

Quadro estratégico da Organização Mundial da Saúde para as doenças tropicais negligenciadas relacionadas com a pele

Michele Murdoch

Co-editora, Community Skin Health; Presidente do Grupo Transversal da Rede de ONGs para as Doenças Tropicais Negligenciadas (NNNSCCG)

Autora correspondente: michele.murdoch@nhs.net

Conflito de interesses: Os membros do NNNSCCG contribuíram para a redação do quadro estratégico para a pele, a autora é co-editora da *Community Skin Health*

Palavras-chave: Organização Mundial da Saúde; pele; doenças tropicais negligenciadas.

Em junho de 2022, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou *Ending the neglect to attain the sustainable development goals: a strategic framework for integrated control and management of skin-related neglected tropical diseases*.¹ Este importante documento de política visa beneficiar os mil milhões ou mais de pessoas em risco ou afetadas por doenças tropicais negligenciadas relacionadas com a pele (DTNs). Baseia-se em várias iniciativas anteriores, em particular, *Ending the neglect to attain the sustainable development goals: a road map for neglected tropical diseases 2021–2023*,² lançada pela OMS em 2020 e à qual este quadro estratégico para a pele serve agora de documento de acompanhamento. O trabalho anterior incluiu também a publicação de um manual de formação para os profissionais de saúde da linha da frente para os ajudar a reconhecer as doenças tropicais através de alterações na pele³, a sua evolução para uma aplicação móvel de diagnóstico⁴ e a subsequente integração com a SkinApp (da NLR, No Leprosy Remains) para formar a atual aplicação Skin NTDs da OMS.⁵

As DTNs são doenças amplamente endémicas em países de rendimentos baixos e médios e que afetam frequentemente pessoas em zonas rurais remotas. Até à data, têm sido largamente "negligenciadas", não só pelos serviços de saúde pública dos seus próprios países, mas também a nível mundial pela investigação e desenvolvimento de medicamentos. As DTNs cutâneas são aquelas que produzem sinais e sintomas

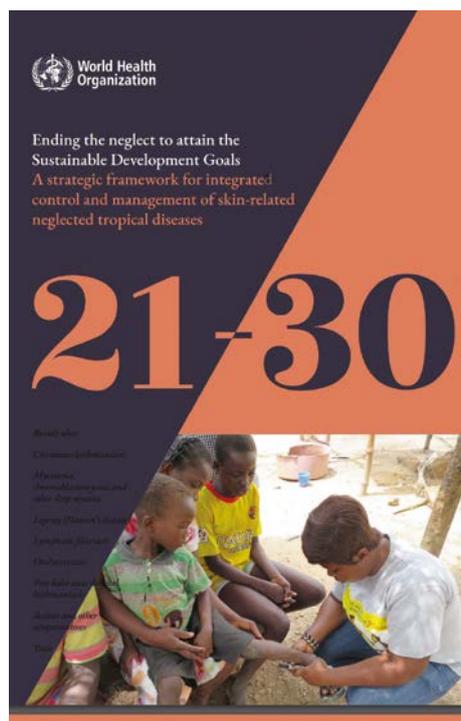


Fig 1. Capa de *Ending the neglect to attain the Sustainable Development Goals: a strategic framework for integrated control and management of skin-related neglected tropical diseases*. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2022. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

na pele. Pelo menos 10 das 20 DTNs atualmente consideradas prioritárias pela OMS apresentam alterações cutâneas antes de ocorrerem quaisquer alterações internas ou de se desenvolverem incapacidades físicas. Incluem-se na lista de DTNs

Aplicação Community Skin Health

A aplicação CSH está disponível para iOS e Android.

Agora pode ter todas as edições ao seu alcance, pesquisar o arquivo por tópicos importantes, marcar os seus artigos favoritos e obter a última edição automaticamente no seu telemóvel.



cutâneas a boubá, a lepra, a oncocercose, a filariose linfática, a úlcera de Buruli, a leishmaniose (formas cutânea, visceral e dérmica pós-calazar), o micetoma, as cromoblastomicoses e as micoses profundas, a sarna e outros ectoparasitas.

Historicamente, vários programas de DTN tendem a visar apenas uma doença específica, mas as alterações na pele são

Continua no verso...

Índice

17 Quadro estratégico da Organização Mundial da Saúde para as doenças tropicais negligenciadas relacionadas com a pele Michele Murdoch

19 Tungíase
Lynne Elson, Hermann Feldmeier e Ulrike Fillinger

24 Acro-isquemia num doente com COVID-19 e meningococcemia: um enigma de diagnóstico num contexto de escassez de recursos
Sebastine Oseghae Oiwoh, Sope Tope Orugun, Subusola Ayinke Abayomi, Oluwatosin Ilori, Bukola Adetutu Sayomi e Adeolu Oladayo Akinboro

26 Caso de diagnóstico
Deepani Munidasa

27 Opinião pessoal: saúde e dignidade para pessoas com albinismo Mafalda Soto Valdés

30 3ª Cimeira Mundial da Pele da ILDS

31 Candidatar-se ao DermLink 2023

Quadro estratégico da Organização Mundial da Saúde para as doenças tropicais negligenciadas relacionadas com a pele ...continuação



Fig 2. Sede da Organização Mundial da Saúde, Genebra.

muitas vezes facilmente visíveis, apresentando uma oportunidade fundamental para integrar vários aspetos dos cuidados para mais do que uma DTN de cada vez, de uma forma mais eficiente e rentável. As áreas potenciais de integração incluem a vigilância e a gestão de dados, a formação de pessoal, o diagnóstico clínico e laboratorial, o tratamento de feridas/linfedemas, o tratamento (administração de medicamentos em massa e gestão de casos individuais) e a prevenção e gestão de deficiências e redução do estigma. Outra característica importante do quadro é o reconhecimento de que outras afeções cutâneas comuns, como as infeções fúngicas superficiais, o impetigo, o eczema e a acne, representam mais de 80% do peso das doenças cutâneas nas zonas endémicas de DTN.^{6, 7} A orientação para estas afeções comuns, bem como para as DTNs cutâneas, ajudará a reduzir o estigma e a melhorar a aceitação destes projetos por parte da comunidade.

É bem sabido que o estigma e a discriminação em relação às pessoas com doenças neurotóxicas cutâneas ocorrem não só por parte de outros membros da comunidade, mas também, por vezes, por parte dos profissionais de saúde. O estigma associado às doenças neurotóxicas cutâneas pode dissuadir

os doentes de procurarem ajuda médica precoce, resultando em incapacidades e deformidades e em mais pobreza. O quadro estratégico para a pele centra-se nos cuidados centrados na pessoa, a fim de incentivar a intervenção precoce para reduzir o estigma, melhorar a prestação de cuidados de saúde a nível local, desenvolver redes de apoio aos doentes e permitir que estes permaneçam nas suas comunidades e continuem a ter um emprego remunerado.

O roteiro 2021-2030 da OMS estabelece vários objetivos ambiciosos para DTNs específicas até 2030. Alguns exemplos das DTNs cutâneas incluem a erradicação da boubá em 100% dos países endémicos e a eliminação (interrupção da transmissão) da lepra em 62% dos países endémicos.² O desafio agora é que os países endémicos adaptem e incorporem as recomendações do quadro nos seus programas nacionais de saúde e desenvolvam capacidades. Ao englobar os cuidados para as doenças cutâneas gerais comuns, bem como para as doenças neurotóxicas da pele, estarão a trabalhar no sentido de alcançar uma "saúde da pele para todos".

