

Desarrollo de un manual de mejores prácticas para prevenir la muerte prematura por cáncer de piel en personas albinas en el África subsahariana

Andrew Sharp FRCGP, FRCS (Ed.)
Hospitales universitarios de Leicester, Reino Unido

Jamie Walling
Standing Voice, Reino Unido

Palabras clave: albinismo oculocutáneo, control del cáncer de piel, cirugía cutánea, Standing Voice, dermatología extrahospitalaria, África subsahariana.

Resumen

Para las personas con albinismo el cáncer de piel constituye una amenaza aun mayor que las atrocidades relacionadas con brujos y chamanes cometidas en el África subsahariana. En enero de 2019, 207 personas con albinismo murieron asesinadas y otras 573 sufrieron ataques por ello. Sin embargo, el número de personas con albinismo que desarrollaron cáncer de piel es mayor. En los países con un presupuesto sanitario limitado, a menudo no hay modelos de tratamiento del cáncer de piel y son muy pocos los profesionales sanitarios con formación en cirugías cutáneas. Standing Voice es una institución benéfica con sede en el Reino Unido que trabaja en colaboración con el Regional Dermatology Training Centre (RDTC) de Moshi (Tanzania) para poner en marcha un programa de difusión coordinado con el cual proporcionar tratamiento a las personas más marginadas de Tanzania y Malawi. Hace poco, estas dos organizaciones crearon el *Manual of Best Practice: Skin Cancer Prevention and Management for Persons with Albinism in Sub-Saharan Africa*. Se trata de una guía práctica para la puesta en marcha de programas para controlar y tratar el cáncer de piel, con la posibilidad de ser aplicada en otros lugares del mundo con escasos recursos.

Introducción

El albinismo oculocutáneo (AOC) afecta a una de cada 1000 personas del África subsahariana¹. Las personas que padecen albinismo no tienen melanina y, por ello,

Continúa al dorso...



NUEVA APLICACIÓN EN LÍNEA DE COMMUNITY SKIN HEALTH

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

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



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 aportación es muy valiosa para nosotros.

Devuelva la evaluación cumplimentada por correo postal a:

Community Skin Health,
Willan House, 4 Fitzroy Square,
Londres, W1T 5HQ, Reino Unido o
escaneada/fotografiada por correo electrónico a CSH@ILDS.org

o en línea

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

Índice

- 13** Desarrollo de un manual de mejores prácticas para prevenir la muerte prematura por cáncer de piel en personas con albinismo en el África subsahariana
Andrew Sharp y Jamie Walling
- 15** Larva migrans de afectación cutánea relacionadas con anquilostoma -
Stefano Veraldi
- 17** Dermatitis por *Paederus*: el escarabajo que no pica
Rosanna Fox y Christopher Bunker
- 19** Esporotricosis en Brasil, una epidemia persistente con afectación cutánea -
Regina Casz Schechtman y Roderick James Hay
- 20** Una ayuda práctica para obtener el historial de tratamiento
Ramesh Sharma, Prem Bhujel y Celia Moss
- 21** Factores predisponentes para fascitis necrosante en el Hospital Universitario de Brazzaville (Congo)
Ida Aurélie Lenga-Loumingou y Richard Loumingou

Desarrollo de un manual de mejores prácticas para prevenir la muerte prematura por cáncer de piel en personas con albinismo en el África subsahariana...continuación

son susceptibles de sufrir los efectos perniciosos de la radiación solar, incluyendo cánceres de piel no melanocíticos². Un estudio sobre el albinismo realizado en Tanzania en 1985 reveló que el 100 % de las personas albinas sufrían lesiones cutáneas en el primer año de vida y se vio que el 50 % de la población albina entre 20 y 30³ años padecían cánceres de piel avanzados. En Tanzania, se calcula que menos del 2 % de los niños con albinismo alcanzarán los 40 años de edad³. Mientras que los últimos programas de difusión sobre albinismo y educación han reducido el riesgo de muerte prematura en dicha población, se calcula que el riesgo de que una persona con AOC en África desarrolle cáncer de piel es mil veces mayor al de la población general⁴.

La crisis del cáncer de piel se suma al aumento desolador de otros tipos de discriminación a las que se enfrentan las personas con albinismo en el África subsahariana. Las familias no saben cómo pueden proteger a los hijos frente a los daños provocados por el sol, los profesores no cuentan con equipos adecuados para atender las necesidades especiales de los niños albinos y la falta de formación sobre tratamientos dermatológicos habituales implica que muchos médicos cualificados no son capaces de diagnosticar los primeros indicios del cáncer de piel. Además, el hecho de no atender las necesidades de los niños con albinismo provoca que su rendimiento escolar sea más bajo. Por ello, tienen más dificultades para cursar estudios superiores y a menudo se ven obligados a asumir trabajos agrícolas, lo que aumenta aún más el riesgo de desarrollar cáncer de piel. La mejor forma de prevenir el cáncer de piel en personas con albinismo incluye acciones una combinación de educación y asistencia médica.

Standing Voice es una institución benéfica muy importante que defiende los derechos de las personas albinas en toda África y que ha hecho de sus programas de prevención del cáncer su marca insignia para proporcionar un tratamiento dermatológico completo. Dicho programa se implantó en colaboración con el Centro Regional de Formación Dermatológica en 2013. A finales de 2018, 3257 pacientes se habían adscrito para recibir seguimiento periódico de su cáncer de piel (aproximadamente un 20 % de toda la población albina de Tanzania) en 45 centros médicos de todo el país. Además, se proporcionaron protectores solares a otros 1875 pacientes. El resultado es que la prevalencia de carcinoma queratinocítico intraepidérmico se ha reducido en un 68,5 % en el programa en Tanzania en los últimos 7 años. Además, los casos de personas con cáncer de piel han disminuido en un 85 % en determinados emplazamientos. Antes de que se pusiera en marcha este programa, los centros médicos no estaban correctamente equipados para extirpar cánceres de piel no melanocíticos, lo que hacía que muchos pacientes tuvieran que recorrer grandes distancias para recibir tratamiento en un hospital más grande. El programa se introdujo en Malawi en 2016 y al día de hoy hay 456 pacientes inscritos en 7 centros médicos de dos distritos del país.

Para consolidar el entendimiento de las mejores prácticas a la hora de tratar el cáncer de piel en personas con albinismo en lugares con menos recursos, Standing Voice, en colaboración con la International Foundation for Dermatology (IFD), ha desarrollado el *Manual of Best Practice: Skin Cancer Prevention and Management for Persons with Albinism in Sub-Saharan Africa*. El proyecto lo fundaron la International League of Dermatological Societies (ILDS), Novartis y la Fundación Pierre Fabre. Ha contado con aportes de importantes trabajadores de salud dermatológica procedentes de Tanzania, Malawi, Reino Unido, Estados Unidos y España. Todos ellos han



©Standing Voice

trabajado en comunidades rurales del África subsahariana y han redactado sus contribuciones desde el entendimiento de las limitaciones y condiciones locales.

Standing Voice realiza importantes inversiones en la formación continua de dermatólogos y auxiliares médicos empleados por el sistema nacional de salud, que proporcionan atención sanitaria dentro del Programa de prevención del cáncer de piel. La capacitación se lleva a cabo con talleres de formación y tutorías periódicas. Este manual será una gran ayuda para la capacitación, puesto que consolida un aprendizaje actual y tiene el objetivo de conseguir mejoras en la práctica clínica para los profesionales que luchan por promover la salud cutánea de las personas con albinismo.

Metodología

Los dermatólogos empleados por el gobierno y los profesionales sanitarios que trabajan en los centros gestionados por los distritos son los más indicados para tratar el cáncer de piel en personas con albinismo, ya que están formados para ofrecer un tratamiento asequible y precoz. Para crear un manual que satisfaga todas las necesidades de los trabajadores a cargo de pacientes con albinismo del África subsahariana, se recabaron datos relacionados con el conocimiento que los dermatólogos extrahospitalarios tenían sobre el albinismo y las cirugías cutáneas. Dicha información se recopiló por medio de un cuestionario de enseñanza, talleres prácticos interactivos, observaciones en centros médicos y sesiones quirúrgicas.

