ella: de modo , que en poco tiempo fueron mas de quatrocientos los inficionados ; y que haviendo muchos de estos seguido al Rey Carlos en su viage a Italia, llevaron à ella esta cruel enfermedad.

La sífilis se extendió y persistió en el tiempo hasta nuestros días. A comienzos del siglo XX alrededor del 15% de la población europea la padecía.

Las guerras, por el desplazamiento de personal militar han sido como hemos visto caldo de cultivo para sufrir epidemias entre los soldados, pero esto ocurre hasta en nuestros días. Durante los variados y continuos conflictos internacionales soldados de de Norte América, Europa y Australia a menudo han requerido de los servicios clínicos en los países tropicales donde efectúan sus misiones o desarrollan posteriormente la enfermedad cuando vuelven a sus hogares. Ejemplos del siglo XX y XXI padecieron infecciones tropicales las tropas francesas en Corea, soldados americanos entre los años 1960-1970 en Vietnam. Recientemente los americanos y las tropas aliadas que sirven en Iraq y Afganistán han padecido numerosos casos de leishmaniasis cutánea en su forma clínica de Botón de Oriente o también llamado Botón de Bagdad conocido así por la dermatología clásica.

La tuberculosis pulmonar y cutánea es muy antigua, posiblemente al principio se consideró de transmisión animal al ingerir leche o animales enfermos pero al vivir en poblados y la creación de ciudades quizás fuera hacia el medioevo de transmisión interhumana y la pobreza de este periodo y las migraciones diseminaron la enfermedad con una gran mortalidad.

No sólo en los viajes desde el descubrimiento de América por España sino también por otras y múltiples expediciones coloniales de portugueses, holandeses, alemanes, ingleses y franceses hubo diseminación de enfermedades infecciosas con componente cutáneo como de la viruela, varicela, tuberculosis etc... Y hay un hecho importante del cual no he encontrado bibliografía al respecto pero todos los países que he nombrado esclavizaron hombres y mujeres para sus colonias de las Américas y me pregunto ¿no pudo haber infecciones de microorganismos con el hombre o por medio de vectores en las sentinas de los barcos que a través del atlántico y procedentes de África pudieran encontrar hábitat similares en América para desarrollar epidemias, entre los siglos XV al XIX que perduró la esclavitud al menos oficialmente?.

Recientemente en 1981 la pandemia del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) sorprendió a la Salud Pública mundial, hipotéticamente originaria de centro-áfrica, de la que se han identificado sueros de los años 50 del siglo pasado con la infección, que tal vez fue transmitida de un animal al hombre. Se debe probablemente por la emigración de trabajadores infectados al caribe e infección de los turistas americanos, describiendo las primeras manifestaciones clínicas en San Francisco y en Nueva York y su extensión a todo el mundo, pero en el siglo XX y XXI debemos agregar un nuevo medio de transporte el avión, donde en horas podemos viajar a cualquier parte del mundo y las infecciones viajan

con nosotros, al igual que algunos vectores en el equipaje o hibernados en las bodegas de los aviones.

Recientemente en el mes de Agosto, leímos un artículo en un medio de comunicación que en Holanda habían llegado mosquitos *Aedes aegypti* con la posibilidad de que introdujera la fiebre amarilla, al parecer en un transporte procedente de Florida (EEUU), pero el clima de Holanda no le será propicio y deben estar infectados previamente por el virus que produce la enfermedad. Creemos que no supondrá un riesgo sanitario para Europa. Lo expongo meramente como un hecho anecdótico de vectores viajeros hacia países en los que la enfermedad está erradicada. La salud pública de cada país debe permanecer en vigilancia constante para prevenir cualquier incidencia o declaración de los sanitarios.

5.- EMIGRACION Y DERMATOSIS TROPICALES

El resurgimiento y la aparición de nuevas patologías tropicales en países como el nuestro es un hecho de gran relevancia en la actualidad y que se debe en parte también al incremento del fenómeno migratorio. Este movimiento de personas proporciona a los microorganismos la posibilidad de desplazarse a otras zonas del planeta donde antes no existían y alguna patología que en países existieron hace tiempo, han vuelto a diagnosticarse en las consultas sanitarias, como en España.

Durante la mayor parte del siglo pasado, España fue un país de emigrantes. A partir de los años 70 con la mejoría de la situación económica general, se propició que esa tendencia fuera disminuyendo. En el decenio de los 90, paradójicamente, se producía una espectacular inversión del flujo migratorio y España pasaba a ser el destino final de inmigrantes del llamado Tercer Mundo en especial. Desde entonces, la tasa de crecimiento de la inmigración se mantuvo constante, hasta el punto de que en el año 2000 la nuestra era una de las mayores del mundo, cuatro veces más que la de Estados Unidos de América y ocho veces mayor que la francesa. En el año 2005 sólo nos superaban países como Chipre y Andorra. En septiembre del año 2009 España era el 9º país de la Unión Europea en cuanto al porcentaje de inmigrantes. Según el censo del año 2008 el 12 % de la población residente en España procedía de otro país. Sin embargo la distribución geográfica no es homogénea ya que se concentran más en Madrid, Barcelona y todo el arco mediterráneo. Según los medios de comunicación de éste año al parecer la inmigración estaba ligeramente descendiendo, datos que no he encontrado en la bibliografía científica. Ahora bien, los grupos de inmigrantes se distribuyen de forma heterogénea por lo que las patologías dermatológicas se muestran de manera muy distinta dependiendo del país de origen. Manejamos unas cifras que no son las exactas ya que hay que sumar un número no bien determinado de personas que se encuentran en una situación irregular en nuestro país y que en algunas zonas concretas de nuestras comunidades puede llegar a ser importante. Suelen vivir en condiciones sanitarias más deficientes, con pobres medidas de higiene y en espacios físicos muy reducidos o incluso sin techo. Suelen ser personas que tienen escaso o nulo acceso a los sistemas de Salud lo que puede provocar que en el momento en que finalmente son atendidos, lleguen a las consultas con patologías más graves, complejas y de difícil manejo.

Los Centros de Control y Prevención de enfermedades infecciosas (CDC) de Atlanta (Georgia) en USA aparte de los viajeros han definido también a los inmigrantes y refugiados como una de las áreas diana sobre las que actuar en la estrategia de prevención de la aparición o resurgimiento de nuevas enfermedades infecciosas. Aunque los inmigrantes pueden venir infectados de una gran variedad de patógenos tropicales, la posibilidad de diseminación a la población española es muy pequeña, debido a que en nuestro país no existen las condiciones climáticas y ambientales necesarias como excesivo calor, humedad, gran pluviosidad, aridez, etc... y faltan en muchos casos los hospedadores intermediarios y los vectores apropiados. No obstante las fronteras de las dermatosis tropicales transmisibles no están fijas.

El “calentamiento global” término totalmente inapropiado ya que en algunas partes del mundo los inviernos son cada vez mucho más fríos, siendo el adecuado “cambio climático”. La Organización “Naciones Unidas sobre el cambio climático” (UNFCCC) definen el cambio climático como "un cambio de clima, el cual es atribuido directa o indirectamente a la actividad humana que altera la composición de la atmósfera global y la cual se suma a la variabilidad climática natural observada en base a períodos de tiempo comparables". Así pues, el posible cambio climático se intuye, que será en ciertas regiones del sur de Europa serán susceptibles de albergar vectores de agentes infecciosos y parasitarios en los próximos lustros. Por otro lado, la facilidad de desplazamiento de los seres humanos también conlleva la movilización de mascotas, reservorios potenciales y vectores en sus pertenencias.

El riesgo de desarrollar una enfermedad tras la infección disminuye con el tiempo que el inmigrante pasa en el país de destino. La gran mayoría de las enfermedades se desvanecen con el tiempo, pero otras pueden padecerlas muchos años como la estrongiloidosis (>40años), equistosomiasis y enfermedad de Chagas (>30 años), oncocercosis (>10-15 años). Otras infecciones no parasitarias pueden también suponer a largo plazo un riesgo potencial para el inmigrante ya que pueden manifestarse muchos años después de estar residiendo en una zona no endémica, como la lepra, tuberculosis pulmonar y cutánea, sífilis, coccidioidomicosis, e histoplamosis. Con los años y si el inmigrante se adecua al país en todos los sentidos, sanitario, social, laboral y con su entorno con una sanidad pública que funcione, padecerá las mismas enfermedades que los pacientes autóctonos.

6.- VIAJES INTERNACIONALES e INFECCIONES TROPICALES

Respecto de los viajes internacionales de corta o larga estancia han aumentado considerablemente por motivos comerciales y de turismo principalmente, relacionándose los de corta estancia con el turismo a lugares recónditos y exóticos y los viajes de larga estancia son generalmente trabajadores enviados por sus empresas para el comercio, industrialización de una zona geográfica, sin olvidarnos de los cooperantes en misiones de auxilio o de estudiantes o estudiosos de alguna disciplina en particular.

Es muy importante para la salud pública emisora y receptora así como los sanitarios conocer el tiempo dedicado por el visitante al país tropical, el trabajo realizado y el entorno en que se desenvuelve, aunque en algunos casos sobre todo en los viajes de ocio suelen cambiar en poco tiempo de varias zonas geofísicas. Durante el año 2004, después de unos tres años de paralización del turismo internacional, experimentó una recuperación espectacular alcanzando el máximo histórico de 760 millones de personas, Europa recibió 414 millones de turistas, Asia y el Pacífico 154 millones, las Américas 124 millones, Oriente próximo 35 millones y Africa 33 millones. En el año 2005 rebasó los 800 millones. Se ha calculado para el año 2009 que un billón de personas viajó o viajará cada año a países en los que se puede adquirir una infección o infestación sea por motivos turísticos o comerciales, aunque estas cifras están sujetas a oscilaciones dependiendo de información turística, situación política, de recientes desastres naturales o informaciones periodísticas positivas o negativas de algunos países.

