

Marco estratégico de la Organización Mundial de la Salud para las enfermedades tropicales desatendidas relacionadas con la piel

Michele Murdoch

Coeditora, Community Skin Health, presidenta del Neglected Tropical Disease NGO Network Skin Cross Cutting Group (NNNSCCG)

Contacto para correspondencia: michele.murdoch@nhs.net

Conflicto de intereses: Los miembros del NNNSCCG contribuyeron a la redacción del marco estratégico de la piel, la autora es Coeditora de Community Skin Health

Palabras clave: Organización Mundial de la Salud; piel; enfermedades tropicales desatendidas.

En junio de 2022 la Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzó *Poner fin a la desatención para alcanzar los objetivos de desarrollo sostenible: un marco estratégico para el control y la gestión integrados de las enfermedades tropicales desatendidas relacionadas con la piel*.¹ Este importante documento normativo tiene por objeto beneficiar a los mil millones o más de personas que corren el riesgo de contraer enfermedades tropicales desatendidas relacionadas con la piel (ETD cutáneas) o que están afectadas por ellas. Se basa en varias iniciativas anteriores, en particular, *Poner fin a la desatención para alcanzar los objetivos de desarrollo sostenible: hoja de ruta sobre enfermedades tropicales desatendidas 2021-2023*,² lanzada por la OMS en 2020 y a la cual este marco estratégico cutáneo sirve ahora de documento complementario. Anteriormente se había publicado un Manual de formación para trabajadores sanitarios de primera línea con el fin de ayudarles a reconocer las enfermedades tropicales a partir de los cambios en la piel,³ el cual se convirtió en una aplicación móvil de diagnóstico⁴ y posteriormente se integró con SkinApp (de NLR, No Leprosy Remains) para formar la actual aplicación Skin NTDs de la OMS.⁵

Las ETD son enfermedades ampliamente endémicas en los países de ingresos bajos y medios y que a menudo afectan a la población de zonas rurales remotas. Hasta la fecha han sido en gran medida «desatendidas» no solo por los servicios de salud pública de sus propios países, sino también a nivel mundial por

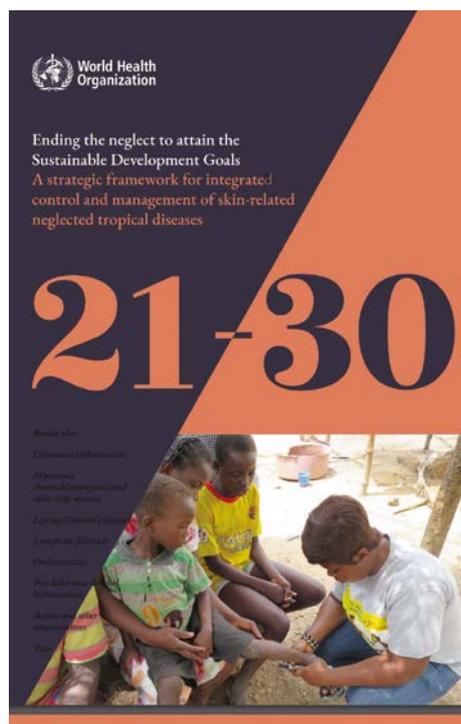


Fig. 1. Portada de *Poner fin a la desatención para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible: marco estratégico para el control y la gestión integrados de las enfermedades tropicales desatendidas relacionadas con la piel*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2022. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

el sector de la investigación y el desarrollo de medicamentos. Las ETD cutáneas son las que producen signos y síntomas en la piel. Al menos 10 de las 20 ETD actualmente priorizadas por la OMS

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 el último número directamente en su teléfono.



presentan alteraciones cutáneas antes de que se produzcan cambios internos o se desarrollen discapacidades físicas. En la lista de ETD cutáneas figuran el pian, la lepra, la oncocercosis, la filariasis linfática, la úlcera de Buruli, la leishmaniasis (cutánea, visceral y formas dérmicas posteriores al kala-azar), el micetoma, las cromoblastomicosis y las micosis profundas, así como la sarna y otros ectoparásitos.

Históricamente, los diversos programas contra las ETD han tendido a centrarse
Continúa al dorso...

Índice

17 Marco estratégico de la Organización Mundial de la Salud para las enfermedades tropicales desatendidas relacionadas con la piel
Michele Murdoch

19 Tungiasis
Lynne Elson, Hermann Feldmeier y Ulrike Fillinger

24 Acroisquemia en un paciente con COVID-19 y meningococemia: un enigma diagnóstico en un entorno de escasos recursos
S. O. Oiwoh, S. T. Orugun, S. Abayomi, O. Ilori, O. Sayomi y A. O. Akinboro

27 Opinión personal: salud y dignidad para las personas con albinismo
Mafalda Soto Valdés

30 3.ª Cumbre Mundial de la Piel de la ILDS

31 Envíe una solicitud para DermLink 2023

Marco estratégico de la Organización Mundial de la Salud para las enfermedades tropicales desatendidas relacionadas con la piel ...continuación



Fig. 2. Sede de la Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

en una sola enfermedad específica, pero los cambios en la piel suelen ser fácilmente visibles, lo que representa una oportunidad clave para integrar diversos aspectos de la atención a más de una ETD a la vez de forma más eficaz y rentable. Entre las posibles áreas de integración se encuentran la vigilancia y la gestión de datos, la formación del personal, el diagnóstico clínico y de laboratorio, la atención a heridas/linfedemas, el tratamiento (tanto la administración masiva de fármacos como la gestión individual de casos) y la prevención y gestión de discapacidades y reducción del estigma. Otra característica destacada del marco estratégico es el reconocimiento de que otras afecciones cutáneas comunes, como las infecciones fúngicas superficiales, el impétigo, el eccema y el acné, representan más del 80 % de la carga de enfermedades cutáneas en zonas endémicas de ETD.^{6,7} Centrarse en estas dolencias comunes, así como en las ETD cutáneas, ayudará a reducir el estigma y mejorará la aceptación de estos proyectos por parte de la comunidad.

Es bien sabido que el estigma y la discriminación de las personas con ETD cutáneas no solo se producen por parte de otros miembros de la comunidad, sino incluso a veces por parte

del personal sanitario. El estigma asociado a las ETD cutáneas puede disuadir a los pacientes de buscar ayuda médica temprana, lo que provoca discapacidades y deformidades y genera más pobreza. El marco estratégico de la piel gira en torno a la atención centrada en la persona para fomentar la intervención precoz con el fin de reducir la estigmatización, mejorar la oferta sanitaria local, desarrollar redes de apoyo a los pacientes y permitirles permanecer en sus comunidades y continuar con un empleo remunerado.

La hoja de ruta 2021-2030 de la OMS establece varios objetivos ambiciosos para las ETD específicas de aquí a 2030. Algunos ejemplos en cuanto a ETD cutáneas son la erradicación del pian en el 100 % de los países endémicos y la eliminación (interrupción de la transmisión) de la lepra en el 62 % de los países endémicos.² El reto ahora es que los países endémicos adapten e incorporen las recomendaciones del marco a sus programas nacionales de salud y aumenten su capacidad. Al abarcar la atención a las afecciones cutáneas generales más comunes, así como a las ETD cutáneas, trabajarán para lograr una «salud cutánea para todos».

