

El COVID-19 abre una nueva era en la educación internacional de posgrado en Dermatología

Janice Yeon^{1,2}, Mecuisela Tuicakau^{3,4}, Emily Welch^{5,6}, Odille Chang³, Samuel Zagarella², Margot J Whitfield^{1,5*}

¹The Skin Hospital, NSW (Australia), ²Universidad de Sydney, Medical School (Australia),

³Ministerio de Salud y Asuntos Médicos, Suva, (Fiyi), ⁴Universidad Nacional de Fiyi (Fiyi),

⁵St. Vincent's Hospital, NSW (Australia), ⁶East Surrey Hospital, Surrey, (RU)

*Autor correspondiente: mwhitfeld@stlderm.com.au

Conflicto de intereses: Ninguno.

Palabras clave: COVID-19, educación, dermatología, diplomatura, asociación internacional

Resumen

En 2016, se inició la planificación de una diplomatura en Dermatología y un máster de Medicina en Dermatología para las Islas del Pacífico para abordar los crecientes problemas de salud relacionados con la piel, tanto en Fiyi como en el Pacífico en general. Se estableció el Pacific Dermatology Training Centre (Centro de Formación en Dermatología del Pacífico) en el complejo hospitalario Tamavua Twomey en Suva (Fiyi) y el claustro de la Universidad Nacional de Fiyi (FNU) ratificó el diploma de posgrado en Dermatología (PGDD) en 2018, el cual comenzó en 2019 con cuatro estudiantes. Para prestar apoyo al único dermatólogo de Fiyi, el Dr. Tuicakau, así como para ampliar la base educativa, el curso se complementó con dermatólogos formados en el extranjero.

En 2020, el inicio de la pandemia de COVID-19 inhabilitó seriamente el sistema educativo. El curso se adaptó para superar las barreras físicas de los cierres de fronteras y se inició la enseñanza en línea de dermatología clínica y teórica con dermatólogos de otros países usando herramientas de videoconferencia como Zoom. Este nuevo método educativo ha sido una tarea difícil para el PGDD en Fiyi, ya que tuvo que enfrentarse a una infraestructura limitada, aumentar la carga de trabajo y mejorar las capacidades informáticas de los miembros del personal. A pesar de los desafíos, el programa ha crecido, e incluye planes para que los estudiantes reciban formación de más de 20 profesores internacionales a lo largo de 2020.

Fig. 1. Día de la apertura oficial del Pacific Dermatology Training Centre con el director Dr. Mecuisela Tuicakau y la Dra. Margot Whitfeld, presidenta de Pacific Dermatology Ltd (AUS)



Índice

13 El COVID-19 abre una nueva era en la educación internacional de posgrado en Dermatología
Janice Yeon, Mecuisela Tuicakau, Emily Welch, Odille Chang, Samuel Zagarella y Margot J Whitfeld

16 CUESTIONARIO
Deepani Munidasa

17 Enfermedades cutáneas autoinmunitarias en el África subsahariana: experiencia en Etiopía y Sudán del Sur y revisión de la prevalencia
Federica Dassoni, Workalemahu Alemu, Aldo Morrone y Bernard Naafs

25 Estudio sobre la infección micótica superficial en Chhattisgarh (India): informe breve
Daniel Henry y David Henry

Aplicación de Community Skin Health

La aplicación de CSH está disponible para iOS y Android.

Ahora tiene todas las ediciones al alcance de su mano, un archivo completo para encontrar los temas de actualidad, marcar sus artículos favoritos y recibir automáticamente la última edición directamente en su teléfono.



Solo recordarle que le invitamos a que evalúe la revista. Su aportación es muy valiosa para nosotros. Diríjase a:

<https://www.surveymonkey.co.uk/r/CSH-evaluation>

El COVID-19 abre una nueva era en la educación internacional de posgrado en Dermatología...continuación

Introducción

Las enfermedades de la piel constituyen un problema de salud cada vez mayor tanto en Fiyi como en el Pacífico en general. Para resolver este asunto, en 2016 se inició un curso de diplomatura en Dermatología y un máster de Medicina (Dermatología) en las Islas del Pacífico. En Fiyi, solamente hay un dermatólogo especialista, y no existe ninguna vía de capacitación regional para que otros logren esta posición. Con el fin de ampliar la base educativa, el curso se complementó con dermatólogos formados en el extranjero que viajaron a Fiyi para impartir una formación presencial y en el ámbito ambulatorio.

A finales de diciembre de 2019, la Organización Mundial de la Salud fue informada del brote de una enfermedad respiratoria en la ciudad de Wuhan (China). La causa de dicho brote fue un nuevo coronavirus, identificado como SARS-CoV-2, y a la enfermedad se la denominó informalmente COVID-19 por coronavirus disease (enfermedad por coronavirus).¹ El 19 de marzo de 2020, Fiyi confirmó su primer caso de COVID-19 y posteriormente adoptó medidas progresivas para controlar la propagación, cerrando finalmente sus fronteras y prohibiendo los viajes internacionales. Para el 5 de noviembre de 2020, Fiyi había registrado 34 casos, con solo 2 muertes, y había alcanzado los 200 días sin ningún contagio comunitario de COVID-19.² Recientemente, el Gobierno de Fiyi prometió invertir mil millones de dólares fiyianos (FJD) en un plan de estímulo por COVID-19, y se asignaron 40 000 000 FJD de fondos adicionales al sector sanitario en respuesta a la COVID-19.³

Según la UNESCO, los cierres de instituciones educativas en todo el país han afectado a casi un 60 % de la población estudiantil mundial.⁴ ¿Era posible que sobreviviera en Fiyi un programa internacional de educación superior recién iniciado, asociado con un modelo presencial? En este informe, analizamos la respuesta del «programa de posgrado en Dermatología en Fiyi» a la crisis del COVID-19.

Antecedentes

En 2016, se inició un estudio de viabilidad para el desarrollo de un programa de formación de posgrado en Dermatología, inicialmente para desarrollar un curso de posgrado en Dermatología (PGDD), y un máster de Medicina en Dermatología (MMed (Derm)) en las Islas del Pacífico. En 2017 y 2018 se llevaron a cabo renovaciones en la clínica ambulatoria y se inició el desarrollo del programa. Fue entonces cuando se estableció el Pacific Dermatology Training Centre como un centro de formación en dermatología dentro del complejo hospitalario Tamavua Twomey, en el que se encuentra la unidad nacional de derivación por enfermedades cutáneas, y cuando el claustro de la Universidad Nacional de Fiyi (FNU) aprobó el PGDD. En 2019, el programa de máster de Medicina en Dermatología de 4 años también fue aprobado por el claustro de la FNU para los graduados que hubieran completado con éxito la Diplomatura de Dermatología y que desearan continuar con otros 3 años de estudio, incluida una estancia fuera de Fiyi en el tercer año.

El curso de diplomatura comienza en febrero de 2019

Junto con el Dr. Mecuisela Tuicakau, la Dra. Margot Whitfield (Fig. 1), el Ministerio de Salud y Servicios Médicos de Fiyi y la FNU, el PGDD comenzó en 2019 con cuatro estudiantes: dos de Fiyi, uno de Kiribati y uno de Samoa. Todos ellos completaron el año con éxito (Fig. 2). El Dr. Tuicakau, director del curso y el único dermatólogo especialista en Fiyi, supervisó a los estudiantes en la clínica e impartió muchas de las clases clínicas. Para reforzar las capacidades educativas clínicas y académicas del Dr. Tuicakau, hubo otros dermatólogos formados en el extranjero que ayudaron a complementar el curso. Seis dermatólogos australianos con experiencia en la enseñanza terciaria



Fig. 2. Graduados con la diplomatura de Dermatología superada del año 2019. (De izquierda a derecha: Dra. Helena Va'a Fuiamaono, de Samoa; Dr. Temea Kibae Bauro, de Kiribati, Dr. Upendra Singh y Dra. Vinila Swarmy, de Fiyi)

en hospitales viajaron a Suva (Fiyi) durante una semana cada uno para complementar la enseñanza, con clases tanto teóricas como clínicas. Examinadores australianos y de Fiyi prepararon los exámenes de último año en Suva.

En 2020, el PGDD se reanudó con dos médicos fiyianos y un médico de Papúa Nueva Guinea (PNG) matriculados (Fig. 3), así como dos dermatólogos australianos que visitaron al Dr. Tuicakau para impartir las primeras materias en febrero.

Impacto del COVID-19

El impacto económico de esta pandemia mundial ha sido devastador. La fuerte disminución de los ingresos del turismo ha dejado a un tercio de la mano de obra (un tercio de esta, mujeres) sin empleo o con horarios reducidos.⁵ En Fiyi se ha producido una disminución en la asistencia a las consultas externas debida al cierre de fronteras y las medidas del confinamiento, que incluyen cierres temporales de las zonas afectadas (Lautoka, Labasa y Suva). El número de pacientes hospitalizados y la cuarentena comunitaria han limitado en gran medida el acceso a la atención médica y las consultas en las clínicas, y un análisis reciente mostró una reducción del 20 % en los traslados de pacientes hospitalizados.

La pandemia mundial también ha afectado al sistema educativo, que ha cambiado de manera radical en todo el mundo. El Ministerio de Salud y Servicios Médicos de Fiyi canceló la educación de posgrado para todos los médicos de Fiyi en 2020 y no se permitió la educación médica presencial. El periodo de 4 semanas de vacaciones (que generalmente se toma en julio) se adelantó a abril mientras se evaluaba la situación por COVID-19. Se aconsejó a los estudiantes extranjeros que regresaran a sus países de origen y los especialistas extranjeros ya no pudieron entrar en Fiyi para realizar las actividades educativas, como la supervisión de los procedimientos dermatológicos. La educación adicional de enfermeras y personal auxiliar, inicialmente impartida por los dermatólogos visitantes, ya no pudo llevarse a cabo, y la estudiante de PNG tampoco pudo regresar a su país debido al cierre de las fronteras.

