

Hacia una comunidad global de cuidados

Harvey Lui

Presidente de la Liga Internacional de Sociedades Dermatológicas



Consejos sobre fotoprotección para niños con albinismo. Foto cortesía de Mafalda Soto

La Liga Internacional de Sociedades Dermatológicas (ILDS, por sus siglas en inglés) es la organización más grande y antigua del mundo abocada a la dermatología global. Dedicamos nuestros esfuerzos a lograr la mejor salud posible para la piel para todas las personas del mundo y colaboramos oficialmente con la Organización Mundial de la Salud. Los dermatólogos tienen una posición privilegiada para ofrecer asesoramiento a pacientes con enfermedades cutáneas basándose en su experiencia clínica, educación avanzada y acceso a investigación innovadora. Sin embargo, el abordaje del grueso mundial de las enfermedades cutáneas solo es posible gracias a los esfuerzos de un amplio espectro de profesionales y trabajadores sanitarios de primera línea. La Fundación Internacional para la Dermatología (IFD) se encarga de llevar a cabo las actividades humanitarias de la ILDS para aquellas personas que no pueden acceder de otro modo a los cuidados básicos que requieren sus enfermedades cutáneas. Uno de los objetivos clave de la IFD es habilitar profesionales sanitarios de primera línea en sus propias comunidades, dondequiera que se encuentren, y esta publicación ha resultado ser un valioso instrumento

didáctico y de comunicación desde que fue fundada por el Dr. Paul Buxton en 2004. La ILDS se enorgullece en apoyar la transformación de esta revista a su nuevo nombre, «**Community Skin Health**», y renueva el compromiso de publicarla como la revista oficial de la IFD en tándem con la nueva aplicación en línea Community Skin Health. En nombre de los 200 000 dermatólogos de todo el mundo que integran la ILDS, estamos profundamente agradecidos a nuestros editores Chris Lovell y Michele Murdoch por su liderazgo y dedicación continua a la «Salud Cutánea para el Mundo».

NUEVA aplicación en línea de Community Skin Health

Nos complace lanzar la aplicación Community Skin Health. La aplicación CSH está disponible para iOS y Android.

Ahora tiene todas las revistas a su alcance, busque en el archivo completo las publicaciones más destacadas y seleccione sus artículos favoritos. Reciba en su teléfono el último número de manera automática.



Le agradeceríamos que pudiera dedicar unos minutos a completar el formulario de evaluación adjunto para ayudarnos a garantizar que la revista sea un recurso relevante. Su aporte es muy valioso para nosotros.

Devuelva su evaluación impresa por correo postal a

**Community Skin Health Journal,
Willan House, 4 Fitzroy Square,
London, W1T 5HQ, Reino Unido**

escaneada/fotografiada por correo electrónico a CSH@ILDS.org

o en línea

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

Índice

1 Hacia una comunidad global de cuidados

Harvey Lui, Presidente de la Liga Internacional de Sociedades Dermatológicas

2 Salud de la piel del refugiado en Líbano: una entrevista con el Profesor Chris Griffiths

4 Leishmaniasis cutánea en el distrito de Naivasha, Valle del Rift, Kenia

Beatrice A. Etemesi, Michele Leroux y Ronald M. Harris

7 Onyalai: una enfermedad africana ignorada

Haji Jereni Bwanali y Sam Honde

SALUD DE LA PIEL DEL REFUGIADO EN LÍBANO: una entrevista con el Profesor Chris Griffiths

Resumen

Miembro del Comité de ILDS y reconocido dermatólogo, el Profesor Chris Griffiths OBE (Universidad de Mánchester, Reino Unido) comparte su experiencia tras visitar y prestar atención dermatológica a los refugiados sirios en el valle de Bekaa (Líbano), así como sus reflexiones sobre la salud de los migrantes.

Palabras clave: salud de la piel del refugiado, salud migrante, Líbano.

¿Cuál es el trasfondo de la crisis de los refugiados sirios en Líbano?

Desde el inicio de la guerra civil en Siria en 2011, Líbano ha recibido al menos 1,5 millones de refugiados de Siria, 1,1 millones de los cuales están registrados en el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR). Esta llegada masiva ha puesto contra las cuerdas al sector educativo y sanitario del Líbano, así como a sus servicios públicos, hídricos y de saneamiento. Esto ha provocado que surjan tensiones entre los refugiados y las sociedades de acogida.

¿Qué despertó su interés en la salud de los migrantes y cómo se ha involucrado?

He desarrollado un profundo interés en la difícil situación de los refugiados y en la desigualdad de la atención en los países en desarrollo; esto se ha dado a conocer gracias al trabajo del Regional Dermatology Training Centre (RDTC) en Tanzania y el Migrant Health Dermatology Working Group de la Fundación Internacional para la Dermatología. Además, he trabajado en el campo de la dermatología durante más de 35 años. Durante todo ese tiempo ayudé a mejorar la atención dermatológica en el Reino Unido y adquirí una amplia gama de competencias clínicas, de investigación y administrativas. Quería comprobar si este conjunto de competencias me permitiría contribuir al bienestar de los refugiados, razón por la cual decidí ofrecer de manera voluntaria mis habilidades como dermatólogo.

En julio de 2017 fui invitado a dar una serie de conferencias en la Universidad Americana de Beirut (AUB) por el Profesor Abdul-Ghani Kibbi, ex Miembro del Comité de la ILDS (2007-2015), y ahora Presidente del Departamento de Dermatología de la AUB y Subjefe de Personal para Asuntos del Personal Sanitario. La AUB me invitó gentilmente a volver como Prestigioso Profesor Visitante Fuad Farah en julio de 2018. Me sentí profundamente honrado y quise aprovechar esta oportunidad para lograr un cambio. Por lo tanto, acepté la invitación de la AUB junto con una solicitud para visitar y prestar atención dermatológica en los campos de refugiados sirios en Líbano, que amablemente aceptaron y se encargaron de organizar.

¿Podría contarnos más sobre su viaje a los campos de refugiados?

Llegué a Beirut el 8 de julio de 2018 y pasé los siguientes 3 días contratando personal para las clínicas en el Departamento de Dermatología de la AUB, formando a los residentes y estudiantes de Medicina sobre el proceso, y ofreciendo una serie de conferencias al personal médico. Durante este tiempo pudimos planificar la logística para la misión humanitaria de los campamentos sirios, incluyendo el embalaje de los suministros farmacéuticos necesarios que llevaríamos con nosotros. La administradora del Departamento, Kathia Kozman, fue clave en este ejercicio logístico. Partí hacia los campos el 12 de julio acompañado por el Profesor Kibbi, 2 de sus residentes experimentados y un médico de atención primaria que tenía



Fig 1. Campo de refugiados de Anjar, Valle de Bekaa (Líbano)

experiencia previa en campos de refugiados. Los 2 campos están en el Valle de Bekaa, cerca de la frontera con Siria (Fig. 1), una llanura abierta sin sombra y, por lo tanto, sofocante en verano y muy fría en invierno.

