

El noma, una enfermedad olvidada: un artículo pedagógico

Elise Farley^{1,2*}, Mohana Amirtharajah³, Charity Kamu^{1,2}, Bukola Oluyide¹, Muhammad Shoaib¹, Shafiu Isah², Adeniyi Semiyu Adetunji², Mark Sherlock³

¹ Médicos Sin Fronteras, Sokoto (Nigeria).

² Noma Children's Hospital, Sokoto (Nigeria).

³ Médicos Sin Fronteras, Ámsterdam (Países Bajos).

Autor para correspondencia: elisefarley@gmail.com

Conflicto de intereses: Ninguno.

Palabras clave: Noma, cancrum oris, enfermedades tropicales olvidadas.

Resumen

El noma (cancrum oris) es una infección de la cavidad oral que progresa rápidamente y que, si no se trata, se asocia con una tasa de mortalidad del 90 % durante las semanas posteriores a la aparición de los primeros síntomas. Afecta principalmente a niños de entre 2 y 5 años. Junto con su alta tasa de mortalidad, el noma causa graves secuelas físicas y mentales y afecta a las personas más vulnerables que viven en comunidades aisladas con acceso mínimo a la atención médica. Si bien las manifestaciones clínicas y las secuelas del noma son únicas en cada caso, la infección comienza siempre con una inflamación de las encías, que progresa hacia la ulceración y destrucción rápida (en semanas) de la mejilla, la mandíbula, el labio, la nariz y el ojo. El noma es una enfermedad antigua pero olvidada, cuyo desarrollo no se conoce a ciencia cierta y que afecta a las poblaciones más marginadas del mundo. Se ha hablado del noma en la literatura científica durante cientos de años; sin embargo, siguen existiendo lagunas importantes en lo que se sabe de la enfermedad. En el futuro, la investigación debe centrarse en determinar la carga y distribución de la enfermedad, su verdadera tasa de mortalidad, la(s) causa(s) patógena(s) y los factores que influyen en el pronóstico y los resultados después del tratamiento. Con un enfoque global integrado, es posible erradicarla. La adición del noma a la lista de las enfermedades tropicales desatendidas (ETD) de la Organización Mundial de la Salud aumentaría la conciencia sobre la enfermedad y proporcionaría una mayor motivación para potenciar la investigación y financiación de los programas de prevención y tratamiento.



Fig. 1. Un niño de 6 años con un defecto en fase 4 (según la clasificación de la OMS) en la mejilla y el labio derechos. Obsérvese la exposición de los dientes y la cicatrización temprana.

Continúa al dorso...

Aplicación de Community Skin Health

La aplicación de CSH está disponible tanto para iOS como para Android.

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



Comparta sus historias

Nos encantaría saber cómo usa el personal sanitario la publicación de CSH para favorecer la prestación de servicios sanitarios dermatológicos en todo el mundo. Le invitamos a compartir con nosotros su experiencias de uso de la publicación. Estos estudios de caso se incluirán en futuras ediciones.

Envíenos sus historias por correo electrónico a CSH@ilds.org o etiquétenos en Twitter, Instagram o Facebook en @IFDerm.

Índice

- 17 El noma, una enfermedad olvidada: un artículo pedagógico**
Elise Farley, Mohana Amirtharajah, Charity Kamu, Bukola Oluyide, Muhammad Shoaib, Shafiu Isah, Adeniyi Semiyu Adetunji y Mark Sherlock
- 20 Test**
Deepani Munidasa
- 21 Resumen de evaluación de CSH**
Amelia Crowther
- 22 Programas de posgrado en dermatología en África**
Anisa Mosam y Gail Todd
- 25 Una presentación distorsionada de la dermatitis causada por esteroides que se asemeja a la rosácea: informe de un caso**
Dorane Sabushimike, Lulyritha Kini, Daudi Mavura, John E. Masenga, Rune Philemon y Magdalena Dennis
- 28 Escenario posterior a la eliminación de la lepra en un hospital de atención terciaria en el sur de la India**
Rochelle C Monteiro y Ramesh Bhat
- 31 Anuncio de la nueva directora ejecutiva de ILDS**

Introducción

El noma es una infección de la cavidad oral que progresa rápidamente y que, si no se trata, está asociada con una tasa de mortalidad del 90 % durante las semanas posteriores a la aparición de los primeros síntomas.¹ Junto con su alta tasa de mortalidad, el noma causa graves secuelas físicas y mentales y afecta a las personas más vulnerables que viven en comunidades aisladas con acceso mínimo a la atención médica. Se ha hablado del noma en la literatura científica durante cientos de años; sin embargo, siguen existiendo lagunas importantes en lo que se sabe de la enfermedad. A pesar de sus terribles implicaciones, el noma no está reconocido oficialmente como una enfermedad tropical desatendida (ETD) de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Este breve artículo didáctico tiene como objetivo ofrecer una descripción general de lo que se sabe actualmente sobre el noma y ofrecer sugerencias para el control integrado del mismo.

Evolución clínica y etiología

El noma afecta principalmente a niños de entre 2 y 5 años.² Si bien las manifestaciones clínicas y las secuelas son únicas en cada caso, la infección comienza siempre como una inflamación de las encías (gingivitis), que luego lleva a la ulceración y la destrucción rápida (en pocas semanas¹) de la mejilla, la mandíbula, el labio, la nariz y el ojo.¹ (Figs. 1-3)

La OMS ha clasificado el noma en cinco fases:

- Señal de advertencia: simple gingivitis;
- Fase 1: gingivitis necrosante aguda;
- Fase 2: edema;
- Fase 3: gangrena;
- Fase 4: cicatrización;
- Fase 5: secuelas.¹

Las muertes en pacientes con noma se deben principalmente a inanición, neumonía por aspiración, insuficiencia respiratoria o sepsis.³ No consta que el noma sea contagioso.¹ La patogénesis del noma es poco conocida y los microorganismos que la provocan son objeto de debate. Se ha identificado una variedad de organismos en la flora oral de los pacientes con noma, pero ninguno ha estado presente de manera constante, lo que arroja dudas sobre si en el desarrollo del noma interviene un organismo específico.¹

Factores de riesgo

Los factores de riesgo informados para el desarrollo del noma incluyen;

- edades entre 2 y 5 años;
- no ser amamantado;
- comorbilidades como el sarampión o el virus de la inmunodeficiencia humana, ya sea en el momento del diagnóstico del noma o en los 3 meses previos al diagnóstico;
- una falta de acceso a atención médica de calidad, incluidas las vacunas infantiles;
- malas prácticas de higiene oral;
- nivel socioeconómico bajo de la familia.¹

Tratamiento

Las pautas actuales de la OMS para el manejo de las etapas agudas de noma en entornos clínicos incluyen:¹ higiene bucal (enjuague bucal con clorhexidina al 0,2 %, 10 ml), tratamiento con antibióticos (amoxicilina y metronidazol), apoyo nutricional (alto contenido proteico), limpieza de las heridas (compresas empapadas en agua oxigenada diluida) y uso de apósitos (miel para apósito local y por su acción antibacteriana y regeneración).¹ Estos tratamientos pueden reducir la duración y la gravedad de la infección y la extensión

del daño tisular, disminuyendo así la mortalidad y la morbilidad. Aquellos que sobreviven a las primeras etapas a menudo sufrirán desfiguraciones faciales graves y diversos impedimentos físicos, como dificultad para comer, ver y respirar.¹ Dichos supervivientes a menudo necesitan una reconstrucción quirúrgica compleja para restaurar la forma y la funcionalidad.¹ El trismo (rigidez de la mandíbula) es una de las secuelas más incapacitantes, y puede dar lugar a complicaciones como aspiración, desnutrición, higiene bucal deficiente, deficiencias en el habla, problemas en las vías respiratorias y dolor crónico.⁴ La fisioterapia es una parte esencial del tratamiento del noma, especialmente para prevenir o minimizar el trismo, y puede conducir a mejoras en la alimentación, la masticación y el habla.¹ El noma a menudo conlleva estigmatización y el consiguiente aislamiento social de los pacientes y sus familiares.² Como tal, el tratamiento de los pacientes con noma requiere siempre de apoyo social y psicológico. Los resultados del tratamiento del noma son difíciles de determinar debido a que el seguimiento de los pacientes es inconsistente, debido a que suelen residir en pueblos en ubicaciones remotas y a las dificultades de los pacientes para acceder a los centros de atención médica para las consultas de seguimiento programadas.



Fig. 2. Un niño de 3 años con noma en fase 5 según la clasificación de la OMS que se ha quedado con un defecto importante que le afecta al ojo izquierdo y la mejilla.

La carga y distribución de la enfermedad

Debido a la falta de estimaciones sólidas, se desconoce la verdadera carga mundial del noma y su distribución. Hubo casos de noma en Europa y América del Norte hasta principios del siglo XX, cuando mejoraron las condiciones de vida en estas regiones.⁵ En los últimos años, los casos de noma se han dado principalmente en países de ingresos bajos y medianos de África y Asia. En 1998, la OMS estimó que, a nivel mundial, se daban 140 000 nuevos casos de noma cada año y 770 000 pacientes sufrían secuelas del noma en ese momento (según la opinión de los expertos).¹ Un estudio de 2018 llevado a cabo en Nigeria estimó que la prevalencia comunitaria en el noroeste del país en ese momento era de 3300 de cada 100 000 niños de entre 0 y 15 años, lo que indica que la carga mundial podría ser sustancialmente mayor.⁶ La gran variación se debe a los diferentes diseños de estudio y a las diferentes etapas del noma incluidas en las estimaciones.