Bibliografia

1. World Health Organization. *Ending the neglect to attain the sustainable development goals: a strategic framework for integrated control and management of skin-related neglected tropical diseases*. OMS, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240051423> (acedido pela última vez a 14 de novembro de 2022).
2. World Health Organization. *Ending the neglect to attain the sustainable development goals: a road map for neglected tropical diseases 2021-2030*. OMS, 2020. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/338565> (acedido pela última vez a 14 de novembro de 2022).
3. World Health Organization. *Recognizing neglected tropical diseases through changes on the skin: a training guide for front-line health workers*. OMS, 2018. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272723> (acedido pela última vez a 14 de Novembro de 2022).
4. Organização Mundial da Saúde. *Neglected tropical diseases of the skin: WHO launches mobile application to facilitate diagnosis*. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/16-07-2020-neglected-tropical-diseases-of-the-skin-who-launches-mobile-application-to-facilitate-diagnosis> (acedido pela última vez a 14 de novembro de 2022).
5. NLR. *NLR's SkinApp embraced by World Health Organization*. Disponível em: <https://nlrinternational.org/news/nlrs-skinapp-embraced-by-world-health-organization/> (acedido pela última vez a 14 de novembro de 2022).
6. Mey S, Fuller LC, Bendick C. The impact of skin disease on patients in Cambodia – a survey and simple needs assessment. *Community Dermatol J* 2015; **11**: 21–6.
7. Yotsu RR, Kouadio K, Vagamom B et al. Skin disease prevalence study in schoolchildren in rural Cote d'Ivoire: implications for integration of neglected skin diseases (skin NTDs). *PLoS Negl Trop Dis* 2018; **12**: e0006489.

ENFERMAGEM NO WCD

De 4 em 4 anos, o Congresso Mundial de Dermatologia (WCD) funciona como um ponto focal para a comunidade internacional de dermatologia se reunir para discutir, debater e aprender. O WCD2023 terá lugar em Singapura e reunirá profissionais de saúde e cientistas de todo o mundo para desenvolver a especialidade, permitindo os melhores cuidados e tratamentos possíveis para as pessoas com doenças de pele.

A enfermagem tem estado presente no Congresso Mundial desde 2007, em Buenos Aires, Argentina, quando transmitimos o evento em direto. Esta foi a primeira vez que a comunidade de enfermagem esteve presente de forma permanente no WCD. Em Singapura, a reunião de enfermagem realizar-se-á segunda-feira, 3 de julho de 2023, organizada pelo British Dermatological Nursing Group (BDNG). O título da reunião de enfermagem é "Inovações nos cuidados às populações de difícil acesso", definidas como grupos de pessoas (ou indivíduos) que têm dificuldade em aceder aos cuidados. As razões para esta dificuldade serão muito variadas, incluindo fatores geográficos, económicos, físicos, psicológicos ou sociais. Os enfermeiros estão bem posicionados para ajudar os doentes a aceder aos cuidados de saúde e estamos certos de que esta reunião porá em evidência muitos exemplos de boas práticas.

Se deseja submeter um resumo, contacte Susan Maguire através do endereço susan.maguire@bdng.org.uk

Rebecca Penzer-Hick, Presidente da BDNG.

Tungíase

Lynne Elson^{1,2}, Hermann Feldmeier,³ Ulrike Fillinger⁴

¹Instituto de Investigação Médica do Quênia (KEMRI)-Wellcome Trust, Kilifi, Quênia.

²Centro de Medicina Tropical e Saúde Global, Departamento de Medicina de Nuffield, Universidade de Oxford, Reino Unido.

³Instituto de Microbiologia, Doenças Infecciosas e Imunologia, Charité University Medicine, Berlim, Alemanha.

⁴Centro Internacional de Fisiologia e Ecologia de Insetos, Tema de Saúde Humana, Nairobi, Quênia.

*Autor correspondente: lelson@kemri-wellcome.org

Conflito de interesses: Nenhum.

Financiamento: L.E. foi apoiado por uma bolsa Wellcome Trust Career Re-Entry Fellowship (número de subsídio 213724/Z/18/Z). Este trabalho foi escrito com a autorização do Diretor KEMRI-CGMRC. U.F. foi apoiado através do financiamento principal do ICIPE pela Agência Sueca de Cooperação para o Desenvolvimento Internacional (SIDA); pela Agência Suíça para o Desenvolvimento e Cooperação (SDC); pela República Federal Democrática da Etiópia; e pelo Governo da República do Quênia.

Palavras-chave: Tungíase, *Tunga penetrans*, Jiggers.

Principais pontos de aprendizagem:

1. A tungíase é causada por pulgas da areia fêmeas, cujos ovos, larvas e pupas se desenvolvem fora do hospedeiro em solo seco, principalmente dentro das casas das pessoas.
2. A pulga fêmea penetra na pele, principalmente nos pés das pessoas, e cresce rapidamente, causando dor e prurido consideráveis e, subsequentemente, dificuldade em andar, dormir e concentrar-se.
3. Atualmente, não existe um tratamento eficaz e seguro disponível em áreas endêmicas, mas os produtos que estão a ser estudados incluem óleos de dimeticona (NYDA[®]), óleo de neem e de coco e benzoato de benzila.
4. A prevenção deve ser tentada através da impermeabilização do chão da casa, da lavagem diária dos pés com sabão, da utilização de repelentes de insetos, como o óleo de coco, e da manutenção dos animais fora de casa e longe dos locais de repouso dos seres humanos.

Nota: Estão disponíveis informações pedagógicas adicionais sobre a tungíase no website [openwho.org](https://openwho.org/courses/NTDs-tungiasis):

<https://openwho.org/courses/NTDs-tungiasis>

Introdução

A tungíase é uma doença cutânea ectoparasitária causada por *Tunga penetrans*, uma pulga da areia da ordem Siphonaptera; é a pulga mais pequena que se conhece, com 1 mm de comprimento.¹ A pulga fêmea adulta penetra na pele do hospedeiro, geralmente na pele dos pés, mas pode ser em qualquer parte do corpo. Afeta sobretudo comunidades extremamente pobres em recursos e marginalizadas na América Central e do Sul, nas Caraíbas e na África Subsariana.²

Ciclo de vida

Depois de a pulga fêmea adulta se enterrar na pele, alimenta-se do sangue do seu hospedeiro e cresce rapidamente, aumentando o seu tamanho 2000 vezes em 7 dias, à medida que os ovos se desenvolvem no abdómen¹ (Fig. 1, verso). Nesta fase, o macho de vida livre copula com as fêmeas incorporadas, se alimenta do sangue do mesmo hospedeiro e continua a procurar e a copular com outras fêmeas.

A fêmea põe mais de 100 ovos durante as 3 semanas seguintes e depois morre. Na quinta semana, a carcaça é expelida da pele

por mecanismos de reparação, se não for removida mais cedo pelo hospedeiro.¹ Os ovos são expelidos da pele através de uma abertura mantida pela pulga, através da qual também respira e defeca. (Uma fêmea que não esteja acasalada continua a pôr ovos, mas as larvas nunca eclodem.³ Esta situação pode ocorrer se um visitante de uma zona endémica for infetado). Em contrapartida, quando os ovos fertilizados caem no solo e, se as condições não forem demasiado secas,³ as larvas (também conhecidas como fases fora do hospedeiro) eclodem ao fim de 3-4 dias.³

No ambiente, as larvas necessitam de muito pouca matéria orgânica para sobreviverem e desenvolverem. Após 7-10 dias, as larvas transformam-se em pupas e 7 dias depois os adultos emergem e procuram um hospedeiro. A maioria das fases fora do hospedeiro desenvolve-se nos locais de repouso dos indivíduos infetados, os ovos caem no chão onde e quando dormem, as larvas desenvolvem-se e quando o adulto emerge encontram rapidamente um hospedeiro.