¿Cómo era la vida para los habitantes de los campos de refugiados de Anjar y Saad Anyil?

Las condiciones varían según la estación y el año, sobre todo teniendo en cuenta que el número de refugiados sigue creciendo. Por lo tanto, no puedo dar una respuesta definitiva.

Por lo que pude observar, los campamentos eran relativamente seguros, pero no había acceso a agua corriente limpia ni a alimentos nutritivos equilibrados. Por lo tanto, muchos residentes tuvieron que trabajar en los campos o en los pueblos vecinos para poder alimentarse con una dieta más rica, ya que la comida era poco variada. El hacinamiento era un gran problema ya que las familias, a menudo de 5 o más integrantes, vivían en viviendas precarias hechas de postes de madera, lona y láminas entrelazadas. Cada pequeña choza constaba de una sala principal que hacía las funciones de sala de estar y dormitorio, una pequeña zona de cocina con un fogón de llama abierta, una zona de lavadero y almacenamiento, y un pasillo.

Aún así, la gente parecía optimizar al máximo las condiciones en que vivían, algo que quedaba patente con su forma de presentarse. Una cosa que no dejaba de sorprenderme era el esfuerzo que ponían en tener un buen aspecto y en cómo les percibían otras personas, en especial sus vecinos y amigos. Los residentes de los campos de refugiados de Anjar y Saad Anyil eran en muchos aspectos parecidos a los pacientes que veo en mis clínicas en Salford (Mánchester, Reino Unido). Se interesan por su piel y su aspecto (mujeres jóvenes que preguntan sobre fotoprotección para evitar las arrugas, por ejemplo) y les preocupan especialmente las enfermedades de la piel de sus hijos.

Para muchos, el futuro era también una preocupación fundamental, ya que la mayoría anhelaba volver a casa y continuar con las vidas que dejaron. Sin embargo, esto no era posible, ni siquiera para aquellos que estaban dispuestos a hacer el viaje de vuelta. Por ejemplo, traté a una mujer de 40 y pico años y a su hijo de 18, y ambos me comunicaron su enorme deseo de regresar a Alepo, incluso en medio de la guerra civil. Pero no podían hacerlo

porque su hijo, ahora mayor de edad, sería reclutado por el Ejército Nacional Sirio. Para garantizar que no iba a ser reclutado, a ella le dijeron que tendría que pagar unos 10 000 dólares americanos (una cantidad más elevada que sus ingresos anuales). Aún así, seguían teniendo la esperanza de que las cosas cambiarían, y de que podrían volver a casa algún día. En general, las personas se mostraban fuertes, animosas y esperanzadas. Y esto es algo a tener en cuenta, ya que solemos percibir a los refugiados como víctimas indefensas o una carga debido a las circunstancias que atraviesan.

La educación se percibe como una salida y es muy apreciada. Aún así, la mayoría de niños y adultos jóvenes –incluidos los nacidos en los campamentos libaneses– no tienen acceso a los canales de la educación formal, ya que no pueden matricularse en las escuelas locales. No obstante, había una pequeña escuela en uno de los campamentos que impartía educación, pero el espacio y los recursos eran limitados. A pesar de estos desafíos, el deseo de educación se mantenía alto.

¿Qué problemas dermatológicos detectaron y cuáles eran sus causas? ¿Había suficientes servicios y programas para satisfacer las necesidades médicas/dermatológicas de estas comunidades? Si no era el caso, ¿cuáles son las carencias y qué apoyo se necesita?

Los refugiados sirios en Líbano, al igual que sus homólogos en todo el mundo, tienen acceso limitado a los servicios sanitarios. Ante esto, Beyond Association y otras organizaciones no gubernamentales han abierto clínicas móviles para ayudar a corregir esta deficiencia. Sin embargo, estas clínicas suelen estar desbordadas y carecen de la financiación y los recursos necesarios, de lo que fui testigo durante mi tiempo como médico voluntario con la ONG Beyond Association.

Dada la naturaleza del conflicto sirio, se me informó de que debíamos buscar indicios de torturas, pero yo no detecté ninguno. De todos modos, dada la delicada naturaleza de este tema, era algo difícil de abordar y valorar, a pesar del excelente trabajo como intérprete de la enfermera que me acompañó en la clínica.

Como parte de la clínica dermatológica portátil de Beyond Association, el equipo y yo ayudamos a tratar a más de 130 pacientes en los campos de refugiados de Anjar y Saad Anyil, desde bebés recién nacidos hasta ancianos (Fig. 2). Durante este proceso me topé con una gran variedad de afecciones dermatológicas, incluyendo pediculosis, leishmaniasis, infecciones por micobacterias atípicas y sarna, así como afecciones de la piel comunes en el

Reino Unido, como el cáncer de células basales, psoriasis, eczema y acné, entre otras muchas. El origen de las afecciones anteriores es tan amplio como las propias enfermedades, pero algunas eran consecuencia de las condiciones duras y de hacinamiento que se vivía en los campos. Por ejemplo, había muchos casos de quemaduras del cuero cabelludo, especialmente entre los niños pequeños, ya que jugaban o dormían en el área de la cocina de sus hogares, donde el aceite o el agua se calentaban en un fogón bajo casi a nivel del suelo.

Transportamos todos nuestros suministros médicos, principalmente cremas, ungüentos, emolientes, agentes antifúngicos y antibióticos con nosotros desde la AUB y montamos una farmacia al aire libre.

Todos los pacientes se mostraban profundamente agradecidos ya que no existía ningún servicio de prescripción. No obstante,



Fig 2. Los profesores Griffiths y Kibbi examinando a un paciente en la clínica móvil, Valle de Bekaa (Líbano).

para casos más serios pudimos prestar un tratamiento adicional en Beirut, gracias a un pequeño fondo proporcionado por la AUB. Por ejemplo, una paciente (mujer de unos 45 años), tenía cáncer de células basales grave en el cuero cabelludo debido al tratamiento de radioterapia que recibió para tratar la tiña de la cabeza cuando era pequeña. Aunque el campamento contaba con instalaciones sanitarias básicas, no era suficiente para tratar condiciones como la suya. Este fondo le dio una oportunidad pero, desafortunadamente, muchas otras personas no tienen esta opción, ya que los recursos están demasiado desbordados.