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. *Poner fin a la desatención para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible: marco estratégico para el control y la gestión integrados de las enfermedades tropicales desatendidas relacionadas con la piel*. OMS, 2022. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240051423> (último acceso 14 de noviembre de 2022).
2. Organización Mundial de la Salud. *Poner fin a la desatención para alcanzar los objetivos de desarrollo sostenible: hoja de ruta sobre enfermedades tropicales desatendidas 2021-2030*. OMS, 2020. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/338565> (último acceso 14 de noviembre de 2022).
3. Organización Mundial de la Salud. *Reconocimiento de las enfermedades tropicales desatendidas a partir de los cambios en la piel: guía de formación para trabajadores sanitarios de primera línea*. OMS, 2018. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272723> (último acceso 14 de noviembre de 2022).
4. Organización Mundial de la Salud. *Enfermedades tropicales desatendidas de la piel: La OMS lanza una aplicación móvil para facilitar el diagnóstico*. Disponible en: <https://www.who.int/news/item/16-07-2020-neglected-tropical-diseases-of-the-skin-who-launches-mobile-application-to-facilitate-diagnosis> (último acceso 14 de noviembre de 2022).
5. NLR. *SkinApp de NLR, aceptada por la Organización Mundial de la Salud*. Disponible en: <https://nlrinternational.org/news/nlrs-skinapp-embraced-by-world-health-organization/> (último acceso 14 de noviembre 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 Dermatology* 2015; **11**:21-6.
7. Yotsu RR, Kouadio K, Vagamou 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.

ENFERMERÍA EN EL WCD

Cada 4 años, el Congreso Mundial de Dermatología (WCD, por sus siglas en inglés) actúa como punto de encuentro de la comunidad dermatológica internacional para analizar, debatir y aprender. El WCD2023 se celebrará en Singapur y reunirá a profesionales sanitarios y científicos de todo el mundo para trabajar en el desarrollo de la especialidad, lo que permitirá ofrecer la mejor atención y el mejor tratamiento posibles a las personas con enfermedades cutáneas.

El sector de la enfermería ha estado presente en el Congreso Mundial desde 2007, en Buenos Aires (Argentina), cuando retransmitimos en directo el evento, lo que supuso una primicia y estableció a la comunidad de enfermería como un elemento permanente del WCD. En Singapur, la reunión entre profesionales de la enfermería se celebrará el lunes 3 de julio de 2023, y estará organizada por el British Dermatological Nursing Group (BDNG). El título de la reunión es «Innovaciones en la atención a poblaciones de difícil acceso», definidas como grupos de personas (o individuos) que tienen dificultades para acceder a la atención sanitaria. Las razones de esta dificultad son muy variadas, e incluyen factores geográficos, económicos, físicos, psicológicos o sociales. El personal de enfermería está en una buena situación para ayudar a los pacientes a acceder a la atención sanitaria y estamos seguros de que esta reunión pondrá de relieve muchos casos de buenas prácticas.

Si desea presentar un resumen, póngase en contacto con Susan Maguire a través de susan.maguire@bdng.org.uk

Rebecca Penzer-Hick, presidenta del BDNG.

Tungiasis

Lynne Elson^{1,2}, Hermann Feldmeier³, Ulrike Fillinger⁴

¹Instituto de Investigación Médica de Kenia (KEMRI)-Wellcome Trust, Kilifi, Kenia.

²Centro de Medicina Tropical y Salud Mundial, Departamento de Medicina Nuffield, Universidad de Oxford, Reino Unido.

³Instituto de Microbiología, Enfermedades Infecciosas e Inmunología, Charité University Medicine, Berlín, Alemania.

⁴Centro Internacional de Fisiología y Ecología de los Insectos, Tema de Salud Humana, Nairobi, Kenia.

Autora para correspondencia: lelson@kemri-wellcome.org

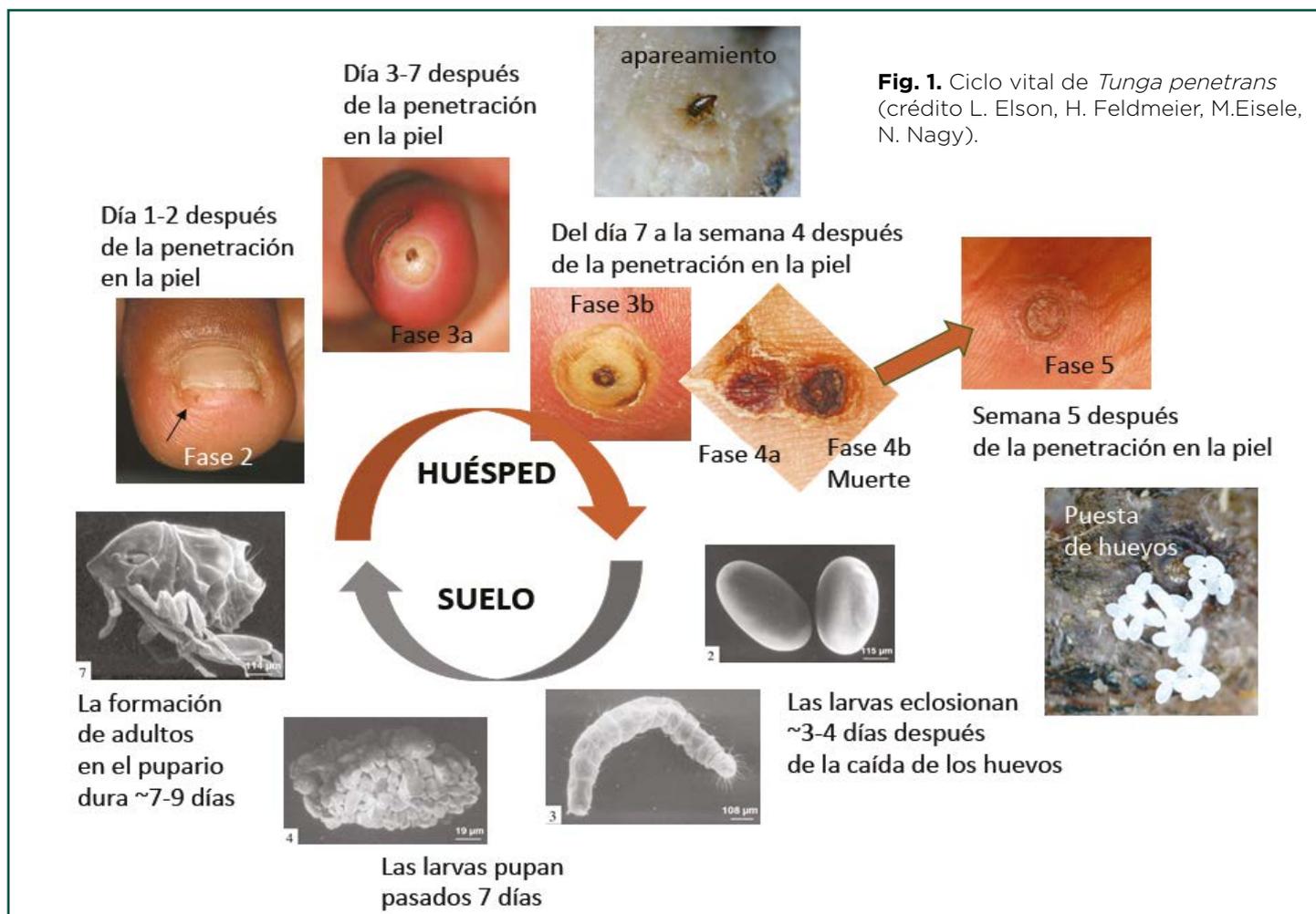
Conflicto de intereses: Ninguno.