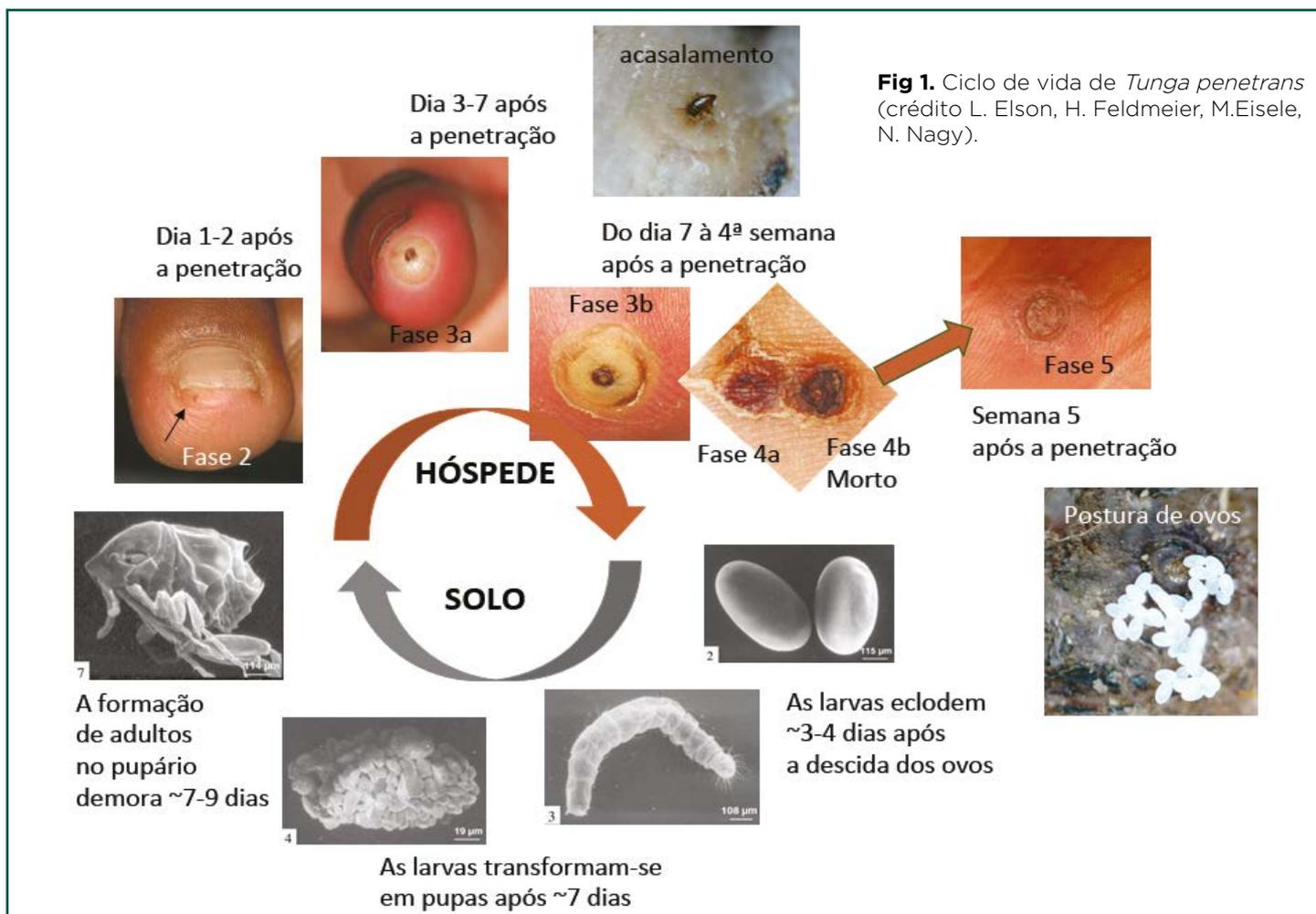
Morbidade

O rápido crescimento da fêmea induz uma forte resposta inflamatória com edema, eritema e descamação na maioria dos casos (Fig. 2). (O nível de morbidade aguda está directamente correlacionado com o número de pulgas incrustadas.⁴) Isto causa dor intensa e prurido que tornam difícil para o doente dormir, andar e concentrar-se em qualquer atividade, incluindo o trabalho escolar.



Fig 2. Inflamação e deformação das unhas das mãos e dos pés causada por *Tunga penetrans* incrustado (crédito H. Feldmeier).

Continua no verso...



As pessoas infetadas com muitas pulgas durante um longo período de tempo desenvolvem uma patologia crónica caracterizada por hiperqueratose, fissuras, unhas deformadas ou perda das mesmas e dedos dos pés deformados⁴ (Fig. 2). O desconforto provoca uma marcha invulgar típica, uma vez que os doentes tentam andar sem exercer pressão sobre as pulgas, o que pode levar à incapacidade (Fig. 3). Estas deformidades levam à estigmatização dos doentes, à discriminação e a sentimentos de vergonha, reduzindo a qualidade de vida das crianças.⁵

É muito frequente os doentes terem infeções bacterianas secundárias devido a bactérias introduzidas durante a penetração da pele, através da abertura da pele e pelo coçar constante com as mãos sujas. Foi identificado um grande número de espécies bacterianas aeróbias e anaeróbias em lesões causadas pelo mosquito da areia, incluindo *Staphylococcus aureus* e Enterobacteriaceae.⁶ A infeção bacteriana conduz a abscessos e supuração (Fig. 4), exacerbando a inflamação e a dor e, em alguns casos extremos, a necrose dos tecidos, linfangite e gangrena.⁶ O maior risco, embora provavelmente raro, é o de infeção secundária com *Clostridium tetani* que, em indivíduos não vacinados, pode ser fatal. Acredita-se que o prurido seja exacerbada por outros agentes patogénicos que vivem no corpo da pulga, conhecidos como endossimbiontes, tais como *Wolbachia*, cujos lipopolissacáridos são altamente imunogénicos se forem libertados quando a pulga e a bactéria morrem.⁷

Muitas pessoas tentarão remover as pulgas utilizando utensílios afiados não esterilizados, como espinhos de plantas, alfinetes



Fig 3. Andar sobre os calcanhares para evitar as dores típicas da tungíase.



Fig 4. Abscesso em torno de *Tunga penetrans* incrustado causado por infecção bacteriana secundária.

de segurança ou facas (Fig. 5), correndo o risco de infecções secundárias, não só de bactérias, mas também de HIV e hepatite B e C, uma vez que os utensílios são frequentemente utilizados em vários indivíduos. Este processo pode também causar danos extensos nos tecidos e hemorragias. É frequente encontrarmos pessoas que utilizam produtos nocivos para tentarem matar as pulgas incrustadas, como querosene/parafina, óleo de motor usado, produtos químicos veterinários e extratos de plantas tóxicas locais que podem causar necrose dos tecidos e gangrena⁸

Epidemiologia

Embora não existam dados sobre o peso real da doença em qualquer país ou a nível global, é sabido que a tungíase é uma doença altamente agregada, aparecendo em algumas aldeias e não em outras, em algumas escolas e não em outras, mesmo que estejam apenas a alguns quilómetros de distância. Mesmo dentro de uma aldeia ou de uma escola, a maioria das pessoas não será infetada. Entre as pessoas infetadas, a maioria terá apenas algumas pulgas e pouca morbidade, enquanto alguns indivíduos terão muitas pulgas e uma morbidade e incapacidade graves. As causas subjacentes a esta heterogeneidade são desconhecidas e estão no centro da investigação atual. Na maioria das zonas endémicas, são as crianças com menos de 15 anos que apresentam prevalência e intensidades mais elevadas, seguidas dos idosos e das pessoas com deficiência, todos os grupos que dependem de outras pessoas para cuidar de si e da sua higiene pessoal (manterem-se limpos).² Alguns estudos indicam que a transmissão pode ser sazonal, atingindo o seu pico durante as estações secas,² no entanto, isto pode não ser verdade em todos os locais, dependendo das condições climáticas.

Várias pesquisas na América do Sul e na África Subariana identificaram que o principal fator de risco para a infeção é viver numa casa com chão de terra batida não impermeabilizado^{9, 10} e é aqui que se encontra a maioria das fases fora do hospedeiro.⁸ Outros fatores que parecem estar associados à infeção incluem não usar sapatos fechados, não ter acesso a um abastecimento de água limpa, não lavar os pés diariamente com sabão e ter paredes de barro e um telhado de palha⁹ (Fig. 6). Todos estes fatores estão associados à pobreza extrema.