¿Tiene pensado hacer otro voluntariado de campo? ¿Cuáles son sus reflexiones sobre el papel de los dermatólogos, las sociedades dermatológicas y la ILDS en cuanto a la salud de los migrantes/refugiados?

Espero visitar Líbano otra vez ya que fue una experiencia que mereció la pena y me cambió la vida. Cerré mi experiencia sintiéndome humilde, sobre todo tras ver cómo vivían allí las personas y los desafíos a los que se enfrentaban. También sentí que se puede hacer algo positivo y estoy animado a hacer más. Un aspecto clave para mí fue que las destrezas dermatológicas que había adquirido tras 4 décadas trabajando en el Servicio Nacional de Salud (NHS) fueron pertinentes y transferibles a la «situación en el terreno» de los campamentos de migrantes. Tras mi viaje, me uní al Migrant Health Working Group de la ILDS en diciembre de 2018, y visitaré Myanmar para reunirme con dermatólogos locales y con las personas responsables de la salud nacional para forjar vínculos e intentar mejorar la atención sanitaria de los grupos de desplazados, incluyendo los refugiados rohingya.

A través de ILDS DermLink, la ILDS está ayudando a mejorar el acceso sanitario para las comunidades insuficientemente atendidas, en concreto, los refugiados. Habrá un taller sobre la salud de los migrantes en el Congreso Mundial de Dermatología que tendrá lugar en Milán en junio de 2019. En cuanto a la salud de los migrantes, sigue habiendo muchos retos, pero concienciar sobre las dificultades y el impacto positivo que nosotros, los dermatólogos experimentados, podemos lograr, ayudarán al menos a mejorar la gestión de las enfermedad cutáneas.

Leishmaniasis cutánea en el distrito de Naivasha, Valle del Rift, Kenia

Beatrice A. Etemesi, MBChB

Doctora en Medicina - Dermatovenereología; Directora de Servicios Médicos del condado de Kakamega, Kenia

Michele Leroux, RCPT, MSc, CHRM

St Mary's Mission Hospital, Lago Elementaita, Kenia

Ronald M. Harris, Doctor en Medicina, MBA, FAAD

Profesor Clínico de Dermatología, Universidad de California, Irvine, CA, Estados Unidos

Resumen

Introducción: La leishmaniasis cutánea es un problema importante de salud pública y se estima que hay 12 millones de casos en todo el mundo. En Kenia hay varios focos de leishmaniasis cutánea, principalmente en las provincias Central, Occidental y Valle del Rift.

Objetivo: Llevar a cabo un estudio sobre la prevalencia de la leishmaniasis cutánea en 2 zonas de la provincia del Valle del Rift, en Kenia, donde se habían registrado casos de la enfermedad en el pasado.

Metodología: La comunidad fue informada sobre el estudio, que incluyó 5 escuelas diferentes en las 2 zonas. El diagnóstico se hizo clínicamente.

Resultados: Se examinaron a 1875 personas en busca de indicios de leishmaniasis cutánea. Se descubrió que la prevalencia general era del 3,9 %. Los tipos clínicos identificados en estas zonas fueron la leishmaniasis cutánea, mucocutánea y diseminada. Las presentaciones cutáneas variaban desde pápulas a ulcerado y placas costrosas, con tamaños desde 0,5 cm a 15 cm de diámetro. La presencia de *Leishmania* se confirmó histológicamente en 25 de las 42 biopsias tomadas.

Conclusión: El estudio ha demostrado que la leishmaniasis cutánea es un problema de salud pública.

Palabras clave: Leishmaniasis cutánea, prevalencia, Valle del Rift, comunidad, animales domésticos.

Introducción

La OMS ha identificado la leishmaniasis como una de las enfermedades emergentes e incontroladas, por lo tanto, la Asamblea Mundial de la Salud ha promovido una concentración de recursos para intentar controlarla. Cerca de 12 millones de personas están infectadas en todo el mundo¹. Es endémica en 88 países del mundo con 350 millones en riesgo. En varios países la prevalencia se subestima y va en aumento.

La leishmaniasis provoca un espectro de síndromes clínicos en los seres humanos que van desde lesiones cutáneas hasta

manifestaciones sistémicas. Puede presentarse en 3 formas: cutánea, mucocutánea y visceral^{2,3}. De estas formas, la leishmaniasis cutánea es la más leve y clínicamente se puede manifestar como leishmaniasis cutánea localizada, difusa, recidivante o post kala azar.

En Kenia, las provincias Central, Occidental y Valle del Rift tienen varios focos de leishmaniasis cutánea, detectados en los distritos de Samburu, Isiolo, Laikipia, Nakuru y Nyandarua⁴. En estas zonas se ha identificado a la *Leishmania tropica* como el principal parásito causante, confirmado por un estudio de identificación de especies realizado por Samuel Odiwuor et al. en 25 muestras tomadas de la misma región⁵. En otras partes de Kenia el parásito causal es diferente. En el distrito de Elgon (oeste de Kenia) es la especie *Leishmania aethiops*, mientras que en Baringo (norte del Valle del Rift) es la *Leishmania major*.

Objetivo

Llevar a cabo un estudio sobre la presencia de la leishmaniasis cutánea en 2 zonas de la provincia del Valle del Rift, en Kenia, donde se habían registrado casos de la enfermedad en el pasado. No se ha realizado ningún estudio de vigilancia sobre la leishmaniasis cutánea en esta zona.

Metodología

El estudio se realizó en 2 zonas que habían sido identificadas por Sang et al. en 1993 como uno de los focos de leishmaniasis cutánea (Gitare y Kiambogo). Estas zonas también fueron elegidas según los casos que se detectaron durante los servicios médicos de promoción de la salud y al aumento en el número de pacientes atendidos con leishmaniasis cutánea en el hospital provincial del Valle del Rift.

Los jefes y líderes de opinión informaron a la comunidad de nuestro estudio. Resultó fácil describir las lesiones durante el estudio, ya que las personas en estas comunidades se referían a las lesiones como «tiña» que no respondía al tratamiento que les habían dado en el hospital. Cinco escuelas en Gitare y 2 escuelas en Kiambogo (menos pobladas) fueron seleccionadas como puntos donde la gente acudía para la exploración médica. En las escuelas se exploró a todos los estudiantes. Se examinó a todos los adultos y niños (no en edad escolar) de la comunidad que acudieron porque sospechaban que tenían leishmaniasis cutánea.



