

El COVID-19 y la piel

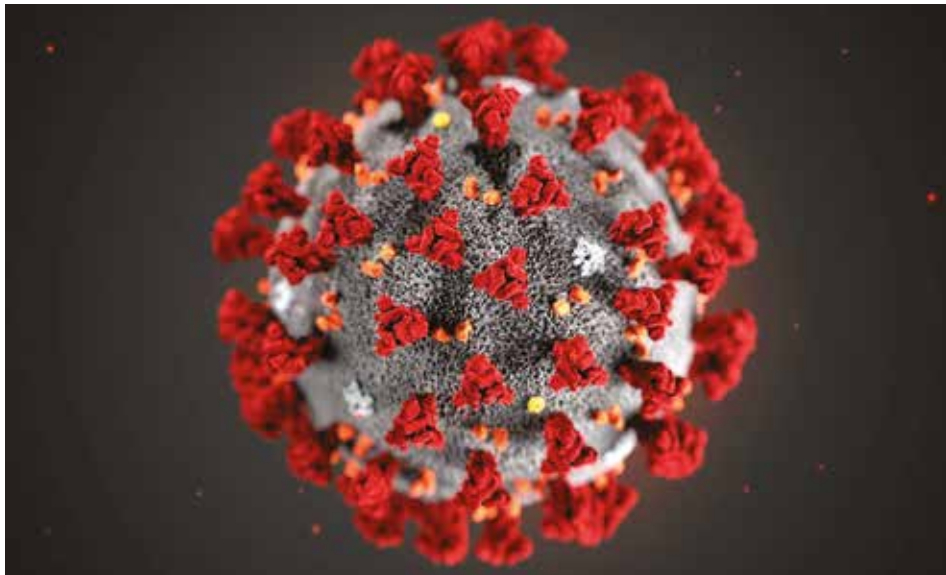


Fig. 1. Modelo de COVID-19 (© newscientist.com)

El síndrome respiratorio agudo grave (SARS)-CoV-2 es el tercer nuevo coronavirus (Fig. 1) en causar neumonía en los seres humanos en los últimos años. Originario de Wuhan (China) se ha propagado rápidamente y fue declarado pandemia mundial por la Organización Mundial de la Salud en marzo de 2020. El análisis comparativo de los datos genómicos sugiere que se trata de una zoonosis (probablemente derivada de murciélagos vendidos como alimento) y no del producto de una manipulación¹ en laboratorio. Si bien los pacientes infectados de COVID-19 pueden ser asintomáticos o padecer una enfermedad leve, algunos desarrollan una dificultad respiratoria aguda asociada con un trastorno trombotico sistémico distintivo vinculado a la activación del complemento². Esto ha causado numerosas muertes en todo el mundo, en particular entre ancianos en residencias de la tercera edad de los países ricos, donde las personas obesas, los hombres y las minorías étnicas parecen estar especialmente en riesgo.

Varias series de casos y una encuesta multicéntrica de España³ han identificado lesiones cutáneas distintivas en pacientes infectados con COVID-19. Estos incluyen lesiones que se asemejan a los sabañones en los pies («seudosabañones cóvidicos», Fig. 2)^{3,4}, que afectan a niños y adultos jóvenes sin antecedentes de enfermedad vascular periférica. Las lesiones tienen una histología liquenoide, vistas en condiciones autoinmunes asociadas con la activación del interferón

tipo 1 (IFN-1). La activación temprana del IFN-1 en estos individuos puede prevenir la multiplicación viral; son por lo demás asintomáticos o presentan una enfermedad leve y deben aislarse ya que pueden transmitir la infección⁴. En cambio, las lesiones cutáneas debidas a oclusión vascular, como la livedo



Fig. 2. Lesiones tipo sabañón («seudosabañones cóvidicos») (©minnpost.com)

Continúa al dorso...

Aplicación de Community Skin Health

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

Ahora tiene todas las ediciones al alcance de su mano: un 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.

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

Si tiene acceso a una copia impresa de la evaluación, puede cumplimentarla y enviarla por correo postal a:

**Community Skin Health,
Willan House, 4 Fitzroy Square,
Londres, W1T 5HQ, REINO UNIDO**

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

Índice

1 El COVID-19 y la piel

3 Myanmar y la Burma Skincare Initiative

Dra. Su Mar Lwin y Prof. Christopher E. M. Griffiths

7 CUESTIONARIO - Caso 1 y Caso 2

Dra. Deepani Munidas

8 Principios del tratamiento de heridas en zonas con escasos recursos

Dra. Jill Brooks

o la ulceración necrótica, se observan con vasculopatía sistémica grave, como la dificultad respiratoria de inicio tardío^{2, 4}.

Otra forma de presentación es con vesículas sintomáticas o ligeramente pruríticas que afectan principalmente al tronco; son pequeñas y monomórficas, y desaparecen en un plazo de entre 8 y 10 días sin cicatrices, a diferencia de las lesiones polimórficas observadas en la varicela. Las lesiones vesiculares suelen preceder a otros síntomas en pacientes de mediana edad y se asocian con una enfermedad^{3, 5} moderadamente grave. Otros indicadores precoces del diagnóstico incluyen el eritema acral similar al eritema multiforme o eritema elevatum diutinum. Las características menos específicas, que pueden llevar a un diagnóstico erróneo del dengue, incluyen la enfermedad equimótica, la urticaria o las lesiones³ maculopapulares. Se ha observado un síndrome asociado a la enfermedad de Kawasaki en unos cuantos niños. Pueden presentarse con eritema en la piel y las membranas mucosas, a veces con labios agrietados; las características sistémicas incluyen miocarditis y arteritis⁶ coronaria.

Además del riesgo de exposición al coronavirus, los profesionales sanitarios están expuestos a un mayor riesgo de dermatitis irritativa ocupacional debido al lavado de manos frecuente y prolongado con detergentes; los geles hidroalcohólicos para las manos son menos irritantes y se debe fomentar el uso de cremas hidratantes. El uso prolongado de gafas de protección y mascarillas respiratorias puede causar lesiones traumáticas en el puente nasal en particular^{6, 7}.

La pandemia de coronavirus ha alterado la prestación de la atención sanitaria en muchos países y muchos pacientes con lesiones cutáneas graves, así como con otras afecciones médicas, corren el riesgo de recibir un diagnóstico tardío. Los gobiernos de los países industrializados han planteado diferentes maneras de abordar la prevención de la transmisión viral, con mayor o menor éxito. En algunas partes de África y Asia se ha impuesto radicalmente el confinamiento generalizado y el distanciamiento social. Esta

estrategia es perjudicial para los más desfavorecidos, que no tienen los medios para desplazarse al trabajo o recibir entregas de alimentos, suministros médicos o mosquiteras tratadas con insecticida. Estas medidas draconianas pueden ser inadecuadas en regiones con escasos recursos, con una población más joven y en donde los ancianos no se hayan aislado en residencias de mayores. Los proyectos locales comunitarios para controlar el ébola en África occidental pueden ser un modelo⁸ más útil.