Originalmente, las visitas de una semana de los dermatólogos australianos a Fiyi tenían lugar seis veces al año, además de las conferencias y la supervisión clínica local proporcionada por el único dermatólogo de Fiyi. El curso se adaptó para incluir más sesiones clínicas, seguidas de conferencias en línea entre una y tres veces por semana. Dermatólogos australianos, fiyianos y

estadounidenses proporcionaron sesiones de enseñanza teórica y clínica, así como histopatología y debates utilizando herramientas de videoconferencia tales como Zoom. Como preparación para cuando la estudiante de PNG pudiera regresar a su país, la FNU aprobó un supervisor de dermatología local y se hicieron gestiones para que los exámenes se realizaran en línea. Una vez que se volvieron a abrir las fronteras, la estudiante de PNG completó con éxito su primer semestre en Fiyi e hizo el examen escrito estando en cuarentena en un hotel de PNG. Más tarde, defendió su tesis desde su casa en Puerto Moresby (PNG) en línea, usando Zoom y con los examinadores en Fiyi y Australia.

Desafíos

La pandemia por COVID-19 ha presentado una oportunidad única para descubrir otros modos de impartir educación, pero no ha estado exenta de sus propios desafíos. Una de esas barreras es la infraestructura tecnológica en un entorno con recursos limitados. Las sesiones formativas se han visto interrumpidas en algunas ocasiones debido a una mala conexión a Internet. Otra barrera ha sido el aumento de la carga de trabajo del profesorado, tanto para preparar estas sesiones en línea como para presentarlas, y la mayoría de los miembros del personal tuvieron que mejorar sus habilidades digitales. Nos hemos dado cuenta de que la comunicación y la planificación continuas con los estudiantes, profesores y coordinadores han sido claves para que la transición tuviera éxito, y la interrupción del programa y del aprendizaje de los estudiantes fuera mínima.

El impacto del COVID-19 en el aprendizaje ha sido un desafío para los estudiantes. Owusu-Fordjour *et al.*⁶ reconocen la dificultad de los estudiantes de estudiar desde casa, la cual se ve agravada por el acceso limitado a Internet. Por el contrario, un metanálisis del Ministerio de Educación de EE. UU.⁷ informó de que la educación en línea es tan efectiva, si no mejor, como la educación presencial. Mantener la calidad de la educación y lograr los resultados del aprendizaje, independientemente del modo de impartición, es fundamental. Además de las clases en línea, los estudiantes recibieron otras sesiones educativas complementarias, tales como la asistencia a sesiones bibliográficas australianas sobre dermatología. El contenido del curso se ha supervisado y complementado constantemente para garantizar que los temas se cubran durante el semestre.



Fig. 3. Pre-COVID-19, febrero de 2020. El equipo multinacional celebra el fin de semana (de izquierda a derecha: Edwin Kumar, estudiante de posgrado en Dermatología (PGDD) de Fiyi; Monisha Shree, coordinadora del proyecto Fiji Albinism; Dra. Margot Whitfeld, Dra. Dana Slape, profesora dermatóloga australiana invitada; Dra. Cynthia Kuanch, estudiante de PGDD de Papúa Nueva Guinea, Mere Nabainivalu, asistente ejecutiva del director del Pacific Dermatology Training Centre, Fiyi).

El Dr. Prasad Kumarasinghe, un dermatólogo y ponente australiano, quien ha impartido enseñanza presencial antes del COVID-19, así como enseñanza en línea durante la pandemia, afirmó que «la enseñanza en línea se ha convertido en una necesidad en la era del COVID-19. Todos necesitamos encontrar formas innovadoras de impartir la enseñanza de manera eficaz. Disfruté de la enseñanza presencial el año pasado, así como de la enseñanza en línea en el programa de este año. El soporte técnico que ha proporcionado el equipo organizador ha sido excelente. Asegurar unas buenas conexiones telefónicas y un soporte técnico, cuando sea necesario, es muy importante para que el programa tenga éxito». No obstante, la enseñanza en línea no reemplazará de ninguna manera el valor del diagnóstico en persona, ya que el aprendizaje táctil es un componente fundamental en la evaluación de la piel. Para abordar esta laguna en el aprendizaje, se han adaptado las estrategias de gestión clínica inmediatas al presentar casos difíciles desde la clínica al cabo de uno o dos días de la presentación.

Conclusión

El cambio a las sesiones formativas en línea a través de Zoom ha ofrecido una oportunidad para la enseñanza interactiva de un mayor número de dermatólogos, a la vez que se superan las barreras físicas de los cierres de fronteras y se minimizan los costos asociados con los viajes. También ha supuesto una oportunidad para que algunos estudiantes de Fiyi (la matrícula oficial se aplazó debido a la COVID-19), participen en las sesiones formativas, brindando accesibilidad a aquellos que no pueden asistir a los centros de formación docente presencial tradicionales⁸ y, al mismo tiempo, reduciendo el riesgo de transmisión vírica de COVID.

El COVID-19 fue un catalizador para cambiar de rumbo hacia la enseñanza en línea y así garantizar la continuidad del plan de estudios. Reconocemos que el apoyo y la formación, tanto para estudiantes como para profesores, es clave en este nuevo entorno de aprendizaje. Este nuevo método de educación ha sido todo un desafío para el PGDD en Fiyi. Sin embargo, hemos sido testigos del crecimiento del programa y a lo largo de 2020 han participado hasta 20 ponentes internacionales. La colaboración con dermatólogos para el PGDD ha creado conciencia para el lanzamiento del máster en Medicina (Dermatología) que comenzará en 2022, el cual también requerirá enseñanza adicional en Zoom.

Anticipamos que se incorporarán sesiones formativas en línea para complementar el programa en el futuro, la era posterior al COVID. Estas han fortalecido aún más la asociación internacional preexistente, fundamental para el éxito del programa.

Agradecimientos

Nos gustaría agradecer el tiempo, la energía y la experiencia de los ponentes internacionales de Fiyi y pro bono, de Australia, Fiyi y EE. UU., por sus visitas formativas, enseñanza por videoconferencia o cualquier otra contribución al programa formativo. Además, agradecemos a Ian y Barbara Jackson, Michael y Betty Little Trust y Marcus Rule por su apoyo financiero a este programa, así como a Pacific Dermatology Ltd (AUS), Pacific Dermatology Trust (Fiyi), Pacific Leprosy Foundation, Organización Mundial de la Salud, Ministerio de Salud y Servicios Médicos de Fiyi, la Facultad de Medicina, Enfermería y Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Fiyi, Secretaría de la Comunidad del Pacífico, Strengthening Specialised Clinical

Continúa al dorso...

El COVID-19 trae una nueva era en la educación internacional de posgrado en Dermatología...continuación

Services in the Pacific, proyecto Pacific Island AUSAID y el Australasian College of Dermatologists.

Referencias

1. Tan W, Zhao X, Ma X *et al*. A novel coronavirus genome identified in a cluster of pneumonia cases—Wuhan, China 2019-2020. *China CDC Weekly* 2020; 2:61-2.
2. WHO. Fiji reaches COVID-19 milestone but remains vigilant. Disponible en: <https://www.who.int/westernpacific/about/how-we-work/pacific-support/news/detail/05-11-2020-fiji-reaches-covid-19-milestone-but-remains-vigilant>. (Último acceso: 7 de nov. de 2020).
3. UNDP. Socio-economic impact assessment of COVID-19 in Fiji. Disponible en: <https://www.pacific.undp.org/content/pacific/en/home/library/socio-economic-impact-assessment-of-covid-19-in-fiji.html>. (Último acceso: 7 de nov. de 2020).
4. UNESCO. Education: From disruption to recovery. Disponible en: <https://en.unesco.org/covid19/educationresponse>. (Último acceso: 7 de nov. de 2020).
5. Department of Foreign Affairs and Trade Australian Government. Partnerships for Recovery: Australia's COVID-19 Development Response. Disponible en <https://www.dfat.gov.au/sites/default/files/covid-response-plan-fiji.pdf> (Último acceso: 7 de nov. de 2020).
6. Owusu-Fordjour C, Koomson C K, Hanson D. The impact of COVID-19 on learning - The perspective of the Ghanaian student. *Euro J Educ Stud* 2020; 7(3):88-101.
7. U.S. Department of Education, Office of Planning, Evaluation, and Policy Development. *Evaluation of Evidence-Based Practices in Online Learning: A MetaAnalysis and Review of Online Learning Studies*. Washington, D.C.: Department of Education, 2010.
8. Knibel E. The Use and Effect of Distance Education in Healthcare: What Do We Know? Bethesda, MD: Published for the U.S. Agency for International Development (USAID) by the Quality Assurance Project. Operations Research Issue Paper, 2(2). Disponible en: <https://www.semanticscholar.org/paper/The-Use-and-Effect-of-Distance-Education-in-%3A-What-Knebel/cda9b3bd188a9541aed3e670ec8ba6a6f1516df7#citing-papers>. (Último acceso: 1 de junio de 2020).

CUESTIONARIO

Deepani Munidasa

Dermatóloga especialista, Anuradhapura Teaching Hospital (Sri Lanka)

Correo electrónico: deepanimunidasa@yahoo.com

La señorita B, una joven de 28 años de Anuradhapura (Sri Lanka) se presenta con una enfermedad en las uñas. Las uñas de las manos y de los pies parecían crecerle muy lentamente y habían adquirido una peculiar forma curva y un color amarillento desde los últimos años de su adolescencia (Fig. 1).

A menudo tenía las piernas hinchadas y una tos persistente que producía copiosas cantidades de flema.

PREGUNTA 1 ¿CUÁL ES EL DIAGNÓSTICO?

PREGUNTA 2 ¿QUÉ INVESTIGACIÓN AYUDARÍA EN EL DIAGNÓSTICO?

- a) Radiografía de tórax
- b) Hemograma
- c) Hepatograma
- d) Trozos de uñas para micocultivo
- e) Radiografía lateral de las manos



Fig.1 Uñas amarillentas de lento crecimiento

Respuestas en la página 27.

Becas ILDS DermLink en 2021

Todos los años, la Liga Internacional de Sociedades Dermatológicas (ILDS), por medio de la Fundación Internacional de Dermatología (IFD), otorga las becas ILDS DermLink a proyectos enviados por miembros de la ILDS. En 2020, recibimos 17 propuestas de proyectos para estas becas. Los proyectos se evaluaron según los siguientes criterios: identificación de las necesidades, impacto de la propuesta, sostenibilidad del proyecto y si están enfocados a dermatología tropical o a la salud de los migrantes.

En 2020, se concedieron nueve becas ILDS DermLink por un valor de 44 901 \$ a proyectos procedentes de los siguientes países: Angola, Bulgaria, República Dominicana, Etiopía, Indonesia, Nepal, Nigeria, Tayikistán y Turquía.