Financiación: L.E. recibió una beca Wellcome Trust Career Re-Entry Fellowship (subvención número 213724/Z/18/Z). Este trabajo ha sido escrito con el permiso del director del KEMRI-CGMRC. U.F. contó con la financiación básica de la Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo (ASDI), la Agencia Suiza para el Desarrollo y la Cooperación (COSUDE), la República Democrática Federal de Etiopía y el Gobierno de la República de Kenia.

Palabras clave: Tungiasis, *Tunga penetrans*, pulgas de arena.

Conocimientos clave:

1. La tungiasis está causada por hembras de pulgas de arena, cuyos huevos, larvas y pupas se desarrollan en el suelo seco, sobre todo en el interior de las casas.
2. La pulga hembra se introduce en la piel, sobre todo de los pies, y crece rápidamente, causando un dolor y un picor considerables y, posteriormente, dificultades para caminar, dormir y concentrarse.
3. Actualmente no existe ningún tratamiento eficaz y seguro en las zonas endémicas, pero entre los productos que se están estudiando figuran los aceites de dimeticona (NYDA[®]), el aceite de neem y de coco y el benzoato de bencilo.
4. La prevención debe intentarse mediante el tratamiento de los suelos de las casas, el lavado diario de los pies con jabón, el uso de repelentes de insectos como el aceite de coco y el mantenimiento de los animales fuera de la casa y lejos de los lugares de descanso humanos.



Continúa al dorso...

Nota: para más información didáctica sobre la tungiasis, consulte el sitio web:

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

Introducción

La tungiasis es una enfermedad ectoparasitaria de la piel causada por *Tunga penetrans*, una pulga de arena del orden Siphonaptera; es la pulga más pequeña conocida, con 1 mm de longitud.¹

La pulga hembra adulta excava en la piel del huésped, normalmente la piel de los pies, pero puede ser cualquier parte del cuerpo. Afecta sobre todo a comunidades marginadas y con escasos recursos de América Central y del Sur, el Caribe y el África subsahariana.²

Ciclo vital

Una vez que la pulga hembra adulta penetra en la piel, se alimenta de la sangre de su huésped y crece rápidamente, multiplicando su tamaño por 2000 en 7 días, a medida que los huevos se desarrollan en su abdomen¹ (Fig. 1, al dorso). En esta fase, el macho libre copulará con las hembras incrustadas, se alimentará de la sangre del mismo huésped y seguirá buscando y copulando con otras hembras.

La hembra pone más de 100 huevos en las 3 semanas siguientes y luego muere. En la 5.^a semana el cadáver es expulsado de la piel por mecanismos de reparación, si no ha sido retirado antes por el huésped.¹ Los huevos son expulsados fuera de la piel a través de una abertura que mantiene la pulga, por la que también respira y defeca. (Una hembra que no esté apareada seguirá poniendo huevos, pero las larvas nunca eclosionarán.³ Esta situación puede darse si un visitante de una zona endémica se infecta). En cambio, cuando los huevos fecundados caen al suelo y, si las condiciones no son demasiado secas,³ las larvas (también conocidas como fases fuera del huésped) eclosionan al cabo de 3-4 días.³

En el medio ambiente, las larvas necesitan muy poca materia orgánica para sobrevivir y desarrollarse. Al cabo de 7-10 días las larvas pupan y 7 días después emergen los adultos y buscan un huésped. La mayoría de los estadios fuera del huésped se desarrollan en los lugares donde duermen los individuos infectados: los huevos caen al suelo donde y cuando duermen, las larvas se desarrollan y, cuando emergen los adultos, estos encuentran un huésped muy rápidamente.

Morbilidad

El rápido crecimiento de la hembra induce una fuerte respuesta inflamatoria con edema, eritema y descamación en la mayoría de los casos (Fig. 2). (El nivel de morbilidad aguda se correlaciona directamente con el número de pulgas incrustadas).⁴ Esto provoca un dolor intenso y picazón que dificultan al paciente dormir, caminar y concentrarse en cualquier actividad, incluidas las tareas escolares.

Los infectados por muchas pulgas durante mucho tiempo desarrollan una patología crónica caracterizada por hiperqueratosis, fisuras, uñas deformadas o pérdidas y dedos deformados⁴ (Fig. 2). Las molestias provocan una marcha inusual típica, ya que los pacientes intentan caminar sin ejercer presión sobre las pulgas; esto puede provocar una discapacidad (Fig. 3). Estas deformidades llevan a la estigmatización de los pacientes, discriminación y sentimientos de vergüenza, lo que reduce la calidad de vida de los niños.⁵

Muy a menudo los pacientes tienen infecciones bacterianas secundarias causadas por bacterias introducidas durante la penetración en la piel, a través de la abertura cutánea y por



Fig. 2. Inflamación y deformación de las uñas y los dedos de los pies causadas por incrustaciones de *Tunga penetrans* (crédito H. Feldmeier).

el rascado constante con las manos sucias. Se ha identificado un gran número de especies bacterianas aerobias y anaerobias en las lesiones causadas por la pulga de arena, entre ellas *Staphylococcus aureus* y Enterobacteriaceae.⁶ La infección bacteriana conduce a abscesos y supuración (Fig. 4), exacerbando la inflamación y el dolor, y en algunos casos extremos, causando necrosis tisular, linfangitis y gangrena.⁶ El mayor riesgo, aunque probablemente poco frecuente, es el de infección secundaria con *Clostridium tetani*, que en individuos no vacunados puede ser mortal. Se cree que el picor se ve exacerbado por otros patógenos que viven dentro del cuerpo de la pulga, conocidos como endosimbiontes, tales como *Wolbachia*, cuyos lipopolisacáridos son altamente inmunogénicos si se liberan cuando la pulga y la bacteria mueren.⁷



Fig. 3. Caminar sobre los talones para evitar el dolor típico de la tungiasis.



Fig. 4. Absceso alrededor de una incrustación de *Tunga penetrans* causado por una infección bacteriana secundaria.