Se ha estimado en algunos estudios que aproximadamente un tercio a dos tercios de los viajeros vuelven de países tropicales con alguna experiencia de algún problema de su salud. La diarrea es el proceso patológico más frecuente, seguido de la fiebre. Sin embargo el porcentaje de problemas muco-cutáneos depende de los estudios de cada país. Pero generalmente las lesiones cutáneas se sitúan entre el segundo o tercer problema de los viajeros y se estima que entre el 10-15 % de personas consultan por dermatosis que conciernen a su salud cuando vuelven de los trópicos. En Norteamérica algunos autores, en trabajos recientes del año 2009 refieren el 8% de viajeros padecen a su vuelta una enfermedad cutánea y se reafirman que las enfermedades de la piel es la tercera causa de morbilidad del viajero de países exóticos.

Respecto al turismo y en la actualidad España es el segundo país receptor del mundo con más de 50 millones de llegadas de turistas anuales. Viajeros españoles que lo hacen al extranjero, cada año son 12-13 millones de los que un 9% (950.000) lo hacen a zonas tropicales visitando y por orden de mayor a menor cuantía a las áreas: América Central-Caribe y del Sur, África subsahariana, Asia y Pacífico.

El Ministerio de Sanidad y Consumo en colaboración con la Unidad de Medicina Tropical del Hospital Ramón y Cajal ha estimado en 2008 que por cada 100.000 viajeros el 50% tendrán algún problema de salud, el 8% se encontrarán lo suficientemente enfermos como para consultar un médico durante el viaje, el 5% pasarán algún día encamados a causa de enfermedad, el 1.10 % sufrirán algún grado de incapacidad durante o después del viaje, 300 viajeros serán hospitalizados durante el viaje o al regreso, 50 serán evacuados o repatriados y uno fallecerá. Otras unidades de medicina tropical refieren que las infecciones son la primera causa de morbilidad al regreso de un viaje a los trópicos y un 2-3 % de mortalidad. Además de que muchas de estas infecciones pueden prevenirse.

En muchas ocasiones el viajero no es consciente de su estado inmunitario, de otras enfermedades sistémicas que ya padecen en su país de origen o de la edad. Pacientes inmunocomprometidos por tratamientos (transplantados, linfomas, etc) o por enfermedades como la infección del VIH, ancianos o niños deben tomar precauciones específicas para viajes donde las infecciones y las condiciones de altura u otros entornos pueden empeorar su enfermedad o ser más graves las infecciones adquiridas. El niño viajero tiene una predisposición a padecer quemaduras solares, dermatitis por el calor, infecciones cutáneas, picaduras de vectores y mordeduras de animales por jugar con ellos. Durante el embarazo, la mujer viajará preferentemente durante el segundo trimestre, se aconseja viajar entre las semanas 18 y 24 de la gestación por menor riesgo de parto prematuro, de aborto y las mujeres suelen encontrarse bien.

En definitiva la patología importada viene altamente condicionada por las costumbres de los viajeros en cuanto a destinos turísticos, conocer o reconocer su estado de salud y por las actividades de riesgo realizadas en el viaje.

Hemos hablado de viajeros hacia países tropicales que son atendidos a su vuelta, sin embargo para la salud pública y específicamente en la atención al paciente debe incluirse a trabajadores inmigrantes o inmigrantes de paso hacia Europa, refugiados políticos o estudiantes extranjeros.

La historia clínica en Dermatología es fundamental, como lo es en toda la Medicina, y debemos conocer respecto a la posible patología exótica, las características geoclimáticas de la región visitada o de la que pertenece el inmigrante, así como el tipo de hábitat y el modo de vida local y preguntarle cuáles son las enfermedades más prevalentes de su área (no siempre bien expresado por el paciente). Las enfermedades endémicas y epidémicas podrán así ser mejor identificadas y ayudar a una mejor evaluación clínica. Las principales orientaciones diagnósticas en función de la semiología y de los periodos habituales de incubación de las principales dermatosis infecciosas los presento en las siguientes tablas I y II

TABLA I: Principales orientaciones diagnósticas para una dermatosis tropical

Analgesia: Lepra

Lesión serpigínea emigrante: larva migrans, ankylostomiasis, larva currens, gnathosomiasis, loasis

Edema cutáneo y edema facial: enfermedad de Chagas : chagoma de inoculación y signo de Romaña respectivamente

Edema de miembros: loasis, pinta, filariasis linfática

Necrosis: estima, carbunco, Leishmaniasis

Pápula furunculoide: Leishmaniasis, miasis, piodermitis y tungiasis

Prurito: sarna, tripanosomiasis africana, loasis, oncocercosis, helmintiasis intestinal, bilharziosis invasiva

Exantema : toxicodermias, virícas

Ulceraciones cutáneas: carbunco, coccidioidomicosis, leishmaniasis, micobacteriosis , pian, tripanosomiasis, noma, úlceras tropicales

Ulceración genital: chancro blando o chancroide, sífilis primaris, herpes genital, sarna, donovanosis, linfogramuloma venéreo, úlceras traumáticas, neoplasias

Tomado de: Piérard GE et al .Rev Med Liege , 2000;55:525

TABLA II: Periodos habituales de incubación

Corto (< 2 semanas)	Intermedio (< 2 meses)	Largo (> 2 meses)
Chancro blando	Bilharziosis invasiva	Ascaridiasis
Carbunco	Borreliosis	Dracunculosis
Clamidiasis	Brucelosis	Filariosis
Fiebre tifoidea	Leishmaniasis	Lepra
Gonococia	Linfogramuloma venéreo	Pian
Herpes genital	Melioidosis	sida
Histoplasmosis	Primoinfección VIH	Triquinosis
Peste	Sífilis	
Tétanos		
Tripanosomiasis		
Virosis tropicales eruptivas		

Tomado de: Piérard GE et al .Rev Med Liege , 2000;55:525

Así pues, el diagnóstico de la dermatosis durante y después del retorno del viaje o del emigrante, a menudo representa un problema en el diagnóstico. La evaluación de los viajeros con lesiones en la piel, independiente de su investigación epidemiológica ya comentada, precisa de un exámen físico completo en que nos plantearemos las lesiones basadas en su morfología o lesiones elementales y secundarias, encontrando cierta dificultad en las pieles oscuras, pero el estudio anatomopatológico, la serología y cultivos microbiológicos, siendo fundamental la micología, nos ayudará a confirmar el diagnóstico.

Aunque nuestro objetivo es hablar de las dermatosis cutáneas infecciosas, no hay que olvidar que las lesiones de los viajeros y emigrantes se asocian en ocasiones a una patología no infecciosa como pueden ser: reacciones alérgicas debidas a dermatitis reactivas a ciertos artrópodos, a cambios de la alimentación, toxicodermias por fármacos, fotofitodermatitis, quemaduras solares, urticaria de origen desconocido y todo tipo de dermatosis cutáneas no

infecciosas, por lo que el diagnóstico diferencial debe ser muy preciso y con la ayuda del diagnóstico clínico de presunción “al ojo desnudo” del dermatólogo, de la anatomía patológica y el laboratorio marcaremos de nuevo el camino hacia el diagnóstico de otras dermatosis asociadas no infecciosas y en su caso a la colaboración con nuestras unidades de medicina tropical e internistas, entendiendo que estas enfermedades cutáneas infecciosas o no infecciosas deben plantearse desde el punto de vista multidisciplinar.

Las dermatosis infecciosas de los viajeros o inmigrantes en una relativa mayoría pueden corresponder a enfermedades banales, pero pueden ser una manifestación de una enfermedad sistémica con gran morbimortalidad, como es el caso de algunas enfermedades virales hemorrágicas. Por lo cual ante cualquier exantema debemos descartar siempre una enfermedad sistémica lo antes posible por si se dispone de un tratamiento específico o que sea transmisible o potencialmente grave como rickettsiosis, fiebre tifoidea, sepsis meningocócica y fiebre viral hemorrágica.

7.- SINDROME CUTANEO

Describiremos y agruparemos por la morfología que pueden aparecer en la piel en las distintas enfermedades infecciosas de origen tropical.

Dentro de las enfermedades sistémicas, el exantema se manifiesta de forma muy frecuente en la enfermedad del Dengue, no es específico de la enfermedad y es de carácter morbiliforme o escarlatiniforme y se presenta en 18 a 56% de los casos. Su duración es de 3-4 días acompañándose de prurito en ocasiones y finalmente produce una descamación. En el 50% a 82% de los casos también se puede acompañar de alguna petequia, púrpura y equimosis con sangrado gingival y nasal.

La infección por el virus Chikungunya se inició en las islas del océano Índico en el año 2005 y va afectando a un número cada vez mayor de personas, incluso a viajeros que han visitado zonas endémicas. Produce un exantema en más de la mitad de los casos de aspecto maculopapular generalizado. Así mismo en un 20 % de los pacientes con infección por virus del Nilo Occidental también se desarrolla un exantema.

Las fiebres víricas hemorrágicas producen manifestaciones cutáneas de tipo purpúrico discreto o grave. Ante toda petequia o púrpura generalizada deberemos tener en cuenta una fiebre vírica hemorrágica.

