



Revista de la Asociación Colombiana de Dermatología y Cirugía Dermatológica

Revista de la Asociación Colombiana de Dermatología y Cirugía Dermatológica

EDITORA

Margarita María Velásquez

Esp. en Dermatología, PhD en Ciencias Básicas Biomédicas, énfasis en Inmunología. Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

CO-EDITOR

Juan Raúl Castro

Esp. en Dermatología, Universidad Nacional de Colombia. Esp. en docencia Universitaria, Universidad Militar Nueva Granada. Bogotá D.C., Colombia.

COMITÉ EDITORIAL

Ana Francisca Ramírez

Esp. en Dermatología, Esp. en Dermatología Oncológica. Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá D.C., Colombia.

Ángela María Londoño

Esp. en Dermatología, MSc Epidemiología. Universidad CES. Medellín, Colombia.

César González

Esp. en Dermatología, Universidad El Bosque. Bogotá, D.C., Colombia.

Gerzaín Rodríguez

Esp. en Dermatopatología. Universidad de La Sabana. Chía, Colombia.

Luis Antonio Castro

Esp. en Dermatología, Esp. en inmunodermatología. Hospital Militar Central. Universidad Militar nueva Granada, Bogotá DC., Colombia

Alberto Lavieri

Médico Universidad de Buenos Aires, Argentina
Docente Universidad de Buenos Aires, Argentina

Doctor en medicina, Università degli Studi di Milano, Italia

Dermatólogo, Sociedad Argentina de Dermatología

Dermatólogo pediatra, Asociación Argentina de Dermatología Pediátrica

Carla Castro

Médica dermatóloga, coordinadora de la Unidad de Dermatitis Atópica del Servicio de Dermatología del Hospital Universitario Austral.

Carlos Serrano

Esp. en Medicina Interna, Esp. de Alergología. Fundación Valle del Lili, Santiago de Cali, Colombia.

Lucy García

Esp. en Dermatología, MSc en Microbiología. Universidad del Valle, Santiago de Cali, Colombia.

María Isabel Barona

Esp. en Dermatología. Universidad del Valle, Santiago de Cali, Colombia.

Omar Lupi MSc

PhD en Dermatología. Federal University of Rio de Janeiro, Brasil.

Robert Knobler

Assoc. Prof. of Dermatology (Emeritus), Department of Dermatology, Medical University of Vienna, Vienna, Austria. Lecturer Department of Dermatology, College of Physicians and Surgeons, Columbia University New York, New York.

ASESOR DE ETICA:

José María Maya

Médico, magíster en Dirección Universitaria, Magíster en Salud Pública. Universidad CES, Medellín, Colombia

CORRECTOR DE ESTILO

Andrés Mantilla Meluk

Lingüista con énfasis en Comunicación, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, D.C., Colombia.

ASISTENTE EDITORIAL

Jenny Alexandra Sánchez

Auxiliar administrativa, Instituto técnico Don Bosco / Sena, Medellín, Colombia.

DISEÑO EDITORIAL

Valentina Vergara

Diseñadora, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia.

DIRECTORA COMERCIAL

Mónica Elena Rivera

Esp. en Dermatología, Universidad El Bosque, Bogotá D.C., Colombia.

PRESIDENTE:

Oscar Mora Hernández

VICEPRESIDENTE:

Claudia Arenas Soto

SECRETARIA:

Clara Ines Ortíz Serrano

PRESIDENTE HONORARIO:

Edgar Olmos Olmos

PRESIDENTE DEL CONGRESO:

Hernán Emilio Duque Romero

TESORERA:

Mónica Elena Rivera

Vocal principal:

Gloria Sanclemente Mesa

Vocal principal:

Carlos De La Roche

Vocal principal:

Leonor Molina Prieto

Vocal suplente:

Ricardo Flaminio Rojas López

Vocal suplente:

Rafael Humberto Rivera Villamil

Vocal suplente:

Luis Miguel Covo Segrera

Fiscal Honorario:

Adriana Arrunátegui Ramirez

Revisor fiscal:

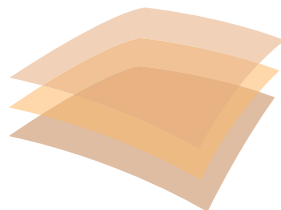
Constanza García Paredes

PORTADA

Tumor doloroso violáceo, Leydi Yohana Gallego-Vidales *et al.*

CONTRAPORTADA

Pénfigo por IgA, Virginia García *et al.*



AsoColDerma

Asociación Colombiana de Dermatología y Cirugía Dermatológica

La Revista de la Asociación Colombiana de Dermatología y Cirugía Dermatológica está indizada en LATINDEX y avalada en PUBLINDEX

Esta revista está disponible en formato digital en revista.asocolderma.org.co

INFORMACIÓN GENERAL: Los editores y la Asociación Colombiana de Dermatología y Cirugía Dermatológica no asumen ninguna responsabilidad por cualquier daño o injuria a personas u objetos resultantes de la utilización o aplicación de cualquier producto, procedimiento, cirugías, instrucciones o ideas contenidos en el material publicado en esta revista. Ningún procedimiento, prueba o terapia debe ser llevado a cabo a menos que a juicio del lector se justifique el riesgo. Debido a los constantes cambios y adelantos en la ciencia médica, se recomienda que se haga una verificación independiente de diagnósticos y dosificaciones de medicamentos. Los productos mencionados y sus dosis no son responsabilidad de sus autores.

Las aseveraciones y opiniones expresadas por los autores son propias de ellos

y no necesariamente compartidas por los editores o la Asociación Colombiana de Dermatología, quienes declinan toda responsabilidad por tal material, así como no garantizan, apoyan ni autorizan ningún producto o servicio anunciado en esta publicación ni garantizan ninguna oferta hecha por el fabricante de dicho producto o servicio.

Aunque todo el material publicitario se espera que esté conforme con la ética médica y los estándares actuales, su inclusión en esta publicación no es una garantía o apoyo de la Asociación Colombiana de Dermatología y Cirugía Dermatológica o de los editores a la calidad de cualquier producto anunciado.

©2012 Asociación Colombiana de Dermatología y Cirugía Dermatológica.

Todos los derechos reservados. Depósito legal: 2377 S

EDITORIAL

176

Brote de viruela símica en Colombia: ¿por qué y cómo contener su diseminación?

Carlos Humberto Saavedra-Trujillo

HAGA USTED EL DIAGNÓSTICO - PARTE I

178

Leydi Yohana Gallego; Aura Catherine Rodríguez; Ángel Omar Jaimes

ÉTICA - PARTE I

180

Respeto por el colega

José María Maya

ARTÍCULOS DE REFLEXIÓN

183

Experiencia significativa: la dermatología social comunitaria como enfoque formativo

Johan Flórez-Hurtado; Gustavo Antonio Posso-García; Germán Darío Hernández-Zuluaga..... 183

ARTÍCULOS DE REVISIÓN

189

Manifestaciones dermatológicas por Covid-19 y su aporte en la comprensión de la enfermedad. Revisión narrativa

Heliana Marcela Botello-Mojica; Adriana Zamudio; Manuel Gahona..... 189

REPORTES DE CASO

204

Síndrome de nevus azules cauchosos: reporte de un caso familiar

María Fernanda Tibaduiza-García; Caren Milena Ton-Mazo; Marcos Stivel Múnera-Patiño; Maribel Plaza-Tenorio 204

Lupus eritematoso discoide lineal asociado a lupus eritematoso sistémico: reporte de caso y revisión de la literatural

Ricardo Flaminio Rojas- López; Laura Isabel López-Molinares; Julián Camilo Vargas-Roa; Daniela Saaibi-Rey 209

Pénfigo por IgA

Virginia García-Tosello; Melisa Valeria Corball; Iliana Stella Garay 217

HAGA USTED EL DIAGNÓSTICO - PARTE II

225

Leydi Yohana Gallego; Aura Catherine Rodríguez; Ángel Omar Jaimes

ÉTICA - PARTE II

229

Respeto por el colega

José María Maya

Brote de viruela símica en Colombia: ¿por qué y cómo contener su diseminación?

La viruela es una enfermedad infecciosa endémica en áreas de África central y occidental. Es reconocida desde 1970, cuando se identificó en la República Democrática del Congo, en un niño de 9 meses de vida, sin historia de vacunación contra la viruela. Los estudios posteriores han mostrado que existen dos clados diferentes del virus, denominados de acuerdo con el lugar de su localización: *clado I*, en la cuenca del Congo, y los *clados IIA* y *IIB*, de África occidental⁽¹⁾. Desde el 23 de julio de 2022, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el brote actual de viruela símica como una emergencia de salud pública de importancia internacional⁽²⁾. Su seguimiento ha permitido establecer que la epidemia actual está relacionada con el *clado IIB*, con variaciones enzimáticas que editan el RNAm⁽³⁾.

El comportamiento de la pandemia actual, que parece haberse propagado de los casos exportados al Reino Unido, Israel y Singapur entre 2018 y 2019, tiene un patrón epidemiológico bastante similar a la pandemia de VIH/sida. En su transmisión, se ha documentado la necesidad de un contacto estrecho piel a piel y, por ello, el coito se considera uno de los principales mecanismos de transmisión de esta pandemia, por afectar

predominantemente a hombres que tienen sexo con hombres; se resalta el compromiso anogenital y orofaríngeo en la gran mayoría de los casos y la identificación de la PCR positiva para el virus en el semen de los portadores. El otro componente de transmisión se ha reconocido en los cuidadores de los enfermos, con lesiones que afectan los miembros superiores y el tronco, pero no los genitales, y adicionalmente no se ha podido demostrar casos de convivientes no cuidadores. A diferencia de lo ocurrido durante los primeros años de la pandemia de VIH, e incluso durante el inicio de la pandemia de Covid-19, este brote se ha caracterizado por una alta capacidad por parte de la comunidad científica para reconocer el diagnóstico, los mecanismos de transmisión, la identificación diagnóstica del virus, la existencia de vacunas efectivas y algunos medicamentos eficaces para contener la evolución de la enfermedad y las formas graves⁽³⁾.

Sin embargo, este conocimiento potencial de la epidemia no se ha acompañado de una conciencia de la población en riesgo para controlar la transmisión horizontal y los potenciales nuevos casos. De hecho, en Colombia, la población de mayor riesgo y con

mayor número de casos pertenece al grupo de personas que conviven con la infección por VIH. Los programas especializados en su atención tienen a su cargo el mayor número de casos identificados de viruela símica, pacientes quienes, a su vez, están en mayor riesgo de evolución grave y complicada, así como de mortalidad, riesgos que están asociados a los niveles de inmunosupresión. Para el 19 de octubre de 2022, se han registrado 3298 casos, la tasa de contagio acumulada es de 6,3 casos por cada 100.000 habitantes, el 97,3% de los casos son hombres y de los casos activos se refiere una frecuencia de hospitalización del 10,2%. El 94% de los casos ocurrieron en personas entre los 20 y los 39 años, que es la población más activa sexualmente (Figura 1)⁽⁴⁾.