Fig. 1. Afección mucocutánea.



Fig 2. Placas faciales en un niño.

Se rellenó un cuestionario para aquellas personas diagnosticadas clínicamente con leishmaniasis cutánea en el que se incluían preguntas sobre cuánto tiempo llevaban padeciendo la dolencia, qué medicamentos habían probado y si había otros miembros de su familia afectados. Fueron examinados para determinar el tipo clínico de la enfermedad. Se tomaron biopsias de la piel de 42 pacientes.

Durante el estudio, las personas diagnosticadas con otras afecciones cutáneas recibieron el tratamiento adecuado.

Se realizaron visitas domiciliarias en ambas zonas para tratar y determinar si los animales domésticos eran portadores del parásito. Se hizo una selección de las granjas mediante un muestreo oportuno. Esto también nos dio la oportunidad de detectar más casos de leishmaniasis y también de inspeccionar el entorno en busca de otros animales huéspedes.

Una limitación de este estudio fue que el diagnóstico se hacía clínicamente.



Fig 3. Placa ulcerada en la mejilla.

Resultados

1875 personas fueron examinadas a lo largo de 5 días en busca de evidencias de leishmaniasis cutánea. También se visitaron 13 granjas en la zona de Gitare y 4 granjas en Kiambogo (menos poblada).

125 personas estaban afectadas por leishmaniasis cutánea (lesiones activas y cicatriciales), con una proporción de hombres y mujeres de 1:1.2 (mujeres 58, hombres 67). 73 personas tenían lesiones activas, dando una prevalencia del 3,89 %, mientras que 52 tenía cicatrices. El rango de edad de los afectados fue de 8 meses a 87 años, con una media de 12 años (media 16 años, moda 10 años).

Todos los afectados con la enfermedad no tenían conocimiento de su causa. De los afectados, 22 pacientes tenían al menos otro



Fig 4. Lesiones faciales mutiladoras con áreas de despigmentación.

miembro de la familia afectado por leishmaniasis. Un paciente dijo que otros 4 miembros de la familia estaban afectados.

Las lesiones (activas y cicatrices) se localizaban principalmente en la cara (103). Los otros sitios afectados eran: labios (5), orejas (5), pierna (3) y extremidad superior (7). 29 personas con lesiones activas se quejaban de síntomas. El 86,2 % aquejaban prurito, el 10,34 % sentía dolor, y el 3,45 % padecía fotofobia. El parásito de la Leishmania fue identificado en 25 de las 42 biopsias.

La mayoría de personas con lesiones activas (68,49 %) había recibido tratamiento en centros de salud cercanos o había utilizado hierbas medicinales sin haber notado cambios.

Ninguno de los animales domésticos mostraba signos de

Tabla 1

Número de lesiones por persona en los 73 pacientes con enfermedad activa

Número de lesiones	Número de personas
1	64
2	7
4	1
5	1

leishmaniasis cutánea durante las visitas domiciliarias, aunque se encontraron muchos damanes en la zona.

El número de lesiones por persona se muestra en la Tabla 1, mientras que la Tabla 2 recoge la frecuencia de las diferentes presentaciones clínicas, algunas de las cuales se ilustran en las Figs. 1-7.

Continúa al dorso...

Tabla 2

Diferente presentación clínica de las lesiones

Tipo de lesión	Número de personas con ese tipo de lesión
Pápula	3
Placa	37
Placa costrosa	21
Placa con úlcera central	6
Placa con afectación de las membranas mucosas	2
Cicatriz con lesiones activas (pápulas)	4
Cicatriz	53

Debate

Aunque no es un estudio poblacional, nuestra investigación revela una prevalencia del 3,89 %, y sugiere que la leishmaniasis cutánea es efectivamente un problema de salud importante en esta zona del distrito de Naivasha, en la provincia meridional del Valle del Rift de Kenia. Confirma además los informes de casos de Sang et al. en 1993. La prevalencia ha aumentado aparentemente o no se han registrado todos los casos en estudios anteriores. En Asia se han realizado varios estudios mostrando prevalencias del 4,16 %⁶ y el 6,93 %⁷ en el distrito de Waziristán del norte de Pakistán, mientras que alcanza el 50,89 % en el distrito de Dir.

Este estudio demostró que hombres y mujeres eran igualmente afectados, a diferencia de los resultados de Harith Saaed Al-Warid et al. donde la mayoría de los casos eran hombres y niños⁸.



Fig. 5. Lesiones papulares extensas.



Fig. 6. Lesiones papulares agrupadas en un niño.

La edad no era un factor a la hora de contraer la leishmaniasis cutánea, aunque era más común en el grupo de edad más joven. Sin embargo, el sesgo hacia el grupo de edad más joven podría ser porque examinamos a todos los niños en las escuelas que visitamos. Es interesante señalar que la enfermedad podría afectar a más de un miembro de la misma familia, planteando la cuestión de la genética y la inmunidad contra la *Leishmania*. Esto también podría explicar las diferentes manifestaciones clínicas, y los diferentes tamaños y duración de las lesiones activas.



Fig. 7. Placas faciales extensas.

La leishmaniasis cutánea es una enfermedad antigua pero desconocida para muchos, lo que explica por qué los pacientes estaban siendo tratados con diagnósticos equivocados dados por los sanitarios.

Los síntomas de dolor y fotofobia en este estudio no fueron una sorpresa, ya que podrían deberse a infecciones secundarias y a que estuvieran involucradas las mucosas oculares, respectivamente. No está clara la razón por la que algunas personas presentaban prurito, aunque podría ser indicativo de una respuesta inflamatoria a los protozoos de la *Leishmania*.

No se encontró leishmaniasis cutánea en ninguno de los animales domésticos. No pudimos examinar los damanes para saber si estaban infectados o no. Esto significa que la leishmaniasis cutánea en esta zona podría ser antropológica o zoonótica.

Conclusión

El estudio confirmó la presencia de la leishmaniasis cutánea en el distrito de Naivasha, en Kenia. Se requiere más investigación sobre las especies de *Leishmania*, los huéspedes, el tratamiento adecuado y la prevención para controlar esta enfermedad.