La siguiente serie de subvenciones DermLink concluye el 28 de febrero de 2021. Si le gustaría solicitar una de dichas becas, visite nuestro sitio web www.ILDS.org y, si necesita más información al respecto, la dirección de contacto es DermLink@ilds.org.

Enfermedades autoinmunitarias de la piel en África subsahariana: experiencia en Etiopía y Sudán del Sur y revisión de la prevalencia

Federica Dassoni^{1,2,1}, Workalemahu Alemu², Aldo Morrone, Bernard Naafs⁴

²Hospital San Gerardo, Monza (Italia), ²Hospital Ayder Referral, Mekelle (Etiopía), ³Hospital IFO San Gallicano, Roma (Italia),

⁴Foundation Global Dermatology, Munnekeburen (Países Bajos)

[†]Autora correspondiente: federica.dx@gmail.com

Conflicto de intereses: Ninguno.

Palabras clave: autoinmunitario, África subsahariana, ampollas, pénfigo, penfigoide, enfermedad IgA lineal, enfermedades del tejido conjuntivo, esclerodermia localizada, esclerodermia generalizada, lupus eritematoso, dermatomiositis.

Resumen

Objetivo

Existen pocos informes sobre enfermedades cutáneas autoinmunitarias, un grupo poco común de afecciones cutáneas, en países africanos. Compartimos nuestra experiencia con estas enfermedades durante 5 años en Etiopía y Sudán del Sur.

Métodos

Se analizaron las enfermedades ampollas y del tejido conjuntivo observadas. Se elaboró un informe sobre los estudios y se compararon los datos epidemiológicos de este grupo de enfermedades en África.

Resultados

Durante un período de 5 años, se diagnosticaron 27 casos de enfermedades ampollas: pénfigo (10), penfigoide (3) y dermatosis lineal IgA (14). Se atendió a 19 pacientes con esclerodermia: segmentaria (13) y difusa/sistémica (6), y a 15 pacientes con lupus eritematoso discoide. En los establecimientos sanitarios se atendieron al año a más de 10 000 pacientes con distintas afecciones.

Conclusiones

Las enfermedades autoinmunitarias están presentes en las zonas rurales de África (norte de Etiopía y Sudán del Sur), aunque no se notificasen todas ellas. Su diagnóstico a menudo se pasa por alto debido a la falta de conocimiento sobre las enfermedades de la piel y la falta de dermatólogos y de herramientas para el diagnóstico.

Introducción/Antecedentes

Los escasos datos publicados sobre el tema en África permiten inferir que las dermatopatías autoinmunitarias, como las enfermedades ampollas o del tejido conjuntivo, son poco habituales entre los africanos en comparación con otras poblaciones. Algunas publicaciones indican que la excepcionalidad de las enfermedades autoinmunitarias sistémicas entre los africanos se debe al papel protector de la malaria.¹ Sin embargo, el aumento de informes sobre estas afecciones permite suponer que no se han notificado todos los casos.²

Se pueden encontrar artículos esporádicos en las publicaciones médicas del África subsahariana.³ Las enfermedades cutáneas autoinmunitarias están presentes en estudios que analizan el patrón de las enfermedades cutáneas. En un estudio de Uganda de 2 años de duración se informó de que había 22 pacientes con trastornos autoinmunitarios con ampollas subepidérmicas.⁴ En otro estudio de Uganda, con 232 pacientes encuestados durante 2 meses en un hospital de atención especializada en la capital, se identificó a 4 pacientes con enfermedades ampollas (1,7 %) y a 2 pacientes con trastornos del tejido conjuntivo (0,9 %), con un total de pacientes con enfermedades cutáneas autoinmunitarias (2,6 %).⁵ Los diagnósticos histopatológicos de biopsias de piel (n=1554)

recogidos en un hospital universitario de Dermatología de Tanzania durante un período de 5 años mostraron 53 casos de enfermedades ampollas y 45 casos de enfermedades del tejido conjuntivo (en total 98 (6,3 %)).⁶ De un total de 895 pacientes dermatológicos atendidos entre 2005 y 2010 en un hospital universitario de Nigeria, la prevalencia de las dermatopatías autoinmunitarias fue de un 3,5 % (un 2,9 % de enfermedades del tejido conjuntivo y un 0,6 % de enfermedades ampollas). Este estudio excluyó las enfermedades de la piel relacionadas con el VIH.⁷ Recientemente, en Botsuana, el 4 % de todos los nuevos pacientes atendidos en diferentes clínicas de dermatología fueron diagnosticados con dermatopatías autoinmunitarias, con preponderancia de enfermedades del tejido conjuntivo, en particular el lupus eritematoso cutáneo.⁸

De todos estos datos queda claro que las dermatopatías autoinmunitarias están presentes en la población africana, lo que respalda el estudio de Adelowo *et al.*², aunque todavía es difícil determinar la prevalencia en toda la población. El hecho de que muchas de estas enfermedades no se notifiquen puede deberse a múltiples factores. La población rural a menudo no busca cuidados de la piel debido al difícil acceso a la atención médica, el costo del diagnóstico y el tratamiento (en caso de que el mismo esté disponible), las dificultades de transporte y la posible inseguridad de las carreteras. Además, el diagnóstico es difícil en las zonas rurales, donde no están disponibles los análisis de sangre, la inmunofluorescencia (IF) y la histopatología. Hay muy pocos especialistas (en ocasiones, ninguno). Además, estos se concentran principalmente en las capitales y no están fácilmente disponibles para los más desfavorecidos. Por lo tanto, es fácil que el diagnóstico correcto se pierda o no se comunique de manera oficial.

Métodos

Se observaron las enfermedades autoinmunitarias durante 3 años (del 2008 al 2011) en el Centro Dermatológico Italiano (IDC) en Mekelle, en el norte de Etiopía, y durante 2 años (del 2013 al 2015) en un hospital en Nzara, un pequeño pueblo rural en el estado de Ecuatoria Occidental, en Sudán del Sur. Los grupos étnicos eran los tigreños (una tribu nilótica) en Etiopía y los azande (una tribu bantú) en Sudán del Sur. Proporcionamos una revisión de los datos epidemiológicos publicados de cada enfermedad.

Las dermatopatías autoinmunitarias se pueden dividir en subgrupos. Aquí se informa de las enfermedades ampollas y las enfermedades del tejido conjuntivo.

Enfermedades inflamatorias ampollas

Estas enfermedades raras (alrededor de 25 casos nuevos por cada millón de personas al año en Europa) se caracterizan por ampollas y erosiones en la piel y, a veces, de las membranas mucosas. Las ampollas son intraepidérmicas o subepidérmicas. Las características clínicas dominantes varían, dependiendo de la localización de los antígenos involucrados. Los factores internos (p. ej., neoplasias malignas) y externos (bacterias, fármacos) pueden actuar como desencadenantes.

Continúa al dorso...

Enfermedades autoinmunitarias de la piel en África subsahariana: experiencia en Etiopía y Sudán del Sur y revisión de la prevalencia...continued

Enfermedades ampollosas intraepidérmicas: grupo del pénfigo

El pénfigo es una enfermedad autoinmunitaria grave que afecta a la piel y las mucosas (Figs. 1, 2). Está causado por autoanticuerpos dirigidos contra los antígenos de la superficie de los queratinocitos, más frecuentemente las desmogleínas (Dsg) 1 (epidermis superficial) y Dsg 3 (epidermis mucosa profunda y media), y en algunas ocasiones las moléculas de las plaquinas, como en el pénfigo paraneoplásico. La interacción de los anticuerpos con sus antígenos diana es responsable de la pérdida de adhesión celular (acantólisis) y la formación de ampollas intraepiteliales. El signo de Nikolski es positivo (aparecen ampollas después de frotar suavemente la piel). La incidencia mundial está entre 0,7 y 5 casos nuevos por millón/año⁹.

Los diferentes tipos de pénfigo

- En el pénfigo vulgar (Figs. 1a, 1b) y vegetante (Figs. 2a, 2b) se desarrollan ampollas justo por encima de la capa basal y los autoanticuerpos se dirigen principalmente contra las Dsg 3.
- En el pénfigo foliáceo (PF) (Fig. 1c) y el pénfigo eritematoso, las ampollas se encuentran en la epidermis superior y los autoanticuerpos se dirigen contra las Dsg 1. Las Dsg 1 **no** están presentes en la mucosa (por lo tanto, el PF no tiene afectación mucosa).



Fig. 1a Características cutáneas del pénfigo vulgar



Fig. 1b Afectación mucosa en el pénfigo vulgar

- En el pénfigo paraneoplásico¹⁰ los autoanticuerpos se dirigen mayoritariamente contra las Dsg 1, las Dsg 3 y las moléculas de las plaquinas; se asocian principalmente con la proliferación linfocítica benigna o maligna.

La incidencia y la prevalencia de diferentes formas de pénfigo varían entre países y grupos étnicos: mientras que el pénfigo vulgar es el más común en Europa y EE. UU., el PF es el más prevalente en el norte de África, Tanzania, Turquía, Sudamérica y Nueva Zelanda^{9,10}. Hay formas esporádicas y endémicas de PF. La forma esporádica del PF es la más común en Europa y EE. UU., donde su incidencia es, aproximadamente, de cinco a diez veces menor que la del pénfigo vulgar.

El PF endémico (también denominado «fogo selvagem») es habitual

en Brasil,¹⁰ pero también se dan casos en Túnez,¹¹ Tanzania (observación personal de los autores) y en otras partes del mundo.^{12,13}

La aparición del pénfigo autoinmunitario está asociada con la existencia de factores genéticos y medioambientales.

- **Genéticos:** varios estudios, realizados en diferentes poblaciones étnicas, han demostrado que el pénfigo vulgar está asociado con alelos HLA de clase II (DRB1*4 y DRB1*14). El PF, tanto en su forma esporádica como endémica, está asociado con los alelos HLA de clase II (DR4, DR14 y DR1).
- **Medioambientales:** en Brasil, la mosca negra (*Simulium nigromanum*) se ha visto implicada en el PF endémico, además de una predisposición genética. Hay quien piensa que los insectos están implicados en el PF en las laderas del Kilimanjaro en Tanzania.