Muchas de las infecciones transmitidas por vía sexual (ITS) pueden producir un exantema maculopapular como en la primoinfección por VIH con un exantema a las 48-72 horas tras el inicio de la fiebre en el 70% de los casos, persistiendo unos 7 días e interesando generalmente el tronco y la parte alta de los miembros superiores. El periodo secundario de la sífilis suele manifestarse como una mácula, llamada sífilide maculosa y tras su desaparición aparecerán las sífilides palmo-plantares e incluso las hallaremos en el tronco. En la gonococemia diseminada o septicemia gonocócica pueden aparecer lesiones pápulo-pustulosas en la piel por debajo de 20 elementos que corresponden a una vasculitis cutánea cuyo diagnóstico diferencial ha de ser muy cauto para distinguirlo de una meningococemia.

Entre las lesiones maculares y papulosas e incluso nodulares debemos tener en cuenta a las micosis sistémicas que producen manifestaciones cutáneas más evidentes en los viajeros o inmigrantes inmunodeprimidos. La histoplasmosis es una micosis más diagnosticada entre viajeros europeos y la coccidioidomicosis es más diagnosticada en Latinoamérica, ambas presentan pápulas o nódulos que pueden asentar en tronco, palmas y plantas y mucosa oral.

Es frecuente en la clínica práctica de los viajeros de corta estancia las lesiones migratorias en la piel y partes blandas y que van acompañadas de prurito intenso y continuo. La larva *migrans* cutánea es muy frecuente entre nuestros enfermos y suele

adquirirse al andar sin calzado o sin calcetines en las arenas de ríos, playas o en otros terrenos secos. La larva *currens* también se adquiere pero se localiza más en los glúteos y tórax.

Como lesiones elementales a tipo papular o nodular es muy frecuente la miasis forunculoide generalmente se da en extremidades y alberga el nódulo una larva de mosca. Otra infección del viajero es la tungiasis en la que penetra un ectoparásito, una pulga denominada *Tunga penetrans* casi siempre en los pies, se adquiere por ir descalzo.

Las úlceras cutáneas como manifestación cutánea de una entidad nosológica tropical son muy frecuentes tanto en el autóctono del país endémico de la enfermedad, como en el viajero de larga estancia, mucho menos en viajeros de corta estancia. En ocasiones la úlcera va acompañada de tejido necrótico y sugiere una picadura de artrópodos como el loxoscelismo producido por una araña que se alberga en las habitaciones de los hoteles, entre la ropa. La Úlcera de Buruli, producida por una micobacteria atípica (*Mycobacterium ulcerans*) se asocia a una gran morbilidad y a terapéuticas quirúrgicas muy agresivas. Actualmente se está extendiendo, pero dentro de sus áreas endémicas tropicales. Está muy extendida por África occidental, centro América, Asia y Australia. Al parece la micobacteria no vive en el ambiente, sino que ocupa un nicho específico en medio acuático en pequeños animales acuáticos o biopelículas desde donde se podría transmitir al hombre. En algunos insectos acuáticos se ha aislado *Mycobacterium ulcerans* en sus glándulas salivares, pero todavía se desconoce el modo de transmisión. Los niños y jóvenes son más afectados que adultos. Así mismo la paracoccidiodomocosis en la fase aguda o crónica se produce úlceras en piel y en mucosas. Es un hongo, que no se transmite entre humanos, sino tiene sus reservorios animales y se da en terrenos de cultivo de café, caña de azúcar y otros. Como úlceras cutáneas también se manifiesta la sífilis primaria y chancroide, úlceras que se ha relacionado profusamente en la literatura con la puerta de entrada de la infección por el VIH.

El prurito, es un síntoma muy importante en el que podemos diagnosticar según sus particularidades una escabiosis o sarna si el prurito es más nocturno y familiar. Es una ectoparasitosis muy frecuente entre inmigrantes y viajeros, así como la pediculosis del pubis más frecuente en jóvenes adultos o la pediculosis de la cabeza más frecuente en niños.

8.- DERMATOLOGIA TROPICAL vs COSMOPOLITA:

Mientras hemos describiendo algunas enfermedades dentro del síndrome cutáneo nos daremos cuenta como nos vamos introduciendo en una serie de procesos dermatológicos que están presentes en el entorno de las ciudades económicamente desarrolladas y otras que estamos diagnosticando cada vez con mayor frecuencia. ¿Estamos pues, hablando del comienzo de una generalización, agrupación o globalización de algunas enfermedades de otros países en vías de desarrollo? ¿Se están introduciendo ya en nuestro entorno y puede llamarse dermatosis cosmopolitas?, como lo indican algunos autores. ¿Qué futuro tiene la dermatología de los trópicos?, quizás haya un avance exponencial o un avance lento. Todo dependerá de la diseminación de las dermatosis infecciosas en cada área geográfica desarrollada en la que se adapten los microorganismos o vectores, de la eficacia de la salud pública respecto a zonas pobres e insalubres de grandes ciudades con falta de agua, alimentación insuficiente y aguas residuales sin canalizar que ocurre en los cinturones de alrededor de grandes ciudades e incluso en campamentos de inmigrantes o refugiados no dotados de las mínimas necesidades sanitarias. Por lo que su proximidad a ciudades desarrolladas puede originar periódicamente cambios un grupo a otro, existiendo dos entornos muy diferentes en grandes ciudades.

Los esfuerzos de la salud pública desde el siglo XIX y el XX han ido dirigidos a controlar casi exclusivamente sobre el terreno una actividad científica contra grandes endemias como la Lepra, treponematosis endémicas, las tripanosomiasis, la oncocercosis, filariasis linfática y loa-loa, la drancunculosis, los micetomas, la viruela y otras, pero desde hace años con los cambios de la emigración y viajes de placer y comerciales ha

cambiado el espectro de las patologías que se han expandido de zonas rurales de los países subdesarrollados como la sarna, el resto de parasitosis, micosis cutáneas, picaduras por artrópodos como patología primaria en la piel, pero hay otras que participa la piel como la enfermedad de Chagas, la infección de ChiKungunya y otras ya nombradas hacia las grandes ciudades, lo que algunos autores requieren se les denomine patología tropical cosmopolita.

No sólo hay movimientos poblacionales, sino también “modas” que se adquieren por los medios de comunicación, lectura y estilos de vida emulando a ciertos líderes de la canción, de películas, de grupos sociales desde el siglo pasado por lo que hace que también hay que contar con una patología dermatológica cosmopolita importante aportada quizás por un “fenómeno de moda generacional” que es oportuno incluir en este discurso por haberse adoptado costumbres de otros pueblos, algunos milenarios con culturas primitivas como el tatuaje y el *piercing* y que están relacionados con la transmisión de enfermedades infecciosas y patologías no infecciosas.

El tatuaje entra dentro del concepto *body art* o “arte corporal” es el tipo de arte que el artista usa su propio cuerpo o el de otra persona como soporte material de su obra. Esta decoración corporal se ha practicado en muchas culturas y a lo largo de siglos, posiblemente en Egipto fueran los primeros pero con fines de poder mágico. Probablemente los habitantes de la Polinesia fueron los primeros en grabarse la piel con fines fundamentalmente estéticos u ornamentales. El tatuaje se difundió en Occidente gracias a la Corona Británica por sus exploraciones del siglo XVIII y XIX en las Islas Marquesas y en contacto con los maoríes les enseñaron el arte del grabado corporal. En la actualidad el tatuaje es una práctica consolidada y socialmente parcialmente aceptada ya que se puede ver en muchos sectores sociales y personas muy diferentes.

Douglas Coupland en su novela nos comenta que la generación X o apática cuya adolescencia está entre los años 1980 y principios de los 90 que fue sucesora de los *yuppies*. La generación X tiene pocos ingresos sus trabajos son provisionales y sus esperanzas de de futuros exiguas y aparentemente no se rebelan, no protestan, no luchan por mejorar su posición, pero practican la cultura del desastre, lo cutre, lo roñoso, el aspecto sucio, el desprecio al porvenir, lo que al fin y al cabo es una forma de rebelarse contra una sociedad encorsetada y llena de prejuicios. Es sin duda un ambiente adecuado para modificar el aspecto corporal y exponerlo públicamente en forma de protesta, pero que no es una practica exclusiva de vanguardia sino que esta generación con los tapujes y los *piercings* le brindan la posibilidad de expresarse y desarrollar sus propias ideas. Son movimientos alternativos que buscan su identidad mirando más la singularidad de la persona en sí que la adhesión a ninguna ideología, que en definitiva les recordaba la represión autoritaria sufrida en el periodo educacional (familia y escuela). Estos movimientos sociales alternativos (*hippy, beatnik, ocupas...*) por su marginalidad grupal entran en una dinámica de anomia social y comienzan a utilizar el cuerpo como un medio de expresión de sus reivindicaciones sociales.

Se estima que del 10% al 16% de los jóvenes entre 12 y 18 años y del 3% al 8% de la población general tiene un tatuaje y como su técnica es de carácter invasivo con introducción de diferentes pigmentos, habrá que tener en cuenta unas contraindicaciones para su realización (Tabla III), unos cuidados higiénicos hasta su cicatrización (Tabla IV) y las complicaciones infecciosas locales, sistémicas y no infecciosas (Tabla V) y debemos llamar la atención sobre las infecciones que se pueden transmitir por ejercitarse en establecimientos no controlados por la salud pública y consumo. Las más frecuentes son las infecciones locales producidas por estafilococos y estreptococos, pseudomonas, verrugas vulgares, infecciones herpéticas, por micobacterias atípicas y las infecciones sistémicas mucho más graves como Endocarditis bacteriana, hepatitis B, hepatitis C, infección por el VIH y sífilis (Tabla V).