Con dicha información, se identificaron las siguientes áreas esenciales para incluirlas en este documento: implantación del programa, educación sanitaria, exploración clínica, procesos de referencia, crioterapia, procedimientos quirúrgicos y actas sobre informes histológicos. Los dermatólogos extrahospitalarios también dieron su opinión sobre el borrador del manual antes de su publicación, para garantizar que las ilustraciones del mismo sean completas y resultaban útiles.

Como guía a la hora de redactar este manual, los autores contemplaron tres tipos de usuarios donde este recurso podría usarse como parte del programa de enseñanza para las personas encargadas del cuidado de pacientes con albinismo: gobiernos, instituciones benéficas que estén montando centros de salud

dermatológicos, médicos (con o sin posgrado) y formadores médicos.

Resultados

La publicación se lanzó en Milán, en el 24.º Congreso Mundial de Dermatología, el día 13 de junio de 2019, con motivo del Día Internacional de la Concientización sobre el Albinismo. Si bien la primera edición de esta publicación iba principalmente orientada a las personas que trabajan en el África subsahariana, también se puede aplicar en otras regiones con pocos recursos de todo el mundo. El manual goza de reconocimiento internacional, y permite que profesionales sanitarios de todo el mundo proporcionen un cuidado de calidad a los pacientes con albinismo en todo África y en otras partes del mundo. En la actualidad consta de 156 páginas, y es un recurso centrado específicamente en la prevención y el tratamiento del cáncer de piel, pero en el futuro formará parte de una serie de publicaciones que incluyan el tratamiento de otros desafíos sociales y médicos a los que se enfrentan las personas albinas (por ejemplo, problemas de visión).

Debate

La participación de dermatólogos extrahospitalarios y profesionales sanitarios de Tanzania ha dado como resultado la publicación de un recurso esencial para la enseñanza, en el cual se describen las mejores prácticas a la hora de prevenir y tratar el cáncer de piel en emplazamientos con menos recursos. Dra. Claire Fuller, Presidenta de la International Foundation for Dermatology, declara que «este manual también es una

auténtica herramienta para la integración», ya que los pacientes que acuden a las sesiones de tratamiento o educación pueden establecer una relación y huir del aislamiento al que les somete su condición. Esta opinión la comparte el Dr. Daudi Mavura, Presidente del RDTC en Moshi. Los dermatólogos extrahospitalarios y los profesionales médicos han afirmado que el manual es «fácil de usar y de entender», que «proporciona los procedimientos uniformes que seguir» y que «ayuda a fomentar los talleres de aprendizaje y las formaciones prácticas».

Conclusión

El cáncer de piel en pacientes con albinismo puede prevenirse con una educación eficaz, programas de detección sistemática y tratamiento precoz. El *Manual of Best Practice: Skin Cancer Prevention and Management for Persons with Albinism in Sub-Saharan Africa* es un recurso pionero para conseguir este objetivo.

Referencias

1. Lund PM, Puri N, Durham-Pierre D et al. Oculocutaneous albinism in an isolated Tonga community in Zimbabwe *J Med Genet* 1997; **Sep 34(9)**: 733-5.
2. Wright CY, Norval M, Hertle RW. Oculocutaneous albinism in sub-Saharan Africa: adverse sun-associated health effects and photoprotection. *Photochem Photobiol*, 2015; **91(1)**: 27-32.
3. Cruz-Inigo AE, Ladizirski B and Sethi A. Albinism in Africa: Stigma, slaughter and awareness campaigns. *Dermatologic Clinics* 2011; **29(1)**: 79-87.
4. Hong ES, Zeeb H, Repacholi MH. Albinism in Africa as a public health issue. *BMC Public Health* 2006; **6**: 212.

Para obtener más información www.standingvoice.org

Larvas migratorias de afectación cutánea relacionadas con anquilostoma

Stefano Veraldi, doctor en medicina

Director de la Escuela de posgrado de dermatología y venereología de la Universidad de Milán, Italia
Stefano.veraldi@unimi.it

Palabras clave: Larvas migratorias, anquilostoma, *Ancylostoma* spp., larva currens, tiabendazol, albendazol, ivermectina

Las larvas migratorias de afectación cutánea relacionadas con anquilostoma (HrCLM) provocan una infección provocada por la penetración de larvas de nematodos en la epidermis y su posterior migración. *Ancylostoma braziliense* y *Ancylostoma caninum* son las especies más frecuentes. Los depósitos naturales de estos nematodos son el estómago y el sistema digestivo de perros y gatos. El entorno natural de estas larvas lo constituyen suelos arenosos, cálidos y húmedos. Los humanos son el huésped accidental final. Las larvas son incapaces de cruzar la membrana basal, por lo que no llegan a los vasos sanguíneos. En seres humanos, la infección por HrCLM se ubica exclusivamente en la piel.

Es una enfermedad que se caracteriza por marcas eritematosas: pueden ser simples o múltiples, lineales o, lo más frecuente, serpenteantes, ramificadas o entrecruzadas. La longitud de las marcas es variable (pueden llegar a varios cm); y su ancho va de 1 a 4 mm (fig. 1-2). Estas marcas representan el intento de las larvas de llegar al flujo sanguíneo, a menudo van acompañadas de prurito y lo más frecuente es que los pies y los tobillos se vean afectados¹.

Hay distintas variantes clínicas de HrCLM: abortiva (o papular), similar a la tiña del pie, bullosa, folicular y de tipo paronychia².

La HrCLM es endémica en tres zonas geográficas: África Oriental, Tailandia y América (sureste de los Estados Unidos, Caribe, Brasil). No obstante, se han observado casos en países europeos, cada vez con más frecuencia: Reino Unido, Alemania, Francia e Italia. Se han registrado brotes de infección por HrCLM en Nigeria, Sudáfrica, Barbados, Belice, Francia e Italia.

A menudo, la infección por HrCLM remite espontáneamente, tras un periodo de entre 2 y 8 semanas. Sin embargo, se ha descrito una variedad de infecciones por HrCLM «crónicas» o «persistentes», que se caracterizan por un cuadro clínico típico, pero de larga duración (de 5 a 14 meses)³.

Entre las complicaciones se encuentran las superinfecciones bacterianas, el síndrome de Löffler, el eritema multiforme, la dermatitis de contacto irritante o alérgica y manifestaciones psiquiátricas (depresión, psicosis). La fiebre puede indicar infección por VIH⁴.

Continúa al dorso...

Larvas migratorias de afectación cutánea relacionadas con anquilostoma

...continuación

Algunas de las anomalías de laboratorio (leucocitosis con eosinofilia, aumento en las pruebas de inflamación e IgE total) son muy poco frecuentes.

El diagnóstico diferencial incluye larva currens, causada por *Strongyloides stercoralis*.

La larva currens se caracteriza por un aumento en las marcas de 5-10 cm/día, urticaria, dolor abdominal, diarrea, eosinofilia periférica, parásitos en heces y respuesta lenta al tratamiento (es muy frecuente que se necesiten varias tandas de tratamiento

La terapia para tratar la infección por HrCLM actualmente incluye crioterapia⁵, fármacos por vía tópica (tiabendazol⁶, albendazol⁷ e ivermectina⁸), y por vía oral (tiabendazol⁹, albendazol¹⁰ e ivermectina¹¹). Ya se ha descartado el uso de aerosoles de cloroetano y de dietilcarbamazina, estibanos, cloroquina, lindano, fluoromebendazol y mebendazol por vía oral.

La crioterapia con nitrógeno líquido se puede usar para lesiones pequeñas y aisladas. Hay que hacer tres aplicaciones de 10 segundos cada una, en un área de hasta 0,5-1 cm alrededor de la lesión visible (a menudo la larva llega hasta más allá del borde de la lesión visible). Sin embargo, la crioterapia también resulta ineficaz a veces (en un 25-35 % de los pacientes no hay respuesta, o se dan recaídas). Además, puede inducir



Fig 1. Larva migratoria de afectación cutánea, con la típica marca eritematosa serpenteante, resaltada.