La mayoría de los pacientes con pénfigo autoinmunitario tienen edades comprendidas entre los 40 y los 60 años en el inicio de la enfermedad, mientras que el PF endémico suele afectar a adolescentes y jóvenes.

La incidencia del pénfigo autoinmunitario es mayor en poblaciones judías, en particular aquellas de origen ashkenazi, en japoneses e indios, en comparación con la incidencia observada en caucásicos de América del Norte o Europa



Fig. 1c Características clínicas del pénfigo foliáceo



2a



2b

Fig. 2a y 2b. Rasgos cutáneos del pénfigo vegetante

Tabla 1**Enfermedades ampollosas intraepidérmicas observadas**

| Enfermedad | Número (Etiopía), H/M | Edad media | Número (Sudán del Sur), H / M | Edad media | Total | Biopsia realizada |
|-----------------|-----------------------|------------|-------------------------------|------------|-------|-------------------------|
| Pénfigo (total) | 6 (3H, 3M) * | 36 a | 4 (1H, 3M) § | 40 a | 10 | 4 (Etiopía), 1 (Uganda) |
| P. vulgar | 3 (1H, 2M) | 48 a | 2 (1H, 1M) | 35 a | 5 | 2 (Etiopía) |
| p. vegetante | 2 (1H, 1M) | 18 a | 0 | - | 2 | 1 (Etiopía) |
| P. foliáceo | 1 (H) | 40 a | 2 (M) | 47 a | 3 | 1 (Uganda) |

* 1 caso con coinfección por VIH, 1 coinfección por lepra. § 1 caso de coinfección por VIH.

Occidental. Los estudios epidemiológicos en varias poblaciones apuntan directamente a que la incidencia del PF es mayor en latitudes más bajas y más reducida en latitudes más altas. Sin embargo, se desconoce la epidemiología exacta en el África subsahariana.

Observamos seis casos de pénfigo durante 3 años en Etiopía (Tabla 1), (1 de PF, 3 de pénfigo vulgar y 2 de pénfigo vegetante). Se hizo un seguimiento de cuatro pacientes con pénfigo en Sudán del Sur durante un período de 2 años (2 de pénfigo vulgar y 2 de PF). Dos pacientes con pénfigo vulgar también se vieron afectados por el VIH, una infección muy endémica en ambos países. Un paciente etíope con pénfigo vulgar estaba afectado por lepra, con deformidad visible de manos y ojos y una amputación previa de una pierna. Un paciente con PF era de Uganda, donde la enfermedad se confirmó por las características histológicas. La mayoría de los diagnósticos fueron solo clínicos o se basaron en la respuesta al tratamiento, ya que la histopatología no está disponible en las áreas rurales de Sudán del Sur.

Se observó PF en pequeños grupos de personas cada pocos años, lo que sugiere la presencia de pequeñas epidemias. Dado que la IF no estaba disponible, fue imposible diferenciar en el paciente el pénfigo de la epidermolisis ampollosa adquirida. Todos los diagnósticos se hicieron clínicamente; la histopatología solo fue posible en unos pocos pacientes.

Enfermedades ampollosas subepidérmicas: grupo penfigoide

Los trastornos ampollosos subepidérmicos autoinmunitarios incluyen:

- penfigoide ampolloso (PA)
- penfigoide de la membrana mucosa (PMM)
- penfigoide cicatricial (PC) de Brunsting-Perry
- dermatosis con depósitos lineales de inmunoglobulina A (IgA) (DAL o dermatosis ampollosa crónica de la infancia, DAIL)
- dermatosis ampollosa con depósitos lineales de IgG/IgA
- penfigoide gestacional
- epidermolisis ampollosa adquirida
- liquen plano penfigoide
- lupus eritematoso sistémico ampolloso (LESA).

Los autoanticuerpos se dirigen contra las proteínas de la unión dermoepidérmica (hemidesmosomas), tales como

- BP180 y BP230 (PA, PMM, PC, DAL, dermatosis ampollosa lineal IgG/IgA, penfigoide gestacional y liquen plano penfigoide)
- laminina 5, integrina $\alpha 6\beta 4$ (PMM, PC)
- colágeno tipo VII (epidermolisis ampollosa adquirida, LES ampolloso)⁴.

La frecuencia relativa de las dermatopatías ampollosas autoinmunitarias varía entre diferentes regiones geográficas. En Europa y Singapur, el PA es la enfermedad ampollosa subepidérmica autoinmunitaria más común con una incidencia de aproximadamente 0,3 a 7 nuevos

casos por 1 millón de habitantes por año, seguida de la PMM, el pénfigo gestacional y la DAL.¹⁴ En contraste, en Sudáfrica, Túnez, Tanzania y Mali, la DAL era más frecuente, mientras que en China y Malasia, la incidencia de las enfermedades subepidérmicas ampollosas en general parece ser inferior. En particular, la dermatosis ampollosa crónica infantil (DAIL) se ha registrado con mayor frecuencia en pacientes africanos.^{13,15-17} El PA se ha registrado en Uganda y Nigeria^{3,4}, donde representó más del 40 % del total de las enfermedades ampollosas. La incidencia de las enfermedades ampollosas

subepidérmicas en Uganda es ligeramente menor pero no difiere mucho de la de Europa, lo que provoca que se infravalore.⁴

El penfigoide ampolloso (PA) (Figs 3a, 3b) generalmente se presenta en personas mayores y se caracteriza por grandes ampollas tensas con hallazgos inmunopatológicos de depósitos



Fig. 3a y 3b. Ampollas tensas en penfigoide ampolloso

Continúa al dorso...

Enfermedades autoinmunitarias de la piel en África subsahariana: experiencia en Etiopía y Sudán del Sur y revisión de la prevalencia...continuación

lineares de C3 y de IgG en la membrana basal. El signo de Nikolski es negativo. Hay unos pocos estudios que informan de la incidencia del PA derivados de registros basados en la población a nivel nacional. Observamos 3 casos de PA en Etiopía, uno con penfigoide cicatricial (Tabla 2). Un caso fue confirmado histológicamente. No se observaron casos en Sudán del Sur.

Observamos a nueve niños con **DAL de la infancia** (DAIL) en Etiopía durante 3 años, y 5 niños en Sudán del Sur durante más de 2 años (un total de 14 casos) (Tabla 2). El diagnóstico se basó principalmente en las características clínicas (Figs. 4a, 4b), la edad de los pacientes y la respuesta al tratamiento (dapsona, tetraciclina); la histopatología solo estuvo disponible en Etiopía. El diagnóstico diferencial más difícil fue la epidermólisis congénita ampullosa simple (tipo Dowling Meara), que no responde a este tratamiento. En este estudio se vio una mayor incidencia de DAL en comparación con el PA, de acuerdo con los datos publicados en África⁴. Como era de esperar, la mayoría de los niños habían sido tratados con antibióticos antes, con un supuesto diagnóstico de impétigo, sin mejoría.



Fig. 4a Disposición anular de ampollas en dermatosis ampullosa crónica infantil (dermatosis IgA lineal)



Fig. 4b Dermatitis IgA lineal extensa en un niño

No se observaron otras enfermedades ampullosas como la dermatitis herpetiforme, posiblemente porque el gluten en la dieta era limitado o inexistente. En Etiopía, el teff es el alimento básico, mientras que en Sudán lo son el arroz, el maíz y las patatas.

Limitaciones del estudio:

- No se disponía de ninguna prueba de IF.
- El número de pacientes probablemente fue menor que la prevalencia real, debido al difícil acceso desde las aldeas circundantes y la presencia de otros pequeños hospitales en la región.

Enfermedades del tejido conjuntivo

Aunque las enfermedades del tejido conjuntivo no se notifican a menudo en África, este grupo de enfermedades no es tan raro.² Su epidemiología en África está lejos de ser conocida. La escasez de registros puede deberse a las mismas razones que en las enfermedades ampullosas. Según las publicaciones, las enfermedades del tejido conjuntivo son más frecuentes en las poblaciones africanas y asiáticas de piel morena en comparación con las enfermedades ampullosas y su gravedad se considera mayor. Su prevalencia mundial parece ser más baja en los países africanos y más alta entre los descendientes de africanos en el Caribe y América del Norte,^{18,19} pero se necesitan más estudios de los factores de riesgo genéticos y ambientales. En particular, diferentes autores consideran que es fundamental realizar estudios epidemiológicos en África.^{3,4,6,7}

Entre nuestros pacientes con enfermedades del tejido conjuntivo observamos 71 casos de lupus eritematoso cutáneo (discoide) (LED); (edad media: 47 años), 26 casos de esclerodermia generalizada y morfea (edad media: 24,5 años), y solo 2 casos de sospecha de dermatomiositis (DM), (edad: 43, 39). No se observaron casos de lupus eritematoso cutáneo subagudo (LECS) ni de LES, quizás los profesionales sanitarios que derivaron al paciente no reconocieron la enfermedad.

Grupo de la esclerodermia

«Esclerodermia» hace referencia a un grupo heterogéneo de trastornos fibrosantes autoinmunitarios. Se han notificado casos en Nigeria,² en Senegal^{20,21} y Botsuana.⁸ Su nomenclatura ha cambiado en los últimos años; en la actualidad incluye;

- morfea; localizada (esclerodermia circunscrita), lineal, esclerodermia generalizada sistémica;
- acroesclerodermia o esclerodermia difusa, y síndromes mixtos del tejido conjuntivo.

La esclerodermia generalizada es una enfermedad autoinmunitaria crónica multisistémica caracterizada por vasculopatía, inflamación y fibrosis en diferentes órganos. Hay dos subconjuntos principales: el cutáneo limitado (anteriormente síndrome CREST: **C**alcinosis, fenómeno de **R**aynaud, disfunción

Tabla 2

Enfermedades ampullosas subepidérmicas observadas

| Enfermedad | Número (Etiopía), H/M | Edad media | Número (Sudán del Sur), H/M | Edad media | Total | Biopsias realizadas |
|---|-----------------------|------------|-----------------------------|------------|-------|---------------------|
| Penfigoide ampullosa | 2 (1H, 1M) | 45 | 0 | - | 2 | 1 (Etiopía) |
| Penfigoide cicatricial | 1 (H) | 19 | 0 | - | 1 | |
| Dermatitis IgA lineal de la infancia (DAIL) | 9 (7H, 2M) | 9 | 5 (1M, 4H) | 5 | 14 | 7 (Etiopía) |



Fig. 5. Esclerodermia lineal o «esclerodermia en sablazo»



Fig. 6. Placa morfea



Fig. 7 Morfea segmentaria

Esofágica, **Es**clerodactilia, **T**elangiectasia) y la esclerodermia cutánea difusa.