CRL

Referencias

1. Andersen KG, Rambat A, Lipkin I *et al*. The proximal origin of SARS-CoV-2. *Nature Medicine* 2020; **26**:450-2.
2. Magro C, Justin Mulvey J, Berlin D *et al*. Complement associated microvascular injury and thrombosis in the pathogenesis of severe COVID-19 infection: A report of five cases. *Translational Research* 2020; <https://doi.org/10.1016/j.trsl.2020.04.007>
3. Casas CG, Català A, Carretero Hernández G *et al*. Classification of the cutaneous manifestations of COVID-19: a rapid prospective nationwide consensus study in Spain with 375 cases. *Br J Dermatol* 2020; <https://doi.org/10.1111/bjd.19163>
4. Kolivras A, Dehavay F, Delplace D *et al*. Coronavirus (COVID-19) infection-induced chilblains: a case report with histopathologic findings. *J Am Acad Dermatol* 2020; <https://doi.org/10.1016/j.jidcr.2020.04.011>
5. Marzano AV, Genovese G, Fabbrocini G *et al*. Varicella-like exanthem as a specific COVID-19-associated skin manifestation: multicenter case series of 22 patients. *J Am Acad Dermatol* 2020; <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2020.04.044>
6. Lin P, Tao J, Lei T-C. Adverse skin reactions among healthcare workers during the coronavirus disease 2019 outbreak: A survey in Wuhan and its surrounding regions. *Br J Dermatol* 2020; <https://doi.org/10.1111/bjd.19089>
7. Lan J, Song Z, Miao X *et al*. Skin damage among health care workers managing coronavirus disease-2019. *J Am Acad Dermatol* 2020; **82**:1215-1216.
8. Cash R, Patel V. Has Covid-19 subverted global health? *Lancet* 2020; [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31089-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31089-8).

La ILDS ejerce un papel muy activo apoyando a la comunidad dermatológica para proteger a individuos y poblaciones alrededor del mundo durante la pandemia de COVID-19. Puede encontrar notas orientativas sobre el COVID-19 y el tratamiento de enfermedades de la piel, junto con detalles de registros dermatológicos internacionales que tienen como objetivo ayudar a los dermatólogos a comprender mejor las consecuencias del COVID-19 en los pacientes en nuestro centro COVID-19: www.ilds.org/covid-19

2020 – Año Internacional de la Enfermera y la Matrona

La Asamblea Mundial de la Salud ha designado el 2020 como Año de la Enfermera y la Matrona, en reconocimiento a la enorme contribución que realizan los enfermeros y las matronas para mejorar la salud mundial. En muchas comunidades, estos profesionales del sector sanitario son el primer punto de contacto para atender las necesidades sanitarias de una población. Para que el mundo logre gozar de una cobertura sanitaria universal, habría que formar a 9 millones más de enfermeros y matronas.

Independientemente del cargo que ostenten, los enfermeros y las matronas cuidan de la salud de la piel. Tanto si se trata de un neonato como de un octogenario, los seres humanos necesitan cuidar su piel en todas las etapas de la vida. El cuidado de la piel puede implicar fomentar la higiene mediante prácticas de lavado, el cuidado de una herida después de una intervención quirúrgica, aconsejar a pacientes con enfermedades

crónicas en la piel sobre cómo aplicar los tratamientos o prevenir el cáncer de piel mediante campañas de salud pública.

En *Community Skin Health*, valoramos el papel que desempeñan nuestros compañeros de enfermería y obstetricia. Reconocemos que constituyen más del 50 % de la fuerza laboral mundial y que, para los pacientes con problemas de salud de la piel, su atención y apoyo tienen un impacto enorme en el bienestar. En los próximos números intentaremos incluir más artículos dirigidos a nuestros lectores de enfermería y obstetricia.

Para obtener más información sobre el Año Internacional de la Enfermera y la Matrona, visite la página web de la OMS para obtener información y recursos que puede descargar. <https://www.who.int/news-room/campaigns/year-of-the-nurse-and-the-midwife-2020>

Rebecca Penzer-Hick

Myanmar y la Burma Skincare Initiative

Su Mar Lwin MRCP (Reino Unido) BSc(Hons)1, Christopher E. M. Griffiths MD FMedSci²

¹St John's Institute of Dermatology, King's College London, Londres, Reino Unido.

²Dermatology Centre, la Universidad de Mánchester y NIHR Manchester Biomedical Research Centre, Mánchester, Reino Unido.

Autor correspondiente: Su Mar Lwin, correo electrónico: su.m.lwin@kcl.ac.uk

Conflicto de intereses: ninguno.

Palabras clave: Myanmar (Birmania), Burma Skincare Initiative, sostenibilidad.

Resumen

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha clasificado la atención sanitaria en Myanmar, anteriormente conocida como Birmania, entre las más precarias del mundo. El acceso al cuidado de la piel es deficiente, ya que el país solo cuenta con tres centros de formación en dermatología; las personas desfavorecidas que viven en zonas rurales de Myanmar tienen que desplazarse durante días para recibir atención dermatológica. Burma Skincare Initiative (BSI), una organización benéfica registrada en el Reino Unido, fue fundada con el objetivo de ayudar a eliminar las barreras al acceso del cuidado de la piel en Myanmar por medio del establecimiento de vínculos activos y sostenibles entre Myanmar y las comunidades dermatológicas internacionales para beneficio mutuo. Revisamos las necesidades no satisfechas en el cuidado de la piel en Myanmar y los antecedentes, objetivos, progresos realizados hasta la fecha, incluido el primer encuentro internacional de dermatología en Myanmar, y los próximos pasos de la BSI.

Introducción

Birmania, oficialmente la República de la Unión de Myanmar, es un país del sudeste asiático con una población de aproximadamente 53 millones de habitantes. Dentro del país hay 135 grupos étnicos, con sus propios idiomas y culturas. Myanmar pasó a tener un gobierno civil en 2011 tras cinco décadas de dictadura militar. La asistencia sanitaria en Myanmar es una de las más pobres del mundo, ocupa el puesto 190/191 en el rendimiento general del sistema sanitario, según la evaluación realizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1997¹; el gobierno gastó un 2,3 % del PIB del país en atención sanitaria en 2014², en comparación con el 3,7 % de Tailandia³—uno de los países vecinos de Myanmar—y un 9,8 % del Reino Unido⁴ en 2014. Por consiguiente, los recursos y los servicios clínicos destinados al cuidado de la piel son extremadamente limitados. Hay solo tres centros de formación en dermatología y atención terciaria en el país: dos en Yangon (la capital económica situada en el sur) y uno en Mandalay (la segunda ciudad más grande situada en el centro de Myanmar). Los dos centros de dermatología en Yangon se encuentran en el Hospital General de Yangon (YGH) en la Universidad de Medicina (UM) 1 en el centro de Yangon y el North Okkalapa General Hospital (NOGH) en UM2 en el norte de Yangon. Además de Yangon y Mandalay, los dermatólogos consultores prestan únicamente sus servicios en las poblaciones y ciudades más grandes; aquellos que viven en zonas rurales tienen que viajar durante horas, y a veces días, para llegar al centro dermatológico más cercano. El estudio de la carga mundial de morbilidad (GBD, por sus siglas en inglés) estimó que, en 2010, se perdió un promedio de 496 años debido a la discapacidad por cada 100 000 habitantes en Myanmar, como resultado de las enfermedades cutáneas no mortales⁵. No obstante, los datos existentes sobre la epidemiología de las enfermedades cutáneas en Myanmar son extremadamente limitados.