El noma, una enfermedad olvidada

Durante siglos, se ha hablado del noma en la literatura científica desde una gran variedad de campos. Sin embargo, los informes de casos constituyen gran parte de los datos de que se dispone. Hay muy pocos estudios sólidos que incluyan la recopilación de datos primarios. La alta tasa de mortalidad, la rápida progresión de la enfermedad, las dificultades para acceder a la atención médica y la falta de conocimiento sobre el noma por parte del personal sanitario,^{7,8} que conduce a diagnósticos erróneos, hacen que sea una enfermedad difícil de estudiar. Estos problemas invisibilizan a los pacientes con noma y la enfermedad en sí misma dentro de sus comunidades locales, los sistemas de salud que se supone que los atienden y la comunidad sanitaria mundial. Esta invisibilidad ha llevado a que sea una enfermedad olvidada y a que existan falencias importantes en lo que se conoce de ella. En futuras investigaciones, es primordial enumerar la distribución global y la carga de la enfermedad, así como también explorar su causa y microorganismos desencadenantes, los factores de riesgo para la progresión a las últimas etapas de la enfermedad y los métodos y estrategias de prevención más efectivos.

Prevención y control

La forma ideal de control del noma es la prevención. Mejorar las condiciones de vida y eliminar los principales factores de riesgo asociados con el desarrollo de noma (bajas tasas de vacunación, desnutrición y mala higiene bucal), reduciría la incidencia del noma y otras enfermedades infantiles. Esto podría lograrse a través de la creación de empleo y de un sistema de vacunación funcional, mejorando el acceso a una nutrición adecuada, y aumentando el acceso a servicios de salud de calidad, agua potable, saneamiento básico e higiene.

Si esto no se consigue, el noma se puede controlar sustituyendo los programas quirúrgicos verticales del noma por medidas integradas. Lo primero sería sustituir las medidas de control de manejo pasivo por una vigilancia activa, un diagnóstico temprano y un tratamiento precoz, un método que ha funcionado bien para controlar la úlcera de Buruli.⁹ Un enfoque adicional sería incorporar exámenes de la cavidad oral en las evaluaciones rutinarias de atención primaria, encuestas de cobertura de vacunas, iniciativas de vigilancia de otras ETD o encuestas sobre desnutrición.

Los métodos anteriores requieren una campaña coordinada de concienciación para que el noma no siga siendo invisible. Una mayor conciencia entre los profesionales de la salud ayudaría a garantizar que los pacientes fueran diagnosticados correctamente y reciban el tratamiento oportuno. También aumentaría la eficacia de los sistemas de vigilancia debido a las mejoras en la notificación de enfermedades. Un primer paso para lograr este objetivo es la inclusión del noma en los programas de formación en enfermedades infecciosas, de medicina y enfermería. También es necesario crear conciencia a nivel comunitario para enseñar métodos para modificar los factores de riesgo (promover la aceptación de vacunas, la educación nutricional y las prácticas saludables de higiene bucal), y educar a los miembros de la comunidad sobre los primeros signos y síntomas del noma y la importancia de buscar atención médica en las primeras fases de la enfermedad, cuando aún son reversibles.

Estas campañas de concienciación, por necesidad, son a gran escala y requieren de recursos y atención para el noma a nivel mundial. Para obtener el apoyo necesario, el noma debe incluirse en la lista de ETD de la OMS. Este reconocimiento pondrá el noma en el punto de mira, evidenciará la necesidad de que se investigue más sobre la enfermedad y será un catalizador para recaudar fondos para programas de prevención y tratamiento.



Fig. 3. Un niño de aproximadamente 3 años con noma en fase 3 según la clasificación de la OMS. Obsérvese el defecto del labio inferior y la encía con necrosis casi completa en el centro.

Conclusión

El noma es una infección que progresa rápidamente y que afecta a niños pequeños vulnerables, muchos de los cuales mueren, pero puede prevenirse y tratarse de manera efectiva si se diagnostica a tiempo. Hay muchas lagunas en lo que se sabe sobre la enfermedad; la cual es relativamente desconocida entre el personal sanitario y cuyos casos, frecuentemente, no se notifican. La erradicación del noma es posible con un enfoque global integrado. La adición del noma a la lista de ETD de la OMS aumentaría la conciencia sobre la enfermedad y proporcionaría una mayor motivación para potenciar la investigación y financiación de los programas de prevención y tratamiento.

Financiación

Esta investigación no ha recibido ninguna subvención específica de ninguna agencia de financiación del sector público, comercial o sin fines de lucro. El personal de MSF ha llevado a cabo la investigación como parte de sus funciones habituales.

Agradecimientos

Los autores agradecen a los pacientes que han padecido noma y sus cuidadores, al personal de la Misión de Médicos Sin Fronteras de Nigeria y del Noma Children's Hospital, y al Ministerio de Salud de Nigeria.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. *Noma is a severe disease: It is treatable if detected and managed early*. Brazzaville, República del Congo, 2016. https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-07/Information_brochure_EN.pdf (último acceso el 29 de octubre de 2021).
2. Ashok N, Tarakji B, Darwish S et al. A review on noma: a recent update. *Glob J Health Sci* 2016; **8**:53-9. DOI: 10.5539/gjhs.v8n4p53.
3. Baratti-Mayer D, Pittet B, Montandon D et al. Noma: an "infectious" disease of unknown aetiology. *Lancet Infect Dis* 2003; **3**:419-31.
4. Walker M, Burns K. *Trismus: Diagnosis and Management Considerations for the Speech Pathologist*. Rockville, MD: American Speech-Language-Hearing Association, 2006.
5. Marck KW. A history of noma, the "Face of Poverty." *Plast Reconstr Surg* 2003; **111**:1702-7.
6. Farley E, Oyemakinde MJ, Schuurmans J et al. The prevalence of noma in northwest Nigeria. *BMJ Glob Health* 2020; **5**:e002141.
7. Ahlgren M, Funk T, Marimo C et al. Management of noma: practice competence and knowledge among healthcare workers in a rural district of Zambia. *Glob Health Action* 2017; **10**:1340253.

Continúa al dorso...

El noma, una enfermedad olvidada: un artículo pedagógico...continuación

8. Brattström-Stolt L, Funk T, Sié A *et al.* Noma -knowledge and practice competence among primary healthcare workers: a cross-sectional study in Burkina Faso. *Int J Dermatol* 2019; **11**: 290-6.
9. Fitzpatrick C, Nwankwo U, Lenk E *et al.* An investment case for ending neglected tropical diseases. En: *Major Infectious Diseases* (Holmes KK, Bertozzi S, Bloom BR *et al.*, eds) 3.ª edición. Washington (DC): The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank, 2017; 411-31.

Todas las cifras © Médicos Sin Fronteras, consentimiento de los padres/tutores para la toma de fotografías y su uso en publicaciones, presentaciones o informes. Permiso para utilizar las imágenes concedido.



TEST

Deepani Munidasa

Asesora dermatóloga, Anuradhapura Teaching Hospital (Sri Lanka).
Email: deepanimunidasa@yahoo.com

Un campesino de 50 años de edad de Anuradhapura (Sri Lanka) se presentó con nódulos cutáneos verrugosos, ulcerados, húmedos y molestos en la cara, las extremidades y el tronco, recurrentes durante los últimos 8 años (Figs. 1 y 2).

Al principio, solía tener la «nariz congestionada», lo que atribuía a bañarse en el estanque de la granja todos los días después de un duro día de trabajo. Los nódulos alrededor de la nariz y las mejillas aparecieron más tarde, y luego se extendieron a sitios distantes, incluidos los brazos y las piernas.

Pregunta 1 – ¿Cuál es el diagnóstico?

- a) Cromoblastomicosis
- b) Maduramicosis
- c) Infección micobacteriana cutánea atípica
- d) Goma sifilítica diseminada
- e) Rinosporidiosis diseminada

Pregunta 2 – Esta enfermedad casi siempre está asociada con...

- a) La avicultura
- b) El VIH
- c) La exposición al agua en estanques y lagos
- d) La infección por COVID-19
- e) El tabaquismo

Pregunta 3 – Se realizó una biopsia de un nódulo en la piel. ¿Qué es probable que muestre el análisis histológico?

- a) Paniculitis neutrofílica
- b) Granuloma con estructuras anulares marrones («centavos de cobre»)
- c) Absceso con gránulos de azufre
- d) Granuloma con esporangios
- e) Hifas fúngicas



Figs. 1 y 2. Nódulos cutáneos húmedos, ulcerados y verrugosos.

Las respuestas se encuentran en la página 31

RESUMEN DE EVALUACIÓN de CSH

Amelia Crowther

Responsable del proyecto de IFD, correo electrónico: acrowther@ilds.org

En marzo de 2019, la revista CSH realizó una evaluación para ayudar a determinar cómo se usa la publicación y garantizar que sea un recurso relevante para el personal sanitario de todo el mundo. La encuesta se anunció en la portada de cuatro ediciones de la revista durante 2 años. Los cuestionarios en papel también se incluyeron como suplemento en los números impresos de la publicación. Los lectores pudieron enviar sus respuestas a través de Survey Monkey, correo electrónico o correo postal. En CSH apreciamos mucho los valiosos comentarios que brindaron nuestros lectores y ahora es un placer poder compartir los puntos más destacados.

Principales hallazgos a partir de 54 respuestas*

- El 55 % de los encuestados eran profesionales de la salud que trabajaban específicamente en dermatología y venereología y el 34 % eran profesionales generales de la salud.
- El 96 % de los encuestados afirmó que la revista les parecía un recurso útil.
- El 96 % de los encuestados dijo que la revista es beneficiosa para los profesionales de la salud que trabajan sobre el terreno.
- El 96 % estuvo de acuerdo en que la revista brinda información sobre cómo tratar mejor (o brindar más apoyo) a los pacientes y la comunidad en general.
- El 62 % indicó que una vez que ha leído la revista, la comparte con sus colegas.

CSH ha tenido en cuenta los comentarios de los lectores sobre posibles mejoras en la revista, y en volúmenes futuros esperamos:

- incluir más informes de casos e imágenes;
- aumentar nuestra cobertura de enfermedades;
- proporcionar más información sobre medicamentos alternativos disponibles en entornos de bajos recursos;
- investigar el potencial de la traducción a otros idiomas;
- incluir más artículos desde el punto de vista de la enfermería;
- incluir más imágenes de manifestaciones cutáneas en diferentes tonos de piel;
- dar más oportunidades para que los lectores compartan sus experiencias de campo.