Referencias

1. Alvar J, Vélez ID, Bern C, Herrero M, Desjeux P, Cano J, et al. Leishmaniasis worldwide and global estimates of its incidence *PLoS One*. 2012; 7:e35671.
2. Mathers CD, Ezzati M, Lopez AD. Measuring the burden of neglected tropical diseases: The global burden of disease framework *PLoS Negl Trop Dis*. 2007; 1:e114.
3. Bari Arfan ul. Clinical spectrum of cutaneous leishmaniasis: An overview from Pakistan. *Dermatology Online Journal* 2012; 18 (2): 4.
4. Sang DK, Okelo GBA, Ndegwa CW, Ashford RW. New foci of cutaneous leishmaniasis in central Kenya and the Rift Valley *Trans Roy Soc Trop Med Hygiene*. 1993(87)629-632.
5. Odiwuor S, Muia A, Magiri C, et al. Identification of *Leishmania tropica* from micro-foci of cutaneous leishmaniasis in the Kenyan Rift Valley *Pathogen Glob Health*. 2012 Jul; 106(3): 159-165.
6. Sana-Ullah. Incidence of cutaneous leishmaniasis in North Waziristan Agency (N.W.F.P.) Pakistan *M.Sc Thesis*. Peshawar: University of Peshawar; 2000.
7. Nisar N. Prevalence of leishmaniasis in suspected population of North Waziristan: A comparative analysis of Afghan Refugees and Local Population *M.Sc Thesis*. Peshawar: University of Peshawar; 2002.
8. Al-Warid H, Al-Saqur IM, Sumayah B, et al. The distribution of cutaneous leishmaniasis in Iraq: demographic and climate aspects *Asian Biomedicine* 2017; 11:255-260.

ONYALAI: una enfermedad africana ignorada

Haji Jereni Bwanali¹, Sam Honde² ¹Dermatólogo, Zomba Central Hospital, PO Box 21, Zomba, Malawi, ²Responsable de Dermatología, Illovo Sugar Company, Nkhota Koto, Malawi.

Correo electrónico: hajintaibu@gmail.com

Resumen

Se han detectado 2 pacientes con onyalai en la zona de cultivo de caña de azúcar de Nkhota Kota, Malawi.

Palabras clave: onyalai, Malawi, ampolla hemorrágica, trombocitopenia, enfermedad tropical ignorada

Caso 1

Un chico de 16 años con un historial de 2 días de ampollas hemorrágicas en mucosa oral y subconjuntival (Figs. 1a, 1b y 2) y ampollas hemorrágicas en la piel (Fig. 3). Cinco días antes había desarrollado fiebre, dolores corporales y debilidad generalizados, y luego aparecieron las ampollas.



Figs. 1a y 1b. Caso 1. Ampollas hemorrágicas orales



Fig. 2. Caso 1. Ampollas

Fig. 3. Caso 1. subconjuntivales Ampolla hemorrágica cutánea

Caso 2

Dos días más tarde un hombre de 28 años se presentó con lesiones similares en la boca y sangrando por la nariz (Fig. 4).



Fig. 4. Caso 2. Ampollas hemorrágicas orales y nasales.

Continúa al dorso...

Investigaciones y progresos

En el ingreso, su recuento medio de plaquetas era de $29 \times 10^9/l$ y su hemoglobina media 9,6 g/dl. Ambos eran VIH negativos.

El tratamiento consistió en corregir la pérdida de sangre y administrar prednisolona. La respuesta al tratamiento fue tan buena que fueron dados de alta en una semana. Onyalaí es un diagnóstico tropical desatendido distinto de la púrpura trombocitopénica idiopática, una enfermedad que también encontramos en África.

Discussion

«La presencia de ampollas de sangre en la lengua y en la mucosa oral de un africano es claro indicativo de onyalaí» Jopling¹

Debate

Onyalaí es una forma adquirida de trombocitopenia inmunológica que difiere clínicamente, epidemiológicamente e inmunológicamente de la púrpura trombocitopénica idiopática clásica².

El primer caso fue registrado en 1904 por Wellman². Se ha detectado entre poblaciones negras de África Central y del Sur.^{2,3} El rango de edad de los afectados es de menores de un año a 70 años, con un pico entre los 11 y 20 años de edad, y parece no haber distinción entre géneros². La causa exacta se desconoce.

El consumo de alimentos contaminados, sin embargo, parece estar relacionado². Onyalaí es una enfermedad aguda que se caracteriza por el desarrollo de ampollas hemorrágicas en las membranas mucosas orales, nasales y subconjuntivales, y en la piel (incluso en las plantas de los pies). Se asocia con trombocitopenia y anemia. La hemorragiade las ampollas rotas, epistaxis o sangrado gastrointestinal puede ser grave y causar shock y muerte^{2,3}. El tratamiento se dirige a la prevención del shock hemorrágico^{2,3,4}. La prednisolona, el sulfato de vincristina, la esplenectomía y la gammaglobulina intravenosa se pueden utilizar en el tratamiento de pacientes con esta afección^{2,3,4,5,6}.

Referencias

1. Jopling WH. Differential diagnosis for practitioners in the tropics; a clinical handbook. Ernst Battenberg Verlag Munchen: 1968. p32 .
2. Hesselting PB. Onyalaí. *Baillière's Clinical Haematology*. 1992;5(2): 457-73.
3. Hesselting PB. Onyalaí at Rundu, Namibia 1981-1988: age, sex, morbidity, mortality, and seasonal variation of 612 hospitalized patients. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 1990;84(4): 605-7.
4. Hesselting PB, Smith S, Oosthuizen ES et al. High dose methylprednisolone therapy in children with onyalaí. *Ann Trop Paed* 1994; 14(3):239-43.
5. Hesselting PB, Girdle-Brown B, Smit, J et al. Onyalaí-therapeutic effects of vincristine sulphate. A prospective randomized trial. *South African Med J* 1986; 70(4):201-2.
6. Hesselting PB, Oosthuysen E, Pretorius, L et al. Splenectomy in onyalaí. A report on 5 cases. *South African Med J* 1984;66(15):580-2.

PROYECTO DE SERVICIO INTERNACIONAL Viaje Misionero a Nigeria Centro Médico de la Universidad de Mississippi

Robert T. Brodell, Doctor en Medicina

Robert J Brodell, Doctor en Medicina, Presidente del Departamento de Dermatología de la Universidad de Mississippi

El Departamento de Dermatología del Centro Médico de la Universidad de Mississippi (UMMC) desarrolló el Mississippi Nigeria Education and Mentoring Exchange (MNEME) para promover esfuerzos clínicos, educativos y de investigación sostenibles en la Nigeria rural. Maureen Offiah, Doctora en Medicina, jefa residente del Departamento de Dermatología, organizó la misión en el estado de Enugu en Nigeria, donde creció. La Dra. Offiah pasó el mes de octubre de 2017 en el estado de Enugu en una rotación optativa, mientras que 3 miembros de la facultad (Robert Brodell, Doctor en Medicina, Sabra Sullivan, Doctora en Medicina, y Jeremy Jackson, Doctor en Medicina) hicieron turnos rotativos en Nigeria una semana cada uno. Nigeria es el país más poblado de África, con más de 184 millones de habitantes. Sin embargo, cuenta con menos de 130 dermatólogos y solo 2 dermatopatólogos con becas de formación ejerciendo en el país. La Academia Americana de Dermatología apoyó económicamente la misión y Direct Relief.com donó 800 libras de medicamentos.