Muchas personas intentan eliminar las pulgas utilizando utensilios afilados no estériles, como espinas de plantas, imperdibles o cuchillos (Fig. 5), corriendo el riesgo de introducir una infección secundaria, no solo de bacterias, sino también de VIH y hepatitis B y C, ya que los utensilios suelen utilizarse en varios individuos. Este proceso también puede causar grandes daños tisulares y hemorragias. Es frecuente encontrar a personas que utilizan productos nocivos sobre las pulgas incrustadas para intentar matarlas, como queroseno/parafina, aceite de motor usado, productos químicos veterinarios y extractos de plantas tóxicas locales que por sí mismos pueden causar necrosis tisular y gangrena.⁸

Epidemiología

Aunque no existen datos sobre la carga real de la enfermedad en ningún país ni a escala mundial, es bien sabido que la tungiasis es una enfermedad muy consolidada que aparece en algunos pueblos y no en otros, en algunas escuelas y no en otras, aunque solo estén separadas por unos pocos kilómetros. Incluso dentro de un pueblo o una escuela, la mayoría de la gente no estará infectada. Entre los infectados, la mayoría tendrá solo unas pocas pulgas y poca morbilidad, mientras que unos pocos individuos tendrán muchas pulgas y sufrirán morbilidad y discapacidad graves. Las causas subyacentes de esta heterogeneidad se desconocen y son objeto de investigación en la actualidad. En la mayoría de las zonas endémicas, son los niños menores de 15 años los que presentan la mayor prevalencia e intensidad, seguidos de las personas mayores y discapacitadas, en definitiva, todos los grupos que dependen de otras personas para su cuidado

e higiene personal (mantenerse limpio).² Unos pocos estudios indican que la transmisión puede ser estacional, alcanzando su punto máximo durante las estaciones secas.² Sin embargo, esto podría no ser cierto en todas partes dependiendo de las condiciones climáticas.

Múltiples estudios realizados en América del Sur y el África subsahariana han identificado que el principal factor de riesgo de infección es vivir en una casa con suelo de tierra sin tratar,^{9,10} y es aquí donde se han encontrado la mayoría de los estadios fuera del huésped.⁸ Otros factores que parecen estar asociados a la infección son no llevar calzado cerrado, no tener acceso a un suministro de agua limpia, no lavarse los pies a diario con jabón y tener las paredes de la casa de barro y el tejado de paja⁹ (Fig. 6). Todos estos factores están asociados a la pobreza extrema.

Además, en algunos estudios la infección se ha asociado a la presencia de animales domésticos sueltos, como perros, gatos, cabras y cerdos. Los cerdos parecen ser especialmente vulnerables a altos niveles de infección.¹¹ La tungiasis es una enfermedad zoonótica que infecta a animales domésticos (Fig. 7) y, en Sudamérica, a animales salvajes como ratas, monos y cerdos salvajes, todos los cuales contaminan continuamente el medio ambiente con huevos. Sin embargo, el ciclo vital de la pulga no depende de ningún animal y puede continuar sin la participación de ningún animal huésped portador.²

Diagnóstico

El diagnóstico de la tungiasis se basa en la observación de la piel a simple vista. No es necesario ningún otro equipo. Las pulgas tienen una forma circular característica y en las primeras fases



Fig. 5. Extracción de *Tunga penetrans* con instrumentos no estériles.

Continúa al dorso...



Fig. 6. La tungiasis afecta sobre todo a quienes viven en condiciones de extrema pobreza con suelos de tierra sin tratar.

de desarrollo son de color crema con un punto negro en el centro (Fig. 1). A medida que mueren, se oscurecen y adquieren una forma irregular. El cadáver de una pulga muerta es negro y de forma irregular. Otros signos serían dolor y picor en la zona y dificultad para dormir debido al picor extremo.

Tratamiento

Actualmente no existe ningún tratamiento eficaz y seguro en la mayoría de las zonas endémicas. La extracción quirúrgica es el único método garantizado, pero debe realizarse en condiciones estériles en un centro sanitario. Los pies deben lavarse primero con jabón y agua fría previamente hervida. Si no se dispone de instrumental estéril, se pueden esterilizar otras agujas pasándolas por una llama o hirviéndolas en agua y enfriándolas. La lesión resultante debe lavarse con solución salina estéril (media cucharadita de sal en 1 taza (250ml) de agua hervida y enfriada) y, preferiblemente, cubrirse con una pomada antibiótica. Las pulgas extraídas deben eliminarse como residuos peligrosos, quemarse o incinerarse. El paciente

debe seguir manteniendo limpia la lesión. La extracción debe realizarse con sumo cuidado para no romper el cuerpo de la pulga, ya que la liberación de huevos y bacterias simbióticas en la piel provocaría una inflamación y picor persistentes durante meses. Sin embargo, esto puede no ser práctico para quienes tienen muchas pulgas (algunos pueden tener cientos) o las personas que viven en zonas endémicas donde es difícil mantener las lesiones estériles.

En la última década se han realizado algunos ensayos clínicos para probar posibles productos de tratamiento. La opción más prometedora para el tratamiento es NYDA®, un aceite de silicona (dimeticona) de muy baja viscosidad comercializado para el tratamiento de los piojos en los países desarrollados, y ahora registrado y aprobado por la Organización Panamericana de la Salud para el tratamiento de la tungiasis en América Central y del Sur. Este producto mató al 98 % de las pulgas incrustadas cuando se aplicó una sola vez y actúa asfixiando a las pulgas para que no puedan desarrollar resistencia a él.¹²

Otro producto que se ha probado en un ensayo clínico es una



Fig. 7. Pies de animales domésticos infectados por *Tunga penetrans* (crédito F. Mutebi).

mezcla de aceites de neem (*Azadirachta indica*) y coco (*Cocos nucifera*).¹³ Se trata de una medicina a base de plantas elaborada y utilizada en las comunidades afectadas de Kenia que se ha descubierto que mata o interrumpe el desarrollo del 77 % de las pulgas en 7 días cuando se aplica una vez al día durante 2 días. Tiene la ventaja añadida de ayudar en los procesos de cicatrización de la piel y de ser un repelente de insectos, por lo que reduce las tasas de reinfección. El neem se ha utilizado durante miles de años en la India para controlar las plagas de insectos en los cultivos y se ha demostrado que su ingrediente activo y su modo de acción es la azadiractina, que actúa como antialimentante y regulador del crecimiento.¹³

A veces, los médicos utilizan productos genéricos que contienen benzoato de bencilo o permetrina para el tratamiento de la tungiasis. Se trata de medicamentos incluidos en la lista de medicamentos esenciales de la Organización Mundial de la Salud para el tratamiento de la sarna, otra enfermedad parasitaria de la piel. Sin embargo, su eficacia y efectos adversos cuando se utilizan para el control de la tungiasis no han sido objeto de ningún ensayo clínico y, por lo tanto, deben utilizarse con precaución y bajo estrecha observación.