Nos gustaría darle las gracias por sus valiosas contribuciones. Póngase en contacto con nosotros por correo electrónico a csh@ilds.org si desea compartir más opiniones sobre la revista CSH.

*CSH reconoce que la baja tasa de respuesta de la encuesta de evaluación limita nuestros hallazgos. Admitimos que, como una sola copia impresa de la revista a menudo se comparte entre varias personas, esto puede haber afectado la tasa de respuesta.

Comentarios de nuestros lectores:

“ Como las enfermedades cutáneas o las manifestaciones de la enfermedad son tan comunes, es muy útil para los trabajadores generales de salud tener información relevante y actualizada sobre el diagnóstico, el manejo y el seguimiento.

Trabajador general de la salud

“ Hay algunas enfermedades dermatológicas que se han manejado mediante el uso de estas revistas. Los casos presentados en la revista han recorrido un largo camino en el diagnóstico de las condiciones dermatológicas encontradas aquí.

Profesional sanitario especializado en dermatología y venereología en Zimbabue

“ Facilita nuevos conocimientos, habilidades y práctica en el campo de la dermatología.

Profesional sanitario especializado en dermatología y venereología

“ Los artículos están actualizados y me ayudan a brindar una mejor atención médica dermatológica en entornos con recursos limitados, y los artículos que comparto proporcionan conocimientos que de otro modo no estarían disponibles.

Profesional sanitario especializado en dermatología y venereología en Haití y Kenia



GRACIAS

Nuestro más sincero agradecimiento a las siguientes personas que generosamente han brindado su tiempo y experiencia para supervisar la traducción de Community Skin Health a los siguientes idiomas:

- **FRANCÉS** – Dr. Olivier Chosidow y Dr. Veronique Bataille
- **ESPAÑOL** – Dra. Isabel Casas
- **CHINO SIMPLIFICADO** – Dr. Tee Siah

Programas de posgrado en dermatología en África: una sinopsis, con autorización, del artículo original publicado en *Dermatologic Clinics*¹

Anisa Mosam^{1*}, Gail Todd²

¹ Profesor asociado, Departamento de Dermatología, Universidad de KwaZulu-Natal, Durban (Sudáfrica).

² Profesor emérito, Departamento de Medicina, Universidad de Ciudad del Cabo, Ciudad del Cabo (Sudáfrica).

*Autor para correspondencia: mosama@ukzn.ac.za

Conflicto de intereses: Ninguno.

Fuentes de financiación: Ninguna.

Palabras clave: África, planes de estudios, educación/formación en dermatología, dermatovenereología, educación/formación.

Conocimientos clave:

- África, que comprende 55 naciones independientes, tiene una población de 1200 millones de habitantes y una densidad demográfica de 30,5 personas/km².
- La prevalencia registrada de enfermedades cutáneas en las zonas rurales de África varía del 26,9 % en Tanzania al 80,4 % en Etiopía, con nuevas consultas por enfermedades cutáneas que van del 6,9 % para todos los niveles de atención médica pública en Malí, al 13 % para la atención primaria en 83 aldeas en Camerún, según un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS).²
- El número de dermatólogos por millón de habitantes en cada país varía (Fig. 1). La mayoría de los países tienen una proporción de <10 dermatólogos por millón de habitantes, generalmente <1 por millón de habitantes, excepto el norte de África.
- De los 55 países africanos, 30 no tienen programas de formación, 10 tienen un programa regional, 10 tienen un programa nacional y 5 tienen programas universitarios (Fig. 2).
- Los programas de formación en dermatología en el continente siguen los estándares internacionales y producen dermatólogos con una visión clínica sólida y que entienden las necesidades de la población a la que atienden.
- Los programas de formación diseñados en el hemisferio norte e implantados en las universidades africanas enfatizan prácticas, incluidas las terapias más recientes, que no están disponibles, no son rentables o no se basan en pruebas obtenidas en África.

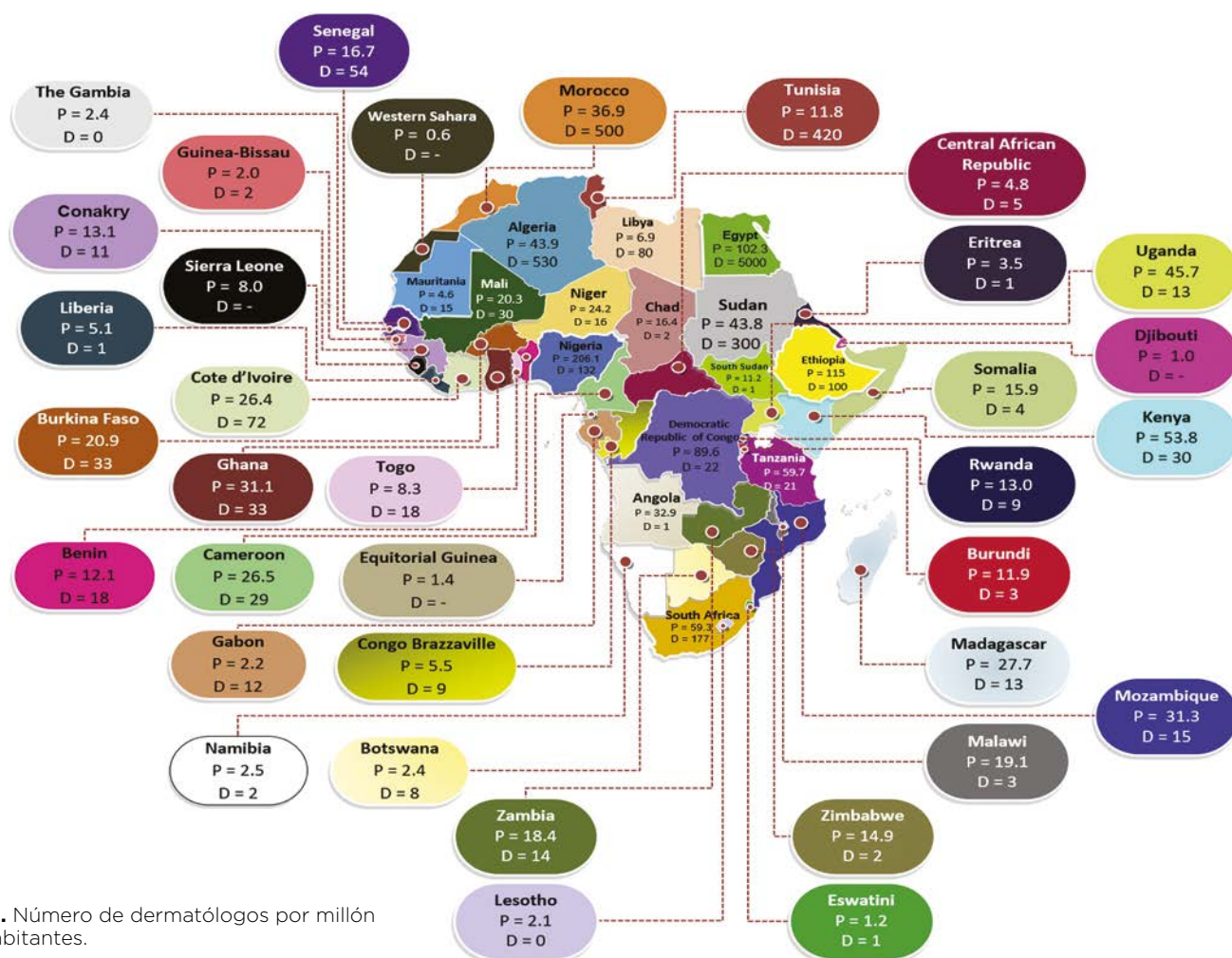


Fig. 1. Número de dermatólogos por millón de habitantes.

Una sinopsis de los programas de formación de posgrado en dermatología y las herramientas educativas en África (Tabla 1)

- **Sur de África:** El número de dermatólogos por millón de habitantes varía de 0 a 3, con el número más alto en Sudáfrica (SA) (177). Hay 3 programas de formación: Angola, Mozambique y Sudáfrica.
- **Norte de África:** El mayor número de dermatólogos (5000) del continente está en Egipto con 49 por cada millón de habitantes. El número de dermatólogos por millón de habitantes oscila entre 3 en Mauritania y 49 en Egipto. Hay programas de formación en Argelia, Egipto, Libia, Marruecos y Túnez.
- **África Occidental:** El número de dermatólogos por millón de habitantes oscila entre 0 y 3. Hay programas de formación en Ghana, Malí, Nigeria y Senegal. Todos siguen un programa regional armonizado de dermatología que es aceptable para la mayoría de los países de África Occidental, incluso para aquellos que no tienen un programa de formación.
- **África Oriental:** El número de dermatólogos por millón de habitantes oscila entre 1 y 7. Hay programas establecidos de formación de especialistas en dermatología en Etiopía, Kenia, Madagascar, Sudán, Tanzania y Uganda. El Centro Regional de Formación en Dermatología (RDTC, por sus siglas en inglés) en Moshi (Tanzania) ofrece el único Diploma Avanzado en Dermatovenereología para funcionarios clínicos y asistentes

médicos del África subsahariana. Estos 290 graduados son la espina dorsal de los servicios de dermatología en el África subsahariana.

- **África Central:** Hay entre 0, 1 y 5, 5 dermatólogos por cada millón de habitantes en esta región. Hay un programa de formación en la República Democrática del Congo.