A la fecha, en el país no disponemos ni de las vacunas efectivas existentes, la Vaccinia Ankara modificada no replicante de Bavarian Nordic y la vacuna ACAM 2000, de Emergent BioSolutions. El 20 de octubre de 2022 se informó de un memorando de entendimiento con el gobierno de Japón por 25.000 dosis de vacunas⁽⁵⁾. En cuanto a los medicamentos, no se tiene información de disponibilidad para Colombia, aunque los más efectivos son tecovirimat, NIOCH-14 (análogo de

tecovirimat) y brincidofovir (pro-fármaco de cidofovir). También se ha propuesto la inmunoglobulina hiperinmune de Vaccinia⁽⁶⁾.

Hasta el momento, no se han registrado fallecimientos por viruela símica en Colombia, según el informe del Ministerio de Salud, aunque sí se tiene una alta tasa de hospitalización en el 10% de los casos activos y con formas muy inflamatorias y persistentes, que producen grandes cargas de enfermedad y lesiones potencialmente deformantes, con afección de lesiones varioliformes, con úlceras persistentes, ulceronecroticas y verrucosas extensas, con compromiso sistémico severo, que requiere soporte en unidad de cuidados intensivos (UCI). Es necesario generar un proceso de empoderamiento y educación a las personas pertenecientes a los grupos de riesgo (hombres que tienen sexo con hombres, personas con contactos sexuales múltiples y cuidadores de personas infectadas) para aumentar las medidas de prevención y evitar el contacto con las lesiones activas de la piel. Adecuar el comportamiento de la población en general frente al conocimiento de la infección, reconociendo las lesiones oportunamente y la presencia de síntomas asociados, podría contener la expansión del brote, en tanto sea posible acceder a una vacuna efectiva que permita controlar el brote de viruela símica y proteger a los más susceptibles.

REFERENCIAS

1. Bunge EM, Hoet B, Chen L, Lienert F, Weidenthaler H, Baer LR, et al. The changing epidemiology of human monkeypox - A potential threat? A systematic review. *PLoS Negl Trop Dis.* 2022;16(2):e0010141. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0010141>
2. Monkeypox: a global wake-up call. *Lancet.* 2022;400(10349):337. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01422-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01422-2)
3. Lane HC, Fauci AS. Monkeypox - Past as Prologue. *N Engl J Med.* 2022;387(8):749-50. <https://doi.org/10.1056/NEJMe2210535>
4. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Panorama de la viruela símica en Colombia y el mundo. Boletín de Prensa n.o 525 de 1 de noviembre de 2022. Disponible en: <https://bit.ly/3XO10a7>
5. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Minsalud anuncia importante avance en donación de vacunas contra la viruela símica. Boletín de Prensa n.o 502 de 20 de octubre de 2022. Disponible en: <https://bit.ly/3wiZ3s9>
6. Comisión Nacional de Evaluación de Tecnologías de Salud (CONETEC). Actualizaciones basadas en evidencia. Viruela símica. Tratamiento farmacológico para viruela símica. 31 de julio de 2022. Disponible en: <https://bit.ly/3WzKl5y>

Dr. Carlos Humberto Saavedra-Trujillo

PROFESOR TITULAR

FACULTAD DE MEDICINA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

ORCID [HTTPS://ORCID.ORG/0000-0003-0068-6631](https://ORCID.ORG/0000-0003-0068-6631)

COMO CITAR: SAAVEDRA, CH. BROTE DE VIRUELA SÍMICA EN COLOMBIA: ¿POR QUÉ Y CÓMO CONTENER SU DISEMINACIÓN? *REV. ASOC. COLOMB. DERMATOL. CIR. DEMATOL.* VOL 30(3): JULIO - SEPTIEMBRE, 2022, 176-177. DOI: [HTTPS://DOI.ORG/10.29176/2590843X.1769](https://doi.org/10.29176/2590843X.1769)

¿Reconoce esta clave diagnóstica?

Leydi Yohana Gallego¹; Aura Catherine Rodríguez²; Ángel Omar Jaimes³

CASO CLÍNICO

Varón de 76 años que consulta por un cuadro de tres años de evolución consistente en la aparición de una lesión dolorosa en la cara externa del antebrazo derecho, sin antecedente de trauma asociado. Refiere que dicha lesión aumentó de tamaño desde hace un año y presenta dolor a la palpación local. Este paciente tiene antecedente de cáncer de esófago, hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca, demencia senil y afasia de expresión secundaria a accidente cerebrovascular; además, se encuentra en manejo con apixabán.

En la exploración física, a 5 milímetros de la apófisis estiloides del cúbito derecho se evidencia un tumor, de color violáceo, de diámetro de 15 × 10 mm con alodinia local (**Figura 1**) y con hallazgos de lagos venosos a la dermatoscopia (**Figura 2**).

1. Residente de Dermatología, Fundación Universitaria Sanitas. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2846-6550>
2. Dermatóloga, Hospital Universitario Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8669-2102>
3. Dermatólogo oncólogo, Hospital Universitario Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5676-0450>

Correspondencia: Leydi Yohana Gallego-Vidales; **email:** gavi1595@gmail.com

Recibido: 15/12/21; **aceptado:** 6/10/22

Cómo citar: Gallego, LY; Rodríguez, AC; Jaimes, AO. ¿Reconoce esta clave diagnóstica? Rev. asoc. colomb. dermatol. cir. dermatol. Vol 30(3): julio - septiembre, 2022, 178-179. DOI: <https://doi.org/10.29176/2590843X.1714>

Financiación: ninguna, **conflictos de interés:** ninguno

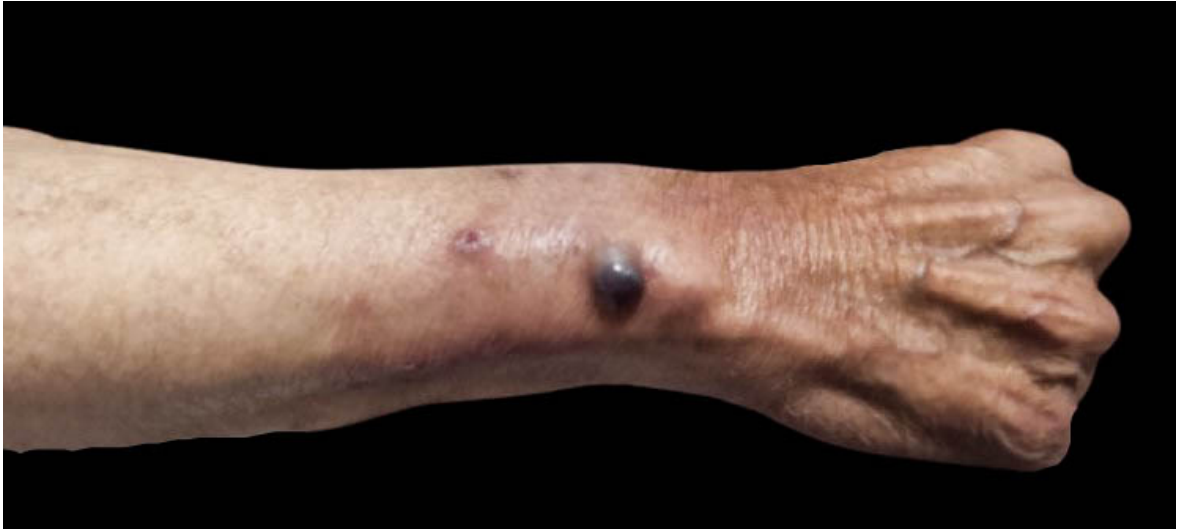


Figura 1. Hallazgos clínicos. Tumor violáceo en el tercio distal de antebrazo derecho.



Figura 2. Dermatoscopia.

¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO?

1. Melanoma nodular
2. Tumor glómico
3. Leiomioma cutáneo
4. Hiperplasia endotelial papilar intravascular
5. Neuroma

RESPUESTA EN LA PÁGINA 225

Respeto por el colega

José María Maya¹

RESUMEN

Presentación del caso de un médico especialista, que solicita al director del hospital se revise su asignación salarial, porque ha encontrado que esta es igual a la de otros especialistas y él considera que es injusto, dado que las actividades que realiza en la institución son más complejas y producen más estrés que las llevadas a cabo por sus colegas.

El médico director lleva el caso a estudio por parte de la comisión de personal del hospital y del comité de ética hospitalaria. Ambos comités estudian la solicitud y emiten el concepto al médico director para la toma de decisiones al respecto.

Se analiza el caso desde la perspectiva de ética médica y de las buenas prácticas en el manejo y la remuneración del talento humano en salud.

PALABRAS CLAVE: Colegaje; Comité de ética; Remuneración médica; Valoración labor médica.

1. Médico, magister en Salud Pública, magister en Dirección Universitaria y magister en Dirección y Gestión de la Seguridad Social, máster en bioética; profesor titular, Universidad CES; decano general, Escuela de Ciencias de la Vida. Universidad EIA, Medellín, Colombia. ORCID <https://orcid.org/0000-0003-3721-7572>

Correspondencia: José María Maya; **email:** josemariamayamejia@gmail.com

Recibido: 29/11/22; **aceptado:** 29/11/22

Cómo citar: Maya, JM. Respeto por el colega. Rev. Asoc. Colomb. Dermatol. Cir. Dermatol. Vol 30(3): julio - septiembre, 2022, 180-182.
DOI: <https://doi.org/10.29176/2590843X.1756>

Financiación: ninguna, **conflictos de interés:** ninguno

RESPECT FOR THE COLLEAGUE

SUMMARY

Presentation of the case of a specialist doctor who requests the hospital director to review his salary allocation, because he has found that it is the same as that assigned to other specialists and he considers that it is unfair, given that the activities he carries out in the institution are more complex and produce more stress than those carried out by their colleagues.

The medical director takes the case to the hospital personnel commission and the hospital ethics committee. Both committees study the request and issue the concept to the medical director for decision-making in this regard.

The case is examined through the lens of medical ethics and best practices in health management and remuneration of human talent.

KEY WORDS: Colleague; Doctor remuneration; Ethics committee; Medical work assessment.

PRESENTACIÓN DEL CASO DE ÉTICA NO 21

Un médico especialista que labora como empleado en un hospital de tercer nivel de complejidad, al enterarse de que su salario mensual es igual al que reciben otros especialistas, decide enviar una comunicación al médico director y a la junta directiva para reclamar por esta situación, que, en su concepto, es injusta, dado que las actividades que él realiza en la institución son más complejas, producen más estrés y requieren más habilidad técnica en su desarrollo que las llevadas a cabo por sus colegas, que tienen a su cargo consulta externa y atención de pacientes hospitalizados. En su concepto, el salario debería reflejar el nivel de complejidad técnica del trabajo, el estrés que este produce y los riesgos que se derivan para el médico y la institución si se genera una complicación en la atención, la cual podría derivar en una demanda al médico especialista y al centro que atiende.