The Burma Skincare Initiative (BSI)

CEMG (Universidad de Mánchester, Reino Unido) mostró un gran interés en la salud global y la salud de la piel de los emigrantes tras su participación con: la International League for Dermatological Societies (ILDS); la Dirección del Global Psoriasis Atlas (GPA); y la membresía del Grupo de Trabajo de Dermatología para la Salud de los Migrantes de la International Foundation for Dermatology's (IFD). Su interés por la atención mundial de la piel se materializó todavía más después de su visita a los campamentos de refugiados sirios en el valle de la Becá (Líbano) en julio de 2018⁶. Estos intereses fueron reconocidos por su nombramiento como asesor especial de la ILDS en materia de investigación y política de salud global. SML es médico residente de dermatología birmano (St John's Institute of Dermatology, King's College de Londres, Reino Unido) que viaja a Myanmar anualmente para formar a los médicos y jóvenes voluntarios de las clínicas móviles de las comunidades desfavorecidas de Yangon a través de una organización benéfica con sede en Myanmar: Better Burmese Health Care (BBHC; www.betterburmesehealthcare.org). Su experiencia médica electiva en el campamento de refugiados de Mae La en la frontera de Tailandia con Myanmar en 2007, junto con su trabajo voluntario a través de la BBHC a lo largo de los años, la han inspirado para ayudar a construir los cimientos para el cuidado de la piel en Myanmar.

En mayo de 2018, los autores (SML y CEMG) se reunieron de manera fortuita en el congreso quinquenal de Dermatología Investigativa Internacional en Orlando, Florida (EE. UU). Hablamos de nuestra respectiva labor humanitaria, lo cual condujo posteriormente a nuestra visita a los departamentos de dermatología en Myanmar en diciembre de 2018. Visitamos tanto el MGH/UMM como el YGH/UM1 con el objetivo de identificar las necesidades no satisfechas en materia de cuidado de la piel en Myanmar y ayudar a abordarlas

mediante el establecimiento de vínculos activos y sostenibles entre Myanmar y las comunidades dermatológicas internacionales para beneficio mutuo. Con esta visión en mente, cofundamos la Burma Skincare Initiative (BSI) que ha sido galardonada con el estatus como organización benéfica por la Charity Commission en el Reino Unido en enero de 2020 (Registro n.º 1187197) (Fig. 1). Los principales dermatólogos y los rectores (decanos) de la UM1 en Yangon y la UMM en Mandalay están debidamente informados de los objetivos de la BSI y han proporcionado su pleno apoyo. Es crucial que dicha iniciativa se base en una estrecha colaboración y comunicación con los equipos



Fig. 1. El logotipo de la Burma Skincare Initiative (BSI). Las tres barras horizontales doradas representan los tres ámbitos dermatología que la BSI se esfuerza por mejorar: educación, investigación y servicios clínicos.

Continúa al dorso...

Tabla 1. Los objetivos de la Burma Skincare Initiative (BSI)

	Corto plazo (2 años)	Medio plazo (5 años)	Largo plazo (10 años)
Educación	<ul style="list-style-type: none"> Encuentro inaugural de la BSI (21-24 de febrero de 2020) Becas educativas Myanmar Dermatological Society 	<ul style="list-style-type: none"> Encuentros anuales de la BSI Plan de estudios Itinerario de formación 	<ul style="list-style-type: none"> Regional Dermatology Training Centre (RDTC)
Research	<ul style="list-style-type: none"> MACADAMIA* Global Psoriasis Atlas 	<ul style="list-style-type: none"> Investigación colaborativa en curso 	<ul style="list-style-type: none"> RDTC
Clinical	<ul style="list-style-type: none"> Becas de intercambio Pruebas diagnósticas 	<ul style="list-style-type: none"> Tele dermatología Clinicas generales en zonas rurales Clinicas especializadas 	<ul style="list-style-type: none"> RDTC Especialistas en enfermería clínica

* **M**ycetoma and **C**hromoblastomycosis – **a** **D**ermatology **A**ccess in **M**yanmar **I**nitiative (Micetoma y cromoblastomicosis: una iniciativa para el acceso a la dermatología en Myanmar)

locales de dermatología de Myanmar, ya que los objetivos de la BSI están enfocados hacia las necesidades específicas no satisfechas (Tabla 1).

Visita a los Departamentos de Dermatología en los Hospitales Generales de Mandalay y Yangon

Diciembre es uno de los meses más fríos en Myanmar. El 10 de diciembre de 2018 en Mandalay, en cambio, era equivalente a un caluroso día de verano en el Reino Unido con una temperatura de ~35 °C cuando llegamos al departamento de dermatología del MGH. El equipo de dermatología dirigido por el Profesor Khin Mya Lwin nos dio la bienvenida y pronto comenzamos el recorrido por el departamento con una visita a la planta (Fig. 2a). Hay 4 médicos especialistas, 8 médicos residentes y 4 enfermeros en el departamento con un servicio de hospitalización de 8 camas, de los cuales 5 estaban ocupados por pacientes con pénfigo y uno con eritrodermia secundaria psoriásica en el momento de nuestra visita. La mayoría de los pacientes de la

La mayoría de las enfermedades de la piel en Myanmar se diagnostican clínicamente, aunque existen servicios de histopatología tanto en Yangon como en Mandalay. Curiosamente, varios de los pacientes con pénfigo de la planta viajaron desde la región rural del delta del Irrawaddy. Clínicamente, estos pacientes con pénfigo presentaban el subtipo foliáceo (Fig. 3), posiblemente con una etiología similar al pénfigo foliáceo endémico del Amazonas o pénfigo brasileño por medio de la exposición a las moscas negras hematófagas de los valles fluviales⁷. Esto requiere una investigación más profunda para proporcionar una taxonomía específica. Una de las necesidades no satisfechas más importante es que no existe un servicio de inmunodiagnóstico en Myanmar y, por lo tanto, los dermatólogos no pueden diagnosticar y clasificar satisfactoriamente enfermedades inmunobullosas, como el pénfigo.



Fig. 2a. Asistiendo a una visita a la planta.

planta habían tenido que viajar durante varias horas o incluso días para solicitar ayuda especializada para sus enfermedades cutáneas. La clínica ambulatoria en el MGH se llevó a cabo en la entrada del hospital (Fig. 2b) con recursos limitados para garantizar la privacidad y confidencialidad de los pacientes.



Fig. 2b. Pacientes ambulatorios en Mandalay General Hospital, Mandalay (Myanmar).



Fig. 3. Un paciente con pénfigo en la planta del Hospital General de Yangon (Myanmar).

Otra necesidad sin satisfacer es que, aunque los dermatólogos de Myanmar «ven habitualmente» la psoriasis, las terapias sistémicas son pocas y no están ampliamente disponibles, además de que los productos biológicos son inexistentes. Hasta la fecha, no existen datos sólidos sobre la prevalencia o la incidencia de psoriasis en Myanmar.

Aunque no existe una formación especializada reglada para el personal de enfermería dermatológica de Myanmar, quienes trabajan en dermatología se han formado y adquirido sus conocimientos «en el trabajo» y han aprendido sobre un amplio abanico de materias, como las terapias tópicas para la psoriasis y los cuidados cutáneos en casos dermatológicos de emergencia. A pesar de que las clínicas estén muy concurridas, los enfermeros recogen meticulosamente a diario los datos de todos los casos en pacientes hospitalizados y pacientes ambulatorios que se presentan en el departamento de dermatología del MGH. Después de la visita departamental, nos reunimos con el rector de la UMM, el profesor Khin Maung Lwin, antes de mantener una charla conjunta con el equipo de dermatología para analizar los desafíos a los que se enfrentan en la práctica en Mandalay y cómo la BSI podría ayudar a atender estas necesidades. Entre ellos se incluía la limitada educación de los pacientes sobre las enfermedades de la piel, la necesidad de un servicio de inmunodiagnóstico, la formación limitada, las directrices locales y los recursos para terapias sistémicas como el metotrexato y la ciclosporina, y la falta de soporte técnico y mantenimiento para el equipo de fototerapia. El equipo, incluido el rector de UMM, se mostró entusiasmado por la oportunidad de trabajar con la BSI para garantizar la sostenibilidad de esta iniciativa.