Observamos a 13 pacientes con morfea localizada y morfea segmentaria/lineal (Figs. 5, 6, 7) y 6 con esclerodermia cutánea/sistémica difusa (Fig. 8a) (5 en Etiopía y 1 en Sudán del Sur, todas mujeres) (Tabla 3).

Tabla 3

Casos vistos de morfea y esclerodermia generalizada

| Enfermedad | Número (Etiopía), H/M | Edad media | Número (Sudán del Sur), H/M | Edad media |
|--------------------------------|-----------------------|------------|-----------------------------|------------|
| Morfea y esclerodermia lineal | 13 (6H, 7M) | 30 a | 0 | - |
| Esclerodermia difusa/sistémica | 5 (M) | 24,5 a | 1 (M) | 27 |

§ 1 caso de coinfección con VIH



Fig. 8a. Aspecto facial de la esclerodermia generalizada

Un paciente con esclerodermia generalizada presentaba coinfección por VIH.

El diagnóstico se hizo principalmente de forma clínica. Se realizaron pocas biopsias, observadas por patólogos generales, con resultados sin especificar a pesar de las llamativas características clínicas. El diagnóstico diferencial entre la morfea generalizada y la esclerodermia sistémica difusa no fue tan fácil, aunque la preservación de las areolas es característica de la morfea generalizada (Fig. 8b). Se observó una proporción igual de hombres y mujeres con morfea, mientras que la esclerodermia generalizada se observó exclusivamente en mujeres. Se observó una alta incidencia de hiper e hipopigmentación focal (un 100 % de pacientes con esclerodermia localizada, un 84 % (5/6) de pacientes con esclerodermia difusa/sistémica (Fig. 9a)), de acuerdo con otros informes. La afectación de las yemas de los dedos y el paroniquio ayudaron en el diagnóstico. La pigmentación de la piel «salpimentada» (Fig. 9b) es una de las primeras características de la esclerodermia generalizada. Con la ayuda de este dato fue posible el diagnóstico precoz en algunos pacientes²². También puede ser un signo de DM. El reconocimiento de los capilares del lecho ungueal con un oftalmoscopio o dermatoscopio muestra capilares agrandados y áreas con microhemorragias en la esclerodermia generalizada (Fig. 10).

Continúa al dorso...



Fig. 8b Morfea generalizada con preservación areolar



Fig. 9a Hipopigmentación moteada en la esclerodermia generalizada



Fig. 9b Cambios pigmentarios «salpimentados» en la esclerodermia generalizada

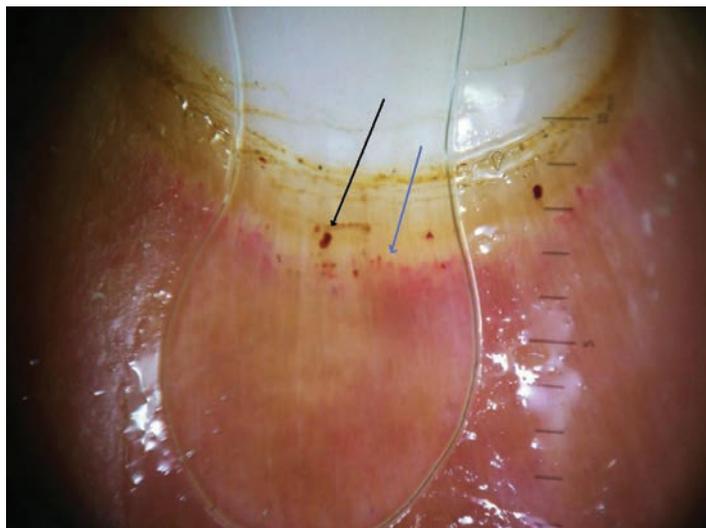


Fig. 10. Anomalías del pliegue ungueal en la esclerodermia generalizada

Lupus eritematoso

Se proponen varias clasificaciones, se describen diferentes variantes y subtipos de la enfermedad con tres formas principales:

- Lupus cutáneo discoide o crónico (LECD)
- Lupus cutáneo subagudo (LECS)
- Lupus sistémico o diseminado con afectación de articulaciones u órganos viscerales (LES)²³

El LES es una enfermedad en la que se hallan autoanticuerpos contra el ADN y el complemento se activa. Esto da como resultado una inflamación crónica que daña los vasos sanguíneos, la unión dermoepidérmica y, de forma secundaria, a la epidermis. El sol puede iniciar y agravar la enfermedad en individuos predispuestos genéticamente. Las lesiones se producen en zonas expuestas al sol. En el rostro se presenta el famoso sarpullido en «mariposa» en ambas mejillas con posible agravamiento en el puente de la nariz y los labios. A menudo, los médicos no especializados en dermatología suelen sobrediagnosticarlo. Pueden verse afectadas otras zonas expuestas al sol, entre ellas el pecho y la espalda, y la superficie de extensión de los brazos. La afectación sistémica incluye enfermedad articular y renal.

El LED se localiza típicamente en la piel, aunque algunos pacientes padecen de lupus sistémico.

Se ha estimado la prevalencia del lupus eritematoso en diferentes países; sobre todo, no obstante, en el mundo desarrollado. Los autores de un metanálisis sugirieron una prevalencia media ponderada general de 24/100 000 habitantes. Afecta principalmente a mujeres.¹⁸ Aunque los datos sobre la prevalencia del LES entre africanos y asiáticos que viven en los trópicos son limitados, el LES cada vez es más común y extenso en personas de origen africano y asiático que viven en países industrializados.^{24,25}

Hay pocos informes disponibles sobre la incidencia del lupus eritematoso cutáneo, mientras que se han publicado numerosos estudios epidemiológicos sobre el LES. La mayoría de los estudios han mostrado una predilección por el LED en pacientes de ascendencia africana, y los pacientes de piel morena muestran daño en la piel en los primeros estadios de la enfermedad. Las lesiones generalmente se encuentran en zonas expuestas al sol (por ejemplo, las «alas de mariposa» en las mejillas y la nariz) y se presentan con máculas y pápulas principalmente de color marrón negruzco en las primeras etapas, las lesiones posteriores

son escamosas con hipopigmentación y eritema (Figs. 11a, b, 12). Las escamas muestran taponamiento folicular. Los bordes hiperpigmentados y la atrofia central evolucionan con la progresión de la enfermedad; toda la lesión puede despigmentarse por completo. En las personas de piel más clara, las lesiones suelen comenzar con eritema. Las lesiones se curan con cicatrices y tras las lesiones del cuero cabelludo puede surgir la alopecia cicatricial.

Entre nuestros pacientes, se observaron 15 casos de LED (3H, 12M) (Tabla 4). Las manifestaciones clínicas fueron por hiper e hipopigmentación o despigmentación, con cicatrización y alopecia. Todas las lesiones se encontraban en zonas expuestas al sol. Las enfermedades concomitantes fueron la sarna (1, M) y el VIH (1, M). El diagnóstico se confirmó con biopsia solo en Etiopía.

No se observó ningún caso confirmado de LES. Esto puede deberse a la falta de medios para el diagnóstico, la difícil interpretación de los síntomas sistémicos y el complejo reconocimiento de los signos cutáneos en piel morena. Es probable que los pacientes hayan sido tratados por síntomas sistémicos en otros centros, sin haber recibido una consulta dermatológica.

Tabla 4

Casos LED observados

| Enfermedad | Número (Etiopía), H/M | Edad media | Número (Sudán del Sur), H/M | Edad media | Biopsia realizada |
|------------|-----------------------|------------|-----------------------------|------------|-------------------|
| LED | 12 (3H, 9M)* | 45 a | 3 (M) § | 50 a | 12 (Etiopía) |

* 1 caso de coinfección por sarna

§ 1 caso de coinfección por VIH

Dermatomiositis

La dermatomiositis (DM) es una enfermedad inflamatoria rara que afecta más a las mujeres que a los hombres. Según se ha registrado, es más grave en personas de piel morena que en caucásicos, aunque de



Fig. 11a Lupus discoide (LED) con cambio pigmentario



Fig. 11b Lesiones hipopigmentadas en LED

África hay pocos informes^{8,26}. Observamos dos posibles casos, pero ninguno de ellos fue confirmado. En Moshi, (Tanzania), no obstante, se observa DM con mayor frecuencia, lo cual sugiere la presencia de diferencias raciales o ambientales (N. B. observación personal).



Fig. 12. Alas de mariposa de lesiones por LED

Conclusiones

- Hay pocas publicaciones disponibles sobre las enfermedades autoinmunitarias de la piel y su prevalencia en África.
- Este artículo confirma la presencia de estas enfermedades en las zonas rurales de Etiopía y Sudán del Sur durante un período de 5 años (Tabla 5), con hallazgos clínicos y epidemiológicos similares a los de otros informes africanos.
- Las enfermedades autoinmunitarias más frecuentes fueron las del tejido conjuntivo como el LED, la esclerodermia generalizada y la morfea, seguidas de la DAL (DAIL). Otras enfermedades ampollosas fueron menos frecuentes (pénfigo, PA).

Continúa al dorso...

Enfermedades autoinmunitarias de la piel en África subsahariana: experiencia en Etiopía y Sudán del Sur y revisión de la prevalencia...continuación

Tabla 5

Número total de enfermedades autoinmunitarias vistas

| Diagnóstico | Número de pacientes | H:M |
|--|---------------------|------|
| LED | 15 | 3:12 |
| Morfea + esclerodermia generalizada | 19 (13 + 6) | 6:13 |
| DAIL | 14 | 11:3 |
| Enfermedades ampollas intraepidérmicas | 10 | 4:6 |
| Enfermedades ampollas subepidérmicas | 3 | 2:1 |

- El mayor número de casos de DAIL probablemente refleja la edad más joven de las poblaciones africanas en comparación con los países occidentales con rentas más altas.
- Se observó una preponderancia femenina entre las enfermedades del tejido conjuntivo (esclerodermia generalizada, lupus eritematoso cutáneo) pero no entre las enfermedades ampollas, lo cual confirma los datos publicados.
- Las enfermedades autoinmunitarias de la piel están olvidadas en muchas zonas de África. Algunas de las dificultades para la documentación incluyen la carencia de dermatólogos, serología e histología, especialmente en áreas rurales, y que los pacientes a menudo no pueden viajar largas distancias. Los pacientes pueden presentarse tardíamente con numerosos signos y síntomas.