Fig 2. Lesiones múltiples de larvas migratorias en la zona abdominal.

la formación de ampollas, heridas, úlceras y cicatrices⁵.

Se ha utilizado un tratamiento con tiabendazol por vía tópica, a concentraciones del 10 al 50 %, con una pauta de 1 a 3 veces al día, durante 3 a 15 días. El tratamiento es eficaz y seguro. Se puede plantear su uso en niños⁶.

La información publicada sobre el albendazol por vía tópica se limita a un número muy reducido de pacientes, en los que se ha usado a una concentración del 10 %, en forma de loción o pomada⁷.

Las publicaciones sobre crema de ivermectina al 1 % son contradictorias⁸.

El tiabendazol por vía oral es eficaz; sin embargo, aún no se ha establecido la dosis diaria (20, 25 o 50 mg/kg/día) ni la duración del tratamiento (1, 3 o 4 días). Además, los efectos secundarios (náuseas, dolor abdominal, vómitos, dolor de cabeza, mareos, hematuria) son frecuentes y, en ocasiones, graves⁹.

El albendazol por vía oral se usa a una dosis de 400 mg/día, durante 1 a 7 días¹⁰. A menudo se siguen pautas de 1, 3 o 5 días, seguidas de remisiones parciales o de una reagudización de la infección¹²⁻¹⁴. Una semana de tratamiento permite que se dé una remisión completa en casi todos los pacientes¹²⁻¹⁴. Los efectos secundarios (náuseas, dolor abdominal, reacción de Herxheimer, alopecia, síndrome de Stevens-Johnson) son poco frecuentes, de poca gravedad y de resolución espontánea¹⁵.

La ivermectina por vía oral también es eficaz. Se puede utilizar en dosis única, aunque a menudo son necesarias hasta 2 o 3¹¹. Hay países en los que la ivermectina solo está comercializada para su uso en animales.

Recomendamos crioterapia o tiabendazol por vía tópica solo en lesiones únicas y leves, y albendazol por vía oral (durante una semana) o ivermectina si la infección está muy extendida o en casos de lesiones crónicas o sobre las lesiones que sean resistentes a la crioterapia o al tiabendazol por vía tópica.

Referencias

1. Heukelbach J, Feldmeier H. Epidemiological and clinical characteristics of hookworm-related cutaneous larva migrans. *Lancet Infect Dis* 2008; **8**:302-9.
2. Veraldi S, Bottini S, Carrera C, Gianotti R. Cutaneous larva migrans with folliculitis: a new clinical presentation of this infestation. *JEADV* 2005; **19**:628-30.
3. Veraldi S, Persico MC, Francia C, Schianchi R. Chronic hookworm-related cutaneous larva migrans. *Int J Infect Dis* 2013; **17**:e277-9.
4. Edwards SK, Carne CA. Larva migrans as a cause of fever in an HIV positive man. *Int J STD AIDS* 1998; **9**:54-5.
5. Tagliapietra G, Cavalieri F, Bruni L. Su due casi di dermatite da larva migrans guariti con crioterapia (neve carbonica). *Chron Derm* 1987; **18**:237-40.
6. Katz R, Hood RW. The use of topical thiabendazole in dimethylsulfoxide for creeping eruption: preliminary report. *J Invest Dermatol* 1966; **46**:309-10.
7. Sugathan P. Massive infestation of cutaneous larva migrans. *Dermatol Online J* 2002; **8**:21.
8. Fischer S, Nenoff P. Cutaneous larva migrans: successful topical treatment with ivermectin - a case report. *J Dtsch Dermatol Ges* 2016; **14**:622-3.
9. Stone OJ, Mullins JF, Willis CJ. Inhibition of nematode development with thiabendazole. *J Invest Dermatol* 1964; **43**:437.
10. Coulaud JP, Binet D, Voyer C et al. Traitement du syndrome de larva migrans cutanée "larbush" par l'albendazole. A propos de 18 observations. *Bull Soc Pathol Exot* 1982; **75**:534-7.
11. Caumes E, Detry A, Paris L et al. Efficacy of ivermectin in the therapy of cutaneous larva migrans. *Arch Dermatol* 1992; **128**:994-5.
12. Rizzitelli G, Scarabelli G, Veraldi S. Albendazole: a new therapeutic regimen in cutaneous larva migrans. *Int J Dermatol* 1997; **36**:700-3.
13. Veraldi S, Rizzitelli G. Effectiveness of a new therapeutic regimen with albendazole in cutaneous larva migrans. *Eur J Dermatol* 1999; **9**:352-3.
14. Veraldi S, Bottini S, Rizzitelli G, Persico MC. One-week therapy with oral albendazole in hookworm-related cutaneous larva migrans: a retrospective study on 78 patients. *J Dermatol Treat* 2012; **23**:189-91.
15. Veraldi S, Francia C, La Vela V et al. Telogen effluvium after oral albendazole. *Clin Exp Dermatol* 2012; **37**:565-7.

Dermatitis por *Paederus*: el escarabajo que no pica

Rosanna Fox, médica y cirujana

Médica adjunta de NHS Foundation Trust, Hospital de Chelsea & Westminster, Reino Unido

Christopher Bunker, doctor en medicina

Dermatólogo del NHS Foundation Trust, hospitales del University College de Londres, Reino Unido

Autor correspondiente: Dra. Rosanna Fox rosiefox@googlemail.com

Palabras clave: *Paederus*, dermatitis irritativa de contacto, pederina, escarabajos, hemolinfa.

Introducción

La dermatitis por *Paederus* se trata de una dermatitis irritativa de contacto causada tras entrar en contacto con la pederina, una amida vesicante tóxica presente en la endolinfa de las hembras de escarabajo *Paederus* genus¹⁻³. Los escarabajos no pican ni muerden, así que la dermatitis se produce como resultado de haber aplastado al escarabajo y la hemolinfa liberada entre en contacto con la piel¹⁻³. Normalmente, esto ocurre al apartar los escarabajos instintivamente. En el proceso, el escarabajo deja tras de sí una lesión lineal, de ahí el nombre de «dermatitis lineal»². Otros nombres son «dermatitis del escarabajo», «dermatitis latigazo», «lametazo de araña», «quemadura nocturna», o «wake and see» (despierta y verás)^{2,5}.

Los estafilínidos

Hay más de 600 especies de escarabajos *Paederus* de la familia Staphylinidae, por lo que es la segunda familia de escarabajos más grande^{2,4,6,7}. Están presentes en todo el mundo, salvo la Antártida, aunque son mucho más comunes en las regiones tropicales y subtropicales⁴. Por ejemplo, se han reportado casos en Irán⁹, Brasil², África^{10,11}, y Turquía¹² entre otros. Estos escarabajos reciben distintos nombres en diferentes partes del mundo, incluyendo: econda o mosca de Nairobi en África central, Tomcat en el este asiático, «escarabajo látigo» en Australia y «Drácula» en Irán. En Europa y América, se le llama «escarabajo vagabundo» por su tendencia a ir de un lado a otro².

Los escarabajos *Paederus* spp. suelen tener una longitud de 7-13 mm, por lo que a veces se confunden con hormigas⁵. Son nocturnos y les atrae la luz blanca, un fenómeno que recibe el nombre de fototaxia². Como se muestra en la fig. 1, su abdomen luce colores brillantes (de hecho, es probable que el nombre de *Paederus* tenga su origen en la palabra latina «paederus», que

significa piedra preciosa). Los colores brillantes son un ejemplo de aposematismo, una adaptación que permite anunciar a los potenciales depredadores que contiene toxinas.