Além disso, nalguns estudos, a infeção foi associada à presença de animais domésticos de vida livre, como cães, gatos, cabras e porcos. Os porcos parecem ser particularmente vulneráveis a níveis elevados de infeção.¹¹ A tungíase é uma doença zoonótica que infeta animais domésticos (Fig. 7) e, na América do Sul, animais selvagens como ratos, macacos e porcos selvagens, que contaminam continuamente o ambiente com ovos. No entanto, o ciclo de vida da pulga não depende de qualquer animal e pode continuar sem o envolvimento de qualquer hospedeiro reservatório animal.²

Diagnóstico

O diagnóstico da tungíase baseia-se na observação da pele a olho nu. Não é necessário qualquer outro equipamento. As pulgas têm uma forma circular característica e, nas primeiras fases de desenvolvimento, são de cor creme com um ponto preto no centro (Fig. 1). Quando morrem, escurecem e adquirem uma forma irregular. A carcaça de uma pulga morta é preta e de forma irregular. Outros sinais seriam a dor e o prurido no local e a dificuldade para dormir devido ao prurido externo.



Fig 5. Extração de *Tunga penetrans* com instrumentos não esterilizados.

Continua no verso...



Fig 6. A tungíase afeta sobretudo as pessoas que vivem em condições de extrema pobreza e com chão de terra batida não impermeabilizado.

Tratamento

Atualmente, não existe nenhum tratamento eficaz e seguro disponível na maioria das zonas endêmicas. A extração cirúrgica é o único método garantido, mas deve ser efetuada em condições estéreis numa unidade de saúde. Em primeiro lugar, os pés devem ser lavados com sabão e água fervida e arrefecida. Se não existirem instrumentos esterilizados, podem ser esterilizados outras agulhas através de uma chama ou fervidas em água e arrefecidas. A lesão resultante deve ser lavada com solução salina estéril (meia colher de chá de sal em 1 copo (250 ml) de água fervida arrefecida) e, de preferência, coberta com pomada antibiótica. As pulgas extraídas devem ser eliminadas como resíduos perigosos, queimadas ou incineradas. O doente deve continuar a manter a lesão limpa. A extração tem de ser feita com extremo cuidado para não quebrar o corpo da pulga, uma vez que a libertação dos ovos e das bactérias simbióticas na pele causará uma inflamação persistente e prurido durante meses. No entanto, isto pode não ser prático para quem tem muitas pulgas (alguns podem ter centenas)

ou para pessoas que vivam em zonas endêmicas onde é difícil manter as lesões estéreis.

Na última década, foram efetuados alguns ensaios clínicos para testar potenciais produtos de tratamento. A opção mais promissora para o tratamento é o NYDA[®], um óleo de silicone (dimeticona) de muito baixa viscosidade comercializado para o tratamento de piolhos nos países desenvolvidos e agora registado e aprovado pela Organização Pan-Americana de Saúde para o tratamento da tungíase na América Central e do Sul. Este produto matou 98% das pulgas incrustadas quando aplicado uma vez e atua sufocando as pulgas para que estas não possam desenvolver resistência ao produto.¹²

Outro produto que foi testado num ensaio clínico é uma mistura de neem (*Azadirachta indica*) e coco (*Cocos nucifera*).¹³ Trata-se de um medicamento à base de plantas fabricado e utilizado nas comunidades afetadas do Quênia e verificou-se que mata ou interrompe o desenvolvimento de 77% das pulgas em 7 dias, quando aplicado uma vez por dia

durante 2 dias. Tem a vantagem adicional de ajudar os processos de cicatrização da pele e de ser um repelente de insetos, reduzindo assim as taxas de reinfeção. O neem tem sido utilizado há milhares de anos na Índia para controlar as pragas de insetos nas culturas e os seus ingredientes ativos e modo de ação demonstraram ser a azadiractina, que funciona como um antialimentar e um regulador de crescimento¹³

Por vezes, os médicos utilizam produtos genéricos que contêm benzoato de benzila ou permetrina sem indicação para o tratamento da tungíase. Estes são medicamentos que constam da lista de medicamentos essenciais da Organização Mundial da Saúde para o tratamento da sarna, outra doença parasitária da pele.



Fig 7. As patas de animais domésticos infetados com *Tunga penetrans* (crédito F. Mutebi).

No entanto, a sua eficácia e efeitos adversos quando utilizados para o controlo da tungíase não foram submetidos a quaisquer ensaios clínicos e, por conseguinte, devem ser utilizados com precaução e sob observação atenta.

Os indivíduos dos quais foi extraído um grande número de pulgas e os que apresentam abscessos resultantes de uma infeção bacteriana secundária devem ser tratados com antibióticos sistémicos, como trimetoprim, sulfametoxazol, tetraciclina ou amoxicilina (com/sem clavulanato). Além disso, o historial de vacinas deve ser verificado quanto à vacinação contra o tétano e administrada se estiver em falta ou se tiver sido administrada há mais de 10 anos.

Prevenção

O tratamento dos casos de tungíase deve ser combinado com esforços de prevenção, caso contrário os doentes serão imediatamente reinfectados. O ideal seria impermeabilizar o chão das casas, especialmente os quartos onde as pessoas dormem, para evitar condições adequadas para o desenvolvimento das fases fora do hospedeiro. No entanto, a instalação de um pavimento de normal é dispendiosa. Estão a decorrer ensaios no Quênia e no Ruanda para desenvolver e pilotar uma alternativa de pavimento acessível que irá prevenir o desenvolvimento de fases fora do hospedeiro e que é algo que as comunidades podem explorar por si próprias (Fig. 8).

Os pavimentos devem ser duros e lisos para facilitar a limpeza e não devem conter materiais soltos, como pó, terra e areia, nos quais as larvas possam sobreviver. Em alternativa, podem ser pulverizados inseticidas de interior no chão da casa para matar as fases fora do hospedeiro, mas deve ter-se o cuidado de não utilizar produtos químicos tóxicos, uma vez que as crianças pequenas estarão nesses pisos com lesões abertas nos pés. Os produtos à base de neem são amplamente utilizados como inseticidas orgânicos e estão a ser testados para o controlo da tungíase.

Os estudos sobre os fatores de risco sugerem que a infeção por tungíase poderia ser reduzida através do uso permanente de calçado fechado, mas a transmissão ocorre sobretudo nos quartos de dormir, onde é pouco provável que se use calçado. Lavar os pés pelo menos uma vez por dia com sabão pode reduzir a infeção, uma vez que o sabão remove qualquer matéria fecal de pulgas da pele, o que pode atrair mais pulgas, e o resíduo de sabão na pele pode repelir as pulgas que procuram um local para penetrar.⁹ A utilização de repelentes de insetos na pele é outro método possível para prevenir a infeção, se for acessível. Foi demonstrado que os produtos à base de óleo de coco previnem a infeção e induzem a cicatrização de feridas e podem estar mais facilmente disponíveis em algumas comunidades.¹⁴ Quando os animais domésticos, especialmente os porcos, estão infetados, devem ser tratados com um inseticida e devem ser sempre mantidos afastados das áreas onde as pessoas descansam e dormem.



Fig 8. Piso doméstico de baixo custo para prevenir a tungíase.

Agradecimentos

Agradecemos a M. Eisele *et al.*¹, N. Nagy *et al.*³ e F. Mutebi *et al.* por autorizarem a utilização das suas fotografias.