Regiones que cuentan con programas de formación en dermatología o dermatovenereología que siguen planes de estudio regionales, nacionales o universitarios (Fig. 2)

- **Programa regional, plan de estudios armonizado y acreditación del país:** África Occidental; *Anglófono* Ghana y Nigeria; *Francófono* Benín, Burkina Faso, Costa de Marfil, Guinea Conakry, Guinea-Bissau, Malí, Senegal y Togo.
- **Programa nacional, plan de estudios y acreditación:** Argelia, Angola, Egipto, Etiopía, Libia, Marruecos, Sudáfrica, Sudán, Tanzania (RDTC) y Túnez.
- **Programa universitario, plan de estudios y acreditación:** República Democrática del Congo (Universidad de Kinshasa), Kenia (Universidad de Moi), Madagascar (Universidad de Antananarivo), Mozambique y Uganda (Universidad de Mbarara).

Hay poco intercambio de planes de estudios y programas de formación entre las diversas universidades, excepto en África Occidental, lo que destaca la necesidad de compartir la experiencia y los recursos para que la formación se pueda fortalecer a nivel regional y se desarrollen

Continúa al dorso...

Tabla 1. Resumen de los programas de formación por región y país

Región	País	Programas de formación
Sur de África	Angola	Diploma de especialización de 4 años expedido por el Ministerio de Salud que tiene un plan de estudios nacional y un examen del Colegio Angolano de Dermatología y Venereología de Sudáfrica
	Mozambique	Diploma de 5 años (3 en dermatología). Especialización en Dermatología y Venereología
	Sudáfrica	Beca de especialista de 4 años, FF Derm, (SA), que tiene un plan de estudios nacional y un examen del Colegio de Dermatólogos de Sudáfrica Para los másteres universitarios en medicina se requiere una tesis. Para colegiarse como dermatólogo especialista se requiere tanto el FF Derm (SA) como el máster en medicina.
Norte de África	Egipto	Máster de 5 años con MD/PhD
	Libia y Túnez	Máster de 4 años con examen final
	Argelia y Marruecos	Información no disponible en el momento de la publicación
África Occidental		Programas de formación en Nigeria, Ghana, Senegal y Malí En general se sigue un plan de estudios armonizado regional Los programas se adaptan a las necesidades locales y tienen planes de estudio, cuadernos de bitácora y componentes de investigación.
	Ghana	Beca de investigación de 5 años (3 en dermatología). Beca de investigación del Colegio de Médicos de África Occidental o beca de investigación del Colegio de Médicos y Cirujanos de Ghana
	Malí	Programa de 4 años
	Nigeria	Beca de investigación de 5 años (3 en dermatología). Beca de investigación en Medicina Interna subespecialidad dermatología
	Senegal	Diploma de 4 años (especialización en dermatología).
África Oriental	Etiopía	Plan de estudios nacional desde 2006. Diploma (Certificado de Especialidad en Dermatovenereología)
	Madagascar	Formación de residentes (4 años) desde el año 2000. Beca de investigación con certificado French Diplôme d'Études de Formation Spécialisée (DEFS) y Attestation de Formation Spécialisée (AFS)
	Sudán	Doctor en medicina 4 años 500 dermatólogos desde que empezó la formación en 1995
	Tanzania	El RDTC y el centro colaborador de la OMS forman a varios profesionales de la salud de países subsaharianos. Se ofrece un programa de residencia de máster en medicina de 4 años y un Diploma Avanzado en Dermatovenereología (ADDV) de 2 años.
	Uganda	Programa de 3 años (máster en medicina) del que se han graduado 13 dermatólogos desde que empezó
África Central	República Democrática del Congo	Diploma de 5 años (Doctor especializado en dermatología) en la Universidad de Kinshasa

Programas de posgrado en dermatología en África: una sinopsis, con autorización, del artículo original publicado en *Dermatologic Clinics*¹ ...continuación

planes de estudios que sean relevantes para las necesidades africanas locales.

Lo que es evidente es que muchos planes de estudios se desarrollan en países de altos ingresos que dominan el espacio de conocimiento global, estableciendo las métricas para el éxito en su beneficio y en detrimento de los sistemas de conocimiento de países de ingresos bajos a medianos (epistemicidio). Estos planes de estudio se «implantan» en las universidades del continente sin tener en cuenta su relevancia para África o su gente. Están aumentando las llamadas a la descolonización de la educación en salud mundial y al reconocimiento del legado de las antiguas relaciones coloniales y su influencia en las iniciativas de la salud mundial.³

La mayor parte del continente tiene <10 dermatólogos por millón de habitantes; solo el norte de África tiene un número mayor, de 8 a 49 dermatólogos por millón de habitantes. La mayoría de los dermatólogos africanos son médicos privados en áreas urbanas, y solo una minoría está en el servicio académico y público, lo que resulta en una atención médica de la piel limitada o inexistente para grandes sectores de la población.⁴ Recientemente se ha publicado información más detallada sobre el número de dermatólogos, los tipos de programas de formación disponibles y las particularidades de los planes de estudios por región y por país.¹

Un intento anterior por describir la formación en dermatología en África, que se centró principalmente en los países de habla inglesa, señaló que la formación era limitada.⁵ Algunas soluciones propuestas para mejorar la atención de la salud cutánea incluyen la rotación de tareas (con cursos cortos y diplomas para la formación de médicos de cabecera, enfermeras, asistentes médicos, funcionarios clínicos y proveedores de atención médica tradicional) y tecnología, particularmente la tele dermatología.

Los materiales educativos disponibles para los programas de formación africanos se basan principalmente en fuentes publicadas en Europa, América y el Reino Unido. No se ha evaluado la aplicabilidad de este material a las personas con piel pigmentada en diferentes regiones del mundo ni la capacidad de los dermatólogos para diagnosticar y tratar los trastornos de la piel en personas de color.

En 2006, Ebade y Papier realizaron una encuesta sobre material educativo relacionado con la piel pigmentada en los Estados Unidos.⁶ Los libros de texto de dermatología que evaluaron contenían porcentajes bajos de imágenes y contenido textual centrado en la piel étnica (Bologna 19 %; Freedberg 15 %; Rook 12 %; Fitzpatrick 5.ª ed. 11 %; Fitzpatrick 4.ª ed. 10 %; Sauer's 9 %; y Habif 4 %). De 1996 a 2005, el porcentaje de eventos de formación en las reuniones anuales de la Academia Estadounidense de Dermatología que estaban centrados en la piel de personas de color se mantuvo estático en un 2 %. Se recomendó que se incorporara a los recursos educativos

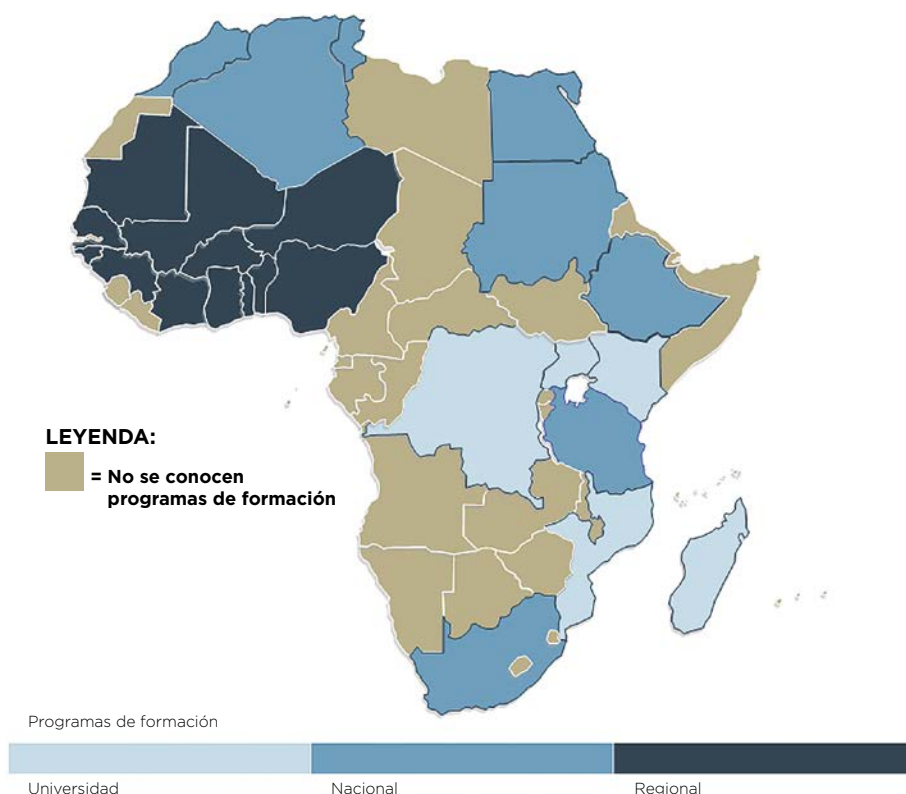


Fig. 2. Regiones que cuentan con programas de formación en dermatología o dermatovenereología que siguen planes de estudios regionales, nacionales o universitarios.

más cobertura fotográfica e información textual que describiera enfermedades comunes y graves de la piel en personas de color. Esto pone de relieve lo inadecuado que es el material educativo que actualmente se prefiere y recomienda para los residentes africanos.⁶

Es necesario desarrollar programas que brinden educación y recursos que sean cultural, étnica y geográficamente más apropiados.

Se deben realizar encuestas a nivel continental y regional sobre los dermatólogos capacitados, su distribución en los países, sus perfiles de permanencia y su contribución a la formación en dermatovenereología de grado y posgrado y la descolonización del plan de estudios. También sería importante llevar a cabo encuestas sobre cómo se reconoce y financia esta contribución de la dermatovenereología a la carga sanitaria en todo el continente, tanto con respecto a los servicios clínicos a la población como al financiamiento de la formación.