Pederina

La pederina es una amida vesicante tóxica que se acumula en la hemolinfa de las hembras de los escarabajos *Paederus* y que constituye aproximadamente el 0,025 % del peso corporal total^{7,8}. No la sintetiza el propio escarabajo, sino el endosimbionte *Pseudomonas* spp⁸. La pederina tiene un efecto de apoptosis en las membranas basales y suprabasales de la dermis, y provoca una lesión tóxica aguda en la piel.

Cabe destacar que la dermatitis por *Paederus* **no** es lo mismo que la «dermatitis por cantarida». Esta última la provoca la cantaridina, que tiene una estructura química diferente, pero que los escarabajos de la familia de los estafilínidos no pueden producir¹. Normalmente, estas lesiones provocan una inflamación más leve.

Aspectos clínicos

Los lugares que más a menudo se ven afectados por esta dolencia son las zonas en las que la piel queda expuesta: brazos, piernas, cara, cuello... salvo las palmas de las manos y las plantas de los pies. Es habitual que los pacientes no sean conscientes de que han estado en contacto con el escarabajo, sobre todo de noche —de ahí el nombre de «quemadura nocturna» (Turquía) o «wake and see» («despierta y verás», Nigeria)—, y en muchas ocasiones las lesiones no se perciben hasta la mañana siguiente.²

Existe un periodo de latencia entre el primer contacto de la piel con la toxina y las primeras lesiones eritematosas (suele ser de unas 24 horas). En los casos menos graves, solo se producirá un leve eritema, que durará unos días¹. En los casos algo más graves, las lesiones eritematosas lineales provocarán vesículas o pústulas (ver figura 2), que posteriormente se secarán, se descamarán y dejarán manchas en la piel (por hipopigmentación o hiperpigmentación: ver figura 3)¹. En los casos más graves, cuando ha habido grandes zonas de piel afectadas, los pacientes pueden presentar síntomas sistémicos, como fiebre, vómitos o artralgia. «El ojo de Nairobi» hace referencia al hecho de que los ojos pueden verse afectados también: puede haber celulitis periorbitaria o queratoconjuntivitis¹¹. Esto ocurre cuando los dedos están infectados y el paciente en cuestión se frota los ojos, o si el escarabajo entra en contacto directamente con la córnea (mientras el paciente duerme: se desencadena un reflejo corneal). También se pueden dar úlceras de contacto (p. ej., al doblar los codos o las rodillas) o lesiones en los genitales cuando los dedos están contaminados y el paciente se toca, o por contacto con sábanas o prendas de vestir contaminadas.

Los diagnósticos diferenciales incluyen la fotodermatitis de margarita, la dermatitis alérgica de contacto, el herpes simple o impétigo. Un historial claro excluiría el contacto con agentes botánicos fotosensibilizadores.



Fig 1. Escarabajo *Paederus*.

Continúa al dorso...



Fig 2. Lesión inflamatoria lineal.

Tratamiento

La prevención es fundamental: en las zonas y periodos de alto riesgo, (tras la estación de lluvia), los pacientes deben cerrar las ventanas y dejar las luces apagadas de noche². Si se ve un escarabajo sobre la piel, es mejor soplarlo para que se vaya en vez de aplastarlo. En caso de contacto, hay que lavar la piel a conciencia para eliminar todos los restos de pederina. Se puede aplicar tintura de yodo para



Fig 3. Hiperpigmentación postinflamatoria.

neutralizarla⁴. El tratamiento base es con compresas de agua fría, aunque se pueden precisar esteroides por vía tópica o antibióticos por vía oral si hay infección bacteriana secundaria. Ebrahimzadeh et al. vieron que el tiempo de curación disminuía con *Sambucus ebulus* (saúco), gracias a sus propiedades antiinflamatorias⁷.

Conclusión

La dermatitis por *Paederus* afecta a personas de todas las edades en regiones tropicales y subtropicales. Normalmente, aparecen lesiones lineales eritematobullosas a las 24-48 horas tras la exposición, que posteriormente se secan y se curan. Los pacientes no suelen ser conscientes de que han estado en contacto con el insecto, pues suele ocurrir por la noche, y además los aplastan por acto reflejo. Es muy importante educar a las poblaciones locales y a los turistas para que sepan que deben retirarse los escarabajos con cuidado y que no deben dejar las ventanas abiertas por la noche: así evitarán lesiones graves y afección mucocutánea.

Referencias

1. Mammino JJ. *Paederus dermatitis: an outbreak on a medical mission boat in the Amazon. J Clin Aesthet Dermatol* 2011; **4**(11):44-6.
2. Karthikeyan K, Kumar A. *Paederus dermatitis. Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2017; **83**:424-31.
3. Gelmetti C, Grimalt R. *Paederus dermatitis: An easy diagnosable but misdiagnosed eruption. Eur J Pediatr* 1993; **152**:6.
4. Frank JH, Kanamitsu K. *Paederus, sensu lato (Coleoptera: Staphylinidae): Natural history and medical importance. J Med Entomol* 1987; **24**:155-91.
5. Cressey BD, Paniz-Mondolfi AE, Rodríguez-Morales AJ et al. *Dermatitis linearis: vesicating dermatosis caused by Paederus species (Coleoptera: Staphylinidae): case series and review. Wilderness Environ Med* 2013; **24**:124-31.
6. Nasir S, Akram W, Khan RR et al. *Paederus beetles: the agent of human dermatitis. J Venom Anim Toxins incl Trop Dis* 2015; **21**:5.
7. Ebrahimzadeh MA, Rafati MR, Damchi M et al. *Treatment of Paederus Dermatitis with Sambucus ebulus Lotion. Iran J Pharm Res* 2014; **13**(3):1065-71.
8. Piel J. *A polyketide synthase-peptide synthetase gene cluster from an uncultured bacterial symbiont of Paederus beetles. PNAS* 2002; **99**:14002-7.
9. Zargari OK-AA, Fathalikhani F, Panahi M. *Paederus dermatitis in northern Iran: a report of 156 cases. Int J Dermatol* 2003; **42**:608-12.
10. Iserson KV, Walton EK. *Nairobi fly (Paederus) dermatitis in South Sudan: a case report. Wilderness Environ Med* 2012; **Sep 23**(3):251-4.
11. Rahman S. *Paederus dermatitis In Sierra Leone. Dermatol Online J* 2006; **12**:9.
12. Şendur N, Şavk E, Karaman G. *Paederus Dermatitis: A Report of 46 Cases in Aydın, Turkey. Dermatology* 1999; **199**:353.

ACTUALIZACIÓN DE LA IFD Becas ILDS DermLink en 2020

Todos los años, la International League of Dermatological Societies (ILDS), por medio de la International Foundation of Dermatology (IFD), otorga las becas ILDS DermLink a proyectos enviados por miembros de la ILDS. En 2019, recibimos 17 propuestas de proyectos para estas becas. Los proyectos se evaluaron según los siguientes criterios: identificación de las necesidades, impacto de la propuesta, sostenibilidad del proyecto y si están enfocados a dermatología tropical o a la salud de los migrantes.

En 2019, se concedieron siete becas ILDS DermLink por un valor de 30 000 \$ a proyectos procedentes de seis países diferentes: Brasil, Botsuana, Malawi (dos proyectos), Nepal, Nigeria y Tanzania. Ya hay más información disponible sobre cada proyecto en la página web de la ILDS: <https://ilds.org/news/2019-ilds-dermlink/>.

El plazo para las próximas becas ILDS DermLink se abrió el 5 de diciembre de 2019. Si le gustaría solicitar una de dichas becas, visite nuestro sitio web www.ILDS.org y, si necesita más información al respecto, diríjase a DermLink@ilds.org.

Regina Casz Schechtman, doctora en Medicina, Pontificia Universidad Católica de Río de Janeiro, Brasil

Roderick James Hay, doctor en Medicina, Fundación Internacional de Dermatología, Reino Unido

Dirección de contacto: regina.schechtman@gmail.com

Palabras clave: esporotricosis, *Sporothrix brasiliensis*, micosis de implantación, gatos, Brasil, zoonosis, enfermedad tropical olvidada.