El médico director, junto con la jefe de gestión humana, revisa las hojas de vida del médico especialista reclamante y de otros colegas especialistas que reciben la misma asignación salarial por el tiempo completo y encuentra, en primer lugar, que todos los especialistas con quienes se compara el médico que reclama por su salario tienen la misma base académica, es decir, son médicos con seis años de escolaridad en pregrado y un posgrado con tres años de duración. Igualmente, encuentra que todos tienen diferente número de años de experiencia y la evaluación de su desempeño es, en términos generales, muy buena. Ninguno de los especialistas analizados tiene un sobresueldo o asignación superior por los años de experiencia, lo complejo o estresante de su actividad, o la valoración social de esta. Las diferencias que existen en términos de las mesadas de pago mensual están relacionadas con el pago de recargos de festivos o nocturnos que la ley laboral estipula. Considera que los médicos especialistas con el mismo nivel de escolaridad están siendo tratados salarialmente con igualdad y por ello solo tienen asignaciones superiores los que poseen una base académica superior (cuatro o más años de especialidad).

El comité de ética hospitalaria analiza el caso y conceptúa que el hospital está en lo correcto al tener un criterio basado en los años de escolaridad de pre y posgrado para asignar un salario base a los especialistas y llama la atención al médico que hace el reclamo por sustentarlo solo en su comparación con los ingresos salariales de sus colegas y en su valoración de la importancia y factores asociados a su labor especializada, demeritando el conocimiento y valor de la labor de sus colegas. El comité considera que hay una falta al colega médico, pide al médico especialista que reflexione al respecto y lo invita a adherirse a las recomendaciones que sobre el colegaje médico realizan la Asociación Médica Mundial (AMM), las asociaciones nacionales y tribunales de ética.

CUESTIONAMIENTOS ÉTICOS

1. ¿Qué elementos incluye el colegaje médico?
2. ¿El reclamo del médico especialista está justificado?
3. ¿Qué elementos para sustentar un incremento salarial debería presentar quien lo solicita?
4. ¿Es válido como argumento la valoración que el médico tiene sobre su labor comparada con la de sus colegas?

Puntos clave

- Colegaje médico;
 - Código de ética de la AMM;
 - Respeto y valoración de la actividad del colega.
-

ÉTICA CONTINÚA EN LA PÁGINA 229

Experiencia significativa: la dermatología social comunitaria como enfoque formativo

Johan Flórez-Hurtado¹; Gustavo Antonio Posso-García²; Germán Darío Hernández-Zuluaga³

RESUMEN

El presente artículo aborda el concepto de la dermatología social comunitaria a partir de la experiencia significativa de formación en el programa de Especialización en Dermatología de la Universidad Libre de Cali y su relación con otras experiencias de la dermatología social en América Latina. Así mismo, resalta la importancia de abrir escenarios de formación para el trabajo con las poblaciones. En este sentido, se realizó una revisión de producción científica sobre dermatología social en el contexto de América Latina y se contrastó con la propuesta misional de la Universidad Libre de Cali. En última instancia, se presentan reflexiones y conclusiones encaminadas al reconocimiento de la pertinencia de la dermatología social y los importantes retos que se tienen en el contexto nacional para su divulgación, aplicación y reconocimiento.

PALABRAS CLAVE: Dermatología; Educación; Redes de salud comunitaria; Salud pública; Servicios preventivos de salud.

1. Residente, Especialización de Dermatología, Universidad Libre de Cali. Médico y cirujano, Universidad de Antioquia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0167-3242>
2. Residente, Especialización de Dermatología, Universidad Libre de Cali. Médico y cirujano, Universidad Libre, Seccional Cali. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5807-9995>
3. Docente de Salud Pública e Investigación, Especialización en Dermatología, Universidad Libre de Cali. Doctorando en Educación y Estudios Sociales, Institución Universitaria Tecnológico de Antioquia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7451-8281>

Correspondencia: Johan Flórez Hurtado; **email:** johan.fh@gmail.com

Recibido: 2/3/22; **aceptado:** 28/10/22

Cómo citar: Hurtado, JF; Posso, GA; Hernández, GD. Experiencia significativa: la dermatología social comunitaria como enfoque formativo. Rev. Asoc. Colomb. Dermatol. Cir. Dermatol. Vol 30(3): julio - septiembre, 2022, 183-188. DOI: <https://doi.org/10.29176/2590843X.1681>

Financiación: ninguna, **conflictos de interés:** ninguno

SIGNIFICANT EXPERIENCE: COMMUNITY SOCIAL DERMATOLOGY AS A TRAINING APPROACH

SUMMARY

This article addresses the concept of community social dermatology based on the significant experience of training in the dermatology specialization program of the Universidad Libre de Cali and its relationship with other experiences of social dermatology in Latin America. Likewise, highlight the importance of open training scenarios for working with populations. In this sense, a review of scientific production on social dermatology in the context of Latin America was conducted and contrasted with the missionary proposal of the Universidad Libre de Cali. Finally, reflections and conclusions are presented aimed at recognizing the relevance of social dermatology and the important challenges that exist in the national context for its dissemination, application, and recognition.

KEY WORDS: Community health networks; Dermatology; Education; Preventive health services; Public health.

INTRODUCCIÓN

La dermatología social comunitaria se ha consolidado en los últimos años como una respuesta a las necesidades que son propias del contexto latinoamericano, trascendiendo el concepto de la dermatología como disciplina aplicada exclusivamente a la consulta clínica y su significado a lo social⁽¹⁾, escenario en el que el dermatólogo cumple una función sumamente importante, no solo en su relación con el paciente, sino como promotor de procesos educativos dirigidos al personal de salud en general, así como de procesos preventivos encaminados a toda la población.

De acuerdo con lo anterior, se hace fundamental profundizar sobre los retos que la formación en Dermatología debe acoger como suyos, generando programas y planes curriculares enfocados en un amplio impacto social⁽²⁾, que garanticen el reconocimiento de los fundamentos epistemológicos de la dermatología como ciencia, pero que, a la vez, propicien mejores condiciones de acceso a la población que, en la mayoría de los casos, desconoce la utilidad del cuidado de la piel en la cotidianidad.

En este contexto, conceptos como el *aprendizaje-servicio* han tomado una gran relevancia en los últimos años en los programas de residencia médica en Dermatología, como una forma de combinar los objetivos de aprendizaje como refuerzo práctico en la disciplina académica en los residentes (logrando la formación de dermatólogos clínicamente competentes y con ex-

periencia en contextos de recursos limitados), como también un instrumento social de servicio comunitario para mitigar las disparidades y mejorar el acceso a la atención médica dermatológica, convirtiéndose así en una experiencia académica integral. No obstante, los beneficios no solo giran en torno al servicio que se le brinda a los pacientes de una comunidad en específico por parte de los residentes, sino que mejora las relaciones entre los futuros colegas, disminuyendo conductas competitivas perjudiciales y reforzando lazos profesionales interdisciplinarios mediante la colaboración con un equipo de trabajadores sociales, trabajadores comunitarios de la salud, coordinadores de atención, farmacéuticos, enfermeros, estudiantes de Medicina y médicos tratantes⁽³⁾.

La implementación de este concepto de aprendizaje-servicio en un programa curricular de residencia en Dermatología para crear asociaciones de atención comunitaria puede variar según la preferencia institucional. No obstante, Humphrey y colaboradores⁽³⁾ proponen una secuencia logística basada en cuatro pasos principales (**Figura 1**), los cuales se han seguido de forma práctica en la experiencia en la Universidad Libre de Cali: el primero es el aseguramiento de apoyo institucional privado o público por medio de donaciones, suministros y atención subespecializada. El segundo es la designación de un anfitrión (docente o residente en jefe) que coordine los esfuerzos entre el programa universitario, las instituciones proveedoras y la comunidad y evalúe las necesidades de la población para atender, lo cual es un puente de comunicación y

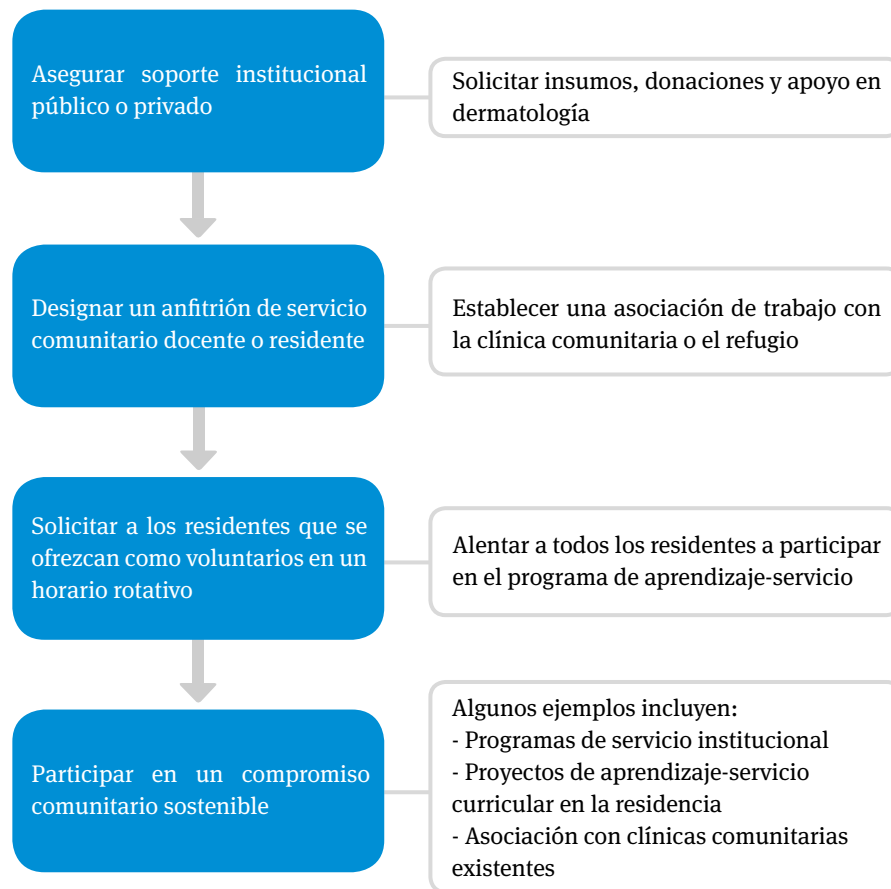


Figura 1. Secuencia logística en la implementación del proceso aprendizaje-servicio.

un pilar en la administración de itinerarios y recursos del servicio que puede brindarse. El tercero es la solicitud y organización del voluntariado de los residentes en un horario rotativo, logrando que la totalidad de estos puedan participar del programa de aprendizaje mediante el servicio. Finalmente, en el cuarto paso deben propiciarse compromisos comunitarios participativos sostenibles, de acuerdo con la disponibilidad, los horarios y las necesidades de la comunidad, los residentes y los asistentes ⁽³⁾.

En consecuencia, el presente artículo parte desde la experiencia formativa en dermatología social de la Universidad Libre de Cali, a través del posgrado en Dermatología, como una experiencia significativa que propende por la reflexión de la dermatología como disciplina social y comunitaria en el contexto colombiano ⁽⁴⁾, siendo un programa con un enfoque de proyección

comunitaria que busca la formación de dermatólogos cercanos a la población y con herramientas pedagógicas, formativas y conceptuales para abordar la dermatología desde sus diferentes contextos.