Los individuos de los que se haya extraído un gran número de pulgas y los que presenten abscesos por infección bacteriana secundaria deben tratarse con antibióticos sistémicos como trimetoprim, sulfametoxazol, tetraciclina o amoxicilina (con o sin ácido clavulánico). Además, debe comprobarse su historial de vacunación antitetánica y administrarla si falta o si se administró hace más de 10 años.

Prevención

El tratamiento de los casos de tungiasis debe combinarse con esfuerzos de prevención, pues de lo contrario los pacientes se reinfectarán inmediatamente. Lo ideal sería tratar los suelos de las casas, en particular las habitaciones donde duermen las personas, para evitar que se den las condiciones adecuadas para el desarrollo de las fases fuera del huésped. Sin embargo, es costoso instalar un suelo de hormigón estándar. En Kenia y Ruanda se están llevando a cabo ensayos para desarrollar y poner a prueba una alternativa asequible para el suelo que impida el desarrollo de fases fuera del huésped y que las comunidades puedan explorar por sí mismas (Fig. 8).

Los suelos deben ser duros y lisos para facilitar la limpieza y mantenerse libres de cualquier material suelto como polvo, tierra y arena en los que puedan sobrevivir las larvas. Como alternativa, se podrían rociar insecticidas de interior en el suelo de la casa para matar las fases fuera del huésped, pero hay que tener cuidado de no utilizar productos químicos tóxicos, ya que los niños pequeños estarán en estos suelos con lesiones abiertas en los pies. Los productos a base de neem se utilizan ampliamente como insecticidas orgánicos y se están probando para el control de la tungiasis.

Los estudios sobre los factores de riesgo sugieren que la infección por tungiasis podría reducirse llevando calzado cerrado en todo momento; sin embargo, la transmisión se produce sobre todo en los dormitorios, donde es poco probable que se lleve calzado. Lavarse los pies al menos una vez al día con jabón puede reducir la infección, ya que el jabón elimina cualquier materia fecal de pulgas de la piel, la cual que puede atraer a más pulgas, y los restos de jabón en la piel pueden repeler a las pulgas que buscan un sitio por el que entrar en el cuerpo del huésped.⁹ El uso de repelentes de insectos en la piel es otro posible método para prevenir la infección, si se puede costear. Se ha demostrado que los productos a base de aceite de coco previenen la infección e inducen la cicatrización de las heridas. Es más, pueden estar



Fig. 8. Suelo doméstico de bajo coste para prevenir la tungiasis.

más fácilmente disponibles para algunas comunidades.¹⁴ Cuando los animales domésticos, especialmente los cerdos, están infectados, deben tratarse con un insecticida y mantenerse siempre alejados de las zonas donde descansan y duermen las personas.

Reconocimientos

Agradecemos a M. Eisele et al⁽¹⁾ y N. Nagy et al⁽³⁾ y a F. Mutebi et al⁽¹¹⁾ la autorización para utilizar sus fotografías.

Referencias

- 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.
- 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.
- 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.
- Kehr JD, Heukelbach J, Mehlhorn H, Feldmeier H. Morbidity assessment in sand flea disease (tungiasis). *Parasitol Res* 2007; **100**:413-21.
- Wiese S, Elson L, Feldmeier H. Tungiasis-related life quality impairment in children living in rural Kenya. *PLoS Negl Trop Dis* 2018; **12**:e0005939.
- Feldmeier H, Heukelbach J, Eisele M et al. Bacterial superinfection in human tungiasis. *Trop Med Int Health* 2002; **7**:559-64.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.

Acroisquemia en un paciente con COVID-19 y meningococemia: un enigma diagnóstico en un entorno de escasos recursos

Sebastine Oseghae Oiwoh^{1*}, Sope Tope Orugun², Subusola Ayinke Abayomi³, Oluwatosin. Ilori⁴, Bukola Adetutu Sayomi⁵, Adeolu Oladayo Akinboro⁶

¹Unidad de Dermatología y Venereología, Departamento de Medicina Interna, Irrua Specialist Teaching Hospital Irrua, Estado de Edo, Nigeria.

²Departamento de Medicina, Hospital Docente de la Universidad Tecnológica Ladoke Akintola (LAUTECH), Ogbomoso, Estado de Oyo, Nigeria.

³Departamento de Microbiología Médica, Hospital Docente de la Universidad Tecnológica Ladoke Akintola (LAUTECH), Ogbomoso, Estado de Oyo, Nigeria.

⁴Unidad de Cirugía Plástica y Quemados, Departamento de Cirugía, Hospital Docente de la Universidad Tecnológica Ladoke Akintola (LAUTECH), Ogbomoso, Estado de Oyo State, Nigeria.

⁵Departamento de Pediatría, Hospital Docente de la Universidad Tecnológica Ladoke Akintola (LAUTECH), Ogbomoso, Estado de Oyo, Nigeria.

⁶División de Dermatología y Venereología, Departamento de Medicina, Universidad Tecnológica Ladoke Akintola (LAUTECH) y Hospital Docente LAUTECH, Ogbomoso, Estado de Oyo, Nigeria.

Autor para correspondencia: seboiwoh1@gmail.com

Conflicto de intereses: Ninguno.

Financiación: Ninguna.

Palabras clave: Acroisquemia; COVID-19; meningococemia.

Conocimientos clave:

- En presencia de COVID-19 y acroisquemia, un alto índice de sospecha de comorbilidad con meningococemia puede salvar vidas.
- Este caso clínico pone de manifiesto la necesidad de una estrecha colaboración entre especialistas en el cuidado de los pacientes.

incluir desde cianosis periférica y gangrena secundaria, hasta hipercoagulabilidad y formación de microtrombos.^{3,4}

Este caso clínico pone de relieve el papel de las manifestaciones cutáneas y las incertidumbres diagnósticas en el diagnóstico de la meningococemia y la COVID-19.

Ejemplo

Un alumno de secundaria de 11 años ingresó con fiebre, cefalea, dolor corporal generalizado y orina de color marrón oscuro. Había antecedentes de vómitos no biliosos y no proyectables, anorexia y debilidad corporal generalizada. A los cinco días del ingreso, desarrolló lesiones rojas, no pruriginosas, en la cara, que progresaron hasta afectar al tronco y las extremidades. Estas lesiones se convirtieron en ampollas llenas de líquido de color oscuro que reventaron, dejando manchas y placas negras adherentes. Había afectación de los genitales, pero no de la mucosa oral.

Introducción

La pandemia de COVID-19 ha planteado problemas de diagnóstico en entornos con pocos recursos. África ha registrado un aumento de la mortalidad del 43 % y una tasa de letalidad del 2,6 %.¹ La afectación cutánea puede ayudar al diagnóstico de COVID-19.²

Las manifestaciones cutáneas descritas son variadas y pueden



Fig 1a-c. Manchas necróticas y ampollas en las piernas (a,b) y región glútea (c).



Fig. 2. (a) Manchas necróticas en las piernas y el dorso del pie derecho y **(b)** gangrena del tercer dedo.