Desde los años 50, la esporotricosis causada por especies del género *Sporothrix* ha sido bien definida como una micosis subcutánea o de implantación en países tropicales como Brasil. Normalmente, se manifiesta con una cadena de nódulos (linfocutáneos) a lo largo de vasos linfáticos o como una úlcera única (fija). En los 60, ya se hablaba de ella como la segunda causa más común de infección por hongos en zonas endémicas como el estado de Pará, al norte del país. Por ejemplo, en 1966 se registraron 56 casos en un estudio retrospectivo a 5 años¹. Casi 15 años más tarde, otra publicación informó de 8 casos más en el estado de Amazonas (norte de Brasil) en los que se consideraba que la esporotricosis era la micosis subcutánea más frecuente². Sin embargo, para 1998, se vio que un elevado número de gatos estaban infectados por *Sporothrix sp.*, a lo que sucedió un aumento en el número de casos de infección en humanos en las zonas más pobres del estado de Río de Janeiro. La prevalencia de ambas infecciones (en humanos y en felinos) ha aumentado exponencialmente con el tiempo. En 2001, la esporotricosis fue designada como zoonosis emergente y los investigadores de la Fundación Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) notificaron su naturaleza epidémica. Barros y sus compañeros compararon el aumento del número de casos entre 1987 y 1998, cuando sólo se notificaron 17 casos, con 66 casos identificados más de 20 años. En 2010, se realizó una revisión de 10 años de 804 casos en humanos (entre 1998 y 2008) que mostró que la esporotricosis cutánea había afectado a más de 1500 gatos. Un aspecto interesante que se observó fue el patrón demográfico: la mayoría de los casos en humanos eran mujeres de entre 40 y 49 años, que recados en un periodo de dos años, más corto y reciente. Gran parte de ellos presentaban la forma linfocutánea (66,7 %) de la enfermedad, a lo que seguía la forma cutánea fija (24,2 %). También hubo algunos casos con múltiples lesiones por toda la piel (forma diseminada, 6 %)³.

En 2008, hubo 255 individuos afectados, incluyendo 94 pacientes, y se reportaron contactos en 161 hogares sanos en Río de Janeiro. En estos casos, los pacientes presentaban un espectro más polimórfico: el 23,4 % presentaba afectación cutánea y tan solo hubo un caso de lesiones palpebrales, con afectación de la conjuntiva⁴. El estado de Río de Janeiro sigue siendo el principal foco de este brote en la última década, desde que se registraron los primeros casos alizaban las tareas domésticas y procedían de estratos sociales más modestos. La esporotricosis zoonótica se debería considerar una enfermedad tropical olvidada, con un cuadro clínico atípico, causada por *Sporothrix brasiliensis*, una nueva especie asociada con esta epidemia de infecciones en gatos y humanos. No obstante, el brote se está expandiendo más.

Un estudio retrospectivo transversal notificó 25 casos de esporotricosis en humanos entre 2003 y 2013 en el estado de Sao Paulo⁶. Otro informe describió un problema emergente: en el estado de Recife (noreste de Brasil), donde se habían infectado 59 gatos desde 2014, la mayoría de los cuales eran domésticos. Esto indica que se puede dar un gran aumento de infecciones en humanos si no se controla este brote⁷.

Es probable que estos datos no reflejen la gravedad de la epidemia zoonótica por esporotricosis en Brasil. En 2018, en el encuentro de la Sociedad Brasileña de Dermatólogos se presentaron 8 pósteres y se realizaron 2 exposiciones orales sobre esporotricosis. La mayoría de los pacientes presentaban rasgos clínicos atípicos, como reacciones de hipersensibilidad (p. ej., eritema multiforme o eritema nudoso, en forma diseminada, que en algunos casos resultó ser mortal. Es importante destacar que la mayoría de los casos presentados están limitados a determinados estados de Brasil (sudeste: Minas Gerais, Espírito Santo y Sao Paulo; sur: Santa Catarina, Río Grande del Sur; centro: Brasilia; noreste: Pernambuco (pósteres electrónicos y comunicación oral, 2018)⁸ y norte: Belem (comunicación oral, 2018). Esta infección fúngica se ha extendido de manera constante por todo el país y ahora incluso se han descrito algunos casos en el norte de Argentina. De momento, la esporotricosis zoonótica es una infección que aún se tiene que controlar pues, aunque está bastante restringida a Brasil, existe el riesgo de que se siga extendiendo a otras regiones del continente.



Fig 1. Forma linfagítica de esporotricosis

Referencias

1. Domingos S, Jacy PN. Casos de esporotricose no Para. Observações em 5 anos (1962-1966). *An Bras Dermatol* 1966; **4**:219-20.
2. Talhari S, Gadelha AR, Cunha MGS *et al.* Micosis profundas, Estudo dos casos diagnosticados em Manaus estado do Amazonas, de 1973-1978. *An Bras Dermatol* 1980; **55**:133-6.
3. Bastos-Lima-Barros M, Pacheco-Schubach T, Gutierrez-Galhardo M *et al.* Sporotrichosis: an emergent zoonosis in Rio de Janeiro. *Mem Inst Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro* 2001; **96**:777-9.
4. Barros MBL, Schubach AO, Schubach TMP *et al.* An epidemic of sporotrichosis in Rio de Janeiro, Brazil: epidemiological aspects of a series of cases. *Epidemiol Infect* 2008; **136**:1192-6.
5. Freitas DF, Valle AC, Almeida-Paes R *et al.* Zoonotic sporotrichosis in Rio de Janeiro, Brazil: A protracted epidemic yet to be curbed. *Clin Infect Dis* 2010; **50**:452-3.
6. Marques GF, Martins AL, Sousa JM *et al.* Characterization of sporotrichosis cases treated in a dermatologic teaching unit in the State of São Paulo – Brazil, 2003 – 2013. *An Bras Dermatol* 2015; **90**:273-5.
7. Silva GM, Howes JC, Adria C. Surto de esporotricose felina na região metropolitana do Recife *Pesq Vet Bras* 2018; **38**:1767-71.
8. 73º congresso Brasileiro de dermatologia. Listagem de trabalhos (e-pôster e Comunicações orais). 2018. Curitiba, PN.

Una ayuda práctica para obtener el historial de tratamiento

Ramesh Sharma, Hospital Greenpastures, Pokhara, Nepal

Prem Bhujel, Hospital Greenpastures, Pokhara, Nepal

Celia Moss, Hospital infantil de Birmingham y Universidad de Birmingham, Reino Unido

Autor:

Celia Moss, Departamento de Dermatología, Hospital Infantil de Birmingham, Steelhouse Lane, Birmingham B4 6NH, Reino Unido. Correo electrónico: celia.moss@nhs.net

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés. Este trabajo no ha sido financiado.

Palabras clave: tratamiento, tópico, historial, expositor, crema.

Disponer de un historial clínico adecuado es fundamental para el tratamiento del paciente. Necesitamos saber qué fármacos incluía, cuáles no y si presentaban efectos adversos. Sin embargo, los pacientes no siempre recuerdan los nombres de las cremas que usan, y menos aún los principios activos. Hablan de «una crema blanca», que podría ser un simple emoliente, un potente fármaco (corticosteroide, antimicrobiano) o cualquiera de las múltiples combinaciones.

El problema se magnifica en un país con pocos recursos como Nepal, donde abunda la polimedición, donde los medicamentos se pueden obtener sin receta, con una baja tasa de alfabetización y donde a menudo los habitantes no se pueden permitir una prescripción médica. Ir a la consulta de un dermatólogo cuesta unos 5 \$, mientras que el consejo de familiares y amigos es gratis y está siempre al alcance. La crema «curatodo» estándar podría contener una combinación de un corticosteroide tópico potente (clobetasol o betametasona), un antifúngico (miconazol o clotrimazol) y un antibiótico (gentamicina o neomicina). Por ello, el paciente no solo no sabe qué tratamiento se está aplicando, sino que suele no ser el adecuado.