ENFOQUE SOCIAL DE LA FORMACIÓN EN DERMATOLOGÍA

Desde sus orígenes, el programa de Dermatología de la Universidad Libre de Cali se propuso, como noble misión, contribuir al desarrollo científico e investigativo de la dermatología como ciencia a través de la formación de profesionales altamente cualificados e inmersos en las mejores dinámicas académicas posibles, generar una formación profesional de calidad y la posibilidad de gestar una formación integral en cada uno de sus estudiantes ⁽⁵⁾.

Aunado a esta formación integral, el componente misional del programa se planteó la posibilidad de brindar un enfoque social a la formación de sus residentes ⁽⁶⁾, motivo por el cual se incluyeron actividades curriculares y extracurriculares que pusieran al residente en contacto con la población, no solo desde la consulta en escenarios hospitalarios, sino también desde el contacto con la comunidad a través de brigadas, talleres con el personal de salud, capacitaciones con padres de familia, jornadas de sensibilización con pacientes focalizados, entre otros.

Así pues, una parte fundamental del proceso de formación integral ⁽⁷⁾ del residente en Dermatología de la Universidad Libre de Cali es la proyección a escenarios comunitarios, propiciando que el residente genere procesos reflexivos, críticos, investigativos y formativos desde la multiplicidad de opciones que ofrece la aplicación de la dermatología como disciplina científica. De este modo, el programa se ha ido consolidando como un escenario para contribuir al desarrollo social y se ha permitido impactar comunidades de forma significativa, a través de convenios interinstitucionales que posibilitan llegar a diferentes grupos poblacionales.

En contraste con esta realidad del programa, se ha dado la reflexión sobre la realidad actual de la dermatología social y comunitaria en América Latina ⁽¹⁾, donde se han encontrado experiencias sumamente gratificantes y significativas en países como México, Argentina, Uruguay y Paraguay ⁽⁸⁻¹¹⁾, las cuales han sido documentadas y expuestas ante la comunidad científica como parte de la consolidación de la dermatología social como una subespecialidad bastante acorde con las realidades de la región.

Asimismo, en Estados Unidos se han documentado experiencias positivas relacionadas con el servicio comunitario como parte del entrenamiento necesario en los programas de residencia en Dermatología, observándose como una herramienta para brindar atención dermatológica equitativa, aumentar el acceso y empatía a poblaciones desatendidas y mejorar la percepción de médicos y pacientes sobre la dermatología ⁽¹²⁾. Los programas de residencia en Dermatología que integran en sus objetivos curriculares el servicio para la población desatendida tienen tres veces más éxito al formar residentes que ejercen en comunidades desfavorecidas que los programas que no acoplan esta modalidad de atención ⁽¹³⁾.

Desde esta perspectiva, la dermatología social comu-

nitaria responde, desde sus bases estructurales, a la necesidad de que el dermatólogo, formado y en formación, haga parte activa de su núcleo social, sea interventor de sus determinantes sociales y estructurales de la salud ⁽¹⁴⁾, comprenda el significado de la comunidad y la sociedad y asuma una responsabilidad como parte activa de estas estructuras.

Respecto a los determinantes estructurales y sociales de la salud, se han agrupado en cinco grandes componentes: estabilidad económica, acceso y calidad de la educación, acceso y calidad de la atención médica, vecindario y entorno construido y contexto social y comunitario ⁽¹⁴⁾. Estos determinantes pueden ser abordados por estrategias de acción social, en mayor o menor medida, por los dermatólogos o residentes de Dermatología.

De acuerdo con lo anterior, se precisa de acciones tales como la identificación de los riesgos sociales y la evaluación de los pacientes y poblaciones definidas, y la reducción de esos riesgos, conectando a los pacientes con los recursos de asistencia social, la realización de ajustes en el cuidado clínico para acomodarlos a las barreras sociales identificadas, la alineación con los centros de cuidado social existentes para facilitar sinergias y crear resultados positivos en salud, y la promoción por medio del apoyo a políticas públicas que satisfagan necesidades sociales y en salud pública ⁽¹⁴⁾.

MATERIALES Y MÉTODOS

El presente proceso reflexivo fue llevado a cabo a partir de la revisión actual de la dermatología social en América Latina, articulada al proceso formativo de salud pública como eje fundamental para la garantía de acceso equitativo de la población a los servicios de salud en general ⁽¹⁵⁾. En este sentido, se realizó un contraste cualitativo del planteamiento misional del programa de Especialización en Dermatología de la Universidad Libre de Cali, con la naciente literatura sobre dermatología social comunitaria en América Latina, con el propósito de generar reflexiones, mover posturas e identificar retos frente a la formación de profesionales del contexto y para el contexto ⁽¹⁶⁾.

RESULTADOS

Uno de los principales resultados de esta reflexión investigativa fue corroborar la escasa literatura que se ha generado en torno a la dermatología social comunitaria

en el contexto de América Latina y, particularmente, en Colombia, lo cual, más que una amenaza, propone importantes retos para que las facultades y programas puedan poner en evidencia sus propias experiencias significativas y generar nueva producción científica a partir del encuentro con las comunidades⁽¹⁾.

Se hace fundamental que los diferentes programas de formación dermatológica en Colombia sean pensados desde la realidad del país⁽¹⁷⁾, para dar lugar a la formación de egresados con conciencia social y con las herramientas fundamentales para intervenir en contextos comunitarios desde los diferentes enfoques que propone la dermatología social.

De otro lado, debe considerarse que las redes sociales se han constituido en un escenario clave para la divulgación de información. Por lo tanto, la dermatología social comunitaria, incluso desde los programas formativos de residencia, igualmente debe avocarse a la responsabilidad de generar contenidos de valor y calidad, no solo como forma de promocionar servicios, sino también como forma de generar la conciencia sobre la importancia del cuidado de la piel y la necesidad de ser asesorados por expertos en el cuidado de esta⁽¹⁸⁻²⁰⁾.

De forma concreta, vale la pena resaltar que la Especialización en Dermatología de la Universidad Libre de Cali contempla, dentro de su estructura curricular, un módulo completo de dermatología comunitaria enmarcado en el área de salud pública y desde el cual se lidera el proyecto *Ecoderma*, con su lema *Haciendo eco en la comunidad*. De este modo, los residentes tienen la oportunidad de conocer los fundamentos científicos y prácticos de las intervenciones comunitarias para, posteriormente, ponerlos en práctica en contextos especí-

ficos, por lo que semestralmente se realizan brigadas de dermatología en espacios comunitarios como centros penitenciarios, ancianatos, sectores vulnerables, espacios educativos para la comunidad en general y contextos de formación de personal asistencial.

La experiencia de formación en dermatología social comunitaria de la Universidad Libre de Cali ha generado importantes impactos en el proceso educativo de los estudiantes que se han decantado por esta especialidad. De este modo, las brigadas de dermatología social en las que se atienden poblaciones vulnerables, los talleres formativos dirigidos al personal de la salud para la adquisición de herramientas básicas para el enfoque de pacientes y las actividades de formación con pacientes y público en general de forma presencial y a través de plataformas virtuales enfocadas en la prevención y en el cuidado de enfermedades existentes se han convertido en espacios para la reflexión y la construcción de saberes al extrapolar el conocimiento científico a términos fácilmente comprensibles para todos aquellos que desean aprender y que no necesariamente tienen un bagaje conceptual propio de la dermatología.

CONCLUSIONES

La experiencia de formación en dermatología social comunitaria de la Universidad Libre de Cali puede verse enriquecida a través del diálogo académico con otras valiosas experiencias de facultades que en la ciudad y en el país pueden estar llevándose a cabo, todo con el propósito de visibilizar este componente y hacer un intercambio pedagógico de saberes. Esto no solo nutrirá la formación de los residentes, sino que permitirá dar nuevos enfoques en las propuestas curriculares del programa, siendo la educación en general una responsabilidad social.

Puntos clave

- La dermatología social comunitaria se ha consolidado como una respuesta a las necesidades del contexto latinoamericano;
 - La dermatología social comunitaria responde a la necesidad de que el dermatólogo haga parte activa de su núcleo social, sea interventor de sus determinantes sociales y estructurales de la salud, entre otras responsabilidades;
 - Colombia cuenta con un escenario de muchas oportunidades para reflexionar y construir en torno a la dermatología social;
 - La dermatología social implica un aporte a la dignificación de la persona a través de la promoción, prevención y mitigación de los riesgos asociados a la dermatología.
-

De acuerdo con lo anterior, Colombia cuenta con un escenario de muchas oportunidades para reflexionar y construir en torno a la dermatología social; en este sentido, es oportuno que se tengan experiencias de encuentro con las comunidades con la finalidad de que sean reconocidas, impactadas y posteriormente reflexionadas por el profesional que, a su vez, debe ser agente activo de la investigación.

Finalmente, se resalta el componente humano y vocacional que implica la dermatología social, la cual debe nacer desde un deseo intrínseco de ayudar a todos los seres humanos sin importar su condición, involucrándose de forma activa en las dinámicas sociales y aportando desde la disciplina científica, pero también desde la parte humana, a la dignificación de la persona a través de la promoción, la prevención y la mitigación de riesgos asociados a la dermatología en general.

REFERENCIAS

1. Casas I. Dermatología comunitaria: una atractiva manera de ejercer, aprender y enseñar dermatología. *Rev Argent Dermatol.* 2011;5:353.
2. Campos Macías P. La dermatología en el primer nivel de atención médica y sus implicaciones sociales, ¿un reto no tomado? Estudio de investigación educativa. *Dermatol Rev Mex.* 1997;41(3):109-12.
3. Humphrey VS, James AJ. The Importance of Service Learning in Dermatology Residency: An Actionable Approach to Improve Resident Education and Skin Health Equity. *Cutis.* 2021;107(3):120-2. <https://doi.org/10.12788/cutis.0199>
4. Velásquez MM. Solidaridad y compromiso social en dermatología. *Rev Asoc Colomb Dermatol.* 2019;27(3):166-7. <https://doi.org/10.29176/2590843X.1149>
5. Velásquez MM. Compromiso con el profesionalismo en Dermatología. *Rev Asoc Colomb Dermatol.* 2019;23(4):242. <http://doi.org/10.29176/issn.2590-843X>
6. Espinosa Brito A. La formación social del médico. *Rev Cubana Salud Pública.* 2005;31(4):327-31.
7. Morales-Ruiz JC. Formación integral y profesionalismo médico: una propuesta de trabajo en el aula. *Educ Med.* 2009;2(2):73-82.
8. Mazzei ME. Dermatología comunitaria en Uruguay y en el mundo. *Rev Med Urug.* 2021;37(2):e37214. <https://doi.org/10.29193/RMU.37.2.13>
9. Estrada R, Chávez M de G, Estrada Chávez G, Estrada-Chávez R. Dermatología comunitaria en tiempos de pandemia. Efemérides de un programa. *Dermatol Rev Mex.* 2021;65(3):311-8.
10. Casas M. Fundación Dermatología Comunitaria Argentina. *CME.* 2013;31(7):261.
11. Perin D, Rivelli V, Guglielmone MC, Aldama A. Detección extramuros de enfermedades de la piel. *Rev Nac (Itauguá).* 2011;3(1):48-51.
12. Humphrey VS, Lee JJ, James AJ. 14035 The role of community service in ACGME-accredited dermatology residency training programs. *J Am Acad Dermatol.* 2020;83(6):AB128. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2020.06.602>
13. Patel B, Humphrey V, James A. 28470 Dermatology residents' perspectives on the role of community service and service-learning in dermatology residency training programs: A nationwide survey. *J Am Acad Dermatol.* 2021;85(3):AB45. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2021.06.205>
14. Williams J, Amerson EH, Chang AY. How dermatologists can address the structural and social determinants of health-from awareness to action. *JAMA Dermatol.* 2022;158(4):351-2. [10.1001/jama-dermatol.2021.5925](https://doi.org/10.1001/jama-dermatol.2021.5925)
15. Pérez Maza B. La equidad en los servicios de salud. *Rev Cubana Salud Pública.* 2007;33(3).
16. Vanegas-Carvajal EA, Moreno-López V, Echeverri-Rendón P. Ética de lo público: formar para la integridad humana y profesional en el contexto de la educación superior en Colombia. *Revista CS.* 2020;31(mayo):297-326. <https://doi.org/10.18046/recs.i31.3251>
17. Pererira T. Educar hoy en Colombia. *Educación y Educadores.* 2009;7:9-18.
18. Taberner R. e-Dermatología: redes sociales y otros recursos web. *Actas Dermo-Sifiliográficas.* 2016;107(2):98-106. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2015.09.005>
19. St Claire KM, Rietcheck HR, Patel RR, DellaValle RP. An assessment of social media usage by dermatology residency programs. *Dermatol Online J.* 2019;25(1):1-6. <https://doi.org/10.5070/D3251042611>
20. Laughter M, Zangara T, Maymone MC, Rundle C, Dunnick C, Hugh JM, et al. Social media use in dermatology. *Dermatol Sin.* 2020;38(1):28-34. https://doi.org/10.4103/ds.ds_43_19