Durante la exploración se mostró somnoliento e inquieto, febril (38,2 °C), con taquicardia (152 latidos por minuto), tensión arterial de 79/56 mmHg y taquipnea (64 respiraciones por minuto). El examen cutáneo mostró múltiples manchas y placas necróticas hiperpigmentadas simétricas en el tronco y las extremidades. Había una amplia afectación de la región glútea y de los miembros inferiores con algunas bullas intactas y flácidas sobre un fondo de eritema en las partes dependientes de las piernas (Fig. 1 y 2).

El signo de Nikolsky fue negativo, pero el signo de Asboe Hansen (es decir, la extensión lateral de la ampolla tras aplicar presión en la parte superior) fue positivo. Había hiperpigmentación del tercer dedo del pie derecho con gangrena (Fig. 2). Se palparon los pulsos dorsales pedios bilateralmente.

El examen de otros sistemas fue normal.

Las investigaciones mostraron lo siguiente.

- *Análisis de orina:* proteínas 3+; sangre +; trazas de nitritos; leucocitos +; pH 5,0; peso específico 1,025.
- *Resultados del análisis de sangre:* volumen celular empaquetado 24 %; leucocitosis (16 300 células/mm³) con desplazamiento a la izquierda de neutrófilos y granulación tóxica; plaquetas 72 000/mm cúbico; tiempo de protrombina, tiempo parcial de tromboplastina con Kaolin y cociente internacional normalizado 15 seg, 57 seg y 1,08, respectivamente; acidosis; hiponatremia (122 mmol/l); glucemia aleatoria 5,0 mmol/l.
- *Líquido cefalorraquídeo:* glucosa 3,2 mmol/l (con la correspondiente glucosa en sangre 6 mmol/l);



Fig 3a-c. Parches necróticos cicatrizados tras el tratamiento.

Continúa al dorso...

Acroisquemia en un paciente con COVID-19 y meningococemia: un enigma diagnóstico en un entorno de escasos recursos

...continuación

proteínas (139 mg/dl); sin crecimiento bacteriano.

- *Reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa SARS-COV2*: positiva.
- *Hemocultivo*: se observaron diplococos sensibles a la ceftazidima.

El paciente recibió ceftazidima intravenosa, 2 g inmediatamente y luego 1 g cada 12 horas, infusión salina intravenosa, transfusión de sangre entera fresca, desbridamiento de la piel necrótica con vendaje de la herida, vitamina C oral 500 mg tres veces al día, sulfato de zinc 100 mg al día, toxoide tetánico intramuscular 0,5 ml inmediatamente y suero antitetánico subcutáneo 1500 UI inmediatamente. El paciente mejoró significativamente con el aislamiento y el tratamiento. Las lesiones cutáneas activas se resolvieron a los 14 días aproximadamente con una cicatrización significativa (Fig. 3). Fue dado de alta y se le realizó un seguimiento ambulatorio. El paciente fue tratado conjuntamente por el pediatra, el microbiólogo médico, los dermatólogos y el cirujano plástico.

Análisis

La formación de microembolias y la coagulopatía es una característica reconocida de la infección por COVID-19.⁵ La COVID-19 puede aparecer asociada a una meningococemia causada por un diplococo Gram negativo, *Neisseria meningitidis*, el principal agente etiológico de la meningitis bacteriana en niños y adultos que tienen contactos estrechos con niños.⁶ La coinfección por COVID-19 y *Neisseria meningitidis* conlleva un alto riesgo de mortalidad.⁷ La infección vírica de la nasofaringe puede alterar su función de barrera y potenciar la colonización bacteriana.⁸ Las manifestaciones cutáneas de la COVID-19 acroisquémica pueden incluir perniosis acral

de tipo sabañón y lesiones de tipo eritema multiforme,⁹ lo que planteó un reto diagnóstico en este paciente. La confirmación microbiológica de la coinfección por meningococo ayudó a realizar un diagnóstico completo correcto y a iniciar el tratamiento para salvar la vida del paciente.

Conclusión

La meningococemia conlleva un pronóstico grave en un entorno con pocos recursos, especialmente cuando se asocia a la infección por COVID-19. La similitud de las características clínicas cutáneas debería ayudar a aumentar la concienciación sobre estas enfermedades en entornos con pocos recursos.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud África. COVID-19 surges in Africa surge more 40% over previous week. Disponible en: <https://www.afro.who.int/news/covid-19-deaths-africa-surge-more-40-over-previous-week> (último acceso 14 de noviembre 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.

EJEMPLO DE DIAGNÓSTICO

Deepani Munidasa

Asesora dermatóloga, Anuradhapura Teaching Hospital (Sri Lanka).

Email: deepanimunidasa@yahoo.com

Una mujer de 35 años presentaba desde hacía 3 meses un labio superior hinchado y ligeramente pruriginoso, más prominente ciertos días y menos otros. En general, el estado empeoraba progresivamente.

El labio se sentía gomoso al tacto. Las mucosas de los labios y la lengua no estaban afectadas.

Por lo demás, estaba completamente sana y no tomaba ningún medicamento ni se aplicaba tópicos labiales. No tenía alergias conocidas.

Las respuestas se encuentran en la página 27



¿Cuál es el diagnóstico?

- a) Angioedema labial b) Reacción a cuerpo extraño
c) Leishmaniosis mucocutánea d) Queilitis granulomatosa e) Lepra

Mafalda Soto Valdés

Directora ejecutiva y cofundadora de la ONG Beyond Suncare, farmacéutica, licenciada en Medicina Tropical y Salud Internacional

Dirección para la correspondencia: mafalda@beyondsuncare.org

Lodina era la segunda de ocho hermanos; su nombre en chichewa, la principal lengua malawiana, significa «la tierra nos ha traicionado». Lodina tenía albinismo.

Su primo seropositivo abusó sexualmente de ella por la creencia de que mantener relaciones sexuales con una mujer con albinismo le curaría del sida. Tras la violación, el jefe del pueblo convocó un consejo para decidir cómo tratar el asunto. Su madre dijo que no debían ser duros con su hijo porque era de la familia, y la familia es lo más importante. El padre de ella no pensaba lo mismo, ya era hora de que alguien respetara su honor y se apiadara de su hija. Líderes tradicionales, representantes de hospitales y jefes de la comunidad dieron su opinión y debatieron largo y tendido sobre cómo resolver la situación. Todos hablaron, todos opinaron, todos menos Lodina, la víctima. Poco importaba lo que pensara, lo que sintiera. Lodina permanecía en un segundo plano, con los ojos fijos en el suelo, sin lágrimas, sin expresión... Lodina había crecido sin opinión, sin libertad para decidir. Cuando desde el hospital rellenos su ficha personal y le preguntamos «¿A qué te dedicas?», siguió mirando al suelo; fue su hermano mayor quien contestó: «Simplemente está ahí» (Fig. 1).

Lo único que diferencia a las personas sin albinismo de las personas con albinismo es que estas tienen alterada



Fig. 1. Lodina y su hijo.

la producción de melanina. Esto les hace tener la piel más delicada y poca visión, por lo que tienen que usar protección solar con frecuencia y llevar gafas especiales, igual que yo tengo una fuerte miopía y tengo que llevar gafas.