TABLA III.- Contraindicaciones del tatuaje y del piercing

- Menores de edad
- Embarazo
- Dermatosis infecciosas activas
 - verrugas víricas , herpes, infecciones bacterianas
- Dermatosis cutáneas con fenómeno isomórfico
 - Psoriasis, Liquen plano
- Historia de cicatrices queloides
- Tratamiento reciente con isotretinoína (tratamiento para el acné poliquístico)
- Dermografismo
- Discrasias sanguíneas
- Tratamiento con medicación anticoagulante
- Trastornos psicológicos o de la personalidad

TABLA IV.- Cuidados primarios higiénicos tras tatuaje

- Cubrir o vendar la zona tatuada
- Lavar suavemente con agua y jabón y aplicar antibiótico tópico
 - Mupirocina, ácido fusídico (dos veces al día)
- Evitar baños de mar o piscina mientras cicatriza
- No tocar ni rascarse
- Proteger al principio del sol el tatuaje. Ropa o filtros solares

TABLA V.- Complicaciones de los tatuajes

A.- Infecciosas locales:

- Bacterianas (*S.aureus*, *Pseudomona sp*, *M. tuberculosis*, Micobacterias atípicas)
- Víricas (vírus del herpes simplex, vírus del papiloma humano)

B.- Infecciosas sistémicas:

- Endocarditis bacteriana
- Hepatitis B, Hepatitis C, infección por el VIH y sífilis

C.- No infecciosas:

- Fotosensibilidad
- Reacciones de hipersensibilidad retardada
- Reacciones granulomatosas a cuerpo extraño
- Reacciones liquenoides (pigmento rojo)
- Aparición de lesiones malignas (melanoma maligno)
- Migración de pigmento a ganglios vecinos
- Aparición de dermatitis latentes en el tatuaje (fenómeno isomórfico)
- Dermatitis de contacto alérgica a cualquier pigmento

Respecto al término *piercing* viene del vocablo inglés “perforar” y es el procedimiento de decorar la piel y mucosas accesibles con ornamentos que penetran en la piel. La historia del *piercing* no es un invento del siglo XXI y se pierde en la lejanía de los tiempos y en múltiples culturas. Su incorporación y generalización en el *body art* es más reciente en Occidente y en España. En los años 70 el movimiento *Punk* utilizó esta práctica con fines provocativos y para expresar su disconformidad con la sociedad. Paulatinamente y de forma paradójica la sociedad ha ido asimilando su uso, adquiriendo actualmente una enorme difusión entre la juventud y las altas esferas sociales y del espectáculo. En la actualidad, se calcula que casi el 8% de la población mayor de 14 años (sin contar los pendientes en el lóbulo de la oreja) llevan un *piercing* corporal. Se ha publicado que el 17% de las personas que se colocaron un *piercing* sufrieron algún tipo de complicación, considerando que las habrá mucho más, porque el interesado ante una complicación volverá al establecimiento que se lo puso y no a un sanitario. Las complicaciones se dan con más frecuencia en los *piercing* de ombligo, lengua y genitales. Las más comunes son las infecciones bacterianas (9%), las hemorragias (4%) y los desgarros. La Academia Americana de Dermatología se opone a todo tipo de perforación con la única excepción del lóbulo de la oreja. Las contraindicaciones para realizarse un *piercing* están referidas en la Tabla III.

En conclusión, éstas costumbres de adornar el cuerpo importadas de otras civilizaciones, de siglos pasados a Occidente, puestas de moda o por demostrar un inconformismo hacia la sociedad y en las que se ejerce una práctica invasiva, agrediendo la piel y provocando infecciones locales o sistémicas deben ser tenidas en cuenta también como “prácticas de otras culturas” que nos aportan hoy día una patología que antes no poseíamos. Deben ser conocidas por el sanitario y la salud pública debe evitarlas o al menos con un control riguroso de los establecimientos y de los individuos que las practican.

9.- ECOEPIDEMIOLOGIA Y EPIDEMIOLOGIA POR SATELITE

La Salud Pública es una de las disciplinas médicas en las cuales se han ido asociando o deben irse asociando el mayor número de sanitarios posible de diferentes especialidades y profesiones, que con sus distintas visiones y enfoques pueden aportar nuevos elementos de gran relevancia para entender la dinámica real, holística y sistémica de un problema. En salud pública y quizá fundamentalmente en enfermedades vinculadas al ambiente, esto cobra aun más fuerza. Problemas como las enfermedades transmitidas por vectores y roedores, enfermedades asociadas con la transmisión hídrica y alimentaria, infecciones respiratorias, enfermedades humanas relacionadas con cambios bruscos de temperatura, patologías asociadas con la contaminación ambiental, así como otras entidades mentales, nutricionales e infecciosas, cada vez se asocian más con alteraciones del entorno que propician su aparición, reaparición, incremento o incluso disminución o desaparición temporal o definitiva.

En las enfermedades que nos ocupamos hoy uno de los problemas más importantes es el cambio climático global, pero no hay que menospreciar la destrucción de la capa de ozono, la lluvia ácida, la formación oxidante fotoquímica, la desertificación y deforestación y los fenómenos naturales de lluvias torrenciales, terremotos y maremotos. Los posibles cambios en el clima se deben al incremento de la concentración de los llamados "gases del efecto invernadero" en la atmósfera, tales como CO₂, cuyo incremento está causado por actividades como la quema de combustibles fósiles, la deforestación y por los avances de la tecnología industrial de las grandes potencias económicas.

Los recientes avances en la comprensión del ambiente en el cual ocurre la transmisión de muchas enfermedades infecciosas de importancia en salud pública en particular las transmitidas por vectores, ha permitido generar una serie de conceptos y herramientas que están modificando el abordaje de los problemas complejos en salud pública. La eco-epidemiología y más recientemente la epidemiología por satélites, brindan un potencial de opciones que se traducen en visiones más integradas de las enfermedades y nuevas posibilidades para prevenirlas y controlarlas.

En este contexto es necesario que los profesionales de la salud, en particular el médico de a pié, entiendan nuevos conceptos que dictan el marco de trabajo en el cual se están desarrollando nuevos avances en el abordaje de problemas complejos en salud pública, tales como la eco-epidemiología o epidemiología panorámica, la epidemiología por satélite y el uso de sensores remotos aplicados a salud, la geografía médica y los sistemas de información geográfica aplicados a salud, la geología médica, la bio-meteorología, la ecología sanitario-ambiental y la salud ambiental, el vínculo salud animal-salud humana y la gestión sanitario-ambiental. La Salud Pública y los sanitarios deben aproximar sus eslabones , engarzarlos y trabajar juntos encadenados porque son complementarios y la actuación independiente conduce a resultados incompletos y parciales.

9.1.- Ecoepidemiología o epidemiología panorámica

El entender que los cambios e interacciones del medio ambiente tienen una fuerte influencia sobre las diversas enfermedades ha generado la necesidad de estudiar dichos factores ambientales puesto que están condicionando enfermedades humanas. De allí surge el concepto de la eco-epidemiología o epidemiología panorámica (*landscape epidemiology*), es decir, el comprender cuales son los factores del ambiente que significan un riesgo para la salud del ser humano, medio del cual forma parte y donde puede ser él mismo un agente modificador. Tener la visión del entorno o el paisaje que rodea al individuo que puede enfermar es lo que genera el concepto de eco-epidemiología, epidemiología panorámica o sus sinónimos: epidemiología de paisajes o epidemiología paisajística.

El estudio de ese entorno puede implicar distintos puntos de vista, componentes, factores y disciplinas para evaluarlos dado que estos problemas son multifactoriales; por ejemplo, la vegetación, la fauna, el suelo, la hidrografía, los elementos climáticos o meteorológicos, entre otros, estudiados por ciencias como la biología, fitología, zoología, geología, ingeniería de suelos, hidrología, ingeniería hidráulica, climatología, meteorología o la ecología de la que hablábamos al principio de nuestro discurso y es ésta última la que presenta una visión integradora de ese medio en el que los seres vivos interactúan y del cual el hombre forma parte.

Pero hoy en día, se cuenta con una herramienta adicional de gran importancia y que define un nuevo concepto en la epidemiología, el uso de información por las imágenes de los satélites, que abren una sub-especialidad de la epidemiología panorámica o eco-epidemiología: la llamada epidemiología de satélite, de la cual muchos autores consideran como su madre a la hace poco tiempo fallecida Louisa Beck, quien trabajó arduamente demostrando la utilidad de los sensores remotos en la salud humana.