El grupo reconoce la importancia de la sostenibilidad en los esfuerzos de misión médica y espera repetir el viaje en 2019.

Los objetivos de la misión se alcanzaron plenamente:

1. Casi 1000 pacientes recibieron atención dermatológica médica/quirúrgica en Enugu State Teaching Hospital y en clínicas móviles de promoción de la salud en zonas rurales.
2. Varios cientos de estudiantes de medicina y médicos residentes en Enugu recibieron formación en dermatología en la sala de reconocimientos y a través de una serie de diez conferencias didácticas.
3. El equipo reconoció a pacientes con manifestaciones avanzadas de enfermedades comunes debido a las dificultades para acceder a la atención médica, y otras dolencias que nunca habían visto, como la viruela del mono.
4. Dos de las comunidades rurales se beneficiaron de programas médicos de promoción de la salud cuando el grupo trabajó en centros de salud comunitarios.

Informe preparado por: **P Narasimha Rao, Santosh Rathod & Sujai Suneetha**

El 24 de agosto de 2018 se celebró un **‘Simposio Nacional sobre la Lepra’** sobre el tema **‘Apresurándonos hacia una India libre de lepra’** en el Hotel Radisson, Kaushambi, Delhi, Territorio de la Capital Nacional. El Simposio fue organizado conjuntamente por la **Indian Association of Dermatologists, Venereologists and Leprologists (IADVL)** y la **Indian Association of Leprologists (IAL)**, con **IADVL - Special Interest Group (SIG) Leprosy** tomando un papel activo en la organización del Simposio. El simposio trató de reunir a tantas partes interesadas en la lepra en el país como fue posible para debatir cuestiones fundamentales de importancia terapéutica actual que podrían afectar al Programa Nacional de Lepra y, posiblemente, llegar a una declaración o pautas de consenso para su aplicación.

Un total de 52 representantes de 19 organizaciones y grupos tanto nacionales como internacionales participaron en el simposio. Estos incluyeron representantes de Departamento Central de la Lepra (CLD), Gobierno de la India; Programa Nacional de Erradicación de la Lepra (NLEP); representantes de la Organización Mundial de la Salud en Nueva Delhi; IAL; IADVL; IADVL Academy y otras 13 partes interesadas clave tanto nacionales como internacionales que trabajaban por la lepra en la India.

El simposio tenía 3 objetivos específicos con 3 enfoques estratégicos: terapia, quimioprofilaxis e inmunoprofilaxis. Se centró en debatir la eficacia, valor, limitaciones, disponibilidad y aspectos administrativos de la administración de: (1) **Terapia multidroga uniforme (U-MDT)**; (2) **Dosis única de rifampicina (SDR) como herramienta de quimioprofilaxis**; y (3) **la vacuna MIP y otras vacunas para la inmunoprofilaxis** de la lepra.

El simposio fue inaugurado por el Dr. Ramesh Bhat, Presidente de IADVL, y el Dr. Rathindra Nath Dutta, Presidente de IAL, quienes destacaron la necesidad de cooperación entre IADVL, IAL y todos los organismos que trabajan con la lepra, para unir fuerzas y cumplir con el objetivo de erradicar la lepra y lograr una India libre de lepra. El Dr. P Narasimha Rao, Presidente electo, IADVL, presentó un resumen de las metas, objetivos y estructura del simposio, el cual incluía una sesión plenaria sobre cada uno de los temas, seguido de 2-3 opiniones breves sobre las cuestiones, y una mesa redonda sobre el tema integrada por algunos expertos con aportaciones del público asistente. A continuación, se detalla un resumen de los debates y las conclusiones alcanzadas sobre los 3 temas.

Uniform Multidrug Therapy (U-MDT)

La Dra. Kiran Katoch ofreció una perspectiva general de la U-MDT. Presentó datos del estudio sobre la U-MDT realizado en la India y en otras partes del mundo. Explicó que la inclusión de clofazimina como tercer fármaco en pacientes con lepra PB ofreció mejores resultados del tratamiento a corto y largo plazo, su efecto beneficioso en la prevención de reacciones de tipo 1/neuritis, y que el efecto secundario de la pigmentación era reversible y de corta duración.

El Dr. E. Cooreman, representante de la OMS, expuso el punto de vista de esta organización sobre la U-MDT. Mencionó que el método GRADE se utiliza para desarrollar nuevas pautas de tratamiento para la lepra, que es transparente, está basado en la evidencia y orientado a la salud pública. Dijo que, basándose en una calificación de recomendaciones, evaluación, desarrollo y valoración, se desarrollaron nuevas pautas de la OMS para tratar la lepra en 2018 approved-guidelines-leprosy- executives-summary.pdf que abogan por un tratamiento que consta de 3

fármacos con clofazimina para la lepra PB y MB durante 6 y 12 meses, respectivamente.

Durante la mesa redonda se consideró que IADVL respetaría el NLEP sobre el uso de medicamentos intravenosos, pero diseñará estudios para explorar otros tratamientos y desarrollará pautas que deben seguirse en casos de lepra difíciles/especiales como recaídas, resistencia a los fármacos y pacientes con infecciones bacterianas altas. En conclusión, los participantes acordaron el uso de un tratamiento uniforme de 3 fármacos para la lepra PB y MB, pero con diferentes duraciones de 6 y 12 meses.

Dosis única de rifampicina (SDR) como quimioprofilaxis posexposición (PEP)

El Dr. Hemanth K Kar presentó una perspectiva general de la Dosis única de rifampicina (SDR). Explicó que en un estudio realizado en Bangladesh se observó una disminución del 57 % en la incidencia de la lepra durante el primer año y que protegió contra la lepra activa durante 2 años, pero que, pasado ese tiempo, no mostró un beneficio significativo. En un estudio en Indonesia en el que se suministraron 2 dosis de rifampicina en intervalos de 3 meses a toda la población en una zona específica, se observó una protección del 50 % durante 2

años, y una protección nula contra la enfermedad pasados 4 o 5 años. De estos 2 estudios podemos concluir que la SDR podría proteger contra la lepra a corto plazo en los contactos.