Referencias

- Adebajo AO. Low frequency of autoimmune diseases in tropical Africa. *Lancet* 1997; **349**(9048):361-2.
- Adelowo OO, Bello MKN. Systemic autoimmune diseases: not so rare in black Africans. *Rheumatology (Sunnyvale)* 2014; **4**:130. doi: 10.4172/21611149.1000130.
- Ogun GO, Okoro OE. The spectrum of non-neoplastic skin lesions in Ibadan, Nigeria: a histopathologic study. *Pan Afr Med J* 2016; **23**:221.
- Mulyowa GK, Jaeger G, Kabakyenga J et al. Autoimmune subepidermal blistering diseases in Uganda: correlation of autoantibody class with age of patients. *Int J Dermatol* 2006; **45**:1047-52.
- Song ES, Musinguzi P, Dieckhaus KD. Factors affecting patient presentation at a national dermatology referral clinic in Kampala, Uganda. *Int J Dermatol* 2017; **56**:291-5.
- Beltramini H, Kiprono S, Zurili D et al. Dermatopathology in sub-Saharan Africa: a systematic 5-year analysis of all histopathological diagnoses from the Regional Dermatology Training Centre (RDTC) in Moshi, Tanzania. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2015; **29**:1370-5.
- Akinboro AO, Mejiuni AD, Akinlade MO et al. Spectrum of skin diseases presented at LAUTECH Teaching Hospital, Osogbo, southwest Nigeria. *Int J Dermatol* 2015; **54**:443-50.
- Madu PN, Williams VL, Noe MH et al. Autoimmune skin disease among dermatology outpatients in Botswana: a retrospective review. *Int J Dermatol* 2019; **58**:50-3.
- Meyer N, Misery L. Geoepidemiologic considerations of auto immune pemphigus. *Autoimmun Rev* 2010; **9**:A379-82.
- Gongalves GA, Brito MM, Salathiel AM et al. Incidence of pemphigus vulgaris exceeds that of pemphigus foliaceus in a region where pemphigus foliaceus is endemic: analysis of a 21-year historical series. *An Bras Dermatol* 2011; **86**:110912.
- Morini JP, Jomaa B, Gorgi Y et al. Pemphigus foliaceus in young women. An endemic focus in the Sousse area of Tunisia. *Arch Dermatol* 1993; **129**:69-73.
- Abreu-Velez AM, Reason JJ, Roselino AM. Endemic pemphigus foliaceus over a century: part I. *N Am J Med Sci* 2010; **2**:51-9.
- Naafs B, Padovese V. Rural dermatology in the tropics. *Clin Dermatol* 2009; **27**:25270.
- Thorslund K, Seifert O, Nilzen K et al. Incidence of bullous pemphigoid in Sweden 2005-2012: a nationwide population-based cohort study of 3761 patients. *Arch Dermatol Res* 2017; **309**:721-7.
- Aboobaker J, Wojnarowska FT, Bhogal B et al. Chronic bullous dermatosis of childhood-clinical and immunological features seen in African patients. *Clin Exp Dermatol* 1991; **16**:160-4.
- Mahe A, Flageul B, Bobin P. Bullous IgA linear dermatosis of children in Mali. *Ann Dermatol Venereol* 1996; **123**:544-8.
- Kharfi M, Khaled A, Karaa A et al. Linear IgA bullous dermatosis: the more frequent bullous dermatosis of children. *Dermatol Online J* 2010; **16**:2.
- Rees F, Doherty M, Grainge MJ et al. The worldwide incidence and prevalence of systemic lupus erythematosus: a systematic review of epidemiological studies. *Rheumatology (Oxford)* 2017; **56**:1945-61.
- McCarty DJ, Manzi S, Medsger TA Jr et al. Incidence of systemic lupus erythematosus. Race and gender differences. *Arthritis Rheum* 1995; **38**:1260-70.
- Dia D, Dieng MT, Sy TN et al. Systemic scleroderma: 92 cases in Dakar. *Dakar Med* 2003; **48**:82-6.
- Cisse MM, Seck SM, Oumar DA et al. Scleroderma renal crisis in tropical region: two Senegalese cases. *Pan Afr Med J* 2015; **21**:46.
- Singh A, Ambujam S, Varghese A et al. Salt-and-pepper appearance: a cutaneous clue for the diagnosis of systemic sclerosis. *Indian J Dermatol* 2012; **57**:412-3.
- Buinsauskaite E, Orfanos CE. Lupus erythematosus in pigmented black skin. Chapter 30. In: *Pigmented Ethnic Skin and Imported Dermatoses* (Orfanos CE et al., eds), 1st edn. East Brunswick: Springer Nature, 2018; 335-43.
- Johnson AE, Gordon C, Palmer RG et al. The prevalence and incidence of systemic lupus erythematosus in Birmingham, England. Relationship to ethnicity and country of birth. *Arthritis Rheum* 1995; **38**:551-8.
- Ogunbiyi AO, Daramola OO, Alese OO. Prevalence of skin diseases in Ibadan, Nigeria. *Int J Dermatol* 2004; **43**:31-6.
- Okong' o LO, Esser M, Wilmshurst J et al. Characteristics and outcome of children with juvenile dermatomyositis in Cape Town: a cross sectional study. *Pediatric Rheumatology Online J* 2016; **14**:60.

Journal Club

Una enfermedad de la piel y un análisis de evaluación de las necesidades de la población rohinyá desplazada en el campo de refugiados de Kutupalong (Bangladés).

Khan SS, Padovese V, Maurer TA et al. *Clin Exp Dermatol* 2020; **45**:1051-4.

El campo de refugiados de Kutupalong es el más grande del mundo y alberga a unos 800 000 musulmanes rohinyá. Este pueblo vivía como una minoría étnica en el estado de Rakhine (Myanmar), pero tras un estallido de violencia en 2017 huyeron a través de la frontera al distrito de Cox's Bazar en Bangladés; la mayoría reside ahora en el superpoblado campo de Kutupalong. Tienen acceso limitado a agua potable e instalaciones sanitarias; el 75 % de las familias vive en refugios compartidos, con 15 personas compartiendo una letrina. Las afecciones de la piel son el cuarto signo más común que atienden los profesionales sanitarios del campamento.

Los autores llevaron a cabo diagnósticos en consultas de dermatología en el único centro de atención primaria del campamento. Cualquier individuo con una afección cutánea podía presentarse por sí mismo. Los diagnósticos fueron clínicos y, cuando era necesario y estaba dentro de las posibilidades, los pacientes fueron remitidos al especialista.

Se atendió a 380 pacientes durante 3 días. Las infecciones y plagas fueron los diagnósticos más comunes; 215 habían contraído infecciones micóticas superficiales (dermatofitosis), 11 impétigo, 39 celulitis y 12 sarna. Se diagnosticó dermatitis, eccema y afecciones relacionadas en 81 casos. El patrón clínico predominante por dermatofitosis fue la tiña corporal, que normalmente era generalizada y se observó especialmente en mujeres en edad de procrear. Es probable que la afección reflejara una enfermedad sistémica subyacente, como la diabetes mellitus o la infección por VIH. Existe una alta incidencia de VIH en la población birmana; además, muchas mujeres rohinyá fueron sometidas a violencia sexual.

Existe un gran potencial para realizar pruebas en el lugar de atención y formar a profesionales sanitarios en el campamento, y una necesidad urgente de educación general en salud. Las enfermedades de la piel pueden ser un punto de partida útil para el estudio y en la prevención de las enfermedades sistémicas, además de las iniciativas colaborativas.

CR Lovell

Estudio sobre la infección micótica superficial de Chhattisgarh (India): informe breve

Daniel Henry¹, David Henry

Hospital Usha Memorial Skin and Eye, Bilaspur, Chhattisgarh (India)

[†]Autor correspondiente: danielhenry21@yahoo.com

Conflicto de intereses: Ninguno.

Palabras clave: micosis superficial, tiña, dermatofitosis, nivel socioeconómico, factores socioculturales, Chhattisgarh

Resumen

El estudio tuvo como objetivo examinar diferentes variables demográficas y socioculturales entre un grupo de 205 pacientes sintomáticos con infecciones micóticas superficiales en Bilaspur, ciudad del estado indio de Chhattisgarh. Los resultados mostraron que la tiña corporal era el tipo de infección más común y que es frecuente el uso de cremas de venta libre inadecuadas que contienen corticosteroides tópicos.

Introducción

La infección micótica superficial (dermatofitosis) está causada por un patógeno que está restringido al estrato córneo.¹ Estos hongos tienen la capacidad de producir queratinasa, que les ayuda a metabolizar y vivir en las queratinas humanas localizadas en piel, uñas y cabello. Las infecciones causadas por hongos pertenecientes a los géneros *Trichophyton*, *Microsporum* o *Epidermophyton* se denominan tiña. *Tinea* (tiña) es la palabra latina para «gusano» o «larva» porque originalmente se pensó que las infecciones eran causadas por parásitos parecidos a los gusanos.² El diagnóstico clínico lleva el nombre de la parte del cuerpo afectada, es decir, *tinea corporis* o tiña corporal (tronco y extremidades), *tinea cruris* o tiña inguinal (ingle), *tinea unguium* (uñas), *tinea capitis* (cuero cabelludo), *tinea barbae* (tiña de la barba), *tinea manuum* (manos) y *tinea pedis* (pies).

En EE. UU., la dermatofitosis es una de las enfermedades de la piel más habituales³ y se estima que el riesgo de contraer una dermatofitosis a lo largo de la vida es de entre el 10 y el 20 %.⁴ Cinco o seis especies dentro de los tres géneros enumerados anteriormente representan la mayoría de las dermatofitosis a nivel mundial.⁵

Hay muy pocos datos publicados sobre los aspectos epidemiológicos de las infecciones micóticas superficiales en el estado de Chhattisgarh (India). El presente estudio intentó examinar diferentes variables demográficas y socioculturales dentro de un grupo de pacientes sintomáticos con infección micótica superficial.