9.2.- Biometeorología y biometeorología médica

Mencionábamos en el comienzo que hoy en día se entiende que existe una gran interacción entre los seres vivos, incluyendo al hombre y su ambiente. En particular se ha observado la importancia que tienen los elementos meteorológicos y su variabilidad en cambiar las condiciones de vida, promover y afectar los seres vivos en la dinámica de los ecosistemas. Por ejemplo, sabemos que ciertas condiciones climáticas propician cambios en los patrones de enfermedades metaxénicas como el dengue, la leishmaniasis entre otras. En este contexto, entonces, la biometeorología puede definirse como la disciplina que se encarga de estudiar los efectos que las condiciones meteorológicas tienen sobre los seres vivos. Adicionalmente la biometeorología médica incluiría evaluar como esos efectos se pueden traducir en problemas para la salud humana, tal como se estudió en la interacción entre el clima y la malaria. Hace relativamente poco tiempo se ha creado la Sociedad Internacional de Biometeorología (International Society of Biometeorology), la cual se define como la sociedad dedicada al trabajo en la ciencia interdisciplinaria que estudia las interacciones entre los procesos atmosféricos y los organismos vivientes (plantas, animales y humanos). Le concierne también el sistema energético de respuesta al proceso y el flujo de materia dentro de la biosfera

9.3.- Salud animal y salud humana

Este apartado ha tenido recientemente un gran auge en virtud de las epidemias ocurridas en los pasados años donde enfermedades que en teoría sólo afectaban en forma considerable a los animales ahora lo están haciendo en los humanos, es decir, son zoonosis (una enfermedad infecciosa de animales vertebrados, tal como la rabia o la encefalitis equina que puede ser transmitida a los humanos). Ejemplos recientes de esto son la influenza aviaria, la encefalitis por virus del Nilo Occidental, e incluso el síndrome respiratorio agudo severo (SARS), del cual hace poco tiempo se han descubierto posibles reservorios animales como zorros, lobos, gatos, entre otros. Esto no es nuevo, a través de la historia, la vida salvaje ha sido una importante fuente de enfermedades transmisibles al ser humano. Hoy en día, las zoonosis con reservorios salvajes y constituyen un problema de salud pública mayor, que afecta a todos los continentes. La importancia de dichas zoonosis está reconociéndose cada vez más y la necesidad de tomar mayor atención en esta área es fundamental. No todas las zoonosis son originarias de países exóticos. En nuestro medio las tiñas de la cabeza y del cuerpo están transmitidas generalmente por gatos y perros domésticos o callejeros, sin descartar la transmisión interhumana.

En conclusión, el resultado satisfactorio de estas nuevas concepciones así como el de las tecnologías que las sustentan, aún es incierto en su entera dimensión, pero promete cambiar o revolucionar por completo nuestra visión de los problemas en salud pública y evidentemente la forma en la cual estos son manejados, quizá llevándonos en un futuro cercano a una significativa reducción de ellos, y sobre todo a mantenerlos en una vigilancia en tiempo real para poder controlarlos apropiadamente, elevando la calidad de vida de las personas que podrían sufrírselos.

En enfermedades como la malaria, el uso de estas herramientas está poniendo de manifiesto la utilidad que ellas pueden ofrecer. Por ejemplo, se están desarrollando sistemas de información que pueden permitir ayudar a predecir, controlar y detectar tempranamente epidemias de dengue y leishmaniasis cutánea. Esto demuestra las capacidades que en este momento ya tienen los sistemas y nos permiten imaginar la futura versatilidad de estos en el tiempo venidero, conllevándonos entonces a mejorar significativamente nuestra forma de abordar estos problemas complejos en salud pública con la ayuda de nuevas tecnologías, como los satélites que a diario nos rodean, tratando de intentar plasmar en las zonas de bosques, sabanas, altiplanos, etc... los cambios zoológicos, de vegetación, deforestación, humedad, para aproximar a la salud pública la posibilidad de predecir cambios que vayan a producir un cambio sanitario local en principio y que pueda extenderse a otras zonas geográficas.

10.- ANTIBIOTICOTERAPIA Y RESISTENCIAS

Hace poco más de 100 años que Klebs, Pasteur y Koch iniciaron el campo de las enfermedades infecciosas, por lo que consideraron que toda enfermedad tiene su origen en un agente biológico, permitiendo de este modo la construcción de una etiología de base experimental y como consecuencia, surgió la teoría microbiana de la enfermedad. Koch y Klebs independientemente formularon sus postulados, que hoy en día se han modificado en algunos en algunos puntos porque para que se desarrolle una enfermedad tiene que existir determinados factores predisponentes que entonces no consideraron como las circunstancias ambientales, contaminantes, enfermedad de base y no pudieron contar con las enfermedades víricas. Pero todo ello sirvió como pilares para conocer la patogenia y las manifestaciones clínicas de las enfermedades infecciosas, sirviendo para la entrada del tratamiento etiológico. La quimioterapia surgió como una necesidad para la producción en el laboratorio de principios activos de los productos naturales y de sustancias químicas que permitiría destruir los microorganismos causantes de enfermedades sin perjudicar al organismo enfermo.

Como en toda enfermedad infecciosa, el tratamiento conlleva el conocimiento del organismo productor para poder instaurar terapias específicas. Sin embargo, en muchos casos este conocimiento precisará de un lapso de tiempo en el cual el paciente puede necesitar de la instauración de un tratamiento sintomático, así como una vez realizada una correcta toma de muestras, un tratamiento empírico en función de la sospecha clínica.

En países tropicales, es muy importante resaltar que la mayoría de los fármacos antiparasitarios son difíciles de encontrar e incluso de utilizar, con frecuentes y potencialmente graves efectos secundarios que obligan a consultar el prospecto correspondiente siempre que se vayan a utilizar. Además, es muy importante de cara a la recuperación de la salud del paciente atender a las otras posibles necesidades que presente, como son la correcta nutrición, higiene personal, disponibilidad de medicación y seguimiento. Dada las características de muchos potenciales enfermos puede ser imprescindible contactar con otros servicios como asistencia social o diversas organizaciones responsables del gobierno correspondiente o de ONGs. Recordaremos en este punto que dada la potencial transmisibilidad de estas enfermedades es importante iniciar un examen médico preventivo epidemiológico contando para ello con servicio de Salud pública o distritos de Salud en el caso de su existencia. De hecho, hay que declarar las enfermedades infecto-contagiosas si observamos que deslindan su zona endémica. No obstante la diseminación de una enfermedad no se detiene en las fronteras entre los países. A medida que crece el número de personas que viajan a otros países y viven en ciudades muy pobladas, la propagación de los gérmenes es más fácil. Las enfermedades infecciosas que surgen en cualquier lugar del mundo pueden llegar a otro rápidamente. Los desastres naturales y los generados por el hombre crean poblaciones de refugiados con problemas de salud inmediatos y a largo plazo. La resistencia a los medicamentos va en aumento, lo que dificulta el tratamiento de algunas enfermedades.

Algunas bacterias han desarrollado mecanismos que las hacen resistentes a muchos de los antibióticos utilizados habitualmente en su tratamiento, lo cual plantea dificultades especiales, pues puede quedar escasas alternativas terapéuticas. Esto constituye un problema de salud pública mundial cada vez más importante. La OMS señala que los países deben estar preparados para aplicar medidas de control de las infecciones, sobre todo las nosocomiales para reforzar las políticas nacionales sobre el uso prudente de los antibióticos, a fin de reducir la aparición de bacterias resistentes.

La OMS recomienda a los gobiernos que centren sus medidas de prevención y control en cuatro áreas principales:

- 1.- Vigilancia de la resistencia a los antimicrobianos
- 2.- Uso racional de los antibióticos, incluida la educación de profesionales sanitarios y del público con respecto al uso apropiado de esta medicamentos
- 3.- Creación o aplicación de leyes destinadas a acabar con la venta de antibióticos sin prescripción y
- 4.- Cumplimiento estricto de las medidas de prevención y control de las infecciones

El problema de los países en vías de desarrollo es no puede cumplir con estas medidas por su pobreza, falta de recursos sanitarios y en este caso falta de antibióticos y medios de conocer la resistencia de los microorganismos.

Es la OMS la que debe y ha manifestado que seguirá prestando su apoyo a los países para que formulen políticas pertinentes, coordinando las medidas internacionales de lucha contra la resistencia a los antimicrobianos y pueda llegar a todo país necesitado de una política de antibióticos suficientes para la población y conocer la resistencia microbiana a

los mismos en las distintas áreas geográficas. La resistencia de los microorganismos será el tema del Día Mundial de la Salud en el año 2011.

La aparición reciente de una cepa bacteriana multirresistente a los antibióticos, publicada en la revista *The Lancet* en agosto pasado, nos recuerda que dicho fenómeno es un desafío considerable para los servicios de salud, habiendo en algunos casos su capacidad de control y proceder correctamente. Existen diversas estrategias para enfrentar el problema, algunas con éxito, otras dignas de un buena gestión en un escenario ideal.

En estos países de renta muy baja, con deficiencias sanitarias graves hay una estrategia adicional para las medidas de prevención y control convencionales que es el combate radical a la falsificación de medicamentos, así como a la comercialización de dichos productos en mercados ilegales, actividades que mueven ingentes recursos. Es cierto que la lucha contra esta modalidad de delincuencia pasa necesariamente por la educación del público consumidor, quienes en muchos casos, por buscar lo barato o no tener posibles, pueden terminar pagando el precio más alto, su salud o eventualmente su vida.

Para evitar la medicación ilegal la OMS debería realizar mayores esfuerzos para donar la medicación necesaria para el control de las infecciones tropicales para los países que las precisen, directamente o por medio de los laboratorios que los fabrican. Esto no es nuevo, la OMS proporciona por medio de los laboratorios Novartis a nivel internacional toda la medicación gratuita que precisa cualquier paciente con lepra del mundo, encauzado por el sistema sanitario.

11.- FUTURO DE LAS VACUNAS EN AREAS TROPICALES

Las vacunas se han desarrollado gracias a los grandes avances de la investigación biomédica y su objetivo no sólo se centra en la lucha contra las enfermedades en las que no hay vacunas disponibles para microorganismos intracelulares, virus que mutan con frecuencia o que producen infecciones crónicas sino también en mejorar las disponibles, proporcionando respuestas inmunitarias más fuertes, amplias, duraderas y seguras que puedan permitir el número de dosis mínimo y la vía de administración sea más cómoda.