Referencias

1. Mosam A, Todd G. Dermatology training in Africa: successes and challenges. *Clin Exp Dermatol* 2021; **39**:57-71.
2. Organización Mundial de la Salud. *Epidemiology and management of common skin diseases in children in developing countries*. WHO/FCH/CAH/05.12. OMS, 2005. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/69229> (último acceso: 4 de noviembre de 2021)
3. Hu J, McKoy K, Papier A et al. Dermatology and HIV/AIDS in Africa. *Clin Infect Dis* 2011; **3**: 275-80.
4. Hay RJ, Fuller LC. The assessment of dermatological needs in resource-poor regions. *Int J Dermatol* 2011; **50**: 552-7.
5. Eichbaum QG, Adams LV, Evert J et al. Decolonizing global health education: rethinking institutional partnerships and approaches. *Radiol Med* 2021; **96**:329-5.
6. Ebade T, Papier A. Disparities in dermatology educational resources. *J Am Acad Dermatol* 2006; **55**:687-90.

Una presentación distorsionada de la dermatitis causada por esteroides que se asemeja a la rosácea: informe de un caso

Doriane Sabushimike^{1*}, Lulyritha Kini¹, Daudi Mavura², John E. Masenga¹, Rune Philemon³ Magdalena Dennis^{1*}

¹Departamento de Dermatovenereología, Kilimanjaro Christian Medical University College, Moshi, P. O. Box 2240, Tanzania.

²Centro Regional de Formación en Dermatología, Kilimanjaro Christian Medical Centre, Moshi, P.O. Box 8332, Tanzania.

³Instituto de Salud Pública, Kilimanjaro Christian Medical University College, Moshi, P. O. Box 2240, Tanzania.

*Autor para correspondencia: sabushimikedodo@gmail.com

Conflicto de intereses: Ninguno.

Palabras clave: Dermatitis por esteroides parecida a la rosácea, corticosteroides tópicos, rosácea.

Resumen

La dermatitis por esteroides que se parece a la rosácea se manifiesta clínicamente con eritema, pápulas y pústulas. En algunos pacientes, también se presentan cambios atróficos como telangiectasias, que se desarrollan a partir de la aplicación repetida de corticosteroides tópicos de potencia moderada a alta. Presentamos una paciente de 31 años de edad que sufrió una dermatitis por esteroides similar a la rosácea. Tenía eritema severo, pápulas, nódulos y escamas en la cara. Nuestro enfoque terapéutico, que consistió en la reducción gradual de los corticosteroides tópicos y el inicio de la terapia con tinidazol y tacrólimus tópico, resultó en una mejoría notable pasados 2 meses.

Introducción

La rosácea es una dermatosis facial inflamatoria crónica común. La rosácea se caracteriza por un enrojecimiento de la piel, eritema, telangiectasias, pápulas inflamatorias, pústulas, edema, cambios fimatosos y afecciones oculares.¹⁻³ Afecta mayoritariamente a pacientes de raza blanca con fototipos de piel clara y está poco documentada en pacientes de raza negra. Esta falta de reportes de casos puede ser el resultado de un insuficiente reconocimiento debido a la imperceptibilidad de las características típicas de la rosácea (p. ej., eritema de fondo y telangiectasia) y a la hiperpigmentación innata en personas con fototipos de piel V y VI.¹⁻³ Una de las causas de una piel con aspecto rosaceiforme es el uso excesivo de corticosteroides tópicos.

Desde 1951 hasta 1974, muchos dermatólogos intentaron encontrar un nombre propio para referirse a la dermatosis inducida por esteroides. Fue en 1974 cuando Leyden *et al.* le dieron el nombre de «rosácea esteroidea». ⁴ Por otro lado, teniendo en cuenta que rosácea ya es un término bien definido, se pensó que el mejor nombre sería dermatitis por esteroides símil rosácea (SDRR, por sus siglas en inglés). La SDRR es un síntoma común causado por el uso excesivo de corticosteroides tópicos. Aunque es necesario dejar de usar corticosteroides tópicos para detener la SDRR, puede producirse una reacción de rebote si dicha interrupción es demasiado brusca. ⁵ Existen tres tipos de SDRR, clasificados según su localización: perioral, centrofacial y de tipo difuso. ⁶ Se manifiestan clínicamente con eritema, pápulas y pústulas. En algunos pacientes, los cambios atróficos, como las telangiectasias, se desarrollan a partir de la aplicación repetida de corticosteroides tópicos de potencia moderada a alta. ⁷ En pacientes con fototipos cutáneos IV-VI, el eritema a menudo no es visible a simple vista, dificultando el diagnóstico clínico de la SDRR. La dermatoscopia puede ser una herramienta valiosa para evaluar el eritema en pieles oscuras. ⁸ La rosácea puede confundirse con acné, una reacción alérgica u otras afecciones que se presentan con pápulas del color de la piel. ³

El primer paso en el manejo de la SDRR es suspender el uso de todos los corticosteroides tópicos. El segundo factor importante que se debe tener en cuenta es la supresión de la infección bacteriana en los folículos pilosos con antibióticos sistémicos. La elección de antibióticos debe hacerse en función de si hay bacterias gramnegativas, *estafilococos* spp., *estreptococos* spp., o una hiperproliferación de *Cutibacterium acnes*, como resultado del uso excesivo de corticosteroides tópicos. ⁶

Caso

Una paciente de 31 años se quejaba de pápulas y manchas eritematosas con picazón en la cara. Informó que había experimentado las mismas lesiones durante casi 4 años y que había sido tratada con varios esteroides tópicos y cremas antimicóticas. En su última consulta fue tratada de tiña incógnita con crema de miconazol al 2 %, lo que empeoró sus lesiones con extensos signos de irritación.

Continúa al dorso...



Fig. 1. Eritema, pápulas, nódulos y escamas.

Una presentación distorsionada de la dermatitis causada por esteroides que se asemeja a la rosácea: informe de un caso...continuación

En el examen se observó un eritema grave en todas las áreas faciales afectadas, la parte superior del tórax y la espalda. Las lesiones consistían en pápulas, nódulos y escamas. También presentaba algunos comedones y telangiectasias en la frente y la región malar. Se podía observar vello terminal en el pecho, así como en el área mandibular y el mentón (Fig. 1).

Los estudios de laboratorio revelaron un perfil hormonal normal. En el microscopio no se observaron Demodex ni elementos fúngicos.

Este caso fue diagnosticado clínicamente como una dermatitis por esteroides similar a la rosácea. Se recetó tinidazol oral 500 mg dos veces al día y crema de hidrocortisona al 1 % dos veces al día. A partir de la segunda semana, la crema de hidrocortisona al 1 % se redujo gradualmente a una vez al día, luego a tres veces por semana durante la tercera semana y, finalmente, a dos veces por semana durante la última semana antes de suspenderla. Se inició un tratamiento con tacrólimus en crema al 0,01 % los días que no se aplicaba hidrocortisona. Después de 1 mes de tratamiento, la paciente todavía tenía eritema, pero era leve y las pápulas habían disminuido notablemente (Fig. 2). En la tercera visita, las pápulas y escamas habían desaparecido por completo (Fig. 3). Se recetó una dosis de mantenimiento de metronidazol en gel al 1 %, dos veces al día. En la primera y última visita también se tomaron imágenes dermatoscópicas que revelaron una notable reducción del eritema (Fig. 4 y Fig. 5).



Fig. 2. Eritema leve y algunas pápulas.

Debate

Solo unos pocos días de tratamiento con corticosteroides tópicos son suficientes para suprimir los signos de muchas dermatosis primarias. Los corticosteroides tópicos tienen características antiinflamatorias y efectos vasoconstrictores que eliminan



Fig. 3. Resolución completa de pápulas y escamas.

especialmente el eritema, aunque no tratan la causa de la enfermedad. La interrupción de los corticosteroides tópicos a menudo provoca la exacerbación de la dermatosis primaria, lo que lleva a muchas personas a continuar usando corticosteroides tópicos a largo plazo.⁶

Es difícil apreciar el eritema a simple vista en los fototipos IV a VI. Esto complica el diagnóstico de la rosácea en estos tipos de piel, ya que el eritema puede ser la principal característica diagnóstica. En personas de piel oscura, cuando se observa eritema con antecedentes de uso de corticosteroides tópicos, a menudo se confunde con tiña incógnita, acné o reacciones alérgicas.³

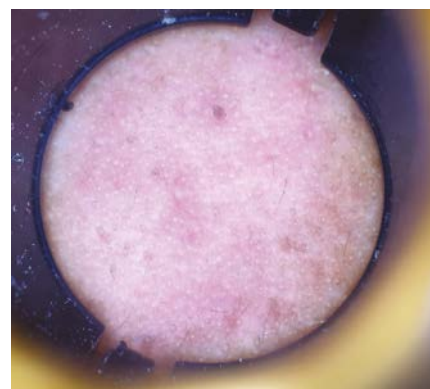


Fig. 4. Eritema visto en la dermatoscopia en la primera visita.

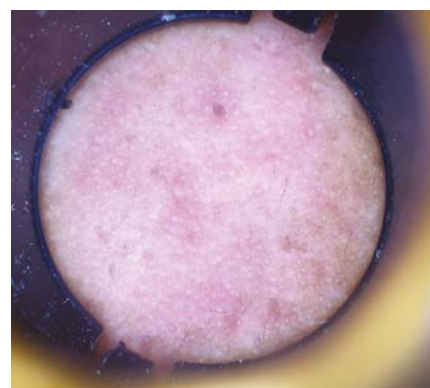


Fig. 5. Eritema reducido visto en la dermatoscopia en la segunda visita.

A nuestra paciente se le diagnosticó inicialmente una reacción alérgica y luego tiña incógnita. Su manejo a largo plazo con corticosteroides tópicos seguido de un antifúngico tópico causó mucha irritación, además de SDRR. Al examinarla por microscopia directa de la piel, se diagnosticó clínicamente SDRR. Después de disminuir los corticosteroides tópicos e iniciar el tratamiento con tinidazol 500 mg dos veces al día junto con tacrólimus tópico al 0,01 %, nuestra paciente mostró una mejoría notable. Usamos metronidazol dos veces al día para su tratamiento de mantenimiento.