Los pacientes con eccema se pueden beneficiar por el corticosteroide, pero puede ser que se vean tentados de usarlo en exceso, lo que podría provocarles hipertricosis facial, telangiectasias, eritema e incluso síndrome de Cushing, sobre todo en niños. Las cremas con corticosteroides de aplicación tópica se suelen prescribir de forma inadecuada: por ejemplo, para el tratamiento de tiña, acné, sarna o incluso para aclarar la piel^{1,2}. El tratamiento de la tiña con corticosteroides disminuye el eritema y el prurito, pero extiende la infección y hace que sea recurrente, por lo que hará que posteriormente sea necesario un tratamiento con agentes antifúngicos orales, más caro. Al mismo tiempo, la resistencia de los hongos causada por el uso excesivo de terbinafina, en combinación con corticosteroides, es un problema cada vez más grave en el sur de Asia. El resultado es que muchas veces los cuadros clínicos se habrán modificado con tratamientos anteriores. En este contexto, disponer del historial completo no solo es más importante, sino también más difícil.

Una nueva solución, muy sencilla, es la que ha desarrollado el departamento de dermatología del Hospital Greenpastures



Fig 1. Expositor con distintos tipos de cremas.

de Pokhara, en Nepal. Tubos de cremas usadas (erróneamente, en muchos casos), compradas por pacientes, se exponen en una estantería de madera montada en la pared de la clínica (Fig. 1). Pacientes de todas las edades, que no recuerdan el nombre de las cremas que han usado en casa, a veces pueden reconocer el tubo, lo que permite al doctor identificar los componentes. La muestra también tiene una función educativa a la hora de orientar a los pacientes sobre los componentes y los posibles efectos adversos de las preparaciones tópicas, así como sobre los riesgos de seguir el consejo de alguien que no sea un profesional sanitario. La estantería es fácil de montar y también es sencillo compilar las muestras de cremas, actualizarlas e ir completando la colección. El concepto se puede aplicar tanto en países ricos como pobres. Las exigencias de «Salud y seguridad» se pueden satisfacer usando en su lugar un expositor de cristal con cerradura. Algo tan sencillo como esto facilita la consulta y es algo que recomendamos a nuestros compañeros dermatólogos.

Referencias

1. Verma SB. Hazards of skin lightening creams. *Community Dermatology Journal* 2016; **12**:9-11.
2. Guadalupe E-C, Roberto E, Guadalupe C-L. Misuse of topical steroids in scabies. *Community Dermatology Journal* 2017; **13**:2-3.

25.ª Conferencia Internacional CME de la RDTC 8-10 de enero de 2020

Ya está abierto el plazo de inscripción para la 25.ª Conferencia Internacional de Formación Médica Continua (CME) del Regional Dermatology Training Centre (RDTC), que estará dedicada a las enfermedades cutáneas, el VIH/sida y otras ETS.

Para inscribirse, visite el sitio <https://rdtc.go.tz>

Factores predisponentes para fascitis necrosante en el Hospital Universitario de Brazzaville (Congo)

Autor principal:

Ida Aurélie Lengua-Loumingou, Departamento de Dermatología, Hospital Universitario de Brazzaville, 1, Boulevard Maréchal Lyautey, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Marien Ngouabi, República del Congo
Correo electrónico: idalengaloumingou@gmail.com

Richard Loumingou, Departamento de Nefrología, Universidad de Brazzaville, República del Congo

Palabras clave: factores predisponentes, fascitis necrosante, inmunodeficiencia, Congo, microtraumatismo, vasculopatía, diabetes, VIH.

RESUMEN

Objetivos

- Identificar sujetos en situación de riesgo
- Mejorar la precisión de diagnóstico
- Garantizar una mejor prevención de la fascitis necrosante

Metodología

Se llevó a cabo un estudio descriptivo y analítico en el que se estudiaron más de 15 años de archivos de pacientes hospitalizados en el Departamento de Dermatología del Hospital Universitario de Brazzaville por fascitis necrosante.

Resultados

Se seleccionaron 65 archivos. La prevalencia de fascitis necrosante fue del 3,71 % de los pacientes ingresados. El ratio hombre/mujer fue 1,32. Más de la mitad de los casos eran pacientes inmunodeprimidos o que tenían enfermedades vasculares. En el 67,6 % de los casos, el orificio de entrada era fácilmente identificable. El 98,4 % de los pacientes se automedicaba, el 70,7 % de ellos con medicina tradicional. La duración media de los ingresos fue de 12,7 días.

Conclusión

La fascitis necrosante presenta una mayor prevalencia en pacientes jóvenes inmunodeprimidos y en personas mayores con enfermedades vasculares.

Introducción

La fascitis necrosante (FN) es una rara enfermedad cutánea, poco frecuente y potencialmente mortal que afecta a la fascia. No se conoce su etiopatología, y puede estar asociada con uno o más microorganismos¹. El diagnóstico clínico de la FN a menudo se ve limitado por la complejidad de los signos cutáneos y extracutáneos, lo que hace que en algunos casos sea imprescindible una resonancia magnética nuclear^{2,3}. Es fundamental estar familiarizado con el diagnóstico de la FN⁴. En EE. UU., Kaul⁵ ha hecho una distinción entre los factores de riesgo de erisipela y de FN. Dhiedou⁶ anotó las diferencias a la hora de evaluar la aparición de celulitis no necrosante con las formas necrosantes. Se sabe que la edad y la diabetes son factores de riesgo^{1,7}.

En Asia, la acupuntura se suele describir como un factor de riesgo de la fascitis necrosante⁸. La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana también parece ser un factor predisponente para esta enfermedad⁹. Hay muchos otros factores predisponentes¹⁰, aunque aún no se entienden del todo los desencadenantes geográficos ni medioambientales.

Los autores incluyeron 65 casos de fascitis necrosante para identificar los factores predisponentes.

Metodología

Este estudio analítico y descriptivo se realizó basándose en los archivos de pacientes hospitalizados en el Departamento de Dermatología del Hospital Universitario de Brazzaville entre enero de 2002 y enero de 2017 (15 años). Los pacientes provenían del servicio de urgencias.

Los criterios de inclusión fueron:

- Fascitis necrosante documentada, con o sin mionecrosis.
- Historial clínico con: Ecografía Doppler arterial y venosa para pacientes con hipertensión, indicadores de riesgo en laboratorio para fascitis necrosante (proteína C reactiva, recuento leucocitario, hemoglobina, sodio, creatinina, glucosa, serología VIH).

Se excluyeron los siguientes: miositis e infecciones de tejidos blandos postoperatorias.

Los datos del estado civil del paciente y los datos clínicos se recopilaron en tarjetas.

- La primera hoja incluía la edad, el sexo, la ocupación, la puerta de entrada, el asiento, si tomaba antiinflamatorios no esteroideos, el tratamiento habitual para las escarificaciones y la hora de la consulta.
- La segunda hoja incluía todas las enfermedades previas: hipertensión, diabetes, obesidad, infección por VIH, linfedema crónica, insuficiencia venosa crónica, uso de productos despigmentantes.

Los análisis de los datos se efectuaron con el software Epi info para el cálculo de las desviaciones medias y las desviaciones estándar.

Resultados

1. Población en estudio

Durante el periodo del estudio, 1752 pacientes fueron hospitalizados. 978 fueron ingresados por una inflamación grande en la pierna: 667 presentaban celulitis necrosante, 246 celulitis no necrosante y 72 fascitis necrosante.

65 pacientes con fascitis necrosante cumplían los criterios de inclusión. La prevalencia de la fascitis necrosante fue del 3,71 % de los pacientes ingresados. La edad media era de 57,35 años (desviación estándar: $\pm 17,67$). Había 37 hombres y 28 mujeres (ratio: 1,32). 49 pacientes procedían de entornos desfavorecidos. Había más hombres en los grupos de 50 a 59 años y de 70 a 79 (Fig. 1).