Bibliografia

1. Eisele M, Heukelbach J, Van Marck E *et al.* Investigations on the biology, epidemiology, pathology and control of *Tunga penetrans* in Brazil: I. Natural history of tungiasis in man. *Parasitol Res* 2003; **90**:87–99.
2. Feldmeier H, Heukelbach J, Ugbomoiko US *et al.* Tungiasis—a neglected disease with many challenges for global public health. *PLoS Negl Trop Dis* 2014; **8**:e3133.
3. Nagy N, Abari E, D’Haese J *et al.* Investigations on the life cycle and morphology of *Tunga penetrans* in Brazil. *Parasitol Res* 2007; **101** (Suppl. 2):S233–42.
4. Kehr JD, Heukelbach J, Mehlhorn H, Feldmeier H. Morbidity assessment in sand flea disease (tungiasis). *Parasitol Res* 2007; **100**:413–21.
5. Wiese S, Elson L, Feldmeier H. Tungiasis-related life quality impairment in children living in rural Kenya. *PLoS Negl Trop Dis* 2018; **12**:e0005939.
6. Feldmeier H, Heukelbach J, Eisele M *et al.* Bacterial superinfection in human tungiasis. *Trop Med Int Health* 2002; **7**:559–64.
7. Heukelbach J, Bonow I, Witt L *et al.* High infection rate of *Wolbachia* endobacteria in the sand flea *Tunga penetrans* from Brazil. *Acta Trop* 2004; **92**:225–30.
8. Elson L, Wright K, Swift J, Feldmeier H. Control of tungiasis in absence of a roadmap: grassroots and global approaches. *Trop Med Infect Dis* 2017; **2**:33.
9. Elson L, Wiese S, Feldmeier H, Fillinger U. Prevalence, intensity and risk factors of tungiasis in Kilifi County, Kenya II: results from a school-based observational study. *PLoS Negl Trop Dis* 2019; **13**:e0007326.
10. Muehlen M, Feldmeier H, Wilcke T *et al.* Identifying risk factors for tungiasis and heavy infestation in a resource-poor community in northeast Brazil. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 2006; **100**:371–80.
11. Mutebi F, Krücken J, Feldmeier H *et al.* Animal reservoirs of zoonotic tungiasis in endemic rural villages of Uganda. *PLoS Negl Trop Dis* 2015; **9**:e0004126.
12. Nordin P, Thielecke M, Ngomi N *et al.* Treatment of tungiasis with a two-component dimeticone: a comparison between moistening the whole foot and directly targeting the embedded sand fleas. *Trop Med Health* 2017; **45**:6.
13. Elson L, Randu K, Feldmeier H, Fillinger U. Efficacy of a mixture of neem seed oil (*Azadirachta indica*) and coconut oil (*Cocos nucifera*) for topical treatment of tungiasis. A randomized controlled, proof-of-principle study. *PLoS Negl Trop Dis* 2019; **13**:e0007822.
14. Thielecke M, Raharimanga V, Rogier C *et al.* Prevention of tungiasis and tungiasis-associated morbidity using the plant-based repellent Zanzarin: a randomized, controlled field study in rural Madagascar. *PLoS Negl Trop Dis* 2013; **7**:e2426.

Acro-isquemia num doente com COVID-19 e meningococemia: um enigma de diagnóstico num contexto de escassez de recursos

Sebastine Oseghae Oiwoh¹, * Sope Tope Orugun², Subusola Ayinke Abayomi³, Oluwatosin Ilori⁴, Bukola Adetutu Sayomi⁵, Adeolu Oladayo Akinboro⁶

¹Unidade de Dermatologia e Venereologia, Departamento de Medicina Interna, Hospital Universitário Especializado de Irrua, Estado de Edo, Nigéria.

²Departamento de Medicina, Hospital Universitário da Universidade de Tecnologia Ladoke Akintola (LAUTECH), Ogbomoso, Estado de Oyo, Nigéria.

³Departamento de Microbiologia Médica, Hospital Universitário da Universidade de Tecnologia Ladoke Akintola (LAUTECH), Ogbomoso, Estado de Oyo, Nigéria.

⁴Unidade de Cirurgia Plástica e Queimados, Departamento de Cirurgia, Hospital Universitário da Universidade de Tecnologia Ladoke Akintola (LAUTECH), Ogbomoso, Estado de Oyo, Nigéria.

⁵Departamento de Pediatria, Hospital Universitário da Universidade de Tecnologia Ladoke Akintola (LAUTECH), Ogbomoso, Estado de Oyo, Nigéria.

⁶Divisão de Dermatologia e Venereologia, Departamento de Medicina, Universidade de Tecnologia Ladoke Akintola (LAUTECH) e Hospital Universitário LAUTECH, Ogbomoso, Estado de Oyo, Nigéria.

*Autor correspondente: seboiwoh1@gmail.com

Conflito de interesses: Nenhum.

Financiamento: Nenhum

Palavras-chave: Acro-isquemia; COVID-19; meningococemia.

Principais pontos de aprendizagem:

- Na presença de acro-isquemia por COVID-19, um elevado índice de suspeita de comorbidade com meningococemia pode salvar vidas.
- Este relato de caso realça a necessidade de uma colaboração estreita entre especialistas no tratamento dos doentes.

Introdução

A pandemia de COVID-19 trouxe desafios de diagnóstico a contextos de escassez de recursos. A África registou um aumento de 43% na mortalidade e uma taxa de letalidade de 2,6%.¹ O envolvimento da pele pode ajudar no diagnóstico da COVID-19.²

As manifestações cutâneas relatadas são variadas e podem incluir cianose periférica e gangrena secundária

à hipercoagulabilidade e formação de microtrombos.^{3,4}

Este relato de caso enfatiza o papel das manifestações cutâneas e das incertezas diagnósticas no diagnóstico da meningococemia e da COVID-19.

Apresentação do caso

Um estudante do ensino secundário do sexo masculino, de 11 anos de idade, foi admitido com febre, cefaleia, dores generalizadas no corpo e urina castanha escura. Havia istorial de vômitos não biliosos e não-projetados, anorexia e fraqueza corporal generalizada. Cinco dias após a admissão, desenvolveu lesões vermelhas elevadas não pruriginosas na face, que progrediram para envolver o tronco e os membros. Estas lesões evoluíram para bolhas cheias de líquido de cor escura que se romperam deixando manchas e placas pretas aderentes. Havia envolvimento dos órgãos genitais, mas não havia envolvimento da mucosa oral.



Fig 1. Manchas necróticas e bolhas nas pernas (a,b) e região glútea (c).



Fig 2. (a) Manchas necróticas nas pernas e no dorso do pé direito e **(b)** gangrena do terceiro dígito.

No exame, estava sonolento e inquieto, febril (38,2 °C), com taquicardia (152 batimentos por minuto), pressão arterial de 79/56 mmHg e taquipneia (64 respirações por minuto). O exame cutâneo mostrou múltiplas manchas e placas necróticas hiperpigmentadas simétricas no tronco e nos membros. Havia um envolvimento extenso da região glútea e dos membros inferiores com algumas bolhas intactas e flácidas num fundo eritematoso nas partes dependentes das pernas (Figs. 1 e 2).

O sinal de Nikolsky foi negativo, mas o sinal de Asboe Hansen (ou seja, a extensão lateral da bolha após a aplicação de pressão na parte superior) foi positivo. Havia hiperpigmentação do terceiro dedo do pé direito com gangrena (Fig. 2). Os pulsos da artéria pediosa eram palpáveis bilateralmente. O exame de outros sistemas estava normal.

As investigações revelaram o seguinte.

- *Análise de urina:* proteína 3+; sangue +; vestígios de nitritos; leucócitos +; pH 5,0; gravidade específica 1,025.
- *Resultados sanguíneos:* volume de concentrado de células 24%; leucocitose (16.300 células/mm³) com desvio à esquerda dos neutrófilos e granulação tóxica; plaquetas 72.000/mm cúbicos; tempo de protrombina, tempo de tromboplastina parcial com caulino e razão internacional normalizada 15 seg, 57 seg e 1,08, respectivamente; acidose; hiponatremia (122 mmol/l); glicemia aleatória 5,0 mmol/l.
- *Líquido cefalorraquidiano:* glicose 3,2 mmol/l (com glicemia correspondente de 6 mmol/l); proteína (139 mg/dl); sem crescimento bacteriano.



Fig 3a-c. Manchas necróticas cicatrizadas após o tratamento.

Continua no verso...