Materiales y métodos

En el estudio se incluyeron pacientes sintomáticos consecutivos que visitaron el servicio de dermatología para pacientes ambulatorios del hospital Usha Memorial, en la ciudad de Bilaspur (Chhattisgarh, India), con micosis diagnosticada clínicamente. Dicho estudio se llevó a cabo durante un período de 6 meses. Como los casos de dermatofitosis eran muy comunes y el contexto de la encuesta era un hospital privado donde los fondos eran limitados, el diagnóstico mediante frotis en KOH o biopsia no fue factible.

Se diseñó un cuestionario para recopilar los datos acerca de las características demográficas (edad, sexo y profesión), antecedentes de micosis previa y antecedentes de automedicación con preparados farmacéuticos tópicos, cuadros clínicos de la infección y el número de lesiones, junto con las características socioculturales (número de

familiares, tipo de suministro de agua, frecuencia del baño y si se compartía el jabón y la misma toalla dentro de una familia).

Resultados

Consulte las Figuras 1-4 para ver la distribución por diversas variables socioculturales.

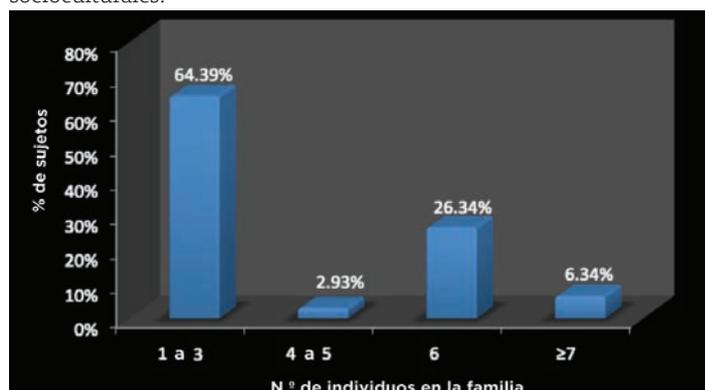


Fig. 1. Distribución de individuos según el número de familiares

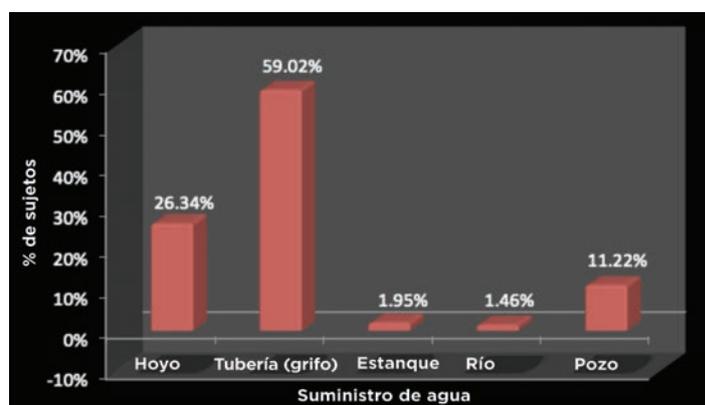


Fig. 2. Distribución de individuos según el suministro de agua

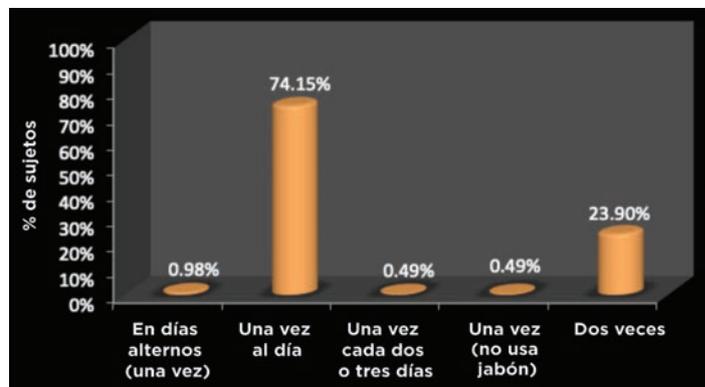


Fig. 3. Distribución de individuos según la frecuencia de baño

El número total de pacientes incluidos en el estudio fue de 205 y sus edades oscilaron entre los 10 y los 60 años. Los hombres se vieron afectados con más frecuencia (H:M 116:89) y 20/25 (80 %) de los casos de *tinea cruris* fueron en hombres. Solo hubo dos casos de

Continúa al dorso...

Estudio sobre la infección micótica superficial en Chhattisgarh (India): breve informe...continuación

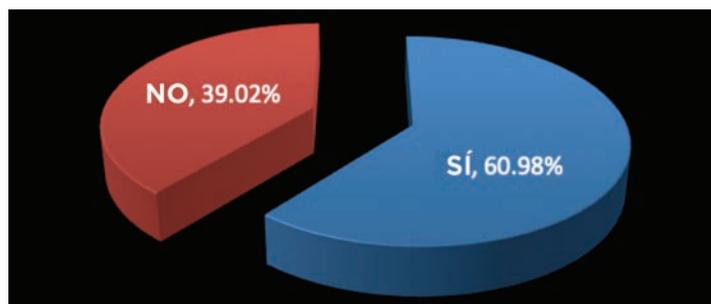


Fig. 4. Distribución de individuos según si compartían el jabón y la misma toalla en la misma familia

tinea capitis, ambos en pacientes menores de 20 años, y solo hubo cuatro casos de *tinea faciei*, todos en pacientes menores de 40 años. No se observaron casos de *tinea manuum*. El tipo más común fue la *tinea corporis* (135/205; 66 %), que se observó en todos los grupos de edad y también tuvo una preponderancia masculina (76/135; 56 %). En general, la mayoría de los pacientes presentaba múltiples lesiones (170/205; 83 %) y la mayoría (116/205; 57 %) tenía antecedentes de uso de preparados farmacéuticos de venta libre que contenían corticosteroides tópicos (Fig. 5), como Panderm® +, una combinación de esteroides tópicos muy utilizada en la India. La tiña facial solo se observó en pacientes con antecedentes de automedicación con esteroides tópicos (Tabla 1). Además, se vio que 125/205 (61 %) de los pacientes compartían jabón y la misma toalla dentro de la misma familia.

Debate

Anteriormente, las infecciones bacterianas de la piel solían ser más habituales, pero recientemente la micosis es la más frecuente. La alta prevalencia de micosis en zonas tropicales puede deberse al entorno cálido y húmedo. La micosis puede ser cutánea o sistémica.



Fig. 5. Ejemplos de preparados farmacéuticos de venta libre que contienen corticosteroides potentes

La micosis superficial puede tener efectos que empeoren la calidad de vida de una persona y, en algunas circunstancias, propagarse a otras personas o volverse invasiva. La mayoría de las micosis superficiales se pueden diagnosticar clínicamente y se pueden tratar fácilmente.⁶

En la India, la mayoría de las personas intentan automedicarse y se aplican medicamentos de venta libre antes de acudir a un dermatólogo y, a diferencia de los países desarrollados como EE. UU. y Reino Unido, las cremas que contienen corticosteroides potentes

Tabla 1

Presentaciones clínicas de micosis

| N | P. Versicolor 32 | | Tinea Capitis 2 | | Tinea Corporis 135 | | Tinea Cruris 25 | | Tinea Faciei 4 | | Tinea Pedis 7 | | Total 205 | |
|---------------------------------------|---------------------|--------|--------------------|--------|-----------------------|--------|--------------------|--------|-------------------|--------|------------------|--------|--------------|--------|
| | | % tot. | | % tot. | | % tot. | | % tot. | | % tot. | | % tot. | | % tot. |
| Edad (años) | | | | | | | | | | | | | | |
| 10-19 años | 12 | 38 | 2 | 100 | 28 | 21 | 5 | 20 | 1 | 25 | 2 | 29 | 50 | 24 |
| 20-29 años | 9 | 28 | 0 | 0 | 37 | 27 | 6 | 24 | 2 | 50 | 2 | 29 | 56 | 27 |
| 30-39 años | 1 | 3 | 0 | 0 | 21 | 16 | 5 | 20 | 1 | 25 | 1 | 14 | 29 | 14 |
| 40-49 años | 10 | 31 | 0 | 0 | 31 | 23 | 8 | 32 | 0 | 0 | 1 | 14 | 50 | 24 |
| 50-60 años | 0 | 0 | 0 | 0 | 18 | 13 | 1 | 4 | 0 | 0 | 1 | 14 | 20 | 10 |
| Sexo | | | | | | | | | | | | | | |
| Hombre | 13 | 41 | 1 | 50 | 76 | 56 | 20 | 80 | 2 | 50 | 4 | 57 | 116 | 57 |
| Mujer | 19 | 59 | 1 | 50 | 59 | 44 | 5 | 20 | 2 | 50 | 3 | 43 | 89 | 43 |
| Tipo de profesión | | | | | | | | | | | | | | |
| Ama de casa | 6 | 19 | 0 | 0 | 32 | 24 | 1 | 4 | 1 | 25 | 0 | 0 | 40 | 20 |
| Cualificado | 7 | 22 | 0 | 0 | 27 | 20 | 7 | 28 | 1 | 25 | 3 | 43 | 45 | 22 |
| Estudiante | 13 | 41 | 2 | 100 | 26 | 19 | 6 | 24 | 1 | 25 | 3 | 43 | 51 | 25 |
| No cualificado | 6 | 19 | 0 | 0 | 50 | 37 | 11 | 44 | 1 | 25 | 1 | 14 | 69 | 34 |
| Lesión | | | | | | | | | | | | | | |
| Única | 5 | 16 | 1 | 50 | 26 | 19 | 1 | 4 | 2 | 50 | 0 | 0 | 35 | 17 |
| Múltiple | 27 | 84 | 1 | 50 | 109 | 81 | 24 | 96 | 2 | 50 | 7 | 100 | 170 | 83 |
| Uso de esteroides | | | | | | | | | | | | | | |
| Presente | 8 | 25 | 1 | 50 | 86 | 64 | 15 | 60 | 4 | 100 | 2 | 29 | 116 | 57 |
| Ausente | 24 | 75 | 1 | 50 | 49 | 36 | 10 | 40 | 0 | 0 | 5 | 71 | 89 | 43 |
| Antecedentes de micosis previa | | | | | | | | | | | | | | |
| Presente | 4 | 13 | 0 | 0 | 26 | 19 | 3 | 12 | 1 | 25 | 2 | 29 | 36 | 18 |
| Ausente | 28 | 88 | 2 | 100 | 109 | 81 | 22 | 88 | 3 | 75 | 5 | 71 | 169 | 82 |

con un agente antifúngico están disponibles sin receta. Esto altera el cuadro clínico y la cicatrización lleva más tiempo. Nuestro estudio identificó que el 57 % de los pacientes ambulatorios sintomáticos con infecciones micóticas superficiales diagnosticadas clínicamente habían usado estos preparados farmacéuticos.