Gracias al amplio impulso de la biología molecular y de las técnicas de secuenciación, se ha producido un importante avance en la identificación y estudio de los genes, así como el conocimiento de su función de cara a crear copias de un organismo. La recombinación genética permite crear vacunas a gran escala y bajo coste mediante la inserción del genoma que codifica un antígeno determinado en otro microorganismo, habitualmente una levadura, para que lo fabrique en grandes cantidades. Es el clásico caso de la vacuna frente a la hepatitis B y de otra más reciente como la vacuna frente al virus del papiloma humano. Una variante de esta técnica se está investigando en vacunas frente al Dengue.

Otra línea de investigación se centra en mejorar o aumentar la inmunogenicidad mediante el empleo de nuevos adyuvantes (MF59) que activen las células dendríticas y su capacidad para procesar y presentar antígenos y atraer y activar linfocitos T sin plantear problemas de seguridad. Se está preparando para antígenos como el VIH, el Virus de la Hepatitis C. Para la Malaria se está probando otro adyuvante (AS02A).

Respecto a la administración de las vacunas y salvando alguna excepción de su administración en gotas, la mayoría se administran mediante punción con aguja (intramuscular o intradérmica) por lo que se está investigando sobre nuevas vías de administración menos invasivas, más fáciles de aplicar y más seguras. De esta forma se podría conseguir menos efectos secundarios incluyendo la transmisión de agentes infecciosos, procedentes del exterior, siendo un problema preocupante en los países en desarrollo, la infección local tras la puntura y su posible diseminación. Evitar la estricta cadena de frío de algunas de ellas es un objetivo y se podría solventar de cara a la mejor distribución a lugares poco accesibles y evitando fallos vacunales. Además estas nuevas

vacunas podrían resultar más baratas y fáciles de fabricar lo que aumentaría la posibilidad de ser producidas directamente en los países no desarrollados.

La tecnología transgénica nos permite ya incluir determinados genes en los alimentos como en la patata, plátanos, tomates, maíz e incluso el yogur. La ingestión del alimento crudo, que actúa como vector permitiría la expresión del antígeno vacunal y la respuesta inmunitaria. Actualmente mediante este método la respuesta inmunitaria es baja en comparación con los métodos convencionales, pero en el caso de conseguir una respuesta inmunitaria suficiente permitiría que la vacuna llegara a lugares prácticamente inaccesibles gracias a su barata y fácil fabricación y distribución, así como una buena aceptación. Sin embargo, esta tecnología requiere todavía una mayor investigación y como alternativa se está trabajando en la presentación de estos alimentos en forma de tableta deshidratada o en cápsulas de gelatina.

También se está trabajando en la vacunación por vía transcutánea (parches o pomadas) de reciente desarrollo, en la que la vacuna se aplica en piel intacta, hidratada y previamente bien lavada. La vacuna se reabsorbe y entra en contacto enseguida con las células dendríticas y provoca una adecuada respuesta inmunitaria. La ventaja es la autoadministración y evitar inyecciones que pueden favorecer reacciones o infecciones locales. Sería muy adecuada también para los países en vías de desarrollo.

En definitiva estamos viviendo momentos con un gran futuro esperanzador en el desarrollo de vacunas que serán eficaces para toda enfermedad infecciosa pero deberá mantenerse también la intención u objetivo de que pueda beneficiar a todo ser humano que viva en cualquier rincón del planeta.

12.- CONCLUSION

Para finalizar, creo que la dermatología infecciosa tropical quizás esté cambiando de concepto y cada vez será menos tropical y más cosmopolita, pero las infecciones dermatológicas continuarán teniendo un lugar muy importante en su área endémica, en áreas periféricas de grandes ciudades y en países en desarrollo, añadido a las dermatosis no infecciosas: tumorales, genéticas o asociada una enfermedad sistémica, así como las infecciones adquiridas por elementos extraños que provienen de otras culturas. A la salud pública le concierne resolver estos problemas sanitarios en los países subdesarrollados y reforzar su vigilancia epidemiológica en inmigrantes y viajeros para tomar decisiones rápidas para el control de las mismas y los organismos internacionales deben proceder a cambiar dentro de sus posibilidades, las características del hábitat en que se producen y promocionar la educación para la salud. Los avances de la terapéutica y las vacunas serán entonces excelentes aliados.

Excmo. Sr Presidente de la Real Academia de Medicina de la Comunidad Valenciana doy por terminado mi discurso y antes de ser definitivamente aceptado como Académico de número en esta honorable Institución prometo públicamente que mi deber será el trabajar por ella.

He dicho

13.- BIBLIOGRAFIA SELECCIONADA

1. Williams CH et al: Salud pública en Dermatología. En: Fitzpatrick, Wolf K *et al.* Dermatología en Medicina General, 7ª Ed, pp: 18-21, Tomo I, Ed.: Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires, Argentina .2009
2. Hómez-Chacín J., *Derm.Ven.*1992, 30: 4:185-190
3. Admella C et al. Características estructurales y funcionales de la piel negra En: Dermatología en pacientes de piel negra, pp: 9-18, Ed.: Saiz G, Naranjo R y Dieng T. Ed.: Euromedice, Badalona (España), 2008
4. Parra EJ. Human pigmentation Variation: Evolution, Genetic Basis and Implications for Public Health. *Yearbook of Physical Anthropology* 50: 85-105, 2007
5. Robins AH. Biological perspectives on human pigmentation. Ed: Cambridge University Press: Cambridge, NY, 1991
6. Jablonski NG. The evolution of human skin and skin color. *Annu Rev Anthropol*, 33: 585-623, 2004
7. Gentilini M, Duflo B et al , Géographie Tropicale .1er partie. En: *Medicine Tropicale* , pp 15-30 . Ed: Flammarion Médecine-Sciences, 3ª ed, Paris, 1982
8. Chernin E. Sir Patrick Manson and Tropical Dermatology. *Int J Derm*, 269-272, 1986
9. Vilata-Corell JJ. Importância da Dermatología Tropical: conferência inaugural, quarta-feira, 19 de Julho de 2006. 2º Simpósio Internacional de Dermatologia Infecciosa. Manaus (Brasil), 2006
10. Pierard GE, Arrese JE et Piérard-Franchimont. Esquisse dès fondements de la Dermatologie Tropical . *Teu Méd Liege*: 2000; 55:6;516-526
11. Parish LC et al .Global Dermatology .NY, Springer-Verlag, 1994
12. Tyring SK. Syndromal tropical dermatology . En: *Tropical Dermatology* . cap I, pp 3-11, Ed : Tyring SK, Lupi o, Hengge UR . ed.: Elsevier USA, 2006
13. Arenas R, Estrada R .Preface . In: *Tropical Dermatology*. Ed: Arenas and Estrada. pp 1, ed.: Landes Bioscience . Texas (USA), 2001
14. Bueno F. Globalización y salud. En: *Enfermedades emergentes y re-emergentes*, cap 2, pp 31-52.Ed.: Grisolia S, Bueno F y Bendala-Tufanisco E .ed.:Fundación Valenciana de Estudios Avanzados Valencia (España), 2007
15. Guía de enfermedades infecciosas importadas. Ed.: Ministerio de Sanidad y Consumo. Centro de publicaciones. Madrid (España), 2008
16. *Enfermedades infecciosas importadas por viajeros internacionales a los trópicos.* Ed.: Ministerio de Sanidad y Consumo. Centro de publicaciones. Madrid (España), 2008.
17. Carreras A, En: *Miasmas y retrovirus. Cuatro capítulos de la historia de las enfermedades transmisibles.* Ed.: Fundación Uriach 1838. Tomo 2. Colección Histórica de Ciencias de la Salud. Barcelona (España).

18. Patel S and Sethi A, Imported tropical diseases. *Dermatologic Therapy*, 22: 538-549, 2009
19. López-Piñero JM. La descripción de la sífilis y los inicios de la clínica moderna: Gaspar Torrella, Pere Pintor y Juan Almenar. Siglo XVI. En: La Facultad de Medicina de Valencia (1502-2002). Breve historia de medio milenio. Pp 30-34 Ed.: JM López Piñero y Universitat de València. Valencia (España), 2002
20. López-Piñero JM. La descripción de la sífilis y los inicios de la clínica moderna: Gaspar Torrella (1497), Pere Pintor (1500) y Joan Almenar (1502). 04-12, pp 17-19 En: Ejemplos de contribuciones valencianas a la medicina internacional, Ed.: Fundación del Colegio Oficial de Médicos de Valencia, 2005
21. Astruc Mr. Refierense diferentes fabulas, esparcidas en orden al origen del mal enereo, y se refutan. En: Tratado de las enfermedades venereas en que después de haver explicado el Origen, la Propagacion, y la Comunicación de estas Enfermedades en general, se trata de la Naturaleza, de las Causas, y Curacion de cada una en particular. Tomo I, cap IX, pp 181-201 E : española. Ed.: Félix Galisteo y Xiorro. Madrid, 1782
22. Steffen R, Rickenbach M, Wilhelm U. Health problems after travel to developing countries. *J Infect Dis* ; 156-184, 1987
23. Freedman DO, Weld LH, Kozarsky PE et al .Spectrum of disease and relation to place of exposure among returned travellers. *N Engl J Med*, 2006, 354:119-130
24. O'Brian BM. A practical approach to common skin problem in returning travellers. *Travel Med Infect Dis*, 2009, 7: 125-146
25. Hill DR. Health problems in a large cohort of Americans travelling to developing countries, *J Travel Med*. 2000; 7:259-266
26. Ansart S, Pérez L, Vergely O, Danis M Bricarie F, caumes E. Illnes in tralers returning from the tropics: a prospective study of 622 patiens. *J Tavel Med*. 2005;12: 312-318
27. Piérard GE, Caumes E, Franchimont C, Arrese- Estrada J; Dermatologie Tropicale. Editions de l'Université de Bruxelles. AUPELF, 1993
28. Piérard GE. Introduction à la dermatologie tropical. *Rev Med Liège*, 1994, 49:204-213
29. Mahe A. Bacterial skin infections in a tropical environment. *Curr Opin Infect Dis*. 2001; 14:123-126
30. Millikan LE. Life-threatening dermatoses in travellers. *Clin Dermatol*. 2005; 23:249-253
31. Enfermedades de Etiología Infecciosa. En: Estudio de Inmigración y salud pública: Enfermedades infecciosas importadas. Informes, estudios e investigación, pp 12-15. Ed.: Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid (España), 2007
32. Alcalde M, Dermatosis e inmigración. *Dermactual*, 2009, 9: 12-13
33. Wilder-Smith A, Schwartz E, Dengue in travelers. *N Engl J Med* , 2005, 353:924-932