2. Datos clínicos

Las características clínicas de los pacientes con fascitis necrosante están resumidas en la Tabla 1. La duración media

Continúa al dorso...

Factores predisponentes para fascitis necrosante en el hospital universitario de Brazzaville (Congo)...*continuación*

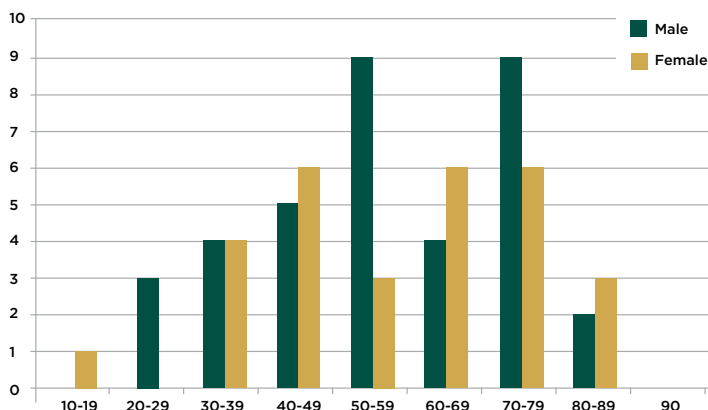


Fig 1. Distribución de la fascitis necrosante por edad y sexo.

de los ingresos fue de 12,7 días. Los pacientes afectados estaban inmunodeprimidos o tenían otros factores de riesgo, como enfermedades cardiovasculares y metabólicas (Tabla 2).

Tabla 1	
Cuadro clínico	
Alteración de la barrera cutánea	n
Microtraumatismos	36
Escarificación	4
Úlcera vascular	1
Zóster	1
Prurigo	1
Subtotal	43
Medicina tradicional	
Fitoterapia	34
Escarificación	12
Subtotal	46
Automedicación	
AINE	64
Amoxicilina	48
Oxacilina	11
Ubicación en el cuerpo	
Pierna derecha	29
Pierna izquierda	31
Ambas piernas	2
Brazo derecho	2
Brazo izquierdo	6
Pecho	1
Pelvis	1
Subtotal	72

Tabla 2

Principales factores de comorbilidad. División por sexo

COMORBILIDAD	SEXO	
	M	F
Infección por VIH	12	10
Hipertensión	11	3
Otras enfermedades sistémicas	6	2
Diabetes	4	3

Las enfermedades cardiovasculares (n=30) incluyen hipertensión (n=14), arteritis oclusiva (n=8) e insuficiencia venosa linfática (n=8). Las enfermedades metabólicas incluyen la diabetes (n=7, 4 de los cuales también sufrían hipertensión) y obesidad (n=5). 22 pacientes padecían infección retroviral. Otras enfermedades relacionadas fueron la elefantiasis (n=2), la anemia drepanocítica (n=2), la sarcoidosis (n=1), prurigo (n=1) y la hipertensión portal (n=2). 10 pacientes habían usado productos cosméticos despigmentantes, pero en todos ellos se identificó otro factor de riesgo.

Observaciones

Limitaciones del estudio:

- No incluye la FN causada por cuidados intensivos o cirugías.
- Complejidad de las opciones terapéuticas.

1. Población en estudio

La prevalencia de la fascitis necrosante fue baja, pero probablemente el dato es inferior al real, puesto que la mayoría de los estudios utilizan solo datos procedentes de hospitales^{11,12}. En Guinea, la fascitis necrosante es una de las principales causas de hospitalización en dermatología¹³. Desde Francia se han notificado datos más fiables: en el estudio de Sbidian¹¹, en el que se obtenía la misma incidencia que en Kaul⁵, y más recientemente en un estudio llevado a cabo por Naseer¹⁴ y Bocking¹⁵. La edad media de nuestro estudio es de 57 años³, la misma que en el de Diedhou⁶ y muy parecida a la de los estudios de Sbidian¹¹ y Kaul⁵. La edad es un factor predisponente de FN^{1,5}. Las publicaciones no arrojan pruebas de que sea más frecuente en hombres^{1,11}, y esto lo explicamos en nuestro estudio por el tipo de comorbilidad. El contexto socioeconómico del Congo podría explicar la alta prevalencia de pacientes procedentes de entornos desfavorecidos¹⁶.

2. Datos clínicos

En el 67,6 % de los casos se identificó un punto de acceso, sobre todo microtraumatismos. Las escarificaciones pueden ser un punto de acceso. En Asia, se han notificado casos que han aparecido tras sesiones de acupuntura⁸. Además, en el Congo la automedicación es un problema frecuente¹⁰: todos los pacientes salvo uno habían tomado antiinflamatorios no esteroideos, un factor agravante que está aceptado en la mayoría de las publicaciones pero que apenas se aborda^{18,19}. Es habitual que la inflamación sea predominante en los miembros inferiores⁴. No obstante, es impactante que los miembros superiores se vieran afectados también en ocho pacientes (Tabla 1). La medicina popular en condiciones sépticas es, sin duda alguna, un factor agravante. La FN es una emergencia médico-quirúrgica. En África es frecuente que las listas de espera para una consulta sean más largas y las rutas son peligrosas, lo que supone un peligro y contribuye a aumentar la morbilidad y la mortalidad²⁰.

3. Comorbilidad

El uso de agentes despigmentantes estuvo asociado en todos los casos con otro factor de comorbilidad. Se reconoce como un factor predisponente en celulitis no necrosante²¹, pero aún no se ha demostrado su responsabilidad en fascitis necrosantes.



Fig 2. Fascitis necrosante en miembro superior (tras limpieza quirúrgica).

La infección por VIH estaba presente en el 33,8 % de los casos. Se sabía que era un factor predisponente,⁹ pero en países desarrollados es menos habitual. La alta incidencia del VIH en el Congo podría ser la razón. La infección por VIH contribuye a la reducción de la edad media de los pacientes con fascitis necrosante.

La diabetes y la hipertensión arterial están presentes en más de la mitad de los casos. Son enfermedades que tienen una prevalencia cada vez mayor y que suponen un problema para la salud pública²²; además, son más habituales en pacientes entre 50 y 89 años. La diabetes y la hipertensión están reconocidos como factores de riesgo para FN en publicaciones existentes^{23, 24}.

En nuestro estudio, los factores de riesgo sistémicos demostraron ser importantes, como ya se había notificado anteriormente^{1, 25}. Por el contrario, en caso de erisipela, lo que predomina son los factores de riesgo locales²¹.

Las características únicas de nuestro estudio son el uso sistémico de antiinflamatorios no esteroideos por parte de los pacientes, la alta frecuencia de infección por VIH y la falta de un historial de enfermedad renal crónica o de drogadicción.

Conclusión

En nuestro estudio predominaban los hombres. La diabetes, la hipertensión arterial, la vasculopatía periférica y el VIH son las comorbilidades más comunes. Todo parece indicar que la prevalencia de FN está subestimada.

Los autores agradecen al profesor Vincent Pitche que haya accedido a corregir este trabajo.