El departamento de dermatología de YGH/UM1, dirigido por el catedrático Khine Khine Zaw, fue el único centro nacional de formación en dermatología en Myanmar (Fig. 5) hasta 2004, cuando se estableció un segundo centro de formación en NOGH/UM2, y un tercero en MGH/UMM en 2018. El YGH es el centro dermatológico más grande de Myanmar con 9 clínicas especializadas que operan a diario. Durante diciembre de 2018, visitamos los departamentos de dermatología hospitalarios y ambulatorios en YGH, nos reunimos con el rector de la UM1, el catedrático Zaw Wai Soe, y hablamos acerca de los desafíos a los que se enfrenta la comunidad dermatológica en Myanmar y analizamos las estrategias para hacer frente a dichos desafíos. También algunos de los estudiantes de dermatología tuvieron la oportunidad de presentar casos interesantes y complicados vistos en el YGH, incluyendo micosis profundas entre las que se incluía el micetoma y la cromoblastomicosis. Durante la charla con el equipo en el YGH/UM1 surgió una cuestión relativa a los desafíos y necesidades insatisfechas. También tratamos otros temas como la estandarización de la formación en dermatología y el plan de estudios de dermatología en Myanmar, estableciendo



Fig. 4. La Dra. Lwin y el catedrático Griffiths con el equipo de dermatología del Yangon General Hospital, Yangon (Myanmar).



Fig. 5. Día de las Enfermeras, Primer Encuentro Internacional de la Burma Skincare Initiative, Yangon (Myanmar). Más de 70 enfermeros y 200 delegados de toda Myanmar asistieron al Día de las Enfermeras y a la Reunión Principal, respectivamente.

un intercambio mutuamente beneficioso de becas con centros de dermatología del Reino Unido, constituyendo la Sociedad Dermatológica de Myanmar y colaborando en la investigación en Myanmar.

BSI: Progreso hasta la fecha

En el año transcurrido desde la fundación de la BSI (diciembre 2018) hemos progresado considerablemente y alcanzado muchos de los objetivos a corto, medio y largo plazo (Tabla 1), entre los que se incluye el encuentro inaugural de la BSI y las becas de European Society for Dermatological Research (ESDR) de Myanmar.

Encuentro inaugural de la BSI: primer encuentro internacional de dermatología celebrado en Myanmar

Como uno de los primeros pasos para lograr los objetivos de la BSI, se propuso celebrar encuentros educativos anuales de la BSI como plataforma para que Myanmar y las comunidades dermatológicas internacionales intercambiaran conocimientos y experiencias sobre la gestión y la investigación más reciente de las enfermedades comunes y raras de la piel para beneficio mutuo. Además, la oportunidad de entablar contactos permitirá a los dermatólogos locales e internacionales trabajar juntos para llevar a cabo investigaciones cruciales, como la epidemiología de las enfermedades de la piel en Myanmar y abordar los objetivos sostenibles a largo plazo de la BSI de eliminar las barreras al acceso a la atención cutánea del país. Esto se logrará en colaboración con colaboradores del sector y organizaciones no gubernamentales (ONG), como Medical Action Myanmar (MAM; www.medicalactionmyanmar.com). Los encuentros de la BSI también servirán de plataforma para que Myanmar y los estudiantes internacionales de dermatología exhiban su trabajo mediante presentaciones orales y visuales. De hecho, el primer encuentro internacional de la BSI tuvo lugar en Yangon (Myanmar) del 21 al 24 de febrero de 2020 (www.bsi2020.com). Al congreso asistieron más de 70 enfermeros y 200 dermatólogos, médicos de cabecera y médicos con especialidades médicas de toda Myanmar, y fue un éxito rotundo, académica, social y culturalmente. El primer día del encuentro se dedicó a la enfermería dermatológica, mientras que el segundo y tercer día —el encuentro principal— se dedicaron específicamente a los dermatólogos de Myanmar y consistieron en conferencias plenarias de eminentes oradores internacionales del Reino Unido y Alemania, presentaciones importantes de dermatólogos de Myanmar, y presentaciones orales y visuales de los estudiantes de dermatología de Myanmar y el Reino Unido.

Continúa al dorso...

Las becas ESDR

Myanmar

Como presidente electo, el CEMG presentó el tema de Salud Global a la ESDR y, como iniciativa de colaboración con la BSI, dos estudiantes de dermatología de Myanmar: la Dra. Hlaing y el Dr. Thu recibieron las primeras becas de ESDR Myanmar para poder asistir al 49.º Congreso Anual de ESDR, celebrado en Burdeos (Francia) en septiembre de 2019 (Fig. 6). Esto supone una importante oportunidad para que los estudiantes de dermatología de Myanmar asistan a un congreso internacional de dermatología para aprender los últimos avances en dermatología de los expertos del mundo y establecer contactos con compañeros de ámbito internacional. Posteriormente, los dos becarios de ESDR Myanmar compartieron sus experiencias y conocimientos adquiridos en el congreso con sus respectivos equipos de dermatología en la UM1 y la UM2 en Myanmar, permitiendo así la difusión del aprendizaje del encuentro de dermatología de primera clase. La BSI tiene intención de continuar su colaboración con la ESDR.



Fig. 6. La Dra. Thiri Hlaing (Universidad de Medicina 1 Yangon) y el Dr. Phyo Min Thu (Universidad de Medicina 2 Yangon) fueron los primeros estudiantes de dermatología de Myanmar en recibir las becas ESDR Myanmar. Fotografía tomada en el 49.º congreso anual de la ESDR en Burdeos (Francia).

BSI: Próximos pasos

En cuanto a la investigación, existen grandes carencias en los conocimientos sobre la epidemiología de las enfermedades de la piel en Myanmar, entre las que se incluyen los micetomas y la cromoblastomycosis, que son enfermedades crónicas incapacitantes de la piel y los tejidos subyacentes, y son más frecuentes en los países tropicales y subtropicales. Ambas fueron añadidas a la lista de Enfermedades Tropicales Desatendidas de la OMS en 2017. Aunque Myanmar se encuentra dentro de la zona geográfica de alto riesgo conocida como «el cinturón del micetoma», no hay programas de vigilancia o prevención para estas enfermedades en el país. Como primer programa de intercambio de becas de BSI, la Dra. Tina Tian – médico especialista en dermatología del Salford Royal Hospital NHS Foundation Trust de Mánchester ha recibido financiación de la European Academy of Dermatology and Venereology (EADV) y del programa DermLink del IFD para crear clínicas dermatológicas en zonas rurales y de diagnósticos rápidos «de campo» e investigación sobre micosis profundas en Myanmar en 2020-2021, en un programa titulado «**Mycetoma and Chromoblastomycosis – a Dermatology Access in Myanmar Initiative (MACADAMIA)**». Del mismo modo, la prevalencia y la incidencia de psoriasis en Myanmar se evaluará mediante la colaboración con el GPA.

Igual que sucede con la psoriasis, existen desafíos significativos en el tratamiento de las enfermedades inmunobullosas como los casos de pénfigo que observamos durante nuestras visitas a los departamentos de dermatología de MGH y YGH. Como primer paso para abordar estos desafíos, la BSI, en colaboración con el catedrático Detlef Zillikens, experto en enfermedades inmunobullosas de la Universidad de Lübeck (Alemania) y los equipos de dermatología de la UM1 y UM2, tratan de establecer los primeros servicios de inmunodiagnóstico en Myanmar en un futuro próximo.