Se transmite de padres a hijos con la peculiaridad de que dos padres no albinos portadores del gen tienen un 25 % de probabilidades de tener un hijo con albinismo.

Hasta que Darwin revolucionó el conocimiento con *El origen de las especies*, gran parte de la humanidad estaba convencida de que el hombre procedía del barro y la mujer de una costilla del hombre. Galileo fue silenciado por la Inquisición por anunciar

que la Tierra era redonda. Personas de aquí y de allá, en el pasado y en el presente, se han hecho preguntas y han buscado respuestas a cuestiones universales y menos trascendentales. La ciencia ha ido respondiendo a muchas de estas preguntas, pero queda mucho trabajo por hacer y muchos lugares en los que la ciencia aún no ha penetrado. En estos lugares, la magia y la superstición reinan, y lo hacen con determinación.

Con una población estimada de unos 200 000 individuos con albinismo, el África subsahariana es la región con mayor prevalencia de albinismo del mundo (Fig. 2). Y también es la región con mayor nivel de desconocimiento sobre la enfermedad.

¡¡¡Dos negros dan a luz a un bebé blanco!!! ¿Qué ha pasado? Los hombres tienen sus dudas, por eso es tan frecuente que



Fig. 2. Un niño con albinismo en un grupo.

las mujeres sean abandonadas por sus parejas cuando dan a luz a un bebé con albinismo. En Tanzania, a las personas con albinismo se las conoce como «zeruzeru», fantasmas. Se cree que cuando mueren desaparecen, y que poseer miembros de su cuerpo trae suerte. La violencia hacia estas personas y su persecución son más justificables, ya que no son «seres humanos», sino zeruzeru.

La ignorancia y el estigma negativo son sus dos grandes enemigos. El sol es otro.

En muchos países africanos, el sol mata al 90 % de las personas con albinismo entre los 30 y los 40 años de edad.

Malawi, enero de 2009. Jeremiah fue el primer bebé con albinismo que tuve en mis brazos. Su madre llegó al hospital con el pequeño a cuestas. Jeremiah tenía 3 semanas y su cara estaba chamuscada con quemaduras de segundo grado (Fig. 3). Cuando le explicamos el motivo de las quemaduras, la madre rompió a llorar con sentimiento de culpa. A las pocas semanas de seguir una buena rutina de protección solar, la madre de Jeremiah volvía a sonreír.

En gran parte de África, las instituciones desconocen el albinismo y sus consecuencias para la salud. A pesar de tener

Continúa al dorso...

Opinión personal: salud y dignidad para las personas con albinismo ...continuación



Fig. 3. Jeremiah, (a) antes y (b) después de recibir ayuda con el protector solar.

la mayor prevalencia del mundo, los países africanos no incluyen el albinismo en los planes de estudios universitarios, ni asignan presupuestos para invertir en la protección que necesitan. El personal sanitario desconoce el trastorno que sufren. Los protectores solares son ciencia ficción y, cuando los reciben, suelen estar caducados, ser de dudosa calidad o proceder de donaciones que alimentan la corrupción aduanera.

Después de Malawi, me fui a trabajar al Regional Dermatology Training Center (RDTC), el principal centro de formación

en dermatología del África subsahariana anglófona. Allí, todos los días nos encontrábamos con cientos de historias desesperadas de jóvenes con albinismo que llegaban con cáncer de piel en estadios avanzados en los que «no había nada que hacer». Tumaini era uno de ellos (Fig. 4). Corría el año 2012 y Tanzania, con más de 45 millones de habitantes, solo contaba con cuatro dermatólogos. Así que Tumaini no se lo pensó dos veces, se echó la mochila a la espalda y emprendió un viaje de dos días hasta el hospital; cuando llegó, los cirujanos le dijeron que no podían hacer nada por ella.

Su tumor se había extendido tanto que «no había nada que hacer» y la derivaron a uno de los dos centros oncológicos del país, pero Tumaini no tenía dinero para costear otro viaje. Murió en su casa al cabo de dos meses.

Jeremiah, Lodina y Tumaini fueron el detonante: «¿Cómo que no podemos hacer nada?» Y así, una reacción de inconformismo,



Fig. 4. Tumaini cuando llegó al Centro Regional de Formación Dermatológica (Moshi, Tanzania).

de rechazo a esas injusticias, sembró el inicio de nuestra lucha por el derecho a la salud y a la dignidad de las personas con albinismo.

De la mano de la dirección de un departamento proactivo y solidario, empecé a trabajar en el desarrollo de un protector solar especialmente diseñado para la prevención del cáncer de piel en personas con albinismo en África (Fig. 5). En dos años, más de 2000 personas de todo el país lo recibían con regularidad. Pero el problema no era exclusivo de Tanzania, el proyecto tenía que traspasar fronteras e ir más allá. Historias como la de Tumaini no podían repetirse, y por eso teníamos que trabajar en la prevención. Pero también era necesario evitar que se produjeran situaciones como la de Lodina, por lo que la educación desempeñaba un papel esencial.

Junto con expertos de diversos sectores, nos pusimos manos a la obra para desarrollar un modelo integral de servicios que respondiera a sus necesidades sin perpetuar la dependencia. Y así nació, en 2017, la organización no gubernamental (ONG) Beyond Suncare.



Fig. 5. Personas con albinismo que acuden a una clínica.

El modelo de Beyond Suncare, declarado Buena Práctica por Naciones Unidas en 2017, incluye un protector solar personalizado de alta calidad y sencillo de fabricar, ya que nuestro objetivo final es la producción local. La distribución de este protector solar llega a los lugares más remotos acompañada de actividades de educación y sensibilización. Formamos y educamos al personal sanitario y a las asociaciones de personas con albinismo. Trabajamos para ellos y con ellos. Hacemos incidencia política porque, aunque nuestro enfoque no es descendente, es importante remover las conciencias de quienes mueven los hilos.

Ya hemos ayudado a cambiar el futuro de más de 4000 personas con albinismo, más de la mitad de ellas niños. Los servicios han reducido las lesiones precancerosas en un 50 % y más del 95 % de estas personas declara cómo ha mejorado su autoestima y su integración en la comunidad tras formar parte del programa.

En Tanzania conocí a Grace. Huérfana a los 5 años y habiendo perdido a su hermano a los 18 (cáncer), Grace buscó refugio con un hombre que era cualquier cosa menos una buena persona. Con un bebé de 6 meses, encontró fuerzas para dejarlo y comenzar una nueva vida.

Era 2013 y en la Unidad de Producción de Protectores Solares del Kilimanjaro buscábamos personal. Grace se presentó a la entrevista de trabajo con un vestido ajustado de estampado animal, un largo tocado, mucho maquillaje y una sonrisa infinita. Todo en ella era color que alegraba la sala de espera de un hospital más bien gris. La contratamos.