Referencias

1. Stevens DL, Bryant AE. Necrotizing soft tissue infection. *N Engl J Med* 2017; **377**: 2253-65.
2. Fayad LM, Carrino JA, Fishman EK. Importance de l'imagerie pour le diagnostic des fasciites nécrosantes. *Radiographics* 2007; **27(6)**:1723-36.
3. Carbonetti F, Cremona A, Carusi V et al. The role of contrast enhanced computed tomography in the diagnosis of necrotizing fasciitis and comparison with the laboratory risk indicator for necrotizing fasciitis (LRINEC). *Radiol Med* 2016; **121**:1106-21.
4. Tianyi FL, Mbanga CM, Danuvang C, Agbor VN. Risk factors and complications of lower limb cellulitis in Africa. A systematic review. *Br Med J Open* 2018; **8**:e021175.
5. Kaul R, McGeer A, Low de Green K et al. Population based surveillance for group A streptococcal necrotizing fasciitis clinical features, proanalysis of seventy-seven cases. *Am J Med* 1997; **103**:18-24.
6. Dhiedou D, Leye MMM, Touré M et al. Dermohypodermes bactériennes à Dakar: rétrospective de 194 cas suivis en Médecine interne à la clinique médicale II. *Revue Cames Santé* 2013; **1**.
7. Omran S, Farouqi A. La fasciite nécrosante et le diabète (A propos de 15 cas). *Annales d'Endocrinologie* 2014; **75**:391.
8. Saw A, Kwan MK, Senguta S. Necrotising fasciitis: a life threatening complications of acupuncture in a patient with diabetes mellitus. *Singapore Med J* 2004; **45**:180-2.
9. Mohamedi I, Ceruse P, Fontaine P et al. Fasciite nécrosante cervicale relevant une maladie à VIH. *Annales Françaises d'Otorhinolaryngologie et de Pathologie Cervicofaciale* 1997; **114**:228-30.
10. Brennan MR, Lefèvre F. Necrotizing fasciitis: Infection identification and management. *N Engl J Med* 2017; **377**:2253-65.
11. Sbidian E, Audureau F, Chosidow O. Fasciites necrosantes, première enquête épidémiologique française. *Ann Dermatol Venerol* 2014; **141**:Suppl: S297-8.
12. Eloy G 2015. Epidémiologie et mortalité des fasciites nécrosantes dans un hôpital Francilien : étude rétrospective sur 10 ans. *Revue de Chirg Orthop et Traumatol* 2015; **101(7)**:Suppl.:S184.
13. Keita M, Koulibaly M, Somah MM et al. Morbidité et mortalité hospitalière dans le service de dermatologie MST du CHU de Conakry (Guinée). *Ann Dermatol Venerol* 2014; **141(12)**:S356-7.
14. Naseer U, Steinbak KM, Blystad H, Caugant DA. Epidemiology of invasive group A streptococcal infection in Norway 2010-2014. A retrospective cohort study. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2016; **35**:1639-48.
15. Bocking N, Matsumoto CL, Loewen K et al. High incidence of invasive group A streptococcal infections in remote indigenous communities in north western Ontario, Canada. *Open Forum Infect Dis* 2016; **4**:243.
16. La Banque Mondiale. Données de la banque mondiale. <https://donnees.banquemondiale.org/pays/congo-republique-du> (last accessed 1 Oct 2019).
17. Mankié JB, Mazonga AB, Abena A. L'automédication chez l'adulte à Brazzaville. *Sci Med Afr* 2011; **3**:459-63.
18. Leroy S, Marc E, Bavoux F et al. Hospitalization for severe bacterial infections in children after exposure to NSAIDs: a prospective adverse drug reaction reporting study. *Clin Drug Investig* 2010; **30**:179-85.
19. Hamilton SN, Bayer CR, Stevens DL, Bryant AE. Effects of selective and non selective nonsteroidal anti inflammatory drugs on antibiotic efficacy of experimental group A streptococcal myonecrosis. *J Infect Dis* 2014; **209**:1429-35.
20. Mboko Ibara SB. Diagnostic post conflictuel des recours thérapeutiques au Congo Brazzaville: analyses et propositions. Documento CNSS 26 de agosto de 2010. http://www.cnsee.org/index.php?option=com_content&view=article&id=75:diagnostic-post-conflictuel-des-recours-therapeutiques-au-congo-brazzaville-analyse-et-proposition&catid=44:articles-sociaux&Itemid=49 (last accessed 29 Sept 2019).
21. Pitche P, Diatta B, Faye O, et al. (Risk factors associated with leg erysipelas (cellulitis) in subSaharan Africa: A multicentre case - control study. *Ann Dermatol Venerol* 2015; **142**:633-8.
22. Kimbally Kaky G, Gombet T, Bolanda JD et al. Prevalence de l'hypertension arterielle a Brazzaville. *Cardiologie Tropicale* 2006; **32**:43-6.
23. Monabeka HG, Moyen G. Aspects épidémiologiques et évolutifs du diabète sucré de l'enfant et de l'adolescent au Congo. *Médecine d'Afrique Noire* 1999; **46(7)**:359-61.
24. Adebeye B, Bermanno G, Rolland C. Obesity and its health impact in Africa: a systematic review. *Cardiovasc J Afr* 2012; **23(9)**:512-21.
25. Boukhris J, Benyass Y, Boussidane M et al. Les fasciites necrosantes des membres (revue de la littérature). *Revue Marocaine de Chirurgie Orthopédique et Traumatologie*. 2018; **74**:9-14.

CORRECCIONES

En el informe sobre campos de refugiados de El Líbano (vol. 15, número 1), se decía que había acceso a agua corriente limpia y que las dietas eran equilibradas. Esto no es cierto, pedimos disculpas al Prof. Griffiths por el error.

Editores

Dr. Chris Lovell (Reino Unido)
Dra. Michele Murdoch (Reino Unido)

Editor fundador

Dr. Paul Buxton (Reino Unido)

Secretaría editorial

ILDS Secretariat

Junta editorial

Dr Sarah Hogan (Reino Unido)
Dr Arnold Fernandes (Reino Unido)
Dr Chris Lovell (Reino Unido)
Dr. Susannah Baron (Reino Unido)
Prof. Rod Hay (Reino Unido)
Prof. Terence Ryan (Reino Unido)
Dr Sam Gibbs (Reino Unido)
Dr Claire Fuller (Reino Unido)
Dr Michele Murdoch (Reino Unido)
Ms Rebecca Penzer - Hick (Reino Unido)
Prof. Steven Ersser (Reino Unido)

Dr Rachael Morris-Jones (Reino Unido)
Dr Paul Buxton (Reino Unido)
Dr Chris Griffiths (Reino Unido)
Dr Stephen Walker (Reino Unido)
Dr Rune Nathaniel Philemon (Tanzania)
Dr Isabel Casas (Argentina)
Dr Vineet Kaur (India)
Prof. Anisa Mosam (Sudáfrica)
Ms Mafalda Soto (España)
Dr Guadalupe Estrada (Mexico)
Prof. Henning Grossman (Tanzania)

Prof. Gail Todd (Sudáfrica)
Prof. Ben Naafs (Países Bajos)
Dr Shyam Verma (India)
Prof. Jean Bolognia (EE. UU.)
Prof. John Masenga (Tanzania)
Dr Arjan Hogewoning (Países Bajos)
Dr Ayesha Akinkugbe (Nigeria)
Dr Harvey Lui (Canadá)
Dr Kelvin Mponda (Malawi)
Dr Work Alemu (Etiopía)

Cómo recibir la revista Community Skin Health

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

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

Escribir un artículo

Si le interesa la atención médica dermatológica, la CSH es una gran oportunidad de compartir sus experiencias, pues puede mandar artículos, informes o cartas. Consulte las Pautas para Autores en el sitio web de CSH.

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

Derechos de autor

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

Editorial

Community Skin Health es publicada por la International League of Societies (ILDS) como la revista oficial de la International Foundation for Dermatology (IFD) www.ILDS.org

Exención de responsabilidad

La editorial, la International League of Dermatological Societies y los editores no se considerarán 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 International League of Dermatological Societies o los editores; de igual forma, los anuncios tampoco suponen el respaldo de la editorial, la International League of Dermatological Societies o los editores.

Hágase amigo de la CSH

Por tan solo 5 \$, 5 £ o 5 € puede hacerse Amigo de CSH. Su donación 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 online, puede respaldar económicamente la revista sin coste adicional. Grandes minoristas harán un donativo en función de la cantidad que gaste.

www.easyfundraising.org.uk



Oficialmente fundada en 1935, la International League of Dermatological Societies (ILDS) lleva más de 80 años 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 International Foundation for Dermatology (IFD) fue creada en 1987 para llevar a cabo la labor humanitaria de la ILDS. Hoy en día, la IFD apoya proyectos en África, la región Asia-Pacífico y Sudamérica. CSH es la revista oficial de la IFD.



Promoting global
Community Skin Health
through education