Conclusión

El uso a largo plazo de corticosteroides tópicos puede resultar en SDRR. Cuando se presente eritema y otras dermatosis, recomendamos que se considere el diagnóstico de SDRR basado en los hallazgos de la dermatoscopia para los pacientes que han usado corticosteroides tópicos.

Consentimiento

La paciente dio su consentimiento para participar en este estudio y para que publicáramos sus datos.

Agradecimientos

RP es miembro de DELTAS/THRIVE bajo la subvención DELTAS Africa Initiative # DEL-15-011 a THRiVE-2 y junto con el Christian Medical University College en Kilimanjaro proporcionó la información técnica.

Referencias

1. Rosen T, Stone MS. Acne rosacea in blacks. *J Am Acad Dermatol* 1987; **17**:70-3.
2. Al-Dabagh A, Davis SA, McMichael AJ, Feldman SR. Rosacea in skin of color: not a rare diagnosis. *Dermatol Online J* 2014; **20**:13030/qt1mv9r0ss.
3. Dlova NC, Mosam A. Rosacea in black South Africans with skin phototypes V and VI. *Clin Exp Dermatol* 2017; **42**:670-3.
4. Leden JJ, Thew M, Kligman AM. Steroid rosacea. *Arch Dermatol* 1974; **110**:619-22.
5. Seok J, Choi SY, Li K et al. Recalcitrant steroid-induced rosacea successfully treated with 0.03% tacrolimus and 595-nm pulsed dye laser. *Eur J Dermatology* 2016; **26**:311-2.
6. Dubertret L. Which steroids for the treatment of skin disorders on the face? *J Eur Acad Dermatology Venereol* 2002; **16**:121.
7. Bologna J, Schaffer J, Cerroni L. Adnexal diseases. En: *Dermatology*, 4.ª ed. Filadelfia, PA: Elsevier, 2018; 612.
8. Wollina U, Ogunbiyi A, Verma SB. Rosacea in dark skin. En: *Pigmented Ethnic Skin and Imported Dermatoses*. (Orfanos CE, Zouboulis CC, Assaf C, eds). Cham: Springer, 2018; 229-40.

ATLAS DE DERMATOLOGÍA (libre acceso)

Hay varias galerías en línea de imágenes de enfermedades cutáneas, muchas de ellas con ilustraciones de lesiones en piel de color.

www.atlasdermatologico.com.br

Uno de los más exhaustivos creado por el Dr. Samuel Freire de Silva.

<https://dermnetnz.org>

La Sociedad de Dermatología de Nueva Zelanda ofrece asesoramiento autorizado sobre el control, con un enlace a las afecciones en la piel de color.

<https://www.dermatlas.net>

Los doctores RP Usatine y BD Madden han creado un atlas de dermatología interactivo.

www.dermoscopyatlas.com

Imágenes dermatoscópicas disponibles aquí.

<https://www.cmecde.com/download-atlas-of-clinical-dermatology-3rd-edition-pdf-free/>

Para descargarse un PDF con el Atlas de Dermatología de Anthony du Vivier.

www.dermweb.com/photo_atlas

Hay disponibles enlaces a otros recursos en línea.



Imágenes © www.atlasdermatologico.com.br

Escenario posterior a la eliminación de la lepra en un hospital de atención terciaria en el sur de la India

Rochelle C Monteiro*, Ramesh Bhat M

Departamento de Dermatología, Venereología y Lepra, Father Muller Medical College, Mangalore-575002, India.

*Autor para correspondencia: rochelle.cheryl@gmail.com

Conflicto de intereses: Ninguno.

Fuentes de financiación: Ninguna.

Palabras clave: Lepra, eliminación, multibacilar.

Conocimientos clave:

1. La lepra sigue siendo un problema de salud importante en los países de bajos ingresos a pesar de su estado de «eliminación».
2. El número total de casos multibacilares y casos nuevos entre niños es alto en nuestro estudio, lo que apunta a una transmisión activa en la comunidad.
3. La presencia de deformidades afecta gravemente la calidad de vida de las personas con lepra y afectará potencialmente su forma de subsistencia.
4. La baja tasa de positividad de la baciloscopia refleja la necesidad de mejorar la formación del personal sanitario en la técnica y en el uso de otras modalidades de diagnóstico como la histopatología o la reacción en cadena de la polimerasa (PCR), para aumentar el rendimiento diagnóstico.
5. La educación en salud pública, el aumento del rastreo de contactos y la formación del personal sanitario son esenciales para lograr la erradicación de la lepra.

Resumen

Antecedentes: La lepra o enfermedad de Hansen es una condición discapacitante con una prevalencia muy extendida. Continúa siendo un importante problema de salud pública a pesar de los esfuerzos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y las agencias gubernamentales para frenar su propagación.

Objetivos: Este estudio tuvo como objetivo describir el perfil clínico y epidemiológico de los pacientes con lepra que fueron atendidos en un centro de atención terciaria en el sur de la India durante el período comprendido entre 2005 y 2020.

Métodos: Se analizaron las historias clínicas de los pacientes con lepra de forma retrospectiva, durante el período comprendido entre 2005 y 2020. Este estudio se llevó a cabo en el Departamento de Dermatología, Venereología y Lepra del Father Muller Medical College en Mangalore (India). Los datos se obtuvieron mediante un cuestionario específico y se introdujeron en el sistema de la base de datos.

Resultados: Durante el período de estudio se observaron un total de 520 casos recién diagnosticados. La lepra tuberculoide limítrofe fue el tipo clínico más común. La positividad del frotis fue baja, a pesar de que los casos multibacilares fueron los más numerosos. La ocurrencia de deformidades visibles y reacciones leprosas que contribuyen a la morbilidad continúa siendo motivo de preocupación.

Conclusión: Este estudio reveló que incluso en la era posterior a la eliminación, continúa habiendo transmisión activa en la comunidad. Por lo tanto, lo más necesario actualmente es la educación sanitaria y métodos de diagnóstico más estrictos y focalizados.

Introducción

La lepra, una enfermedad infecciosa crónica que afecta la piel, los ojos y los nervios periféricos, es causada por la bacteria *Mycobacterium leprae* y se transmite principalmente por contacto estrecho con personas que padecen la enfermedad o mediante gotículas que diseminan por el aire los portadores nasales

asintomáticos. El organismo también puede persistir en el medio ambiente. Aunque es una de las enfermedades más antiguas conocidas por la humanidad y la primera enfermedad infecciosa de la que se descubrió su agente etiológico, sigue siendo un problema de salud pública, especialmente en los países de bajos ingresos.¹ Tras la introducción de la polifarmacoterapia (MDT) en 1982, la prevalencia mundial notificada de la lepra se había reducido de más de 5 millones de casos a menos de 200 000 a finales de 2016. La situación en India también experimentó un cambio drástico, pasándose de una tasa de prevalencia de 57,8/10 000 habitantes en 1983 a menos de 1/10 000 habitantes en 2005, cuando se declaró la eliminación de la enfermedad en India según los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS).² Sin embargo, entre los países de África, América del Sur y el Sudeste Asiático en los que se notifica un elevado número de casos, India sigue siendo uno de los líderes en lo que respecta a números. Se detectaron un total de 120 334 casos nuevos y 9227 casos infantiles a finales del año 2018 en India, lo que indica una transmisión activa.³

La distribución epidemiológica de los casos de lepra tradicionalmente se ha concentrado en climas tropicales con altas temperaturas y abundantes precipitaciones. Sin embargo, los climas templados y fríos también han mostrado números elevados en algunos casos. La lepra es una enfermedad de los pobres.⁴ Realizamos este estudio para describir el perfil epidemiológico de casos en un hospital de atención terciaria en el sur de la India que predominantemente tiene el clima descrito anteriormente. La fuerte industrialización y la migración de poblaciones de otras áreas endémicas se han sumado a la carga de lepra en nuestra región. Estudiamos la prevalencia de casos de lepra durante un período de 15 años, desde 2005 hasta 2020, para evaluar los programas de control vigentes y diseñar métodos para mejorar la situación en el futuro.

Materiales y métodos

Se trata de un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo, en el que se analizan datos consolidados de casos de lepra. Los datos se obtuvieron de los registros médicos del Departamento de Dermatología, Venereología y Lepra del Father Muller Medical College en Mangalore, India. Se analizaron los registros de pacientes durante un período de 15 años, desde abril de 2005 hasta marzo de 2020. Todos los pacientes incluidos estaban, por lo tanto,

siguiendo la politerapia prescrita por la OMS. Los datos registrados en los perfiles de los pacientes en el momento del diagnóstico se obtuvieron mediante un cuestionario específico y luego se introdujeron en un sistema de base de datos. Se recogieron las siguientes variables:

- número total de nuevos casos;
- nuevos casos entre niños;
- número de pacientes con enfermedad multibacilar (MB) y paucibacilar (PB);
- presencia de deformidad de grado 2 o visible;
- presencia de reacciones;
- frotis positivo de sitios de rutina. Los datos fueron procesados utilizando Microsoft Office Excel 2007 para la elaboración de las tablas y gráficos.

Resultados

Se observó un total de 520 casos nuevos durante el período del estudio (Fig. 1). Esto incluyó a 47 (9,0 %) niños recién afectados de entre 4 y 15 años. Entre los casos, 331 (63,7 %) se clasificaron como MB y 189 (36,3 %), como PB después del frotis y el examen clínico (Fig. 2). La lepra tuberculoide borderline fue el tipo más frecuente en el momento del diagnóstico (261, 50,2 %), seguida de la lepra tuberculoide (98, 18,9 %). La lepra borderline intermedia fue el subtipo menos común (16, 3,1 %) (Tabla 1). Un total de 102 (19,6 %) casos presentó reacciones durante el tratamiento y el seguimiento. Además, 45 (8,7 %) de los pacientes tenían deformidades de grado 2 o visibles; algunas, como las manos en garra o la neuritis, se relacionaron con reacciones durante el tratamiento, aunque la proporción precisa no estaba disponible. Del total de casos, el frotis fue positivo solo en 115 (22,1 %).