Acro-isquemia num doente com COVID-19 e meningococemia: um enigma de diagnóstico num contexto de escassez de recursos ...continuação

- Reação em cadeia da polimerase com transcriptase reversa de SARS-COV2: positiva.
- Hemocultura: produziu diplococos, sensíveis à ceftazidima.

O doente foi medicado com ceftazidima intravenosa, 2G imediatamente e depois 1G de 12 em 12 horas, infusão intravenosa de soro fisiológico, transfusão de sangue total fresco, desbridamento da pele necrótica com penso para a ferida, vitamina C oral 500 mg três vezes por dia, sulfato de zinco 100 mg por dia, toxóide tetânico intramuscular 0,5 ml e soro anti-tetânico subcutâneo 1500 UI. O doente melhorou significativamente com o isolamento e o tratamento. As lesões cutâneas ativas desapareceram em cerca de 14 dias com cicatrizes significativas (Fig. 3). Após alta, foi seguido em regime de ambulatório. O doente foi tratado em colaboração com o pediatra, o microbiologista médico, os dermatologistas e o cirurgião plástico.

Discussão

A formação de microembolismo e coagulopatia é uma característica reconhecida da infecção por COVID-19.⁵ A COVID-19 pode ocorrer em associação com a meningococemia causada por um diplococo Gram-negativo, *Neisseria meningitidis*, o principal agente etiológico da meningite bacteriana em crianças e adultos que têm contactos próximos com crianças.⁶ A co-infecção de COVID-19 e *Neisseria meningitidis* acarreta um elevado risco de mortalidade.⁷ A infecção viral da nasofaringe pode afetar a sua função de barreira e aumentar a colonização bacteriana.⁸ As manifestações cutâneas acro-isquémicas da COVID-19 podem incluir perniose acral do tipo frieira e lesões do tipo eritema multiforme,⁹ o que constituiu um desafio diagnóstico neste doente. A confirmação

microbiológica da co-infecção com o meningococo ajudou ao diagnóstico completo correto e ao início do tratamento.

Conclusão

A meningococemia tem um prognóstico grave num contexto de escassez de recursos, especialmente quando associada à infecção por COVID-19. As características clínicas cutâneas semelhantes devem contribuir para uma maior sensibilização para estas doenças em locais com poucos recursos.

Bibliografia

1. Organização Mundial da Saúde África. COVID-19 surges in Africa surge more 40% over previous week. Disponível em: <https://www.afro.who.int/news/covid-19-deaths-africa-surge-more-40-over-previous-week> (último acesso em 14 de Novembro de 2022).
2. Visconti A, Bataille V, Rossi N et al. Diagnostic value of cutaneous manifestation of SARS-COV-2 infection. *Br J Dermatol* 2021; **184**:793-4.
3. Novara E, Molinaro E, Benedetti I et al. Severe acute dried gangrene in COVID-19 infection: a case report. *Eur Rev Med Pharmacol Sci* 2020; **24**:5769-71.
4. Hubiche T, Cardot-Leccia N, Le Duff F et al. Clinical, laboratory and interferon alpha response characteristics of chilblain-like lesions during the COVID-19 pandemic. *JAMA Dermatol* 2021; **157**:202-6.
5. Hong LZ, Shou ZX, Zheng DM, Jin X. The most important biomarker associated with coagulation and inflammation among COVID-19 patients. *Mol Cell Biochem* 2021; **476**:2877-85.
6. Brower MC, Tunkel AR, van de Beek D. Epidemiology, diagnosis and antimicrobial treatment of acute bacterial meningitis. *Clin Microbiol Rev* 2010; **23**: 467-92.
7. Wei M, Yang N, Wang F et al. Epidemiology of Coronavirus disease 2019 (Covid-19) caused by SARS-Cov-2. *Disaster Med Public Health Prep* 2020; **14**:1-9.
8. Bakaletz LO. Viral-bacterial co-infections in the respiratory tract. *Curr Opin Microbiol* 2017; **35**:30-5.
9. Fernandez-Nieto D, Jimenez-Cauhe J, Suarez-Valle A et al. Characterization of acute acral skin lesions in nonhospitalized patients: a case series of 132 patients during the COVID-19 outbreak. *J Am Acad Dermatol* 2020; **83**:e61-3.

CASO DE DIAGNÓSTICO

Deepani Munidasa

Dermatologista Consultor, Hospital Universitário de Anuradhapura, Sri Lanka.
E-mail: deepanimunidasa@yahoo.com

Uma mulher de 35 anos apresentou um lábio superior inchado e com ligeiro prurido durante 3 meses, mais proeminente em certos dias e menos em outros. Em geral, o estado de saúde estava a piorar progressivamente.

O lábio parecia de borracha ao toque. As mucosas dos lábios e da língua não foram afetadas.

A doente era completamente saudável e não usava qualquer medicação ou aplicações tópicas nos lábios. Não tinha alergias conhecidas.

Resposta na página 31



Qual é o diagnóstico?

- a) Angioedema do lábio b) Reação a corpo estranho
c) Leishmaniose mucocutânea d) Queilite granulomatosa e) Lepra

Opinião pessoal: saúde e dignidade para pessoas com albinismo

Mafalda Soto Valdés

CEO e co-fundadora da ONG Beyond Suncare, Farmacêutica, Mestrada em Medicina Tropical e Saúde Internacional

Autor correspondente: mafalda@beyondsuncare.org

Lodina era a segunda de oito irmãos; o seu nome em chichewa, a principal língua do Malawi, significa "a terra traiu-nos". Lodina tinha albinismo.

O seu primo seropositivo abusou sexualmente dela, acreditando que ter relações sexuais com uma mulher com albinismo o curaria da SIDA. Após a violação, o chefe da aldeia convocou um conselho para decidir como lidar com o assunto. A sua mãe disse que não deviam ser duros com o seu filho porque este era da família e a família é fundamental. O pai dela pensava de forma diferente, era altura de alguém respeitar a sua honra e ter pena da sua descendência. Os líderes tradicionais, os representantes dos hospitais e os chefes das comunidades deram as suas opiniões e debateram longamente a forma de resolver a situação. Todos falavam, todos tinham uma opinião, todos menos Lodina, a vítima. Pouco importava o que ela pensava, o que ela sentia. Lodina manteve-se à parte, com os olhos fixos no chão, sem lágrimas, sem expressão... Lodina tinha crescido sem opinião, sem liberdade de decisão. Quando, no hospital, preenchemos a sua ficha pessoal com a pergunta "qual é a sua profissão?", continuou a olhar para o chão; foi o irmão mais velho que respondeu "ela está ali" (Fig. 1).

A única coisa que diferencia o resto de nós das pessoas com albinismo é o facto de terem uma produção de melanina



Fig 1. Lodina e o seu filho.

diminuída. Isto faz com que tenham uma pele mais delicada e baixa visão, pelo que têm de aplicar frequentemente protetor solar e usar óculos especiais, tal como eu tenho miopia forte e tenho de usar óculos.

É transmitida de pais para filhos com a particularidade de dois pais não albinos portadores do gene terem 25% de hipóteses de ter um filho com albinismo.

Até Darwin revolucionar o conhecimento com *A Origem das Espécies*, uma grande parte da humanidade estava convencida de que os homens vieram da lama e as mulheres de uma costela do homem. Galileu foi silenciado pela Inquisição

por ter anunciado que a Terra era redonda. As pessoas, aqui e ali, no passado e no presente, fizeram perguntas, procurando respostas para questões universais e menos transcendentais. A ciência tem vindo a responder a muitas destas questões, mas há muito trabalho a fazer e muitos sítios onde a ciência ainda não penetrou. Nestes locais, a magia e a superstição reinam, e fazem-no com vingança.

Com uma população estimada em cerca de 200.000 indivíduos com albinismo, a África Subsariana é a região com a prevalência mais elevada do mundo (Fig. 2). E é também a região com o maior nível de desconhecimento sobre esta doença.