Manifestaciones dermatológicas por Covid-19 y su aporte en la comprensión de la enfermedad. Revisión narrativa

Heliana Marcela Botello-Mojica¹; Adriana Zamudio²; Manuel Gahona³

RESUMEN

La enfermedad por coronavirus (Covid-19) presenta compromiso multisistémico y hasta en el 20% de los casos puede exhibir signos dermatológicos. Se realiza una revisión narrativa de la literatura acerca de las principales manifestaciones mucocutáneas asociadas a la infección por Covid-19. También se describen brevemente los mecanismos fisiopatológicos y se lleva a cabo una clasificación de las lesiones en maculopapulares, urticariales, vesiculoampollosas, tipo pernio, livedo necróticas, vasculíticas, con compromiso del folículo piloso, ungular u oral. Se presentan sus principales características clínicas, histopatológicas y tratamientos.

PALABRAS CLAVE: Cabello; Enfermedad por coronavirus 2019-nCoV; Eritema pernio; Exantema; Fisiopatología; Livedo reticular; Manifestaciones cutáneas; Mucosa oral; Piel; Púrpura; Uñas; Urticaria; Vesícula.

DERMATOLOGICAL MANIFESTATIONS DUE TO COVID-19 AND ITS CONTRIBUTIONS TO THE UNDERSTANDING OF THE DISEASE

SUMMARY

Coronavirus disease (COVID-19) presents multisystemic involvement and up to 20% of the cases can show dermatological signs. A narrative review of the literature on the main mucocutaneous manifestations associated with COVID-19 infection was conducted to describe the pathophysiological mechanisms and to classify the lesions into maculopapular, urticarial, vesicular bullous, pernio-like, necrotic livedo, vasculitic, with involvement of the hair follicle, ungular or oral. Additionally, the main clinical manifestations, histopathological characteristics and treatments were introduced.

KEY WORDS: Blister; Chilblains; COVID-19; Exanthema; Hair; Livedo reticularis; Nails; Oral mucosa; Pathophysiology; Purpura; Skin manifestations; Skin; Urticaria.

1. Médica dermatóloga. Coordinadora, Semillero de Investigación en Dermatología (SIDERM), Universidad de Caldas. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4199-0421>
2. Residente, tercer año de Dermatología, Universidad de Cartagena. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1268-5452>
3. Residente primer año dermatología, Pontificia Universidad Javeriana. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8074-5376>

Correspondencia: Heliana Marcela Botello-Mojica; **email:** heliana91@hotmail.com

Recibido: 31/8/21; **aceptado:** 15/9/22

Cómo citar: Botello, HM; Zamudio, A; Gahona, M. Manifestaciones dermatológicas por Covid-19 y su aporte en la comprensión de la enfermedad. Rev. Asoc. Colomb. Dermatol. Cir. Dermatol. Vol 30(3): julio - septiembre, 2022, 189-203.
DOI: <https://doi.org/10.29176/2590843X.1641>

Financiación: ninguna, **conflictos de interés:** ninguno

INTRODUCCIÓN

En el año 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el estado de alerta roja por un virus de la familia *Coronaviridae*, ARN monocatenario, de posible origen zoonótico, capaz de generar síntomas respiratorios, neumonía y muerte⁽¹⁻⁴⁾. Otros virus de esta familia fueron protagonistas en otras pandemias, específicamente el SARS-CoV-1 y el síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS)⁽⁵⁾. Los principales síntomas son fiebre, tos, expectoración, fatiga, disnea, artralgias y cefalea; en menor medida se han descrito diarrea, anosmia y disgeusia⁽⁶⁾. En casos graves, se presentan alteraciones de la coagulación, síndrome de dificultad respiratoria aguda del adulto (SDRA), arritmias y choque séptico⁽⁷⁾.

Las manifestaciones cutáneas por Covid-19 oscilan entre el 0,6% y el 20,4%⁽⁶⁾ y son similares a las descritas en otras infecciones virales⁽⁸⁾. Galván y colaboradores, en abril de 2020, evaluaron la relación temporal entre las lesiones y los síntomas respiratorios y establecieron los siguientes patrones: seudosabañones, vesicular, urticarial, maculopapular, livedo/necrosis, con una letalidad entre el 1% y el 9%, dependiendo del tipo de lesión⁽⁹⁻¹¹⁾.

El objetivo de esta revisión narrativa es presentar las principales manifestaciones mucocutáneas asociadas a la infección por Covid-19 y los mecanismos fisiopatológicos implicados en su desarrollo. Se realizó una búsqueda bibliográfica en PubMed utilizando los términos “Skin Manifestations” and “Covid-19” y eligiendo los artículos originales con texto disponible.

MECANISMOS FISIOPATOLÓGICOS

La apariencia del virus es similar a una corona solar (coronavirus), dada por glucoproteínas que protruyen en forma de espigas o “spikes” (proteína S), las cuales conforman la envoltura externa junto con la proteína de membrana (M) y la proteína de envoltura (E) (**Figura 1**)^(12, 13).

El virus se une a través de la proteína S a la enzima convertidora de la angiotensina 2 (ECA-2), una peptidasa unida a la membrana, con la proteína que comprende el dominio NH₂ peptídico terminal, que incluye el sitio catalítico orientado extracelularmente, presente en la célula huésped y expresado en células endoteliales

de venas y arterias, células epiteliales de diferentes órganos de los sistemas digestivo, cardiorrespiratorio, endocrino, genitourinario y en las células de los sistemas hematolinfoide, muscular y nervioso⁽¹²⁻¹⁷⁾. En la piel, la expresión de ECA-2 es mayor en los queratinocitos en comparación con las células de las glándulas sudoríparas, los fibroblastos y los melanocitos^(18, 19). Hasta el momento, no se ha establecido la transmisión percutánea del virus⁽¹⁹⁻²¹⁾.

El virus ingresa a la célula hospedera por endocitosis, debido a la escisión de la proteína S por una enzima proteasa transmembrana serina 2 (TMPRSS2), que permite su fusión con la membrana de la célula y la internalización viral con la ECA-2^(13, 14). De esta manera, se determina la especificidad del virus por las células, con abundantes receptores de ECA-2 y expresión de TMPRSS2, lo que explicaría el compromiso multisistémico de la enfermedad⁽²²⁾.

La internalización de la ECA-2 por el SARS-CoV-2 provoca la pérdida de ECA-2 en la superficie celular y anula una vía clave para que la célula degrade angiotensina (AT) II, genere AT (1-7) y, por tanto, ocurra un incremento en la formación de especies reactivas de oxígeno (ROS), activación del complemento e interferencia en señales antioxidantes y vasodilatadoras, que culmina en un daño microvascular oclusivo que provoca inflamación, estrés oxidativo y fibrosis, que ocurre no solo en la piel, sino también en otros órganos en pacientes con SDRA⁽¹³⁻¹⁶⁾.

La presencia de anticuerpos antifosfolípidos, disminución de la actividad de anticoagulantes naturales (proteína C, proteína S y antitrombina), niveles elevados de factor VIII, liberación del factor activador del plasminógeno y aumento del dímero D desencadenan coagulopatía y podrían contribuir con la aparición de lesiones isquémicas, necróticas y livedoides en aquellos enfermos críticos^(16, 23).

El virus podría desencadenar apoptosis de las células que invade; a nivel del endotelio vascular, causa daño inflamatorio directo sobre las células, que progresa a microangiopatía sistémica y coagulación intravascular diseminada (CID) en casos severos, lo que sugiere que esta condición sea una vasculitis viral generalizada con manifestaciones cutáneas^(14, 16, 24). En los linfocitos T, promueve su apoptosis, lo que genera linfopenia, alteración de la respuesta inmunitaria adaptativa e infección descontrolada^(17, 21, 25).

La replicación inicial del virus en las células epiteliales conduciría a su propagación hematogena, con exposición de fragmentos de la cápside viral al complejo mayor de histocompatibilidad tipo I, que activaría los linfocitos T CD8⁺ (24).

En algunos pacientes ocurre una liberación desproporcionada de interleucina (IL) 1β, IL-6, IL-8, factor de necrosis tumoral α (FNT-α) e interferón γ (INF-γ), apoptosis de células epiteliales, endoteliales y aumento de la permeabilidad vascular, fenómeno denominado *tormenta de citocinas* (12, 16, 25). En esta respuesta hiperactiva, las citocinas podrían ingresar a la piel y atraer células dendríticas dérmicas, linfocitos citotóxicos, células asesinas naturales, macrófagos, mastocitos y neutrófilos, que lesionan los queratinocitos, generando algunas de las manifestaciones cutáneas (16, 17, 26). En pacientes con psoriasis que reciben terapia inmunomoduladora y regulan la *tormenta de citocinas*, se ha visto una menor tasa de hospitalización y desenlaces negativos (27).

En niños y adultos jóvenes con cuadros leves asociados a lesiones tipo pernio, se observa una respuesta

de IFN-I temprana que silencia la replicación viral y produce cambios microangiopáticos. Al contrario, en pacientes mayores, una reacción de IFN-I retrasada o insuficiente resulta en una mayor morbilidad y mortalidad con la predisposición de una tormenta de citocinas e hipercoagulabilidad (28).