Continúa al dorso...

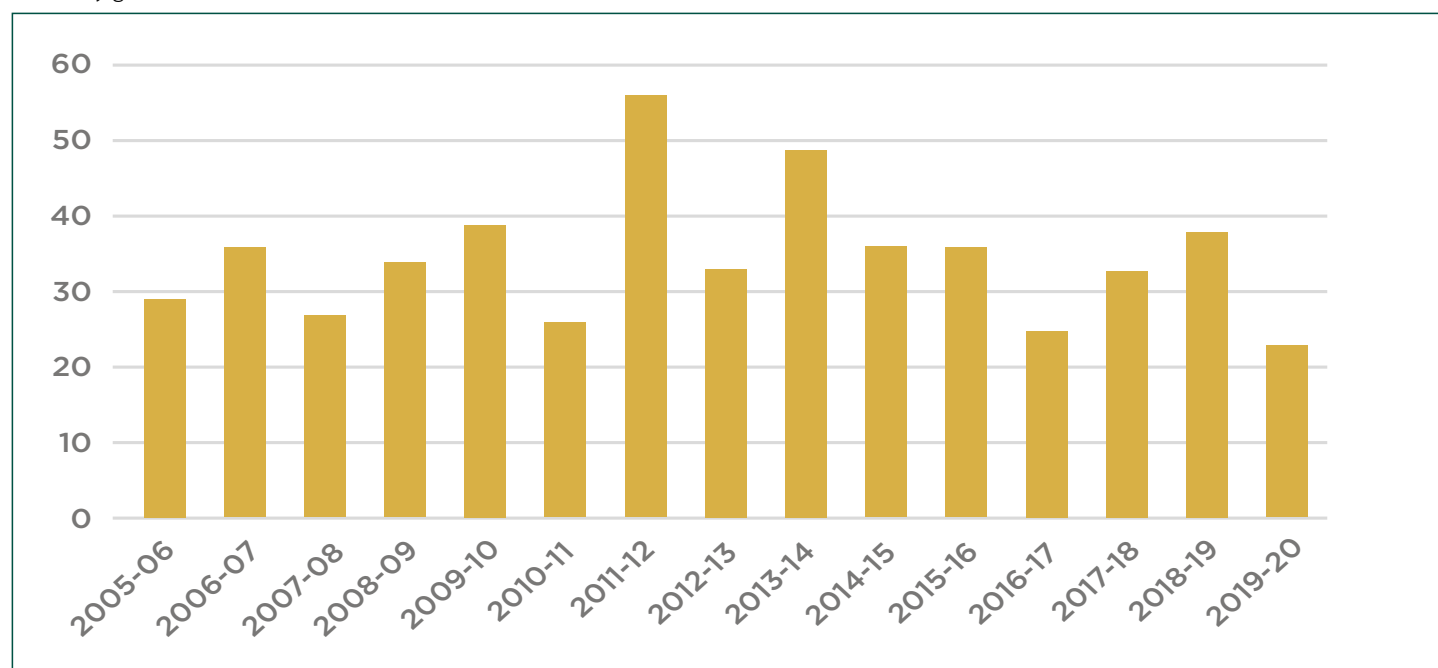


Fig. 1. Número de casos recién diagnosticados al año en un hospital de atención terciaria en el sur de la India.

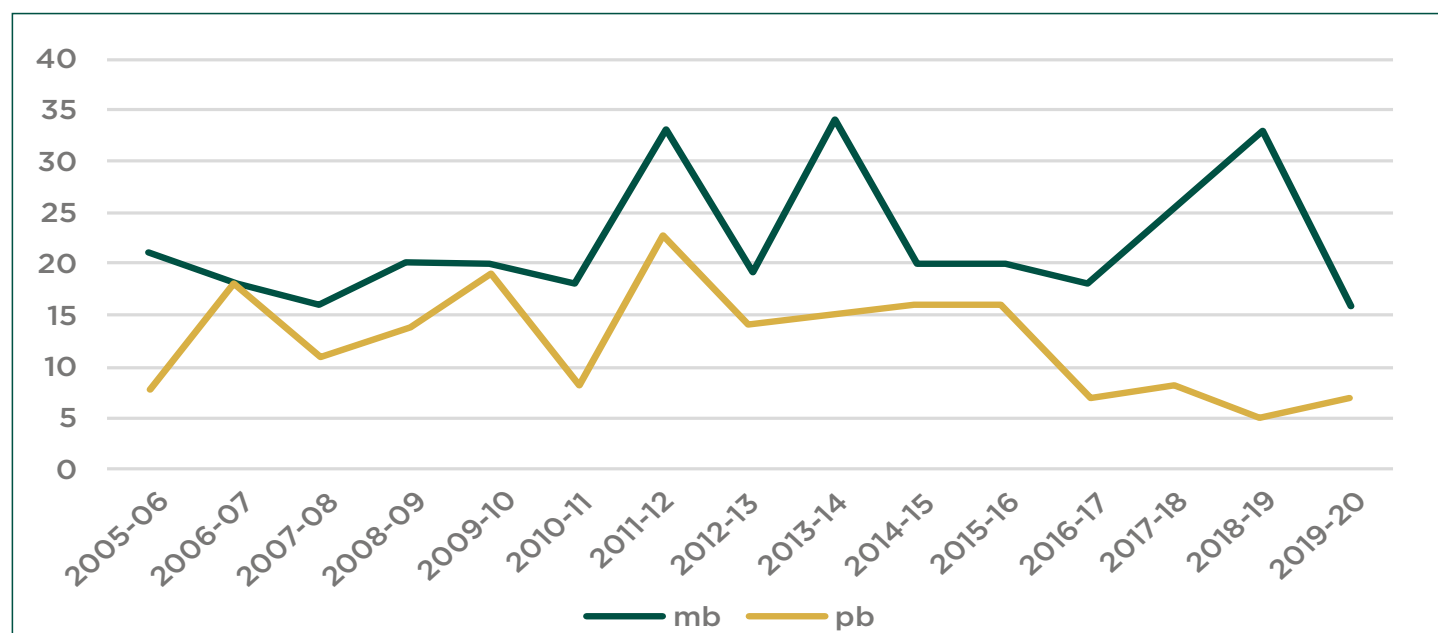


Fig. 2. Número de nuevos casos de MB y PB detectados al año.

Escenario posterior a la eliminación de la lepra en un hospital de atención terciaria en el sur de la India...continuación

Tabla 1.

Tipos clínicos de nuevos casos de lepra

Tipo clínico de lepra	Número (%)
Indeterminado	19 (3,7 %)
Tuberculoide	98 (18,9 %)
Tuberculoide borderline	261 (50,2 %)
Borderline intermedia	16 (3,1 %)
Borderline lepromatosa	49 (9,4 %)
Lepromatosa	53 (10,2 %)
Neural pura	24 (4,6 %)

Debate

En abril de 2016, la OMS lanzó una «Estrategia mundial para la lepra 2016–2020» de 5 años con el nombre de «Acelerar la acción hacia un mundo sin lepra». Giraba en torno a la detección temprana de la lepra y la reducción de la discapacidad. Se basó en el programa de eliminación de la lepra a nivel subnacional, el cual ha estado lejos de ser satisfactorio, por lo que el desafío continúa. Se hizo especial hincapié en las mujeres y los niños, aumentando el rastreo de contactos, fortaleciendo los sistemas de derivación, evaluando la eficacia de la quimioprofilaxis y llevando a cabo un control de la resistencia a los medicamentos. A finales de año, se observó una ligera disminución de la prevalencia en todo el mundo, pero muchos países endémicos en desarrollo y subdesarrollados no enviaron sus datos, por lo que la precisión de los datos es limitada.² Por eso es importante que, en enfermedades como la lepra con una carga global de casos, se recopilen datos precisos.

Entre los pacientes que estudiamos, los casos de MB (63,7 %) fueron más frecuentes que los casos de PB. Un alto número de casos de lepra MB y discapacidades asociadas puede reflejar déficits nacionales en el programa de control en cuanto a los métodos de vigilancia epidemiológica y las herramientas de educación en salud que se utilizan, lo que resulta en un diagnóstico tardío.⁵ Además, la alta proporción de casos de MB indica una transmisión activa y continuada de la lepra dentro de la comunidad.²

Aunque el porcentaje de casos de MB fue del 63,7 %, la positividad del frotis se observó en solo el 22 % del total de casos. El rendimiento de los frotis fue decepcionantemente bajo. Es necesario mejorar la formación del personal sanitario en la toma, el uso de tinciones específicas y la interpretación de los frotis. Es importante que los frotis no se tiñan para la tuberculosis (TB), sino que se adapten para la lepra. El uso de la tinción TB ZN suele ser la causa de lecturas bajas. Es posible que sea necesaria una PCR (se pueden agrupar muestras de múltiples sitios de un paciente para reducir el costo). Aunque la histopatología es valiosa, solo toma muestras de uno o unos pocos sitios y requiere un mayor nivel de formación.

La prevalencia en menores de 15 años fue del 9,0 % en nuestro estudio, en concordancia con informes previos y la media nacional.^{6,7} La detección de casos en este grupo se toma como un indicador de la mayor gravedad de enfermedad de la enfermedad. Los niños pueden ser los contactos de casos no detectados por el sistema de salud. La lepra infantil es un problema grave, ya que cuanto más joven es el paciente, mayor es la posibilidad de

desarrollar una discapacidad. Esto puede ser contraproducente en una economía en desarrollo, ya que los pacientes afectados tendrían una productividad económica limitada en el futuro.⁸

El desarrollo de discapacidades físicas en la lepra es siempre un tema preocupante. Encontramos un 8,7 % de pacientes con alguna discapacidad, lo que apunta a deficiencias en la detección temprana del caso. También destaca la necesidad de disponer de centros especializados para el control de las deformidades, ya que, si estas se abordan en fases tempranas de la enfermedad, se podría reducir drásticamente la morbilidad asociada. El hecho de que el estudio se haya realizado en un hospital de referencia de tercer nivel también podría indicar una mayor derivación de pacientes con deformidades tempranas.⁹ No obstante, es de suma importancia que se priorice la detección temprana de reacciones para reducir las discapacidades.