Duas pessoas negras dão à luz um bebé branco!!! O que aconteceu? Os homens têm as suas dúvidas, e é por isso que é tão comum as mulheres serem abandonadas pelos seus parceiros



Fig 2. Uma criança com albinismo num grupo.

quando dão à luz um bebé com albinismo. Na Tanzânia, as pessoas com albinismo são conhecidas como "zeruzeru", fantasmas. Acredita-se que quando morrem desaparecem, que possuir membros do seu corpo traz sorte. A violência e a perseguição são mais justificáveis porque não se tratam de "seres humanos", mas de zeruzerus.

A ignorância e o estigma negativo são os seus dois grandes inimigos. O sol é outro.

Em muitos países africanos, o sol mata 90% das pessoas com albinismo entre os 30 e os 40 anos de idade.

Malawi, janeiro de 2009. Jeremiah foi o primeiro bebé com albinismo que tive nos meus braços. A mãe chegou ao hospital com o menino às costas. Jeremiah tinha 3 semanas de idade e o seu rosto estava queimado com queimaduras de segundo grau (Fig. 3). Quando lhe explicamos a razão das queimaduras, ela desatou a chorar com um sentimento de culpa. Poucas semanas depois de implementar boas práticas de proteção solar, a mãe de Jeremiah voltou a sorrir.

Em grande parte de África, o albinismo e as suas consequências para a saúde são desconhecidos das instituições. Apesar de terem a maior prevalência do mundo, os países africanos

Continua no verso...

Opinião pessoal: saúde e dignidade para pessoas com albinismo ...continuação



Fig 3. Jeremiah, (a) antes e (b) depois do nosso apoio de proteção solar.

não incluem o albinismo nos currículos universitários, nem atribuem orçamentos para investirem na proteção de que necessitam. Os profissionais de saúde não têm conhecimento da doença. Os protetores solares são ficção científica e, quando os recebem, estão muitas vezes fora de prazo, são de qualidade duvidosa ou provêm de donativos que alimentam a corrupção aduaneira.

Depois do Malawi, fui trabalhar para o Centro Regional de Formação em Dermatologia (RDTC), o principal centro de formação em dermatologia na África Subsariana de língua inglesa. Ali, todos os dias, encontramos centenas de histórias desesperadas de jovens com albinismo que chegavam com cancro da pele em estado avançado e em que " não havia nada a fazer" . Tumaini era uma delas (Fig. 4). O ano era 2012 e a Tanzânia, com mais de 45 milhões de habitantes, tinha apenas quatro dermatologistas. Tumaini não pensou duas vezes, pôs a mochila às costas e partiu numa viagem de dois dias até ao hospital; quando chegou, os cirurgiões disseram-lhe que não podiam fazer nada por ela.

O seu tumor tinha-se espalhado demasiado e " não havia nada a fazer" e foi encaminhada para um dos dois centros de cancro do país, mas Tumaini não tinha dinheiro para mais viagens. Morreu em casa ao fim de 2 meses.



Fig 4. Tumaini, quando chegou ao Centro Regional de Formação em Dermatologia (Moshi, Tanzânia).

Jeremiah, Lodina e Tumaini foram o gatilho: " Como assim, não podemos fazer nada?!" E foi assim que uma reação de inconformismo, de rejeição dessas injustiças, semeou o início da nossa luta pelo direito à saúde e à dignidade das pessoas com albinismo.

De mãos dadas com a direção de um departamento proativo e solidário, comecei a trabalhar no desenvolvimento de um protetor solar especialmente concebido para a prevenção do cancro da pele em pessoas com albinismo em África (Fig. 5). Em dois anos, mais de 2.000 pessoas em todo o país estavam a recebê-lo regularmente. Mas o problema não era exclusivo da Tanzânia, tinha de atravessar fronteiras e ir mais além. Histórias como a de Tumaini não podem repetir-se e, para isso, temos de trabalhar na prevenção. Mas era também necessário evitar que situações como a de Lodina surgissem, razão pela qual a educação desempenhou um papel essencial.

Juntamente com especialistas de vários setores, começamos a trabalhar no desenvolvimento de um modelo abrangente



Fig 5. Pessoas com albinismo numa clínica...

de serviços que respondesse às suas necessidades sem perpetuar a dependência. E foi assim que, em 2017, nasceu a organização não governamental (ONG) Beyond Suncare.

O modelo da Beyond Suncare, declarado Melhor Prática pelas Nações Unidas em 2017, inclui um protetor solar personalizado de alta qualidade e simples de fabricar, uma vez que o nosso objetivo final é a produção local. A distribuição deste creme chega aos locais mais remotos acompanhada de ações de educação e sensibilização. Formamos e educamos os profissionais de saúde e as associações de pessoas com albinismo. Trabalhamos para eles e com eles. Fazemos advocacia porque, apesar de a nossa abordagem não ser hierárquica, é importante mexermos com as consciências daqueles que puxam os cordelinhos.

Já ajudamos a mudar o futuro de mais de 4.000 pessoas com albinismo, mais de metade das quais são crianças. Os serviços reduziram as lesões pré-cancerosas em 50% e mais de 95% das pessoas declaram que a sua auto-confiança e integração na comunidade melhoraram depois de terem participado no programa.

Na Tanzânia, conheci a Grace. Órfã aos 5 anos e órfã de um irmão aos 18 (cancro), Grace procurou refúgio junto de um homem que era tudo menos boa pessoa. Com um bebé de 6 meses, encontrou forças para o deixar e fazer a sua vida.

Em 2013, na unidade de produção de protetores solares de Kilimanjaro, estávamos à procura de funcionários. Grace apresentou-se para a entrevista de emprego com um vestido justo com estampa de animal, um longo adorno na cabeça, maquiagem pesada e um sorriso interminável. Tudo nela era cor que alegrava a sala de espera de um hospital bastante cinzento. Contratámo-la.

Feliz por trabalhar num ambiente protegido do sol, 7 anos depois dessa entrevista, Grace vai colocar o seu filho numa escola secundária; está prestes a construir a sua própria casa e orgulha-se de estar a trabalhar na criação de um produto que melhora

a vida de outras pessoas com albinismo. No laboratório, Grace é apenas mais uma pessoa, com os seus pontos fortes e fracos, as pessoas não vêem um zeruzeru, não vêem uma pessoa com albinismo, vêem uma pessoa. Cheguei ao Malawi em 2008 com o plano de ficar 9 meses. Conheci Lodina, Jeremiah e Tumaini... e esses 9 meses transformaram-se em 9 anos (Figura 6). O poeta britânico John Donne escreveu: "A morte de qualquer homem diminui-me, porque estou envolvido na humanidade; e por isso nunca mando saber por quem os sinos soam; soam por ti". É por isso que, quando se consegue salvar uma pessoa, devolver a esperança a uma mãe, estamos a reviver.

Foi por isso que fiquei, mas se continuo hoje, é porque, com o apoio certo, podemos.



Fig. 6. O autor e os colegas garantem que, em qualquer canto de África, quando uma criança com albinismo acorda de manhã, a sua única preocupação é aplicar o protetor solar, da mesma forma que eu procuro os meus óculos graduados.

Líderes internacionais reúnem-se na 3ª Cimeira Mundial da Pele da ILDS para melhorarem a saúde da pele a nível mundial



A 3ª Cimeira Mundial da Pele da ILDS (WSS) realizou-se em Lima, Peru, de 13 a 15 de outubro de 2022, e reuniu 119 líderes, representando 47 associações nacionais e internacionais de dermatologia, incluindo representantes de organizações de doentes, parceiros de indústria e a Organização Mundial da Saúde (OMS).

Um programa interativo de sessões plenárias e workshops permitiu aos participantes partilhar conhecimentos, identificar e enfrentar os desafios nas suas regiões e desenvolver estratégias comuns para melhorarem a saúde da pele a nível mundial. Após muitos debates estimulantes e frutuosos, os participantes apelaram para que a ILDS, em parceria com as suas sociedades membros, organizações de doentes e parceiros empresariais, promovesse globalmente a educação, o acesso aos cuidados de saúde, a uma galeria de imagens

de alta qualidade e a registos com dados globalmente representativos de alta qualidade relevantes para a dermatologia.