34. Medina A, Moreno M^aJ, Medina I, et al . Por qué decoramos nuestro cuerpo. En: Patología cutánea de la generación X . Monografías de Dermatología. Ed.: Camacho F. Vol XVII, 6, pp 5-13, 2004
35. Moreno JC .Generación X. En: Patología cutánea de la generación X. Ed.: Camacho F. Vol. XVII, 6, pp 3-4, 2004
36. González S, Vázquez FJ, Piercing, tattoos y sus complicaciones. Ed: ESMONpharma, Barcelona , 2009
37. Patz JA, McGeehin MA, Bernard SM, Ebi KL, Epstein PR, Grambsch A, et al. The potential health impacts of climate variability and change for the United States: executive summary of the report of the health sector of the U.S. National Assessment. *Environ Health Perspect* 2000; 108: 367-76
38. Rodríguez Morales AJ, Cárdenas R, Sandoval C, Baptista G, Jaimes E, Mendoza J, et al. Medio ambiente y protozoosis sistémicas. Variabilidad climática y su incidencia en la malaria. *Academia* 2004; 2: 26-32.
39. Beck LR, Lobitz BM, Wood BL. Remote sensing and human health: new sensors and new opportunities. *Emerg Infect Dis* 2000; 6: 217-27.
40. Tran A, Gardon J, Weber S, Polidori L. Mapping disease incidence in suburban areas using remotely sensed data. *Am J Epidemiol* 2002; 156: 662-68.
41. Delgado L, Córdova K, Rodríguez AJ. Epidemiological impact of climatic variation on malaria dynamics in a northeastern region of Venezuela. *Int J Infect Dis* 2004; 8(Suppl 1): S23-S24.
42. Rodríguez AJ, Rada L, Daza V, Barbella R. Correlación de pluviometría con la incidencia del dengue en el segundo semestre del 2002 en Venezuela. En: Libro de resúmenes del XVIII Congreso Científico Internacional de FELSOCEM, XV Congreso Científico Nacional de ABOLSCEM. La Paz: FELSOCEM; 2003. p. 28.
43. Gagnon AS, Smoyer-Tomic KE, Bush AB. The El Nino southern oscillation and malaria epidemics in South America. *Int J Biometeorol* 2002; 46: 81-89.
44. Delgado L, Córdova K, Rodríguez A. Utilidad de los sensores remotos climáticos en la prevención y diagnóstico de condiciones ambientales asociadas a la dinámica de enfermedades tropicales: La malaria en el estado de Sucre, Venezuela. En: XI Simposium de la Sociedad Especialistas Latinoamericana en Percepción Remota (SELPER). Santiago de Chile: SELPER; 2004
45. Kruse H, Kirkemo AM, Handeland K. Wildlife as source of zoonotic infections. *Emerg Infect Dis* 2004; 10: 2067-72.
46. Delgado L, Córdova K, Rodríguez AJ. Contribution of geospatial technology in tropical medicine and international health applications. *Informedica Journal* 2004; 3: 2.
47. Morrison AC, Getis A, Santiago M, Rigau-Perez JG, Reiter P. Exploratory space-time analysis of reported dengue cases during an outbreak in Florida, Puerto Rico, 1991-1992. *Am J Trop Med Hyg* 1998; 58(3): 287-98.
48. Cabaniel G, Rada L, Blanco J, Rodriguez-Morales, Escalera JP. Estudio del impacto de los eventos de El Niño sobre la leishmaniasis cutánea en Sucre, Venezuela, a través del uso de información satelital. 1994 - 2003. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* 2005; 22(1): 32-38.

49. González J, Calvo A, El despertar de la era antibiótica. *Rev Esp Quimioterap.*2005, 18:247-251
50. Picazo JJ, González Romo F, Futuro en el desarrollo de vacunas. *Rev Esp Quimioterap.*2007, 20:371-374
51. Vilata JJ. Dermatología tropical. Guía practica Clínica. Ed.: Adalia farma, Madrid, 2009
52. Nordlund JJ, Ertle J . Tropical dermatology and medicine. *Dermatologic Therapy* , 2009, 22: 465
53. Caumes E, La dermatologie tropical change de visage. *Bull Soc Pathol Exot*, 2003; 96:347-349
54. Ryan TJ, A brief history of tropical dermatology. *Clinics in Dermatology*, 2009, 27:248-251
55. Morand JJ, Quelle est la place de la Dermatologie dans les pays en développement?. *Ann Dermatol Venereol* , 2007, 134: 517-519
56. Gohman-Yahr M. Medicine and dermatology in less fortunate countries: a personal Outlook. *Int J of Dermatol* , 2007, 46 (suppl 2), 10-13
57. Morrone A. Poverty, health and development in dermatology. *Int J of Dermatol*, 2007, 46 (suppl 2), 1-9
58. Morand JJ, Dermatologie sous les tropiques: quell avenir? , *Med Trop* 2009; 69:213-21

DISCURSO DE CONTESTACIÓN DEL ACADÉMICO NUMERARIO

Ilmo. Sr. Dr. D. Rafael Carmena Rodriguez

EXMO. SR. PRESIDENTE,
EXMOS. E ILMOS. SRS. ACADÉMICOS,
SEÑORAS Y SEÑORES:

CONSTITUYE UN HONOR y una verdadera satisfacción haber sido designado, por el Excmo. Sr. Presidente, para pronunciar estas palabras de contestación al discurso de ingreso que acabamos de escuchar por parte de nuestro nuevo académico, el Dr. Juan José Vilata Corell.

El Dr. Vilata finalizó sus estudios de Licenciatura de Medicina en nuestra Facultad en 1969, inclinándose pronto por la Dermatología, Cátedra de la que fue Alumno Interno durante el último curso de la carrera. Comprendió pronto que, a diferencia de lo que se vivía entonces en la mencionada Cátedra, la moderna dermatología era y debía ser algo más que recetar lociones, fomentos y pomadas y, abandonando la brillante pero periclitada tradición dermatológica francesa del siglo XIX se inició en la moderna escuela anglosajona a través del *Textbook of Dermatology*, de Rook, y del bien conocido Texto de Dermatología en Medicina Interna, de Fitzpatrick, un tema sobre el que luego volveré.

La buena fortuna quiso que el Dr. Vilata fuese invitado por el Dr. Adolfo Aliaga a formar parte como médico adjunto del recién creado Servicio de Dermatología del Hospital Provincial (hoy General) de nuestra ciudad. Fueron momentos muy importantes para el desarrollo de la moderna dermatología en Valencia, al darse le feliz coincidencia de la incorporación del Prof. José M^a Mascaró a la Cátedra y a la Jefatura del Servicio de Dermatología del Hospital Clínico y la del Prof. Adolfo Aliaga en el Hospital Provincial.

El Dr. Vilata entró a formar parte de lo que durante varias décadas fue uno de los mejores y más prestigiosos servicios de dermatología de España, guiado y dirigido por nuestro querido y recordado amigo y académico, el Prof. Aliaga. En el Servicio, Juan José Vilata fue encargado de desarrollar varias líneas de investigación y aplicación clínica, como micología, dermatitis profesionales, fototerapia y enfermedades de transmisión sexual. Además, con la colaboración del Laboratorio de Microbiología del Prof. García de Lomas, y los Drs. Nogueira y Gimeno, fueron pioneros en el cultivo de Micoplasmas y cultivos celulares para Clamidias.

Nuestro nuevo académico tuvo claro desde el principio que si bien la dermatología tumoral y la inflamatoria deben siempre correlacionarse con la histopatología, campo magistralmente desarrollado por el Prof. Aliaga, la clínica y el laboratorio deben ir parejos en las dermatopatías de origen infeccioso. Y en este campo, es de justicia reconocer que el Dr. Vilata ha sido un trabajador brillante y tenaz. Leyó su Tesina de Licenciatura sobre "Relaciones etiológicas y patogenia de las infecciones por Micoplasma", calificada con Sobresaliente y posteriormente, en 1981, su Tesis Doctoral sobre "Infecciones por Herpes Simple: contribución clínico etiológica", calificada con Sobresaliente *cum Laude*.

Entre 1970 y 1986 el nuevo académico llevó a cabo diversas estancias en centros reconocido prestigio en el campo de la dermatología infecciosa en Francia y el Reino Unido. En 1984-85 realizó el Curso de Gestión Hospitalaria para Jefes de Servicio en la Escuela de Alta Dirección y Administración (EADA) de Barcelona. En 1989-90 cursó el Master en Medicina Tropical, ofrecido por nuestra Universidad y en 1995 alcanzó por oposición el cargo de Profesor Titular de Dermatología en nuestra Facultad de Medicina. Desde esa misma fecha ha sido académico correspondiente de esta Real Academia. Por otra parte, la vertiente humanística del Dr. Vilata ha quedado reconocida al ser recientemente admitido en la Sociedad Española de Médicos Escritores.