El número de casos de tiña en la India ha aumentado en los tiempos modernos. Descubrimos que la tiña corporal era la dermatofitosis más común, y afectaba más a hombres que a mujeres. En contraste, un estudio en Singapur revelaba que la infección fúngica más común era la tiña del pie, seguida de la pitiriasis versicolor y la tiña inguinal.⁷ La tendencia en la distribución de la infección por tiña en la población del presente estudio tampoco corrobora los hallazgos anteriores de los EE. UU.³ Por lo tanto, pareciera que existe una variación regional en el patrón de infección o bien podría estar cambiando en todo el mundo.

Conclusión

- La infección por tiña suele estar relacionada con el uso de cremas que contienen corticosteroides potentes, que en la India se pueden comprar sin receta.
- Realice un seguimiento detallado del historial de medicamentos; aconseje evitar los corticosteroides tópicos.
- Diga a sus pacientes que no compartan el jabón y las toallas con los demás miembros de su familia.

Referencias

1. Walsh TJ, Dixon DM. Spectrum of Mycoses. En: *Medical Microbiology* (Baron S, ed), 4th edn. Galveston (TX): University of Texas Medical Branch, 1996; Chapter 75.
2. Brooks GF, Carroll KC, Butel JS, Morse SA. Mycology. In: *Jawetz, Melnick, Adelberg's Medical Microbiology*, 24th edn. New York: Mc Graw Hill, 2007.
3. Stern RS. The epidemiology of cutaneous disease. En: *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine* (Freedberg IM, Fitzpatrick TB, eds), 5ª ed, Nueva York: McGraw-Hill, 1999; 7-12.
4. Drake LA, Dinehart SM, Farmer ER. *et al.* Guidelines of care for superficial mycotic infections of the skin: tinea corporis, tinea cruris, tinea faciei, tinea manuum, and tinea pedis. *J Am Acad Dermatol* 1996; **34**: 282-6.
5. Aly R. Ecology and epidemiology of dermatophyte infections. *J Am Acad Dermatol* 1994; **31**: S21-5.
6. Garber G. An overview of fungal infections. *Drugs* 2001; **61** (Supplement 1): 1- 12.
7. Tan H-H. Superficial fungal infection seen at the National Skin Centre, Singapore. *Jpn J Med Mycol* 2005; **46**: 77-80.

Comentario de RJ Hay

Este informe de la India registra un gran número de casos de dermatofitosis y la mayoría se presenta como tiña corporal. El brote indio de la tiña es un problema importante en la región y ahora hay informes de propagación a otros países de Europa y Oriente Medio. Muchos de los casos son causados por una nueva cepa de *Trichophyton mentagrophytes*, aunque algunos se deben al *T. rubrum*. Las características comunes son las extensas lesiones cutáneas observadas en la infección y la mala respuesta a los antifúngicos; muchos pacientes también han recibido antifúngicos tópicos combinados con potentes corticosteroides. Sin embargo, también existen pruebas de que algunos de los hongos son resistentes *in vitro* a agentes antifúngicos como la terbinafina. La implacable propagación de esta nueva variante de la tiña, tanto dentro como fuera del país, es un motivo de gran preocupación.

Bibliografía

- Bishnoi A, Vinay K, Dogra S. Emergence of recalcitrant dermatophytosis in India. *Lancet Infect Dis* 2018; **18**: 250-1.
- Verma SB, Madhu R. The great Indian epidemic of superficial dermatophytosis: An appraisal. *Indian J Dermatol* 2017; **62**: 227-36.

Comité de aprendices de GLODERM

Para que los aprendices tengan un mejor acceso a la educación en dermatología a nivel mundial

El objetivo del Comité de aprendices de GLODERM es promover la equidad del conocimiento mejorando el acceso a la educación de los aprendices de dermatología de todo el mundo. GTC tiene como objetivo proporcionar eventos educativos gratuitos y oportunidades para construir redes y colaborar. Al mejorar las oportunidades educativas, esperan capacitar a las futuras generaciones de líderes en dermatología de todo el mundo.

GTC ofrece mensualmente una serie gratuita de ponencias en línea, conducida por becarios. Para más información acerca de las series y cómo inscribirse, <https://gloderm.org/gtc/>



RESPUESTAS DEL TEST:

Respuesta 1: Síndrome de la uña amarilla; Respuesta 2: a) Radiografía de tórax

El síndrome de la uña amarilla (YNS, por sus siglas en inglés) se considera una enfermedad muy rara que generalmente se presenta después de los 50 años de edad; solo se han observado unos pocos casos en adultos jóvenes.

El diagnóstico se basa en la presencia de la tríada compuesta por una coloración amarilla de las uñas, síntomas pulmonares (tos crónica, bronquiectasia y derrame pleural) y linfedema de los miembros inferiores. Suele ir acompañado de sinusitis. La etiología sigue siendo desconocida, pero a menudo se cree que está implicado un deterioro linfático subyacente.

El YNS sucede con frecuencia como un fenómeno aislado, pero puede estar asociado con otras enfermedades que afectan el sistema linfático, las enfermedades autoinmunitarias o los cánceres. El tratamiento es sintomático. El síndrome puede resolverse de manera espontánea. Los datos no comprobados científicamente respaldan el uso de la vitamina E por vía oral con antifúngicos triazólicos para eliminar la coloración amarillenta de las uñas.

La señorita B tenía linfedema y su radiografía de tórax reveló bronquiectasia (Fig. 2) lo que justificaba la derivación de tórax. No presentaba otras enfermedades asociadas subyacentes. Sus uñas amarillas respondieron solo parcialmente a la vitamina E por vía oral durante 6 semanas.



FIG.2 Radiografía de tórax con muestra de bronquiectasia en las zonas inferiores

Editores

Chris Lovell (Reino Unido), Michele Murdoch (Reino Unido)

Editor fundador

Paul Buxton (Reino Unido)

Secretaría editorial

ILDS Secretariat

Junta editorial

Ayesha Akinkugbe (Nigeria)
Susannah Baron (Reino Unido)
Workalemahu A. Belachew (Etiopía)
Jean Bolognia (EE. UU.)
Isabel Casas (Argentina)
Steven Ersser (Reino Unido)
Guadalupe Estrada (México)
Claire Fuller (Reino Unido)
Chris Griffiths (Reino Unido)

Henning Grossman (Alemania)
Rod Hay (Reino Unido)
Sarah Hogan (Reino Unido)
Arjan Hogewoning (Países Bajos)
Vineet Kaur (India)
Harvey Lui (Canadá)
Deepani Munidasa (Sri Lanka)
John Masenga (Tanzania) Rachael Morris-Jones (Reino Unido)
Anisa Mosam (Sudáfrica)

Kelvin Mponda (Malawi)
Ben Naafs (Países Bajos)
Rebecca Penzer-Hick (Reino Unido)
Rune Philemon (Tanzania)
Terence Ryan (Reino Unido)
Mafalda Soto (España)
Gail Todd (Sudáfrica)
Shyam Verma (India)
Steve Walker (Reino Unido)

Cómo recibir la revista Community Skin Health

La revista Community Skin Health (CSH) está disponible en formato digital e impreso. Es **gratuito** suscribirse tanto a la edición digital como a la impresa. Visite: <https://ilds.org/our-foundation/community-skin-health-journal/> También puede **descargar** la aplicación de CSH en su teléfono o tableta tanto Android como iOS.

Escribir un artículo

Si le interesa la atención médica dermatológica, CSH es una gran oportunidad para compartir su experiencia mediante el envío de artículos, informes y cartas. Consulte las Pautas para Autores en el sitio web de CSH.

Envíe su propuesta por correo electrónico a CSH@ILDS.org o por correo postal a Community Skin Health, International Foundation for Dermatology, Willan House, 4 Fitzroy Square, Londres W1T 5HQ, Reino Unido

Derechos de autor

Los artículos pueden ser fotocopiados, reproducidos o traducidos, siempre que no se utilicen con fines comerciales o personales. Los agradecimientos deben hacerse a los autores y a la Community Skin Health.

Editorial

La International League of Dermatological Societies (ILDS) publica **Community Skin Health** como revista oficial de la International Foundation for Dermatology (IFD) <https://ilds.org>

Exención de responsabilidad

La editorial, la International League of Dermatological Societies y los editores no se harán responsables de errores o consecuencias derivadas del uso de la información contenida en la revista. Los puntos de vista y las opiniones que se expresan no reflejan necesariamente los de la editorial, la International League of Dermatological Societies o los editores; de igual forma, los anuncios tampoco suponen el respaldo de la editorial, la International League of Dermatological Societies o los editores.

Hágase amigo de CSH

Por tan solo 5 \$, 5 £ o 5 € al mes puede hacerse Amigo de CSH. Su donación regular nos ayudará a enviar los más de 10 000 ejemplares de la revista a profesionales sanitarios de todo el mundo.

Para obtener más información sobre cómo hacerse Amigo, envíe un correo electrónico a

CSH@ILDS.org



Si compra en línea, respaldará económicamente la revista sin costo adicional. Grandes minoristas harán un donativo en función de la cantidad que gaste.

www.easyfundraising.org.uk



Fundada oficialmente en 1935, la International League of Dermatological Societies (ILDS) lleva más de 80 años fomentando la salud de cutánea en todo el mundo. Su precursor nació en 1889 como el primero de muchos congresos mundiales de Dermatología. Hoy en día, el ILDS representa la dermatología al más alto nivel, con más de 170 miembros de más de 80 países. En total, representamos a más de 200 000 dermatólogos.

La International Foundation for Dermatology (IFD) fue creada en 1987 para llevar a cabo las actividades dermatológicas mundiales de ILDS. Hoy en día, la IFD apoya proyectos en África, la región Asia-Pacífico y Sudamérica. CSH es la revista oficial de la IFD.



Aliado de HIFA
Health information for All

Promoting global
Community Skin Health
through education