Otras necesidades no satisfechas en la dermatología de Myanmar que la BSI se esforzará por abordar en los próximos 5 a 10 años incluyen: acceso limitado a la atención cutánea fuera de Mandalay y Yangon; la ausencia de enfermeros clínicos especialistas y de clínicas especializadas; y la falta de estandarización en la formación y el plan de estudios de dermatología. Para abordar la sostenibilidad de la BSI y sus próximos pasos, se celebró una mesa redonda multidisciplinaria el último día del congreso de la BSI 2020 en Yangon (24 de febrero de 2020). Las comunidades rurales parecen ser una población de interés y los trabajadores sanitarios de la comunidad y los oficiales médicos del municipio necesitarán una formación especializada en dermatología, probablemente incorporando la dermatología en el plan de estudios de una nueva licenciatura en Medicina Familiar, tal vez complementada por servicios de tele dermatología.

También exploraremos formas de introducir formación especializada para los enfermeros de Myanmar en colaboración con el British Dermatology Nursing Group (BDNG) y colaborando estrechamente con la British Association of Dermatologists (BAD) para explorar la posibilidad de desarrollar una formación conjunta entre el Reino Unido y Myanmar, y un plan de estudios sobre dermatología. Otra posibilidad es que la BSI se convierta en miembro de Myanmar UK Health Alliance, dirigida por la Dra. Thinn Thinn Hlaing (directora regional del Tropical Health Education Trust (THET)). La visión principal de la BSI es constituir un centro regional de formación en dermatología (RDTC) en Myanmar que garantizará la calidad de la formación clínica y en investigación en dermatología en el sudeste asiático.

Resumen y mensajes clave

La atención sanitaria en Myanmar está clasificada entre las más deficientes del mundo por la OMS y el escaso acceso a la atención cutánea es prevalente. Con los muchos desafíos a los que se enfrenta el país en materia de dermatología, Myanmar es una tierra de oportunidades para que la comunidad internacional ayude a desarrollar la educación, la investigación y los servicios clínicos sentando las bases de la dermatología junto con la comunidad de dermatología de Myanmar de manera sostenible. Esta es la misma visión en la que se basa la BSI. Tal vez este sea solo el comienzo de un largo viaje, pero ciertamente es uno en el que vale la pena embarcarse, principalmente en beneficio del desfavorecido pueblo de Myanmar. Gracias al esfuerzo colectivo con sus socios, incluida la industria, las ONG como MAM y la comunidad internacional de dermatología, la BSI se esfuerza por facilitar conexiones entre la comunidad dermatológica de Myanmar y el mundo exterior y para que pueda acceder de manera sostenible a oportunidades en materia de educación, investigación y formación clínica de primera clase. La idea es que Myanmar cuente algún día con servicios dermatológicos de primera clase para toda su población.

Referencias

1. Tandon A, Murray CJL, Lauer JA *et al.* 1997. Measuring overall health system performance for 191 countries. GPE Discussion Paper Series No. 30. EIP/GPE/ EQC World Health Organisation.
2. World Health Organisation country profile on Myanmar: <https://www.who.int/countries/mmr/en/>
3. World Health Organisation health financing profile for Thailand, 2017.
4. Office for National Statistics. Healthcare expenditure, UK health accounts: 2017.
5. Hay RJ, Johns NE, Williams HC *et al.* The Global Burden of Skin Disease in 2010: an analysis of the prevalence and impact of skin conditions. *J Invest Dermatol* 2014; 134: 1527-34.
6. Griffiths CEM. Refugee skin health in Lebanon: an interview with Professor Chris Griffiths. *Community Skin Health* 2019; 15: 2-3.
7. Aoki V, Rivitti EA, Diaz LA *et al.* Update on fogo selvagem, an endemic form of pemphigus foliaceus. *J Dermatol* 2015; 42: 18-26.

CUESTIONARIO

Deepani Munidasa

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

CASO 1

El Sr. A, varón de Sri Lanka de 45 años, presentó una zona endurecida de pápulas subcutáneas, nódulos y pequeños abscesos en el costado izquierdo del abdomen durante 8 meses (Figura 1). Algunos habían formado fístulas, y supuraban pus con gránulos amarillentos.

Estaba perfectamente sano, trabajaba como empleado de oficina y disfrutaba de la jardinería como pasatiempo.

Su hemograma, función hepática, radiografía de tórax y ecografía del abdomen eran normales. Se realizó una biopsia cutánea (Figura 2). El cultivo del material purulento produjo *Staphylococcus aureus*.



Fig. 1.

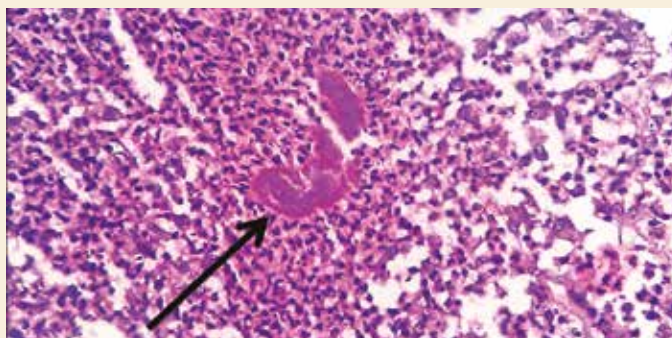


Fig. 2.

¿Cuál es el diagnóstico?

- a) Eumicetoma
- b) Sarcoidosis
- c) Tuberculosis cutánea
- d) Botriomicosis cutánea
- e) Pioniositis

CASO 2

Una maestra de escuela de 35 años de Anuradhapura (Sri Lanka) acudió por una erupción recurrente de pápulas pruriginosas en los brazos de distribución fotosensible (Figura 1). Los corticosteroides tópicos y los protectores solares de amplio espectro parecían ayudar solo temporalmente.

El examen físico también reveló un nódulo ulcerado asintomático de color cutáneo en el codo derecho (Figura 2). Se obtuvieron frotis por raspado de incisión cutánea del nódulo para microscopía.



Fig. 1.



Fig. 2.

¿Cuál es el diagnóstico clínico?

- a) Lupus cutáneo subagudo
- b) Dermatitis herpetiforme
- c) Molusco gigante con inmunodeficiencia
- d) Leishmaniasis cutánea
- e) Fitofotodermatitis

Las respuestas se encuentran en la página 11.

Jill Brooks

Investigadora visitante, Departamento de Ciencias de Enfermería, Universidad de Bournemouth, Reino Unido. jb284@btinternet.com

Palabras clave: cuidado de heridas, barrera de la piel, quemaduras, ulceración de la piel, apósitos, antisépticos, zonas con escasos recursos

Resumen

El objetivo del tratamiento de las heridas es minimizar el riesgo de infección, favorecer una cicatrización óptima, reducir el dolor y el malestar, minimizar la pérdida de funciones y optimizar los resultados estéticos.

Este artículo proporciona información sobre la evaluación del estado general de salud del paciente y de la herida, ambos cruciales para lograr una cicatrización óptima de la herida. Los apósitos y las aplicaciones tópicas citadas son de bajo costo y están generalmente disponibles.

Introducción

La piel es vital para mantener la vida. Tiene muchas funciones, pero la más importante es que proporciona una barrera protectora contra los agentes mecánicos, térmicos, físicos e infecciosos, como los virus y las bacterias, y también previene la pérdida de agua. Cuando la piel se daña, estas funciones vitales se ponen en peligro y, por lo tanto, es esencial curar cualquier alteración cutánea lo antes posible.

Las heridas causan niveles variables de dolor en función de la causa, el lugar, la profundidad y la envergadura. La piel dañada, especialmente en zonas visibles como la cara, también puede tener un impacto psicológico.