Feliz de trabajar en un entorno protegido del sol, 7 años después de aquella entrevista Grace puede enviar a su hijo a un instituto de secundaria; está a punto de construir su propia casa y se siente orgullosa de trabajar en la creación de un producto que mejora la vida de otras personas con albinismo. En el laboratorio Grace es una persona más, con sus puntos fuertes y sus puntos débiles, la gente no la considera un zeruzeru, no la ve como una persona con albinismo, sino simplemente como a una persona. Llegué a Malawi en 2008 con

la intención de quedarme 9 meses. Conocí a Lodina, Jeremiah y Tumaini... y esos 9 meses se convirtieron en 9 años (Figura 6). El poeta británico John Donne escribió: «La muerte de cualquier hombre me disminuye porque formo parte de la humanidad; por lo tanto, nunca mandes a nadie a preguntar por quién doblan las campanas: doblan por ti». Por eso, cuando consigues salvar a una persona, devolver la esperanza a una madre, tú mismo estás reviviendo.

Por eso me quedé, pero si continúo a día de hoy es porque con el apoyo adecuado, podemos.



Fig. 6. La autora y sus colegas aseguran que en cualquier rincón de África, cuando un niño con albinismo se despierta por la mañana, su única preocupación es aplicarse la crema solar, del mismo modo que yo busco mis gafas graduadas.

Líderes internacionales se reúnen en la 3.ª Cumbre Mundial de la Piel de la ILDS para mejorar la salud mundial de la piel



La 3.ª Cumbre Mundial de la Piel (WSS) de la ILDS se celebró en Lima (Perú) del 13 al 15 de octubre de 2022, y reunió a 119 líderes representantes de 47 asociaciones dermatológicas nacionales e internacionales, incluidos representantes de organizaciones de pacientes, socios de la industria y la Organización Mundial

de la Salud (OMS).

Un programa interactivo de sesiones plenarias y talleres permitió a los participantes compartir conocimientos, identificar y afrontar los retos de sus respectivas regiones y desarrollar estrategias comunes para mejorar la salud mundial de la piel.

Tras muchos debates fructíferos que invitaron a la reflexión, los participantes hicieron un llamamiento para que la ILDS -en colaboración con sus sociedades miembros, organizaciones de pacientes y socios corporativos- promoviera a escala mundial la educación, el acceso a la atención sanitaria, una galería de imágenes de alta calidad y registros con datos representativos a nivel mundial de alta calidad relevantes para la dermatología.

La ILDS desea dar las gracias al



Círculo Dermatológico del Perú (CIDERM), al Colegio Ibero-Latinoamericano de Dermatología (CILAD) y a las organizaciones de pacientes por organizar conjuntamente la Cumbre Mundial de la Piel, así como al Dr. José Ruiz Postigo por presentar y asistir al evento en nombre de la OMS.



Emma van Rooijen

Jefa de Operaciones, ILDS



Envíe una solicitud para DermLink 2023

La convocatoria de becas DermLink 2023 ya está abierta. A través de este programa, los miembros de la ILDS y las candidaturas apoyadas por miembros pueden solicitar financiación de hasta 5000 USD para emprender proyectos e iniciativas puntuales destinados a mejorar el tratamiento de pacientes con enfermedades cutáneas en zonas desatendidas de todo el mundo. Aquí se ilustran algunos proyectos anteriores.

Existen tres tipos de becas DermLink:

1. Materiales y equipos: hasta 3000 USD para materiales y equipos dermatológicos
2. Formación individual: hasta 3000 USD para formación en dermatología de corta duración para una persona
3. Proyectos sobre el terreno o comunitarios: hasta 5000 USD para proyectos en regiones de escasos recursos con una duración máxima de 12 meses

El plazo de presentación de solicitudes para la actual ronda de solicitudes de becas finaliza el 28 de febrero de 2023. Para presentar su candidatura u obtener más información, visite:

<https://bit.ly/dermlink>



DermLink 2021: La **Asociación Nigeriana de Dermatólogos** abrió clínicas de divulgación gratuitas en comunidades de escasos recursos e insuficientemente atendidas de tres estados nigerianos.



DermLink 2019: La **Sociedad de Dermatólogos, Venereólogos y Leprólogos de Nepal** impartió formación a farmacéuticos comunitarios para ayudarles a combatir el uso indebido de esteroides tópicos en Nepal.



DermLink 2020: Dos jóvenes pacientes en una clínica gratuita de prevención del cáncer de piel para personas con discapacidad. La clínica corrió a cargo de **Beyond Suncare** en colaboración con la **Sociedad Brasileña de Dermatología** en Bié, Angola.



DermLink 2019: Clínica de divulgación gratuita y talleres de concienciación sobre la COVID-19 para comunidades masai desatendidas, organizados por la Sociedad de Dermatovenereología de Tanzania **Sociedad de Dermatovenereología de Tanzania**.

RESPUESTA DIAGNÓSTICA

d) Queilitis granulomatosa

Análisis

La queilitis granulomatosa se caracteriza por la inflamación crónica persistente de uno o ambos labios. La afección puede ser una característica de una afección granulomatosa generalizada, como la sarcoidosis o la enfermedad de Crohn, pero cuando se produce de forma aislada, como en este caso, se conoce como queilitis granulomatosa de Miescher. En raras ocasiones, la hinchazón labial se asocia a fisura de la lengua y parálisis facial; esta tríada se conoce como síndrome de Melkersson-Rosenthal. La hinchazón inicial del labio puede ser transitoria y recurrente. A medida que la enfermedad progresa, la inflamación se vuelve crónica y persistente, con fisuras, descamación y textura gomosa.

La causa exacta de la queilitis granulomatosa sigue siendo desconocida. La afección puede estar asociada a una dermatitis alérgica de contacto o a un linfedema causado por una infección.

El diagnóstico clínico se realiza en gran medida por exclusión. La histopatología muestra granulomas inespecíficos.

La queilitis granulomatosa suele tratarse con corticosteroides (tópicos, intralesionales o sistémicos). Otras opciones de tratamiento son los antibióticos antiinflamatorios de larga duración, como las tetraciclinas, los inmunosupresores y la cirugía de reducción. Sin embargo, la enfermedad suele ser crónica y recurrente.



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 **gratis** suscribirse tanto a la versión digital como impresa: <https://ilds.org/our-foundation/community-skin-health-journal/>

También puede **descargar** la aplicación de CSH en su teléfono o tableta, disponible tanto para 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 Fundación Internacional de Dermatología (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



Fundada oficialmente en 1935, la Liga Internacional de Sociedades Dermatológicas (ILDS) lleva más de 80 años promoviendo la salud cutánea a nivel mundial. 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 Fundación Internacional de Dermatología (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 de asistencia médica para todos)

Hágase amigo de CSH

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

Para obtener más información sobre cómo hacerse Amigo, envíe un correo electrónico a CSH@ILDS.org



Si compra en línea, respaldará económicamente la revista sin coste adicional. Varios vendedores minoristas importantes harán un donativo en función de la cantidad que gaste.

www.easyfundraising.org.uk

Promoting global
Community Skin Health
through education