Es así como las vías fisiopatológicas de las lesiones cutáneas en la literatura publicada se pueden clasificar en (16, 17, 29):

- Lesiones por respuesta inmunitaria a los nucleótidos virales y efecto citopático viral directo: exantema viral maculopapular, urticariforme, variceliforme o semejante a reacciones medicamentosas.
- Lesiones secundarias al compromiso sistémico del Covid-19: vasculitis y vasculopatía trombótica (isquemia acral, gangrena, púrpura retiforme, livedo racemosa).
- Lesiones por activación de una respuesta temprana al IFN-I: lesiones perniosiformes.
- Lesiones por reacciones adversas a los medicamentos.

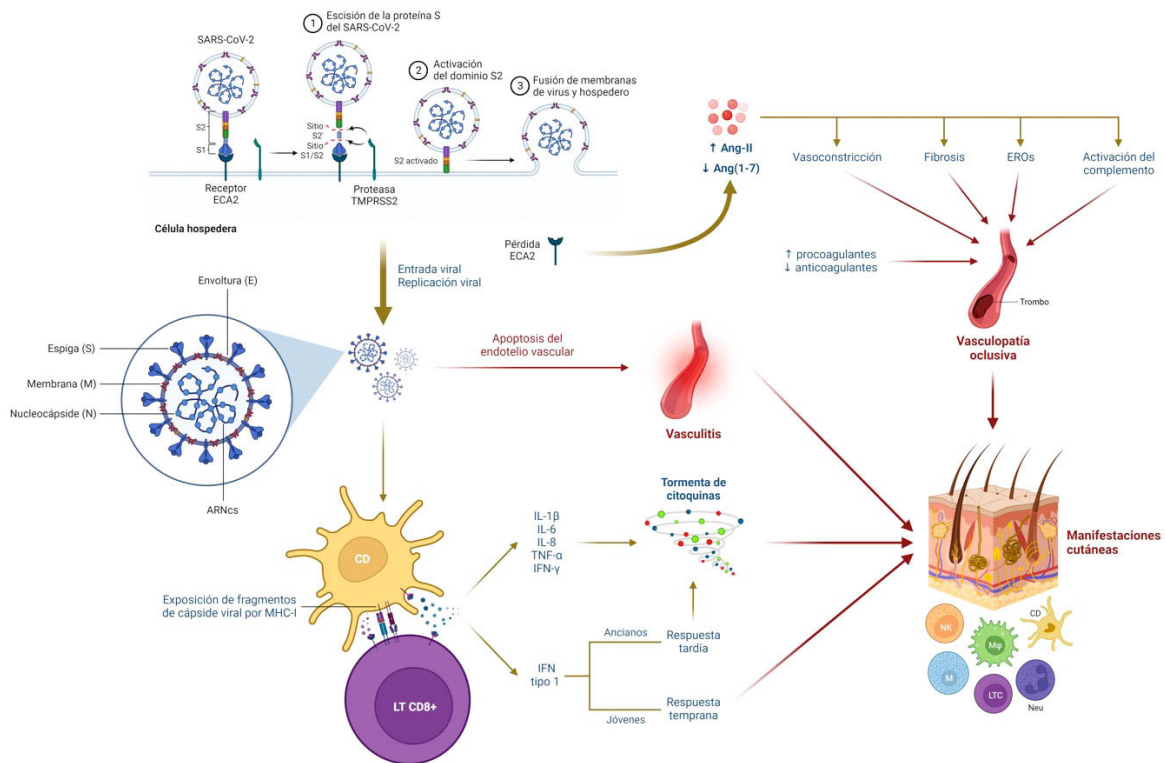


Figura 1. Mecanismos fisiopatológicos de la infección por COVID-19. Elaboración propia.

LESIONES MACULOPAPULARES

Las lesiones maculopapulares representan aproximadamente hasta el 47% de las manifestaciones cutáneas en pacientes con Covid-19^(17, 22, 29). Se presentan a cualquier edad, principalmente en la sexta década de la vida, con una prevalencia similar entre hombres y mujeres, al igual que con una amplia gama de manifestaciones que varían desde máculas eritematosas, lesiones maculopapulares dispersas que confluyen formando placas, erupciones morbiliformes, máculas y placas con apariencia targetoide que podrían acompañarse de petequias^(1, 17, 22), en ocasiones similares a la enfermedad de Grover, enfermedad de Kawasaki o al exantema simétrico intertriginoso y flexural relacionado con fármacos (SDRIFE)^(17, 30-32). Pueden ser asintomáticas, pruriginosas, dolorosas o urentes⁽¹⁷⁾. Se localizan con mayor frecuencia en el tronco y las extremidades, aunque también pueden presentarse en la cabeza, el cuello, la cara y los pliegues^(17, 22). Las lesiones generalmente son autorresolutivas, con una duración media de ocho días y rangos que varían entre dos y 14 días^(17, 33). En la mayoría de los casos, aparecen al inicio o después de otros síntomas de Covid-19 y, con menor frecuencia, de dos a tres días antes del comienzo de los síntomas^(1, 17, 22, 34).

Las lesiones maculopapulares pueden ser causadas por reacciones a medicamentos, aunque también por efectos citopáticos directos o tormenta de citocinas^(1, 35). A nivel histopatológico, se han reportado diversas características tales como dermatitis perivascular superficial con infiltrados linfocíticos, vasos dilatados, en ocasiones trombosados e inflamados, con presencia de neutrófilos, eosinófilos, desechos nucleares y eritrocitos extravasados en la dermis papilar y media^(1, 17, 26, 33). En la epidermis se ha descrito la presencia de acantosis leve, disqueratinocitos, queratinocitos balonzados, espongirosis, nidos de células de Langerhans, pústulas subcorneales, focos de paraqueratosis, dermatitis de interfase vacuolar y hendiduras suprabasales acantolíticas focales^(17, 22, 26). En cuanto al tratamiento, se recomienda la hidratación de la piel y el uso de esteroides tópicos u orales, si hay afectación extensa de la superficie corporal.

LESIONES URTICARIALES

La erupción urticarial se caracteriza por la aparición de habones evanescentes. Esta se ha asociado a diferentes desencadenantes, como medicamentos, infecciones

virales y recientemente se ha observado en pacientes con Covid-19. Es una de las manifestaciones dermatológicas más frecuentes, la cual se describe hasta en el 19% de los casos, donde predomina el compromiso diseminado del tronco y las extremidades (**Figura 1**). Generalmente se presenta de forma simultánea al inicio de los síntomas sistémicos y el prurito es el síntoma más asociado en aproximadamente el 92% de los pacientes, seguido de artralgias, odinofagia y picos febriles; tiene predilección por el género masculino y presenta algunas características asociadas con la erupción maculopapular, como duración media de siete días, y puede observarse entre los 2 y los 23 años^(9, 36-43). También puede presentarse hasta nueve días después del cuadro respiratorio⁽⁴⁴⁾; generalmente se observa en infección moderada e inclusive se reportó un caso con desenlace fatal en un paciente de 71 años⁽⁴⁵⁾. Así mismo se ha descrito como única manifestación de la infección por Covid-19 y puede estar asociada con inicio de tratamientos farmacológicos. Se recomienda el tratamiento con antihistamínicos y son de carácter autorresolutivo (**Figura 2**)⁽⁴⁶⁾.

LESIONES VESICULOAMPOLLOSAS

Una vesícula es una lesión que contiene líquido seroso con un diámetro menor de 1 centímetro. Se han reportado exantemas vesiculares en pacientes con Covid-19 hasta en el 15% de los casos; estos cursan con vesículas pequeñas y monomórficas, de predominio en el tronco y de forma diseminada hasta en un 75% de los pacientes, algunas con contenido hemorrágico, tendencia a extenderse y ser difusas. Se manifiestan en el curso temprano de la enfermedad en el 15% de los casos antes del inicio de los síntomas sistémicos, generalmente en pacientes de mediana edad, y se asocian con severidad moderada. En cuanto a los principales síntomas asociados se encuentran prurito, fiebre y tos. También se han descrito pápulas en el dorso de las manos de apariencia pseudovesicular, que recuerdan al eritema elevado persistente o al eritema multiforme^(9, 39, 41). La duración media es entre ocho y 10 días. Los hallazgos histológicos son compatibles con infección viral y resuelven sin dejar cicatriz⁽⁴⁷⁻⁴⁸⁾. Otras formas de presentación de esta erupción son vesículas acrales similares al eczema dishidróico⁽³⁶⁾, al igual que las vesículas polimórficas atípicas, que pueden cursar de forma simultánea con placas purpúricas en las extremidades inferiores o sobre las zonas previamente lesionadas, como quemaduras^(40, 49).



Figura 2. Lesiones urticariales diseminadas.

Se han relacionado en algunas ocasiones con alteraciones de la coagulación y lesiones purpúricas ⁽⁵⁰⁾. Además, algunos autores las consideran lesiones inflamatorias junto con la erupción urticarial y maculopapular ⁽⁵¹⁾.

Los hallazgos histológicos son acantólisis con formación de vesículas intraepidérmicas de ubicación suprabasal, con disqueratosis eosinofílica de aspecto en granada ⁽⁴⁸⁾. Son de carácter autorresolutivo y se requieren medidas de soporte como hidratación y cuidado de la piel afectada.

LESIONES TIPO PERNIO

Estas lesiones se caracterizan por presentar pápulas y máculas eritematovioláceas, en ocasiones con áreas purpúricas, ampollas y edema digital en las zonas acrales de forma asimétrica, principalmente en los pies, y con predilección por el género masculino en

un rango de 6 a 73 años, con características morfológicas similares al eritema pernio o perniosis (**Figura 3**). Pueden aparecer en pacientes sin antecedente de perniosis y se desarrollan después de los síntomas sistémicos en enfermedad leve. Se han descrito hasta en el 12% de los casos y el síntoma más frecuente es el prurito ^(9, 36, 41, 52-54).

Pueden asociarse al fenómeno de Raynaud y algunos presentan características morfológicas similares al síndrome de Aicardi-Goutieres. También se han observado en pacientes asintomáticos en contacto estrecho con casos confirmados, sin lograr esclarecerse si son secundarias a una reacción inmunológica posviral o por algún factor diferente a la infección ⁽⁵⁰⁾. Durante el primer pico en Europa, se reportaron un gran número de casos con estas lesiones, sin lograr confirmación de Covid-19 ^(55, 56).

Se ha propuesto que pueden ser explicadas por las alteraciones que genera el virus en el receptor de la ECA-2,

el sistema renina-angiotensina-aldosterona (RAAS), las hormonas sexuales y la respuesta inmunitaria del IFN-I⁽⁵⁷⁾. Los hallazgos histológicos son dermatitis liquenoide con infiltrado mononuclear perivascular y ecrino con microtrombos vasculares, lo cual podría estar relacionado con una alteración de la coagulación. Usualmente mejoran sin tratamiento y en caso de empeoramiento o sintomatología, se ha recomendado el uso de esteroides tópicos, nifedipino y medidas de calentamiento corporal (**Figura 3**)^(53, 54).