El tratamiento de las heridas en países con escasos recursos puede ser un desafío debido a la falta de conocimientos actualizados y la escasez de medicamentos y equipamientos. Un estudio de Ghana observó que las deficiencias en materia de higiene y cuidado de las heridas eran una de las principales causas de deterioro de las heridas, además de la no identificación de complicaciones de las enfermedades subyacentes¹.

MÉTODO

Evaluación del paciente

Es muy importante evaluar la salud general del paciente para determinar los factores que pueden influir en la capacidad de la herida para curarse y para administrar el tratamiento profiláctico, si es necesario. Por ejemplo:

- El control del **dolor** a veces no se percibe como un componente importante al tratar la herida, pero este inhibe la cicatrización de la herida debido a la producción de hormonas del estrés que retrasan la respuesta inflamatoria y, por ende, la curación. El dolor deteriora la calidad de vida de los pacientes, lo que conlleva a una disminución del apetito y privación del sueño, lo que agrava aún más las reacciones al estrés.
- **Enfermedad subyacente:** La anemia, por ejemplo, retarda la cicatrización de la herida, debido al impacto en la oxigenación del tejido. La diabetes es uno de los factores adversos más frecuentes que dificulta la cicatrización de las heridas.
- La **nutrición** desempeña un papel clave en la cicatrización de las heridas. Las heridas requieren de una alta demanda metabólica en los pacientes, por lo que es importante que reciban las calorías adecuadas para enderezar el equilibrio y prevenir la desnutrición. Lo importante no es la cantidad de alimentos, sino la calidad. Se ha demostrado que las dietas

ricas en proteínas y vitamina C favorecen la cicatrización de las heridas.

- **Fumar** disminuye la oxigenación tisular y retrasa la cicatrización de la herida.
- Los **medicamentos** pueden afectar la cicatrización de la herida; por ejemplo, la warfarina, un anticoagulante, puede hacer que la herida sangre más fácilmente.

Valoración de la herida

La valoración de la herida debe realizarse de forma sistemática y documentada inicialmente y a intervalos frecuentes para determinar si la herida se está curando como se esperaba y para que sirva como registro para otros médicos que puedan atender la herida. La evaluación debe incluir:

- La **causa** de la herida, como trauma, presión, posoperatorio, quemaduras o diabetes. Si la herida se ha contaminado con barro, puede requerirse el suministro de toxoide tetánico (vacuna). Si la herida es causada por la mordedura de un animal rabioso, puede requerirse la vacuna/inmunoglobulina antirrábica. Las quemaduras provocan la pérdida de líquidos corporales que hay que sustituir por vía oral o intravenosa.
- El **tamaño** de la herida, incluida su profundidad.
- La cantidad y el tipo de **exudado**. El exudado normal es escaso y de color claro. Si es espeso, de color o desprende olor, está infectado.
- El estado de la **piel circundante**. El exceso de exudado hará que la piel circundante se macere (humedezca), lo que provoca la descomposición de la piel.
- El estado de los **bordes** de la herida. Los bordes elevados de la herida pueden indicar malignidad y los bordes socavados parecen indicar una úlcera de Buruli.
- El **tipo** de herida (figuras 1-6):



Fig. 1. Herida necrótica: tipificada por tejido necrótico negro/gris.



Fig. 2. Herida esfacelada: una mezcla de glóbulos blancos muertos, bacterias muertas, tejido necrótico y fibroso.



Fig. 3. Herida esfacelada: una mezcla de glóbulos blancos muertos, bacterias muertas, tejido necrótico y fibroso.



Fig. 4. Herida granulosa: tipificada por tejido de color rosa/malva pálido.



Fig. 5. Herida epitelizante: tejido nuevo de color rosa.



Fig. 6. Herida maligna: a menudo con bordes elevados, sangra fácilmente y emite un olor desagradable que indica la presencia de infección o colonización por bacterias.

Puede haber una combinación de diferentes tipos de heridas dentro de una misma herida, tal como se muestra en las figuras 1-5. De ser así, tome nota del porcentaje de cada tipo, por ejemplo, 80 % de granulado y un 20 % epitelizante.

Quemaduras

Las quemaduras son daños en la piel y los tejidos más profundos causadas por el contacto con el fuego (como el que se requiere para cocinar), el calor, la electricidad, la radiación o los productos químicos cáusticos. Las quemaduras se clasifican según la profundidad y la



Fig. 7. Quemadura de primer grado. La piel se presenta roja, dolorida y sensible al tacto. La piel dañada puede estar ligeramente húmeda debido al derrame del líquido en las capas más profundas de la piel.



Fig. 8. Quemadura de segundo grado. El daño es más profundo y suelen aparecer ampollas en la piel, lo cual resulta muy doloroso y sensible.

Fig. 9. Quemadura de tercer grado. Los tejidos de todas las capas de la piel están muertos. Por lo general, no hay ampollas. La superficie quemada puede presentarse normal, de color blanco, negro (carbonizado) o rojo brillante de la sangre en el lecho de la herida. El daño a los nervios sensoriales de la piel puede implicar que las quemaduras de tercer grado sean indoloras, ya que la piel quemada carece de sensación al tacto. Un injerto cutáneo suele ser necesario para zonas importantes con quemaduras de tercer grado.



extensión del daño en la piel (figuras 7-9).

La regla de los nueves (figura 10) debe usarse para evaluar rápidamente la cantidad de superficie corporal quemada de un paciente. La regla solo se aplica a quemaduras de segundo y tercer grado. En niños mayores de un año, por cada año por encima de uno, se suma un 0,5 % por cada pierna y se resta un 1 % de la cabeza. Esta fórmula debe usarse hasta que se alcance la Regla de los nueves. Por ejemplo, un niño de cinco años sería +2 % por cada pierna y -4 % por la cabeza.

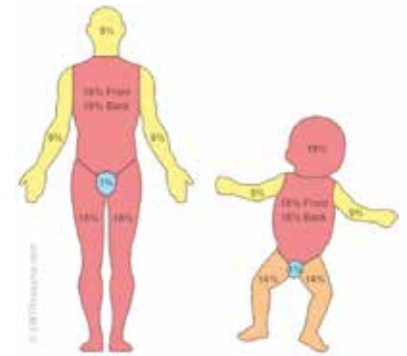


Fig. 10. Regla de los nueves en un adulto y un niño.

La mayoría de las quemaduras de segundo y tercer grado causan algún grado de cicatrización, que puede minimizarse mediante fisioterapia temprana. Esta práctica ayuda a mantener flexibles los músculos y las articulaciones de los miembros quemados y la zona de la cicatriz distendida evitando así una contractura gruesa, dura y tirante.

Limpieza y curación de la herida para optimizar la cicatrización

Los apósitos deben ser estériles. La esterilización en autoclave se suele utilizar para lograrlo (figura 11). Deben utilizarse instrumentos estériles para retirar los apósitos del tambor. Cuando no esté en uso, las tapas del tambor deben mantenerse firmemente cerradas para evitar la entrada de polvo e insectos.



Fig. 11. Tambores en autoclave de un hospital ugandés.

Procedimiento de apósito

Antes de vendar la herida, administre analgésicos al paciente, en caso necesario. Limpie el carrito de curas o disponga de una zona estéril o limpia y un receptáculo para desechar el apósito. Lávese bien las manos con agua jabonosa durante al menos 20 segundos, enjuáguelas bien con agua corriente limpia, séquelas con una toalla limpia o al aire. Use guantes estériles.