El Dr. Anil Kumar, DDG leprosy, Gobierno de la India, dio una visión general de la «Profilaxis posexposición (SDR) en virtud del National Leprosy Eradication Programme (NLEP)». Mencionó el uso de la SDR en 163 distritos del país donde se realizó la Campaña de Detección de Casos de Lepra (LCDC) en el año 2016 y el beneficio previsto en la prevención de la lepra en los contactos y en la interrupción de la transmisión. Dijo que el NLEP está considerando una aplicación generalizada de la SDR como herramienta de profilaxis en la India.

Durante la mesa redonda se plantearon algunas preocupaciones sobre la SDR: que protege solamente algunas formas de lepra (lepra PB), que su protección solo es significativa durante 2 años tras los cuales es muy poco efectiva, que puede provocar un diagnóstico tardío de la enfermedad, y que podría provocar resistencia a los fármacos. En vista de ello, se abogó por aplicar protocolos de vigilancia muy estrictos y unos indicadores de resultados cuidadosamente planificados que generasen datos sobre el valor a corto y largo plazo de la estrategia de la SDR.

En conclusión, los participantes consideraron que la SDR es una buena intervención de salud pública y que tiene el potencial de prevenir la lepra en los contactos.

Inmunoprofilaxis

El Dr. G Pran Talwar habló sobre ‘Inmunoprofilaxis con *Mycobacterium indicus pranii* (MIP)’ (anteriormente llamada *Mycobacterium w*), que es una micobacteria ambiental no patógena. Se utiliza como un agente inmunomodulador en pacientes con lepra que induce la conversión de lepromina de negativa a positiva, una eliminación más rápida de bacterias y granuloma, una reducción en las reacciones de la lepra, y la curación más rápida de los pacientes que responden más lentamente al tratamiento. La MIP ha recibido la aprobación del Supervisor General de Medicamentos de la India (DCGI) e internacionalmente de la FDA. El Dr. Talwar recomienda su inclusión en la estrategia tratar la lepra que se desarrollaron y

Continúa al dorso...

NATIONAL LEPROSY SYMPOSIUM 2018...continuación

aprobaron en 2018 (http://www.searo.who.int/entity/global_leprosy_programme/) nacional para abordar la lepra en la India.

La Dra. Archana Singhal ofreció una visión general de la inmunoprofilaxis en la lepra y describió las diversas vacunas estudiadas en la lepra, exponiendo brevemente su función. Concluyó que, en vista de las diversas ventajas de la MIP, el Gobierno puede adoptarla como **agente inmunoprolifáctico** en un grupo de alto riesgo bien definido de contactos estrechos de un caso índice. **El Dr. Utpal Sengupta** presentó una perspectiva de la inmunoprofilaxis y el valor de un enfoque primario utilizando las vacunas para crear inmunidad activa en la población para prevenir la lepra, sobre un enfoque secundario del tratamiento en solitario.

Durante la mesa redonda hubo consenso en que la vacuna MIP tiene el potencial de prevenir futuros casos de lepra, así como prevenir las discapacidades derivadas de la misma. Otras cuestiones de mayor preocupación que se debatieron en

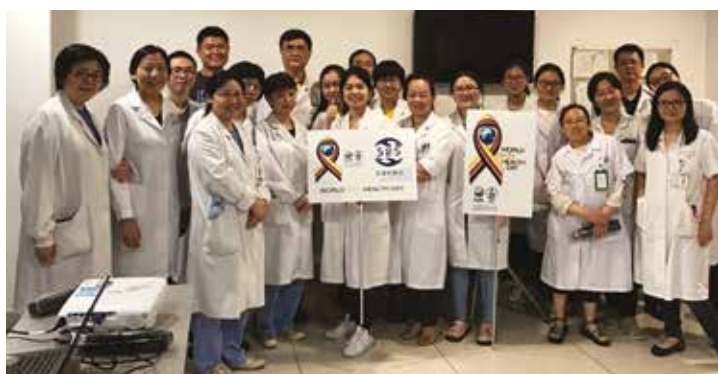
profundidad tenían relación con la disponibilidad y el coste de la vacuna. El Dr. Anil Kumar, DDGI, sugirió su uso inicialmente en un «enfoque general» en una zona endémica de alto riesgo del país previamente identificada.

Otras prioridades identificadas

Los participantes consideraron que ya que las 3 intervenciones presentadas tenían indicadores de resultados a largo plazo de la eficacia, como las tasas de recaída o la aparición de nuevos casos, se hacía necesario identificar biomarcadores o parámetros clínicos *in vitro* e *in vivo* para evaluar la eficacia de las intervenciones.

Se subrayó la necesidad de que IADVL, IAL y otras ONG debían colaborar estrechamente con el Gobierno y entre sí para respaldar la estrategia del Gobierno en su lucha contra la lepra. Una de las maneras sugeridas era llevar a cabo estudios de investigación para valorar objetiva y exhaustivamente la eficacia de estas intervenciones.

World Skin Health Day 2018: Informe



El Día Mundial de la Salud Cutánea (World Skin Health Day) es un proyecto conjunto de la Liga Internacional de Sociedades Dermatológicas o ILDS y la Sociedad Internacional de Dermatología (ISD), cuyo objetivo es reconocer y promover la salud de la piel alrededor del mundo.

En 2018, se celebraron actividades por el Día Mundial de la Salud Cutánea en todo el mundo; desde Canadá a Nepal y pasando por Nigeria o Brasil, por nombrar algunos países.

Las clínicas fueron una actividad común y llegaron a muchas personas sobre el terreno. Además de esto, hubo campañas en redes sociales y comunicados de prensa, así como marchas de sensibilización y talleres educativos.



El cáncer de piel fue un tema popular, pero también hubo actividades centradas en la lepra, el eccema, el vitiligo y la psoriasis.

Globalmente, estimamos que el Día Mundial de la Salud Cutánea 2018 consiguió llegar directamente a más de **89 000 personas**. Sin embargo, los retos y las carencias siguen existiendo, particularmente a la hora de llegar a las comunidades desatendidas y subrepresentadas.