Pueden asociarse al fenómeno de Raynaud y algunos presentan características morfológicas similares al síndrome de Aicardi-Goutieres. También se han observado en pacientes asintomáticos en contacto estrecho con casos confirmados, sin lograr esclarecerse si son secundarias a una reacción inmunológica posviral o

por algún factor diferente a la infección⁽⁵⁰⁾. Durante el primer pico en Europa, se reportaron un gran número de casos con estas lesiones, sin lograr confirmación de Covid-19^(55, 56).

Se ha propuesto que pueden ser explicadas por las alteraciones que genera el virus en el receptor de la ECA-2, el sistema renina-angiotensina-aldosterona (RAAS), las hormonas sexuales y la respuesta inmunitaria del IFN-I⁽⁵⁷⁾. Los hallazgos histológicos son dermatitis liquenoide con infiltrado mononuclear perivascular y ecrino con microtrombos vasculares, lo cual podría estar relacionado con una alteración de la coagulación. Usualmente mejoran sin tratamiento y en caso de empeoramiento o sintomatología, se ha recomendado el uso de esteroides tópicos, nifedipino y medidas de calentamiento corporal (**Figura 3**)^(53, 54).



Figura 3. Lesiones tipo pernio. Agradecimientos a FUNINDERMA (Fundación para la Investigación en Dermatología).



Figura 4. Lesiones petequiales y purpúricas en abdomen y extremidades.

LESIONES POR COMPROMISO VASCULAR: PETEQUIALES/ PÚRPURA RETIFORME, LIVEDO RETICULAR, LIVEDO RACEMOSA, LIVEDO NECRÓTICAS Y NECROSIS

Las petequias son lesiones que no palidecen a la presión y tienen menos de 2 milímetros de diámetro; en caso de superar esta medida, se denominan *púrpuras* ⁽¹⁴⁾. Las lesiones tipo livedo reticular se caracterizan por ser una manifestación transitoria o persistente de coloración purpúrica en forma de red o de encaje homogénea, producida por una disminución del flujo sanguíneo y un aumento de la hemoglobina desoxigenada. Por el contrario, las lesiones livedo racemosas tienen un patrón más extendido, con apariencia de red rota o irregular; estas últimas pueden progresar a púrpura retiforme, ampollas hemorrágicas, ulceraciones y necrosis ⁽⁵⁸⁾ (**Figura 4**).

El compromiso vascular se presenta con una frecuencia del 6% en pacientes de edad media o edad avanzada, sin diferencias significativas entre sexos. Estas lesiones aparecen al mismo tiempo o de forma tardía a los síntomas respiratorios o sistémicos, con una duración media de aproximadamente nueve días ⁽¹¹⁾. Se localizan de forma difusa o con un patrón predominante acral y se asocian con una mayor tasa de SDRA (82%), hospitalización (100% en algunos estudios para las lesiones livedoides) y mortalidad (10% al 11,5%), la cual es mayor que en el resto de las manifestaciones cutáneas asociadas a Covid-19 ⁽¹¹⁾; pueden ser asintomáticas o en algunos casos producir dolor o sensación urente ⁽⁵⁹⁾.

El compromiso vascular puede explicarse por fenómenos vasculopáticos y trombogénicos o fenómenos vasculíticos debido al efecto directo del virus sobre la célula endotelial con su posterior inflamación. Dado que no se conocen con certeza los mecanismos fisiopatológicos, también se han propuesto como posibles causas una desregulación inmunitaria, alteraciones en la coagulación, activación y depósito de factores del complemento C5b-9 y C4d en los vasos sanguíneos

^(14, 15), aumento de los niveles de angiotensina II, citoquinas proinflamatorias y anticuerpos antifosfolípidos ⁽¹⁾, que llevan a la formación de microtrombos y oclusión vascular ^(48, 51). En algunos estudios se han evidenciado niveles más altos de dímero D, productos de la degradación de fibrina y prolongación del tiempo de protrombina, lo que sugiere que estos pacientes tienen mayor riesgo de coagulopatía ^(51, 60).

En la histopatología se ha observado neutrofilia intersticial y perivascular significativa con prominente leucocitoclasia, vasculopatías paucinflamatorias trombogénicas y la presencia de partículas virales en los vasos sanguíneos ⁽⁶⁰⁾. En cuanto al tratamiento, dada su asociación a los mecanismos fisiopatológicos de tipo trombotico o vasculítico, se han propuesto medidas de soporte y anticoagulación (**Figura 4**) ⁽⁶¹⁾.

Compromiso del folículo piloso

Actualmente se ha tratado de identificar una relación entre la alopecia androgenética y la severidad de la enfermedad; esta condición se ha descrito hasta en el 69% de los pacientes masculinos con requerimiento de manejo intrahospitalario ^(62, 63). Dado que se conoce el papel del receptor de andrógenos en la regulación de la transcripción de la TMPRSS2, se ha propuesto estudiar la relación de este factor con el aumento de la mortalidad en la población masculina adulta en comparación con los hombres preadolescentes ⁽⁶⁴⁾.

Además, la infección por Covid-19 se ha relacionado con diferentes trastornos del folículo piloso, como el reporte de casos de alopecia *areata totalis* ⁽⁶⁵⁾, efluvio telógeno y efluvio anágeno ⁽⁶⁶⁻⁶⁸⁾.

Compromiso ungular

La infección por Covid-19 produce disfunción endotelial, lo cual podría explicar las alteraciones reportadas en la videocapilaroscopia del lecho ungular en hasta el 64,6% de los pacientes; estas pueden clasificarse como específicas e inespecíficas. Las más frecuentes son el edema pericapilar, la elongación de capilares, los capilares serpenteantes, la densidad capilar menor de 9 por milímetro y el flujo turbulento ⁽⁶⁹⁾.

Otros cambios reportados son leuconiquia, onicomadesis y las líneas de Beau (**Figura 5**); estas últimas son surcos transversales en la lámina ungular generados por la interrupción transitoria del crecimiento de la matriz ungular proximal, que, por lo general, pueden observarse dos a tres semanas después de una agresión sistémica y se resuelve cuando se ha superado la afección subyacente ^(70, 71). También se ha observado fluorescencia en la lámina ungular proximal y la lúnula con la lámpara de Wood en pacientes que han recibido tratamiento con favipiravir ⁽⁷²⁾.

Compromiso oral

Inicialmente, el compromiso oral no se describía en las manifestaciones cutáneas por Covid-19, incluso llegó a considerarse que la ausencia de este podría ayudar a diferenciarlo de otras infecciones virales; sin embargo, estudios recientes han demostrado que la ECA-2 también está presente en la cavidad oral, principalmente en la lengua y las glándulas salivales ⁽⁷³⁾.

El primer síntoma asociado fue la disgeusia, hasta en el 45% de los pacientes; posteriormente, se em-

Puntos clave

- La enfermedad por coronavirus puede presentar manifestaciones mucocutáneas hasta en el 20% de los casos;
 - Se han descrito lesiones maculopapulares, urticariales, vesiculoampollosas, tipo pernio, livedo necróticas, vasculíticas, compromiso del folículo piloso, ungular u oral;
 - El compromiso dermatológico tiene una presentación clínica variada, con pronósticos diferentes;
 - Las lesiones pueden presentarse antes, durante o después del inicio de los síntomas.
-

pezaron a reportar manifestaciones como ampollas, petequias, erosiones, vesículas, pústulas, lengua fisurada, máculas, pápulas, placas, hiperpigmentación, áreas blanquecinas, costras hemorrágicas, necrosis, edema, eritema, sangrado espontáneo y gingivitis, con frecuencias de presentación cercanas al 25,65% ⁽⁷⁴⁾ y cuyo principal síntoma asociado es el dolor, hasta en el 75% de los casos. Las localizaciones más usuales son lengua (38%), mucosa labial (26%) y paladar (22%). En casos leves, las lesiones de la mucosa oral se desarrollaron antes o al mismo tiempo que los síntomas respiratorios iniciales, mientras que en pacientes hospitalizados aparecieron entre los siete y 24 días después

del inicio de los síntomas sistémicos. Se ha demostrado una asociación positiva entre los trastornos del gusto, los casos leves o moderados y el género femenino con compromiso en las mucosas. El tiempo de resolución es aproximadamente de tres a 21 días, ya sea de forma espontánea o mediante el tratamiento tópico y la higiene bucal ^(75, 76).

Actualmente, existen dudas sobre si estas manifestaciones son subsecuentes a la infección por coronavirus, efectos secundarios del compromiso sistémico, coinfecciones virales, deterioro de la inmunidad o reacciones adversas a los medicamentos ⁽⁷⁷⁾.



Figura 5. Separación de la lámina del lecho ungular en la porción proximal, con aparición de nueva lámina y línea de Beau en el cuarto dedo. Agradecimientos a Luis Miguel Covo MD.

Tabla 1. Principales manifestaciones cutáneas asociadas a Covid-19

Característica	Lesiones perniosiformes	Lesiones vesiculares	Lesiones urticariales	Lesiones maculopapulares	Lesión por compromiso vascular
Frecuencia	12%	15%	19%	47%	6%
Morfología	Pápulas y máculas eritematovioláceas, en ocasiones con áreas purpúricas, ampollas y edema digital	Vesículas pequeñas y monomórficas diseminadas	Habones diseminados, evanescentes	Máculas eritematosas, pápulas, placas, erupciones morbiliformes	Petequias, púrpuras, livedo reticular, livedo racemosa, livedo necróticas, púrpura retiforme, necrosis
Síntomas	Prurito	Prurito, fiebre y tos	Prurito, artralgias, fiebre y odinofagia	Prurito, dolor, sensación urente o asintomáticas	Dolor o sensación urente
Localización	Zonas acrales asimétrico, predominio en los pies	Tronco	Tronco y extremidades	Tronco y extremidades	Patrón acral o difuso
Duración promedio	12 días	8-10 días	7 días	8 días	9 días
Severidad del Covid-19	Leve	Moderada	Moderada	Moderada	Grave: asociadas a SDRA, hospitalización y muerte
Pronóstico	Autorresolutivas	Autorresolutivas	Autorresolutivas	Autorresolutivas	Evolución según el curso clínico del paciente
Relación con la aparición de síntomas respiratorios	Inicio tardío	Inicio previo	Inicio simultáneo	Inicio simultáneo	Inicio simultáneo o tardío
Tratamiento	Esteroides tópicos, nifedipino y calentamiento corporal	Hidratación	Antihistamínicos	Hidratación, esteroides tópicos y orales	Medidas de soporte y anticoagulación

CONCLUSIONES

Las manifestaciones cutáneas por Covid-19 son amplias, afectan todas las edades y sexos y comprometen cualquier parte del cuerpo, incluida la piel, las mucosas y los anexos. Dado que existen pocas revisiones sistemáticas y amplios reportes de casos, se considera necesario la realización de estudios que involucren mayor cantidad de pacientes y países que permitan ser decisivos y relevantes para la población; sin embargo, los médicos deben estar alertas y tener presente las lesiones mucocutáneas de estos pacientes, pues en algunos casos podrían representar la aparición precoz de la enfermedad o una mayor severidad de esta.