Ha dirigido 10 Tesis Doctorales, dos de las cuales han recibido Premio Extraordinario, y 3 Tesinas de Licenciatura. Ha sido editor de 9 libros de texto sobre Dermatología Tropical, Micosis Cutáneas, ha colaborado en textos de medicina interna tan prestigiosos como el Farreras-Rozman y ha publicado numerosos trabajos en revistas de impacto dentro de su especialidad. Como profesor universitario tiene reconocidos tres sexenios de investigación.

En suma, nuestro nuevo académico posee una formación global en dermatología y venereología como docente, médico asistencial, gestor e investigador. Ha sabido mantener una línea de investigación coherente y concreta y ha participado activamente en los foros de la Academia Española de Dermatología y Venereología.

La dermatología, junto con la patología y las modernas técnicas de imagen, es una de las tres especialidades médicas en las que la inspección visual es fundamental. El dermatólogo, en una rápida inspección, puede a veces solucionar un problema de diagnóstico difícil, o bien relacionar signos y síntomas hasta aquel momento incomprensibles. Por si eso no fuera suficiente, la piel proporciona a menudo el primer aviso de una enfermedad interna. Las manifestaciones cutáneas asociadas a las enfermedades internas son frecuentes y extraordinariamente variadas y esto nos obliga, tanto a los internistas como a los dermatólogos, a trabajar juntos y tender puentes de colaboración.

Como es sabido, la dermatología evolucionó como una rama de la medicina interna a lo largo del siglo XIX y las infecciones crónicas de la piel en la sífilis y la tuberculosis quedaron bien descritas a finales de dicha centuria. Personalidades como Darier y Fournier, en Francia, von Recklinhausen en Alemania, von Hebra en Austria o Pringle en el Reino Unido son algunas de las figuras señeras de finales del XIX y comienzos del siglo XX. Fueron surgiendo así los primeros especialistas en dermatología, en Europa y Norteamérica, con un marcado énfasis en la descripción clínica y clasificación de numerosas enfermedades cutáneas, dando lugar a un verdadero y confuso bosque de sinónimos, mientras que la eficacia terapéutica dejaba bastante que desear. Como se recoge, sin ningún tipo de eufemismos, en el primer capítulo del *Rook's Text Book of Dermatology*, "solo se disponía de tratamientos empíricos, generalmente ineficaces, y además pringosos y malolientes".

El atraso de la dermatología respecto a otras especialidades médicas no comenzó a remediarse hasta mediados del siglo pasado, cuando la biopsia cutánea y el estudio histopatológico adquirieron carta de naturaleza. Por fortuna, la llegada de la biología molecular y los estudios genéticos han irrumpido también, como en el resto de la medicina, en el campo de las enfermedades dermatológicas, aportando avances muy importantes tanto en la vertiente diagnóstica como en la terapéutica.

Por todo ello, la dermatología se ha convertido en los albores del siglo XXI en una especialidad con una fuerte base científica y con un caudal terapéutico extraordinariamente sofisticado y eficaz. Séame permitido, a título de ejemplo, recordar aquí el discurso de ingreso en esta Real Academia del Dr. Carlos Guillén en octubre de 2006 sobre avances en el tratamiento del cáncer cutáneo, con un profundo y documentado análisis de los nuevos tratamientos, como el uso de los inmunomoduladores o la terapia fotodinámica.

Como clínico internista, no puedo terminar estas reflexiones sin dejar constancia de la imperiosa necesidad que tienen los dermatólogos del siglo actual de poseer un conocimiento adecuado de la medicina interna. Muchas enfermedades sistémicas afectan a la piel, directamente o como consecuencia de complicaciones de la propia enfermedad o de los tratamientos empleados. Gran cantidad de fármacos pueden provocar efectos cutáneos indeseables, como pueden desencadenarlos también factores ambientales, desde los rayos ultravioleta hasta parásitos, microorganismos, plantas, productos químicos, etc.

Desde otra vertiente, los factores psíquicos y psicosociales intervienen también de forma relevante en las enfermedades dermatológicas. La piel posee una importancia evidente en lo que constituye nuestra imagen corporal y sus lesiones pueden

desgraciadamente ser causa de rechazo social. El dermatólogo debe estar preparado para ayudar a su paciente también en esta importante esfera de calidad de vida. Si a todo lo anterior añadimos la necesaria combinación con la cirugía (la dermatología médico-quirúrgica) es fácil deducir que la dermatología del siglo XXI es una de las especialidades más interesantes, completas y difíciles, por su extraordinaria complejidad, de la medicina.

En su preceptivo discurso de ingreso, que acabamos de escuchar, el Dr. Vilata se ha ocupado de uno de sus temas favoritos desde hace décadas: la dermatología tropical y sus nuevos retos.

Si repasamos la historia de la dermatología tropical de la mano de historiadores como Terence Ryan, de la Universidad de Oxford, comprobamos que desde la más remota antigüedad existían testimonios de la preocupación por las enfermedades de la piel en China o en la India, con remedios adecuados a los conocimientos de la época.

Sin embargo, las enfermedades de la piel detectadas entre los trópicos de Cáncer y de Capricornio comenzaron a conocerse y estudiarse sistemáticamente desde finales del siglo XVI gracias a los navegantes y exploradores españoles, británicos y holandeses. Durante al menos los dos siglos siguientes, la medicina y la dermatología tropical fueron desarrollándose, especialmente, en el seno de la medicina militar y de las prácticas médicas implementadas por las grandes compañías de navegación, como la *East India Medical Company*.

No debe sorprender el que durante muchos años la dermatología tropical estuviese acompañada de un trasfondo exótico o colonial muy en relación con las conquistas territoriales de las potencias europeas del momento y con el tráfico de esclavos desde África al Nuevo Mundo. Quede dicho, como inciso, que Sir William Osler, en su clásico texto de medicina interna, englobaba a las enfermedades tropicales de la piel bajo el sugestivo término de “medicina oriental”. De ahí que los principales expertos de las enfermedades tropicales, incluidas las de la piel, fuesen, hasta fechas relativamente recientes, los médicos militares. Así, en el clásico libro de texto *Price's Textbook of The Practice of Medicine*, editado en 1946, la sección de medicina y dermatología tropical corre a cargo de dos expertos médicos militares australianos, dedicando especial atención a las enfermedades contagiosas de la piel frecuentes en los trópicos. La lepra fue desde el principio un tema objeto de detenidos estudios, seguida de las infecciones por tripanosomas, treponemas, así como las leishmaniosis cutáneas, la filariasis, oncocercosis, micetomas, loa-loa, etc.

La dermatología tropical comprende tres aspectos diferentes de la medicina: la particular semiología de la patología de la piel negra, las dermatosis de importación y el complejo cuadro epidemiológico de los países llamados en vías de desarrollo. Durante décadas, la singularidad de la dermatología tropical, comparada con la practicada entonces en Europa, residía en la influencia combinada de factores geográficos, climatológicos, ecológicos, económicos, socioculturales, demográficos y genéticos. El interés de los médicos europeos por las enfermedades tropicales de la piel fue creciendo a finales del siglo XIX y dio pie a la fundación en 1899 en Londres, por el Dr. Patrick Manson, de la primera Escuela de Medicina Tropical.

Las precarias condiciones sanitarias y la malnutrición fueron, y lamentablemente continúan siendo, factores favorecedores para la aparición de esas enfermedades. La etiología infecciosa y parasitaria han sido y son las causas más frecuentes de las enfermedades cutáneas en el trópico y su prevalencia es elevada ya que representan una tercera parte de las enfermedades objeto de atención en los centros rurales de asistencia médica en estos países. Además, en la población rural de la mayoría de los países tropicales, las enfermedades de la piel se encuentran entre las cinco causas más frecuentes de morbilidad y pérdida de capacidad de trabajo, con el agravante de que muchos centros de asistencia sanitaria carecen de los cuidados dermatológicos más básicos.

El fenómeno de la globalización y los flujos migratorios, con desplazamientos poblacionales desde las zonas más pobres a las más privilegiadas del planeta, o los frecuentes viajes turísticos a países tropicales, característicos del mundo actual, ha hecho que las enfermedades tropicales de la piel sean ahora frecuentes en nuestros hospitales y estemos viviendo la era de la dermatología tropical cosmopolita. Podemos, sin duda, hablar por una u otra causa de enfermedades tropicales importadas. Entre ellas, destacan por su frecuencia las infecciones por larva migrans cutánea (*Ancylostomas*), el dengue y la enfermedad de Chagas. Es bien sabido que las tres causas principales de consulta médica cuando los turistas europeos regresan de los países tropicales son fiebre, diarrea y lesiones cutáneas.

Por todo ello, como bien recoge nuestro nuevo académico en su discurso, nos encontramos ante los nuevos retos de la dermatología tropical, que ha dejado de ser excepcional en nuestros hospitales, obligando a los dermatólogos e internistas europeos a ampliar sus conocimientos sobre enfermedades en gran medida nuevas para nosotros. El interés del Dr. Vilata por estos temas queda así plenamente justificado.

La Real Academia de Medicina de la Comunidad Valenciana se congratula y se enriquece hoy con la entrada de un nuevo e ilustre miembro. Me felicito y felicito también a la Academia por acoger al Dr. Juan José Vilata Corell a quien con todo afecto damos la bienvenida.