Limpie la herida para minimizar el trauma cuando se deba retirar los materiales de apósito adherentes, elimine los restos y rehidrate la herida para proporcionar un ambiente húmedo. En el mundo occidental se utiliza agua potable para limpiar heridas²; sin embargo, el 42 % de las instalaciones sanitarias en África no tienen acceso a agua potable³ y esto puede aplicarse en zonas áreas con escasos recursos. El agua hervida y enfriada puede ser una alternativa razonable.

Continúa al dorso...

Si no dispone de agua potable de calidad, use la loción de conformidad con la política de su hospital o clínica. Es mejor evitar los antisépticos sin diluir, como el yodo povidona y el gluconato de clorhexidina, ya que afectan adversamente la cicatrización de la herida. Los productos comunes de limpieza de heridas utilizados en los países con escasos recursos en mi experiencia son:

- Solución salina estéril al 0,9 %
- Líquido antiséptico Savlon (cetrimida 3,0 % m/v y gluconato de clorhexidina 0,3 % m/v). A veces se utiliza una dilución de 1 en 20 para limpiar heridas.
- El yodo povidona al 10 % (Betadine) requiere que el apósito se cambie al menos una vez al día. Por lo tanto, se recomienda su uso en heridas infectadas con niveles bajos de exudado o en heridas que necesitan cambios de apósito frecuentes. Basándose en pruebas de ensayos clínicos, el efecto del yodo no es inferior al de otros agentes antisépticos y no afecta la cicatrización de la herida⁴.
- El peróxido de hidrógeno al 3 % puede usarse diluido al 50 % en heridas infectadas. La piel circundante debe protegerse aplicando parafina suave blanca. No se recomienda para la irrigación de heridas profundas o dentro de cavidades corporales, ya que se han reportado embolias gaseosas⁵. En la actualidad, se usa con poca frecuencia en el mundo occidental para la limpieza de heridas.

Limpie suavemente la herida de dentro hacia fuera con algodón hidrófilo estéril desechándolo después de cada pasada. De esta manera se evita que entren en la herida bacterias que son dañinas para la piel y se consigue eliminar cualquier exudado de la herida que pueda estar en la piel circundante. Si es profunda, irrigue la herida suavemente con una jeringa.

Los apósitos deben mantener la herida húmeda, pero sin empaparla. En los países con escasos recursos, la gasa estéril se aplica normalmente directamente en las heridas, pero puede causar dolor y trauma a menos que se retire con cuidado. Para heridas con un alto nivel de exudado, se aplica una compresa de algodón hidrófilo sobre la gasa. Hay que extirpar el tejido necrótico negro y duro antes de que pueda producirse la cicatrización. Puede hacerse con apósitos húmedos o con limpieza quirúrgica.

Normalmente será suficiente cambiar el apósito cada 2-3 días. Las heridas con infecciones graves o con exudado intenso, como las quemaduras, pueden requerir cambios diarios o tres veces al día. A medida que sanan las heridas, disminuirá el exudado, por lo que se reducirán los cambios de apósito.

Apósitos para quemaduras y heridas infectadas

Los siguientes elementos pueden utilizarse directamente sobre la herida y tapados con gasa estéril y, en caso necesario, algodón hidrófilo para absorber el exudado:

- **Gasa con Vaselina.** Puede adherirse a la herida si no se cambia con frecuencia causando dolor y trauma al extraerse a cualquier tejido nuevo. No tiene propiedades antimicrobianas. No se recomienda para quemaduras.
- **Sulfadiazina de plata.** Este es el tratamiento más ampliamente utilizado para la prevención de infecciones en pacientes con heridas por quemaduras. Se puede utilizar bajo la gasa con Vaselina para prevenir la infección y permitir una retirada más fácil⁶. Debe aplicarse en una capa de aproximadamente 1/16 pulgadas de grosor o 1,6 milímetros una o dos veces al día. No debe usarse en bebés prematuros ni en ningún niño menor de 2 meses o durante los últimos meses del embarazo.
- **Miel.** Es antibacteriana y antifúngica. Se recomienda la miel de grado médico, ya que la miel cruda puede transportar bacterias

dañinas como *Clostridium botulinum*, que es raro, pero ocurre cuando las esporas entran en una herida abierta y se reproducen en un ambiente anaeróbico⁷. La miel no se adhiere en la herida, por lo que es especialmente útil en las quemaduras. Por lo general, para facilitar su aplicación se aplica primero al apósito (figura 12). Típicamente se necesitan 20 ml de miel para una herida de 10 cm x 10 cm asegurándose de crear una capa de miel de 1 a 2 cm de grosor. Para heridas más profundas o heridas muy exudativas puede ser necesario mucha más



Fig. 12. Aplicación de miel medicinal mediante tubo en apósito de gasa en Etiopía

miel. Rellene solo el hueco o la cavidad de la herida con la miel si está seguro de que no tiene conexión con otras estructuras del cuerpo. Asegúrese de que el apósito de miel esté en contacto con toda la herida y se extienda por los márgenes de la herida en al menos 0,5 cm. Cubra el apósito con gasa mechada. Sujete el apósito con una venda o esparadrapo. Evite usar demasiado esparadrapo, ya que podría dañar la piel al retirarlo. Puede que sea necesario cambiar el apósito frecuentemente como consecuencia del fuerte exudado.

La gasa empapada en ácido acético (vinagre) 0,5 %-5 % aplicada durante diez minutos al día se ha utilizado de manera satisfactoria en heridas infectadas con *Pseudomonas aeruginosa*⁸.

Conclusión

Para lograr una cicatrización óptima de la herida es importante evaluar y documentar la salud general del paciente y tratar cualquier necesidad sanitaria antes de evaluar y documentar el estado de la herida. Vuelva a evaluar al paciente y la herida a intervalos regulares, reevaluando el tratamiento según sea necesario. Es preciso cambiar los apósitos regularmente para mantener las heridas húmedas, pero no empapadas. Es importante administrar analgésicos adecuados.

Referencias

1. Addison NO, Pfau Set al. Assessing and managing wounds of Buruli ulcer patients at the primary and secondary health care levels in Ghana 2017; *PLoS Negl Trop Dis.* Feb 2017; **11(2)**: e0005331. Published online 2017 Feb 28.
2. Fernandez R, Griffiths R. Water for wound cleansing. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2008. (1). Art.No.: CD003861. DOI: 10.1002/14651858.CD003861.pub2.
3. WHO/UNICEF. 2015 http://www.who.int/water_sanitation_health/publications/wash-health-care-facilities/en/.
4. Vermeulen H, Westerbos SJ et al. Benefit and harm of iodine in wound care: a systematic review. *Journal of Hospital Infection.* 2010; **76**:191-9.
5. Sleigh J W, Linter SP. Hazards of hydrogen peroxide. *Br Med J (Clin Res Ed)*. Dec 14 1985; **291(6510)**: 1706. doi: 10.1136/bmj.291.6510.1706.
6. Heyneman A, Hoeksema H et al. The role of silver sulphadiazine in the conservative treatment of partial thickness burn wounds. A Systematic Review. *Burns.* 2016; pp.1377-1386.
7. WHO. Fact Sheet Botulism. 10 January 2018; <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/botulism>. 13, pp 410-415
8. Nagoba BS, Selkar SP, Wadher BJ, Gandhi RC. Acetic acid treatment of pseudomonad wound infections - A review. *Journal of Infection and Public Health* 2013; **6**:410-5.

Un sincero agradecimiento de parte de la Junta Editorial de Community Skin Health

La Junta Editorial de CSH desea expresar su más sincera gratitud por el trabajo de traducción que se ha llevado a cabo en nombre de la revista Community Skin Health.

El CSH cuenta con un equipo comprometido de dermatólogos altamente cualificados que dominan el francés, el español y el chino simplificado y que revisan la traducción de la revista antes de su publicación. Agradecemos enormemente su tiempo, sus conocimientos y su experiencia.