A ILDS gostaria de agradecer ao El Círculo Dermatológico del Perú (CIDERM),



ao Colegio Ibero-Latinoamericano de Dermatología (CILAD) e às organizações de pacientes pela organização conjunta da WSS, bem como ao Dr. Jose Ruiz Postigo pela apresentação e participação no evento em nome da OMS.

Emma van Rooijen
Diretora de Operações, ILDS



Candidatar-se ao DermLink 2023

O programa de bolsas DermLink 2023 está agora aberto a candidaturas. Através deste programa, os membros da ILDS e as candidaturas apoiadas pelos membros podem candidatar-se ao financiamento até 5.000 dólares para levar a cabo projetos e iniciativas pontuais, destinados a melhorar o tratamento de doentes com doenças de pele em zonas carenciadas do mundo. Alguns projetos anteriores são ilustrados aqui.

Existem três tipos de bolsas DermLink:

1. Materiais e equipamentos - até 3.000 dólares para materiais e equipamentos dermatológicos
2. Formação individual - até 3.000 dólares para formação dermatológica de curta duração para um indivíduo
3. Projetos no terreno ou comunitários - até 5.000 dólares para projetos em regiões pobres em recursos com uma duração não superior a 12 meses

O prazo para apresentação de candidaturas à nossa atual rodada de candidaturas às bolsas é 28 de fevereiro de 2023. Para se candidatar ou saber mais, visite:

<https://bit.ly/dermlink>



DermLink 2021: A Associação Nigeriana de Dermatologistas desenvolveu clínicas gratuitas em comunidades com poucos recursos e carentes em três estados da Nigéria.



DermLink 2019: A Sociedade de Dermatologistas, Venereologistas e Leprologistas do Nepal deu formação a farmacêuticos comunitários para ajudar a combater a utilização abusiva de esteróides tópicos no Nepal.



DermLink 2020: Dois jovens pacientes numa clínica gratuita de prevenção do cancro da pele para pessoas com albinismo. A clínica foi empreendida pela **Beyond Suncare**, em parceria com a **Sociedade Brasileira de Dermatologia** em Bié, Angola.



DermLink 2019: Clínica de divulgação gratuita e workshops de sensibilização para a COVID-19 para as comunidades Maasai carenciadas, conduzida pela **Sociedade de Dermatovenereologia da Tanzânia**.

DIAGNÓSTICO RESPOSTA

d) Queilite granulomatosa

Discussão

A queilite granulomatosa é caracterizada por um inchaço crónico persistente de um ou ambos os lábios. A condição pode ser uma característica de uma condição granulomatosa generalizada, como a sarcoidose ou a doença de Crohn, mas quando ocorre isoladamente, como neste caso, é conhecida como queilite granulomatosa de Miescher. Raramente, o edema labial está associado a fissuras na língua e paralisia facial; esta tríade é conhecida como síndrome de Melkersson-Rosenthal. O inchaço inicial dos lábios pode ser transitório e recorrente. À medida que a doença progride, o inchaço torna-se crónico e persistente, com fissuras, descamação e uma textura emborrachada.

A causa exata da queilite granulomatosa permanece desconhecida. A doença pode estar associada a uma dermatite de contacto alérgica ou a um linfedema secundário a uma infeção.

O diagnóstico clínico é maioritariamente feito por exclusão. A histopatologia revela granulomas não específicos.

A queilite granulomatosa é frequentemente tratada com corticosteróides (tópicos, intralesionais ou sistémicos). Antibióticos anti-inflamatórios de longa duração como as tetraciclinas, imunossuppressores e redução cirúrgica são outras opções de tratamento. No entanto, a doença é tipicamente crónica e frequentemente recorrente.



Editores

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

Editor Fundador

Paul Buxton (Reino Unido)

Secretário Editorial

Secretaria da ILDS

Conselho Editorial

Ayesha Akinkugbe (Nigéria)
Anna Ascott (Reino Unido)
Susannah Baron (Reino Unido)
Workalemahu A. Belachew (Etiópia)
Jean Bolognia (EUA)
Isabel Casas (Argentina)
David Chandler (Reino Unido)
Steve Ersser (Reino Unido)
Guadalupe Estrada (México)
Claire Fuller (Reino Unido)

Chris Griffiths (Reino Unido)
Henning Grossman (Alemanha)
Rod Hay (Reino Unido)
Arjan Hogewoning (Países Baixos)
Vineet Kaur (Índia)
Harvey Lui (Canadá)
Deepani Munidasa (Sri Lanka)
John Masenga (Tanzânia)
Rachael Morris-Jones (Reino Unido)
Anisa Mosam (África do Sul)

Kelvin Mponda (Maláui)
Ben Naafs (Países Baixos)
Rebecca Penzer-Hick (Reino Unido)
Rune Philemon (Tanzânia)
Terence Ryan (Reino Unido)
Mafalda Soto (Espanha)
Gail Todd (África do Sul)
Shyam Verma (Índia)
Steve Walker (Reino Unido)

Como receber a revista Community Skin Health

A revista Community Skin Health (CSH) está disponível em formato digital e em papel. É **gratuita** a subscrição da edição digital ou em papel: visite: bit.ly/cshjournal

Também pode **descarregar** a aplicação CSH para o seu telemóvel ou tablet em Android e iOS.

Escrever um artigo

Se tem interesse em cuidados dermatológicos, a CSH é uma excelente oportunidade para partilhar a sua experiência enviando artigos, relatórios e cartas. Visite o website da CSH para as Diretrizes para Autores.

Envie-nos o seu contributo por e-mail para CSH@ILDS.org, ou por correio para Community Skin Health, International Foundation for Dermatology, Willan House, 4 Fitzroy Square, London W1T 5HQ, Reino Unido

Direitos de autor

Os artigos podem ser fotocopiados, reproduzidos ou traduzidos desde que não sejam utilizados para lucro pessoal ou comercial. Agradecimentos devem ser feitos ao(s) autor(es) e à Community Skin Health.

Editora

A Community Skin Health é publicada pela Liga Internacional de Sociedades Dermatológicas (ILDS) como revista oficial da Fundação Internacional para Dermatologia (IFD) <https://ilds.org/>

Isenção de responsabilidade

A Editora, Liga Internacional de Sociedades Dermatológicas e Editores não podem ser responsabilizados por erros ou consequências decorrentes do uso das informações contidas na revista. As posições e opiniões expressas não refletem necessariamente as da Editora, Liga Internacional de Sociedades Dermatológicas e Editores, nem os anúncios constituem qualquer endosso por parte da Editora, Liga Internacional de Sociedades Dermatológicas e Editores.

ISSN 2632-8038

Torne-se um Amigo da CSH

Por apenas 5 dólares, libras ou euros por mês, pode tornar-se um Amigo da CSH. A sua doação regular irá ajudar-nos a enviar mais de 10 000 cópias da revista para profissionais de saúde em todo o mundo.

Para mais informações sobre como se tornar um amigo envie-nos um e-mail para

CSH@ILDS.org



Se comprar online, pode apoiar a revista financeiramente sem nenhum custo extra. Vários retalhistas de destaque farão uma doação com base no valor que gastar.

www.easyfundraising.org.uk



Fundada oficialmente em 1935, a Liga Internacional de Sociedades Dermatológicas (ILDS) tem promovido a saúde da pele por todo o mundo há mais de 80 anos. O seu precursor começou em 1889 no primeiro de muitos Congressos Mundiais de Dermatologia. Hoje, a ILDS representa a dermatologia ao mais alto nível com mais de 170 membros de mais de 80 países; representamos mais de 200 000 dermatologistas.

A Fundação Internacional para Dermatologia (IFD) foi criada em 1987 para realizar as atividades globais de dermatologia em saúde da ILDS. Hoje, a IFD apoia projetos em África, Ásia-Pacífico e América do Sul. A CSH é a revista oficial da IFD.



Aliado da HIFA
Health information for All

Promoting global
Community Skin Health
through education