Únase a nosotros en el reconocimiento y promoción de la salud cutánea en todo el mundo participando en el Día Mundial de la Salud Cutánea 2019. Para saber cómo y obtener más información, visite <https://www.worldskinday.org/>

Academia Americana de Dermatología (AAD)

Meeting Registration Scholarship

(<https://www.aad.org/members/awards-grants-and-scholarships/aad-annual-meeting-scholarship>)

- Cualquier país excepto Estados Unidos/Canadá
- Dos becas por país para dermatólogos certificados por el consejo correspondiente
- Inscripción gratuita, cena de becas y admisión al curso de medio día en el encuentro anual de la AAD
- La sociedad dermatológica nacional se encarga de la nominación
- El plazo se abre en mayo de 2019 para el encuentro de Denver en 2020

Strauss and Katz World Congress Fund Scholarship

(<https://www.aad.org/members/awards-grants-and-scholarships/strauss-and-katz-scholarship>)

- Los residentes de dermatología o dermatólogos en el plazo de 3 años tras la finalización de su formación en el momento del encuentro
- Residente del país con menor PIB per cápita (el enlace al sitio web tiene la lista de países)
- Requiere la presentación de un resumen y carta de recomendación de la sociedad dermatológica nacional
- Un estipendio de entre 1500 y 2000 dólares estadounidenses, en función de los costes de desplazamiento
- Inscripción gratuita, cena de becas y admisión al curso de medio día en el encuentro anual de la AAD
- El plazo se abre en mayo de 2019 para el encuentro de Denver en 2020

Women's Dermatological Society

(<https://www.womensderm.org/awards/award-programs/wds-aad-international-travel-award>)

- Mujeres dermatólogas certificadas por el consejo correspondiente o candidatas a recibir dicha certificación que residen en un país distinto de Estados Unidos/Canada
- Hasta 2500 dólares estadounidenses para participar en el almuerzo del encuentro anual de la WDS y el encuentro anual de la AAD
- Requiere una carta de recomendación de la sociedad dermatológica local, regional o nacional, así como el presupuesto estimado para el viaje, alojamiento y matrícula
- Preferencia para las personas con dificultades económicas y menores de 40 años

International Society of Dermatology (ISD)

Global Education Awards

(<https://www.intsocderm.org/i4a/forms/index.cfm?id=50&widgetPreview=0>)

- Dermatólogos y residentes de dermatología con preferencia por aquellos menores de 35 años de edad en el momento del congreso
- Hasta 1500 dólares estadounidenses para asistir a un encuentro regional de la ISD, un congreso continental, un congreso de dermatología internacional o un congreso de dermatología mundial, según el año
- Es obligatorio ser miembro de la ISD; carta de recomendación del Presidente o Director del programa de capacitación; y un resumen para ser presentado

Maria Duran Fellowship Awards

(<https://www.intsocderm.org/i4a/pages/index.cfm?pageid=3362>)

- Mujeres residentes de dermatología o en el plazo de un año tras la finalización de su formación
- Entre 1000 y 2000 dólares estadounidenses en función del número de premios (dos frente a uno) para asistir al encuentro regional de la ISD, un congreso continental, un congreso de dermatología internacional o un congreso de dermatología mundial, dependiendo del año
- Requiere cartas de recomendación de la sociedad dermatológica local, regional o nacional así como del Presidente o Director del programa de capacitación; tener menos de 35 años; un resumen para ser presentado; y un presupuesto estimado

Si el solicitante vive en un país que no cuenta con una asociación nacional, regional o continental de dermatología, puede presentar una carta de recomendación de un dermatólogo local

Editores

Dr Chris Lovell (Reino Unido)

Dr Michele Murdoch (Reino Unido)

Founding Editor

Dr Paul Buxton (Reino Unido)

Editorial Board

Dr Ayesha Akinkugbe (Nigeria)
Dr Workalemahu Alemu (Etiopía)
Dr Susannah Baron (Reino Unido)
Prof Jean Bologna (Estados Unidos)
Dr Isabel Casas (Argentina)
Prof Steven Ersser (Reino Unido)
Dr Guadalupe Estrada (México)
Dr Arnold Fernandes (Reino Unido)
Dr Claire Fuller (Reino Unido)

Dr Sam Gibbs (Reino Unido)
Prof Henning Grossman (Tanzania)
Prof Rod Hay (Reino Unido)
Dr Arjan Hogewoning (Países Bajos)
Dr Vineet Kaur (India)
Prof John Masenga (Tanzania)
Dr Rachael Morris-Jones (Reino Unido)
Prof Anisa Mosam (Sudáfrica)
Dr Kelvin Mponda (Malawi)

Prof Ben Naafs (Países Bajos)
Ms Rebecca Penzer (Reino Unido)
Dr Rune Nathaniel Philemon (Tanzania)
Prof Terence Ryan (Reino Unido)
Ms Mafalda Soto (Tanzania)
Prof Gail Todd (Sudáfrica)
Dr Shyam Verma (India)
Dr Stephen Walker (Reino Unido)

Cómo recibir la CSH

La revista *Community Skin Health* está disponible en formato digital e impreso. Es gratuito suscribirse tanto a la edición digital como impresa: por favor visite: www.ilds.org/our-foundation/community-skin-health-journal

También puede descargar la aplicación de CSH en su teléfono o tableta tanto Android como iOS.

Escribir un artículo

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

Envíe su propuesta por correo electrónico a CSH@ILDS.org o por correo postal a *Community Skin Health*, International Foundation for Dermatology, Willan House, 4 Fitzroy Square, London 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*.

Exención de responsabilidad

La editorial, la Liga Internacional de Sociedades Dermatológicas o los editores no se considerarán responsables de errores o consecuencias derivadas del uso de la información contenida en la revista. Los puntos de vista y las opiniones que se expresan no reflejan necesariamente los de la editorial, la 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.

Editorial

Community Skin Health es publicada por la Liga Internacional de Sociedades Dermatológicas (ILDS) como la revista oficial de la Fundación Internacional para la Dermatología (IFD) www.ILDS.org

Hágase Amigo de CSH

Por tan solo 5 \$, 5 £ or 5 € puede hacerse Amigo de CSH.

Su donativo periódico nos ayudará a enviar más de 10 000 copias de la revista a profesionales de la salud en todo el mundo.

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



Oficialmente fundada en 1935, la Liga Internacional de sociedades Dermatológicas (ILDS) lleva más de 80 fomentando la salud de la piel en todo el mundo. Su precursor comenzó en 1889 como el primero de muchos congresos mundiales de dermatología. Hoy en día, el ILDS representa la dermatología al más alto nivel, con más de 170 miembros de más de 80 países. En total, representamos a más de 200 000 dermatólogos.

La Fundación Internacional para la 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.



Promoting global
Community Skin Health
through education