Nos complace mucho que la revista esté siendo traducida a cada uno de estos idiomas. Esto significa que cada vez más lectores en todo el mundo ya tienen acceso y leen el CSH.

GLODERM

International Alliance for Global Health Dermatology

imagina un mundo donde cada individuo, independientemente de su procedencia, tiene la oportunidad de gozar de una buena salud cutánea. Su misión es promover la salud cutánea en todo el mundo mediante un mayor acceso a la atención, formación, promoción, creación de capacidades, atención clínica e investigación. Su objetivo es concienciar sobre la salud cutánea en el marco del bienestar general de las comunidades y reducir la carga tanto de las enfermedades cutáneas comunes como de las desatendidas.

Para obtener más información, póngase en contacto con <https://gloderm.org/about-gloderm/>

Dr. Sam Gibbs FRCP, DTM&H

Nos entristece informarles del fallecimiento de Sam Gibbs, quien durante muchos años fue un miembro activo de nuestra Junta Editorial.



Tras trabajar en Tanzania durante 7 años, Sam ejerció como asesor dermatólogo en Ipswich y, más recientemente, en Swindon (Reino Unido). Fue editor de Cochrane Reviews sobre la piel y su propia revisión de los tratamientos para las verrugas virales, en la que demostró que el nitrógeno líquido no ha conferido ningún beneficio significativo sobre las terapias tópicas, ha influido en la práctica clínica. Además de su destreza académica, Sam era un médico inteligente que cuidaba mucho de sus pacientes y ponía sus principios cristianos en práctica. Manifestó sus inquietudes frente a la medicina moderna que, con todos sus beneficios tecnológicos, corre el riesgo de despersonalizarse, perdiéndose así el arte de la medicina¹. Sam falleció pacíficamente en su hogar, rodeado de su familia. Todos hemos perdido a un buen amigo.

1. Gibbs S. Losing touch with the healing art: Dermatology and the decline of pastoral doctoring. J Am Acad Dermatol 2000; 43:875-8.

El **Atlas de dermatología básica, diagnóstico y tratamiento**, de Roberto A Estrada Castañón, María de Guadalupe Chávez López y Guadalupe Estrada Chávez, está ahora disponible con traducción al inglés por medio del siguiente enlace: <http://dermatologiacomunitaria.org.mx/projects.html>

CASO 1 Respuesta

d) Botriomicosis cutánea

La botriomicosis cutánea es una afección rara con un nombre engañoso. Es una respuesta inflamatoria crónica a una infección bacteriana (*Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*, etc.) en lugar de una infección fúngica.

A menudo limitada a la piel, la botriomicosis afecta de forma no frecuente a los músculos, los huesos y los órganos internos cuando se asocia con una inmunodeficiencia subyacente. Suele existir un historial de trauma precedente.

El diagnóstico requiere un alto grado de indicios clínicos con evidencias microscópicas/cultivos de crecimiento bacteriano. El examen histológico de los gránulos amarillos de la botriomicosis muestra la presencia de grupos de bacterias rodeados de una matriz eosinofílica con proyecciones en forma de trébol (H&E). Esta apariencia se conoce como el fenómeno Splendore-Hoeppli.

El tratamiento de la botriomicosis se realiza con antibióticos sistémicos a largo plazo basados en el cultivo y la sensibilidad. Se puede requerir limpieza quirúrgica.

El sr. A fue tratado con trimetoprim-sulfametoxazol oral durante 8 semanas con depuración completa.



CASO 2 Respuesta

d) Leishmaniasis cutánea

La leishmaniasis es una enfermedad parasitaria de transmisión vectorial que afecta a la piel, las membranas mucosas o los órganos internos, dependiendo de la especie de parásito. Es una enfermedad endémica en más de 70 países, su forma cutánea está presente en Sri Lanka y está causada por la especie *Leishmania donovani* mon 37. Los mosquitos flebótomos se consideran el vector.

La leishmaniasis cutánea se suele presentar como un nódulo cutáneo asintomático, una placa endurecida o una úlcera no cicatrizante en las partes expuestas del cuerpo. Las membranas mucosas pueden verse afectadas. Como no hay dolor ni picazón, los pacientes pueden no ser conscientes de la presencia de las lesiones cutáneas. La fotodermatitis reactiva acompaña la infección en algunos casos y se resuelve cuando se cura la Leishmaniasis cutánea. Los frotis por raspado de incisión cutánea y las biopsias de piel muestran el parásito en el tejido, lo que confirma el diagnóstico clínico.

Los antimoniales intralesionales (estibogluconato de sodio) siguen siendo el principal tratamiento de la leishmaniasis cutánea en Sri Lanka. También se han utilizado paromomicina tópica, crioterapia y terapia de calor. Aunque la Leishmaniasis cutánea simple puede curarse espontáneamente, a menudo se recomienda aplicar un tratamiento para minimizar la cicatrización.



Editores

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

Editor fundador

Paul Buxton (Reino Unido)

Secretaría editorial

ILDS Secretariat

Junta editorial

Ayesha Akinkugbe (Nigeria)
Susannah Baron (Reino Unido)
Workalemahu A. Belachew (Etiopía)
Jean Bolognia (EE. UU.)
Paul Buxton (Reino Unido)
Isabel Casas (Argentina)
Steven Ersser (Reino Unido)
Guadalupe Estrada (México)
Claire Fuller (Reino Unido)
Chris Griffiths (Reino Unido)

Henning Grossman (Alemania)
Rod Hay (Reino Unido)
Sarah Hogan (Reino Unido)
Arjan Hogewoning (Países Bajos)
Vineet Kaur (India)
Chris Lovell (Reino Unido)
Harvey Lui (Canadá)
John Masenga (Tanzania)
Rachael Morris-Jones (Reino Unido)
Anisa Mosam (Sudáfrica)

Kelvin Mponda (Malawi)
Michele Murdoch (Reino Unido)
Ben Naafs (Países Bajos)
Rebecca Penzer-Hick (Reino Unido)
Rune Philemon (Tanzania)
Terence Ryan (Reino Unido)
Mafalda Soto (España)
Gail Todd (Sudáfrica)
Shyam Verma (India)
Steve Walker (Reino Unido)

Cómo recibir la revista Community Skin Health

La revista Community Skin Health (CSH) está disponible en formato digital e impreso. Es **gratuito** suscribirse tanto a la edición digital como impresa.

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 le interesa la atención médica dermatológica, la CSH es una gran oportunidad de compartir sus experiencias, ya que puede mandar artículos, informes o cartas. Consulte las Pautas para autores en la página web de CSH.

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

Derechos de autor

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

Editorial

La International League of Dermatological Societies (ILDS) publica Community Skin Health como 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 harán 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 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 CSH

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

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

CSH@ILDS.org



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

www.easyfundraising.org.uk



Fundada oficialmente en 1935, la International League of Dermatological Societies (ILDS) lleva más de 80 años fomentando la salud cutánea en todo el mundo. Su precursor nació en 1889 como el primero de muchos congresos mundiales de Dermatología. Hoy en día, el ILDS representa a la dermatología al más alto nivel con más de 170 miembros de más de 80 países. En total, representamos a más de 200 000 dermatólogos.

La International Foundation for Dermatology (IFD) fue creada en 1987 para llevar a cabo la labor humanitaria de la ILDS. Hoy en día, la IFD apoya proyectos en África, la región Asia-Pacífico y Sudamérica. CSH es la revista oficial de la IFD.



Aliado de HIFA
Health Information for All

Promoting global
Community Skin Health
through education