Como este estudio fue retrospectivo, la disponibilidad de datos fue limitada. No se han incluido datos histopatológicos, aunque se utilizó la histopatología en la confirmación del diagnóstico. El historial de contactos de cada caso habría agregado más valor al estudio y ayudado en el rastreo de contactos.

Conclusión

Aunque la estrategia de la OMS es acelerar la acción hacia un mundo sin lepra, con nuestro estudio se demuestra que hay una circulación activa continua de bacilos de Hansen en la comunidad. La alta prevalencia de casos de MB y deformidades visibles indica que los principales obstáculos para esta aceleración se deben a un diagnóstico tardío, probablemente debido a la notificación tardía o la falta de conocimiento de los signos y síntomas de la enfermedad. Por lo tanto, de acuerdo con la estrategia mundial de 2016-2020, debemos aumentar el rastreo de contactos y fortalecer los sistemas de referencia y, lo que es más importante, debemos centrarnos en la educación sanitaria del público en general y en una mejor formación del personal sanitario, incluida la detección y tratamiento de reacciones.

Referencias

1. Khubchandani J. State of the globe: many challenges of the multifaceted leprosy. *J Glob Infect Dis* 2011; **3**:315–6.
2. Rao PN, Suneetha S. Current situation of leprosy in India and its future. implications *Indian Dermatol Online J* 2018; **9**:83–9.
3. National Health Portal India. Día Mundial de la Lepra 2020. Disponible en: https://www.nhp.gov.in/world-leprosy-day-2020_pg (último acceso: 16 de diciembre de 2021).
4. Magalhaes MCC, Rojas LI. Time trends of Hansen's disease in Brasil. *Rev Bras Dermatol* 2005; **8**:342–55.
5. de Oliveira Serra MAA, da Silva Santos C, Neto PML et al. Factors associated with multibacillary leprosy in a priority region for disease control in Northeastern Brazil: a retrospective observational study. *J Trop Med*, **2019**: 5738924.
6. Sousa MW, Silva DC, Carneiro LR et al. Epidemiological profile of leprosy in the Brazilian state of Piauí between 2003 and 2008. *Anais Brasileiros de Dermatologia* 2012; **87**:389–95.
7. Pereira EVE, Machado HAS, Ramos CHM et al. Epidemiologic profile of the leprosy of the city of Teresina, in the period of 2001–2008. *Anais Brasileiros de Dermatologia* 2011; **86**:235–40.
8. Miranzi SSC, Pereira LHM, Nunes AA. Epidemiological profile of leprosy in a Brazilian municipality between 2000 and 2006. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 2010; **43**:62–7.
9. Bhat RM, Chaitra P. Profile of new leprosy cases attending a South Indian referral hospital in 2011–2012. *In Schol Res Notices* **2013**: ID del artículo 579024. <http://dx.doi.org/10.1155/2013/579024>.

Anuncio de la nueva directora ejecutiva de ILDS

Nos complace anunciar que Arpita Bhose será la próxima directora ejecutiva de la Liga Internacional de Sociedades Dermatológicas (ILDS, por sus siglas en inglés).

Después de servir como directora ejecutiva durante 5 años, Jo Groves se va dejando tras de sí una base sólida para que Arpita pueda implementar la Estrategia ILDS 2020-2023 y mucho más. Únase a nosotros en este agradecimiento a Jo por su dedicado liderazgo y dirección estratégica para fortalecer el desarrollo de la ILDS. Estamos seguros de que 2022, con Arpita al frente de la Secretaría, será un gran año, pues contará con la 3.ª Cumbre Mundial de la Piel de la ILDS del 13 al 15 de octubre de 2022 en Perú y el 25.º Congreso Mundial de Dermatología del 3 al 8 de julio de 2023 en Singapur.



Jo Groves



Arpita Bhose

Seminarios web del Comité Formativo de GLODERM

El Comité Formativo de GLODERM ha lanzado una nueva serie de seminarios web educativos para 2021-2022! Estos seminarios web mensuales, gratuitos y en línea son impartidos por oradores expertos y estudiantes de todo el mundo sobre una variedad de diferentes temas de dermatología. Los seminarios web anteriores analizan las afecciones de la piel, como el albinismo, la psoriasis, los trastornos pigmentarios y las infecciones fúngicas profundas.

Esta serie espera ofrecer eventos educativos centrados en la dermatología clínica, la investigación, el liderazgo y las habilidades de gestión. Estos seminarios web están dirigidos a estudiantes, dermatólogos en activo y profesionales de la salud que brindan atención dermatológica en entornos de bajos recursos. Los seminarios web también sirven como una plataforma virtual en la que los estudiantes o las personas interesadas en aprender sobre dermatología pueden conocer a otros dermatólogos de todo el mundo y entablar un diálogo sobre la salud cutánea.

Para acceder a las grabaciones gratuitas de nuestros últimos seminarios web cuando se publiquen, visite y suscríbase al canal de YouTube de GLODERM aquí: <https://www.youtube.com/c/GLODERM>

Si desea ser el primero en enterarse de los próximos seminarios web y actividades formativas, regístrese en la lista de correo de estudiantes de GLODERM aquí: http://eepurl.com/hHvI_L

¡Esperamos verlo en futuros seminarios web de GLODERM!

RESPUESTAS DEL TEST

1. e) Rinosporidiosis diseminada

2. c) La exposición al agua en estanques y lagos

3. d) Granuloma con esporangios

Debate

La rinosporidiosis es una infección parasitaria granulomatosa crónica causada por el *Rhinosporidium seeberi*, un parásito acuático que desde hace poco, y después de mucho debate, se considera de la clase *Mesomycetozoea*. Principalmente una infección de las membranas mucosas de la nariz y la nasofaringe, la rinosporidiosis es endémica en partes del sur de Asia, América del Sur y África. La infección se produce a través de la inoculación directa inducida por traumatismos y, a menudo, hay antecedentes de contacto con agua estancada. En Sri Lanka y los países vecinos, los agricultores trabajan descalzos en arrozales fangosos.

El cuadro clínico en la consulta de dermatología consiste en nódulos cutáneos blandos que se asemejan a pólipos al inicio y luego adquieren una forma verrugosa. La diseminación, con nódulos cutáneos en múltiples sitios y la implicación de órganos internos, como en este paciente, está reconocida pero es rara. No se asocia con la inmunodeficiencia.

El diagnóstico se confirma por la apariencia típica de los esporangios de *R. seeberi*, que se observan en granulomas dispersos (Fig. 3).

Las lesiones solitarias o bien definidas responden muy bien a la escisión quirúrgica, pero pueden reaparecer. La dapsona parece ser eficaz en las fases tempranas de la enfermedad (p. ej., lesiones que se limitan a la nariz o nódulos cutáneos solitarios). En la enfermedad diseminada, las terapias sistémicas son en su mayoría ineficaces; el uso prolongado de dapsona es el tratamiento preferido, pues puede reducir el riesgo de reaparición después de la cirugía. Sin embargo, las recurrencias son muy comunes.



Figs. 1 y 2. Nódulos cutáneos húmedos, ulcerados y verrugosos.

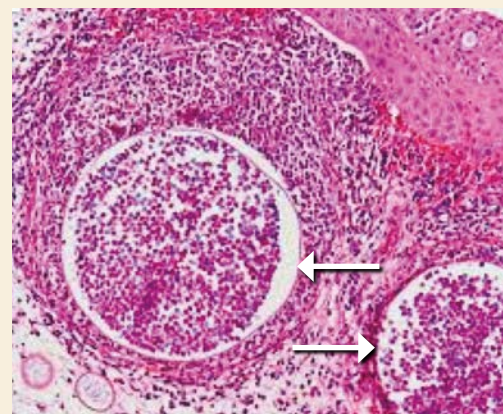


Fig. 3. Esporangios de *Rhinosporidium* de paredes gruesas (flechas) que contienen endosporas.

Editores

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

Editor fundador

Paul Buxton (Reino Unido)

Secretaría editorial

ILDS Secretariat

Junta editorial

Ayesha Akinkugbe (Nigeria)
Anna Ascott (Reino Unido)
Susannah Baron (Reino Unido)
Workalemahu A. Belachew (Etiopía)
Jean Bolognia (EE. UU.)
Isabel Casas (Argentina)
David Chandler (Reino Unido)
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, la revista CSH es una gran oportunidad de compartir sus experiencias, ya que puede mandar artículos, informes o cartas. Consulte las pautas para autores en la página 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 Liga Internacional de Sociedades Dermatológicas (ILDS) publica Community Skin Health como revista oficial de la International Foundation for Dermatology (IFD) <https://ilds.org/>

Exención de responsabilidad

La editorial, la Liga Internacional de Sociedades Dermatológicas y los editores no se harán responsables de errores o consecuencias derivados 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 Liga Internacional de Sociedades Dermatológicas o los editores; de igual forma, los anuncios tampoco suponen el respaldo de la editorial, la Liga Internacional de Sociedades Dermatológicas o los editores.

ISSN 2632-8046

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 todo el mundo.

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

CSH@ILDS.org



easyfundraising
feel good shopping

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

www.easyfundraising.org.uk



Fundada oficialmente en 1935, la Liga Internacional de Sociedades Dermatológicas (ILDS) lleva más de 80 años fomentando la salud cutánea en todo el mundo. Su precursor nació en 1889 como el primero de muchos Congresos Mundiales de Dermatología. Hoy en día, la 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 la labor humanitaria de la 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
(Información sanitaria para todos)

Promoting global
Community Skin Health
through education