REFERENCIAS

1. Singh H, Kaur H, Singh K, Sen CK. Cutaneous manifestations of COVID-19: A systematic review. *Advances in Wound Care*. 2021;10(2):51-80. <https://doi.org/10.1089/wound.2020.1309>
2. Perlman S. Another Decade, Another Coronavirus. *N Engl J Med*. 2020;382(8):760-2. <https://doi.org/10.1056/nejme2001126>
3. Millán-Oñate J, Rodríguez-Morales AJ, Camacho-Moreno G, Mendoza-Ramírez H. A new emerging zoonotic virus of concern : the 2019 novel Coronavirus (SARS CoV-2). *Infectio*. 2021;24(3):187-92.
4. Zhou P, Yang X, Wang XG, Hu B, Zhang L, Zhang W, et al. A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin. *Nature*. 2020;579(7798):270-3. <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2012-7>
5. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China. *JAMA*. 2020;323(13):1239. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.2648>
6. Guan W, Ni Z, Hu Y, et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *N Engl J Med*. 2020;382(18):1708-20. <https://doi.org/10.1056/nejmoa2002032>
7. Tammamo A, Adebajo GAR, Parisella FR, Pezzuto A, Rello J. Cutaneous manifestations in COVID-19: the experiences of Barcelona and Rome. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2020;34(7):e306-e307. <https://doi.org/10.1111/jdv.16530>
8. Fernandez-Nieto D, Ortega-Quijano D, Segurado-Miravalles G, Pindado-Ortega C, Prieto-Barrios M, Jimenez-Cauhe J. Comment on: Cutaneous manifestations in COVID-19: a first perspective. *Safety concerns of clinical images and skin biopsies. J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2020;34(6):e252-e254. <https://doi.org/10.1111/jdv.16470>
9. Galván C, Català A, Carretero G, Rodríguez P, Fernández D, Rodríguez A, 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;183(1):71-7. <https://doi.org/10.1111/bjd.19163>
10. Ortega-Quijano D, Jimenez-Cauhe J, Selda-Enriquez G, Fernandez-Guarino M, Fernandez-Nieto D. Algorithm for the classification of COVID-19 rashes. *J Am Acad Dermatol*. 2020;83(2):e103-e104. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2020.05.034>
11. Freeman EE, McMahon DE, Lipoff JB, Thiers B, Hruza G, Fox L, et al. The spectrum of COVID-19-associated dermatologic manifestations: An international registry of 716 patients from 31 countries. *J Am Acad Dermatol*. 2020;83(4):1118-29. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2020.06.1016>
12. Carrascosa JM, Morillas V, Bielsa I, Munera-Campos M. Cutaneous Manifestations in the Context of SARS-CoV-2 Infection (COVID-19). *Actas Dermo-Sifiliográficas*. 2020;111(9):734-43. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2020.08.002>
13. Pastrian-Soto G, Pastrian-Soto G. Bases Genéticas y Moleculares del COVID-19 (SARS-CoV-2). *Mecanismos de Patogénesis y de Respuesta Inmune. Int J Odontostomatol*. 2020;14(3):331-7. <https://doi.org/10.4067/S0718-381X2020000300331>
14. Magro C, Mulvey JJ, Berlin D, Nuovo G, Salvatore S, Harp J, et al. Complement associated microvascular injury and thrombosis in the pathogenesis of severe COVID-19 infection: A report of five cases. *Trans Research*. 2020;220:1-13. <https://doi.org/10.1016/j.trsl.2020.04.007>
15. Bevacqua R, Perrone S. COVID-19: relación entre enzima convertidora de angiotensina 2, sistema cardiovascular y respuesta inmune del huésped. *Insuf Card*. 2020;15(2):34-51.
16. González González F, Cortés Correa C, Peñaranda Contreras E. Manifestaciones cutáneas en pacientes con COVID-19: características clínicas y mecanismos fisiopatológicos postulados. *Actas Dermo-Sifiliográficas*. 2021;112(4):314-23. <https://doi.org/10.1016/J.AD.2020.11.013>
17. Shams S, Rathore SS, Anvekar P, Sondhi M, Kancharla N, Tousif S, et al. Maculopapular skin eruptions associated with Covid-19: A systematic review. *Dermatol Ther*. 2021;34(2):e14788. <https://doi.org/10.1111/DTH.14788>

18. Li M-Y, Li L, Zhang Y, Wang X-S. Expression of the SARS-CoV-2 cell receptor gene ACE2 in a wide variety of human tissues. *Infect Dis Pov.* 2020;9(1). <https://doi.org/10.1186/S40249-020-00662-X>
19. Xue X, Mi Z, Wang Z, Pang Z, Liu H, Zhang F. High Expression of ACE2 on Keratinocytes Reveals Skin as a Potential Target for SARS-CoV-2. *J Invest Dermatol.* 2021;141(1):206. <https://doi.org/10.1016/J.JID.2020.05.087>
20. Al-Benna S. Gene Expression of Angiotensin-Converting Enzyme 2 Receptor in Skin and the Implications for COVID-19. *Adv Skin Wound Care.* 2021;34(1):31-5. <https://doi.org/10.1097/01.ASW.0000722748.734377D>
21. Zhu R, Shi Y, Tan Y, Xiao R. ACE2 Expression on the Keratinocytes and SARS-CoV-2 Percutaneous Transmission: Are they Related? *J Invest Dermatol.* 2021;141(1):197. <https://doi.org/10.1016/J.JID.2020.09.019>
22. Jamshidi P, Hajikhani B, Mirsaeidi M, Vahidnezhad H, Dadashi M, Nasiri MJ. Skin Manifestations in COVID-19 Patients: Are They Indicators for Disease Severity? A Systematic Review. *Front Med.* 2021;8:634208. <https://doi.org/10.3389/FMED.2021.634208>
23. Kubanov AA, Deryabin DG. Skin manifestations in COVID-19 provide a clue for disease's pathophysiology understanding. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2021;35(1):e3-e4. <https://doi.org/10.1111/JDV.16902>
24. Zhang Y, Cao W, Jiang W, Xiao M, Li Y, Tang N, et al. Profile of natural anticoagulant, coagulant factor and anti-phospholipid antibody in critically ill COVID-19 patients. *J Thromb Thrombolysis.* 2020;50(3):580-6. <https://doi.org/10.1007/S11239-020-02182-9>
25. Li H, Liu L, Zhang D, Xu J, Dai H, Tang N, et al. SARS-CoV-2 and viral sepsis: observations and hypotheses. *Lancet.* 2020;395(10235):1517-20. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30920-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30920-X)
26. Gianotti R, Veraldi S, Recalcati S, Cusini M, Ghislanzoni M, Boggio F, et al. Cutaneous clinico-pathological findings in three covid-19-positive patients observed in the metropolitan area of Milan, Italy. *Acta Dermato-Venereologica.* 2020;100(8):adv00126. <https://doi.org/10.2340/00015555-3490>
27. Campo-Slebi I, Meza-Corso MF, Cárdenas P, Castro-Ayarza JR, González C, Cortés C, et al. COVID-19 in patients with psoriasis: A Latin American case series. *JAAD Int.* 2021;5:96-7. <https://doi.org/10.1016/j.jdin.2021.09.001>
28. Kolivras A, Dehavay F, Delplace D, Feoli F, Meiers I, Milone L, et al. Coronavirus (COVID-19) infection-induced chilblains: A case report with histopathologic findings. *JAAD Case Rep.* 2020;6(6):489-92. <https://doi.org/10.1016/J.JDCR.2020.04.011>
29. Rajan B, Kumar-M P, Bhardwaj A. The trend of cutaneous lesions during COVID-19 pandemic: lessons from a meta-analysis and systematic review. *Int J Dermatol.* 2020;59(11):1358-70. <https://doi.org/10.1111/IJD.15154>
30. Jones VG, Mills M, Suarez D, Hogan C, Yeh D, Segal J, et al. COVID-19 and Kawasaki Disease: Novel Virus and Novel Case. *Hosp Pediatr.* 2020;10(6):537-40. <https://doi.org/10.1542/HPEDS.2020-0123>
31. Mahé A, Birckel E, Krieger S, Merklen C, Bottlaender L. A distinctive skin rash associated with coronavirus disease 2019? *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2020;34(6):e246-e247. <https://doi.org/10.1111/JDV.16471>
32. Sachdeva M, Gianotti R, Shah M, Bradanini L, Tosi D, Veraldi S, et al. Cutaneous manifestations of COVID-19: Report of three cases and a review of literature. *J Dermatol Sci.* 2020;98(2):75-81. <https://doi.org/10.1016/J.JDERMSCI.2020.04.011>
33. Mirza FN, Malik AA, Omer SB, Sethi A. Dermatologic manifestations of COVID-19: a comprehensive systematic review. *Int J Dermatol.* 2021;60(4):418-50. <https://doi.org/10.1111/IJD.15168>
34. Conforti C, Dianzani C, Agozzino M, Giuffrida R, Marangi G, di Meo N, et al. Cutaneous Manifestations in Confirmed COVID-19 Patients: A Systematic Review. *Biology.* 2020;9(12):1-28. <https://doi.org/10.3390/BIOLOGY9120449>
35. Seirafianpour F, Sodagar S, Mohammad AP, Panahi P, Mozafarpour S, Almasi S, et al. Cutaneous manifestations and considerations in COVID-19 pandemic: A systematic review. *Dermatol Ther.* 2020;33(6):e13986. <https://doi.org/10.1111/DTH.13986>
36. De Masson A, Bouaziz JD, Sulimovic L, Cassius C, Jachiet M, Ionescu M, et al. Chilblains is a common cutaneous finding during the COVID-19 pandemic: A retrospective nationwide study from France. *J Am Acad Dermatol.* 2020;83(2):667-70. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2020.04.161>
37. Hedou M, Carsuzaa F, Chary E, Hainaut E, Cazenave-Roblot F, Masson Regnault M. Comment on 'Cutaneous manifestations in COVID-19: a first perspective' by Recalcati S. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2020;34(7):e299-e300. <https://doi.org/10.1111/jdv.16519>

38. Marzano AV, Genovese G, Fabbrocini G, Pigatto P, Monfrecola G, Piraccini B, et al. Varicella-like exanthem as a specific COVID-19-associated skin manifestation: Multicenter case series of 22 patients. *J Am Acad Dermatol.* 2020;83(1):280-5. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2020.04.044>
39. Askin O, Altunkalem RN, Altinisik DD, Uzuncakmak TK, Tursen U, Kutlubay Z. Cutaneous manifestations in hospitalized patients diagnosed as COVID-19. *Dermatol Ther.* 2020;33(6). <https://doi.org/10.1111/dth.13896>
40. Rubio-Muniz CA, Puerta-Peña M, Falkenhain-López D, Arroyo-Andrés J, Agud-Dios M, Rodríguez-Peralto J, et al. The broad spectrum of dermatological manifestations in COVID-19: clinical and histopathological features learned from a series of 34 cases. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2020;34(10):e574-e576. <https://doi.org/10.1111/jdv.16734>
41. Méndez Maestro I, Peña Merino L, Udondo González del Tánago B, Aramburu González A, Orbea Sopena A, Sánchez De Vicente J, et al. Skin manifestations in patients hospitalized with confirmed COVID-19 disease: a cross-sectional study in a tertiary hospital. *Int J Dermatol.* 2020;59(11):1353-7. <https://doi.org/10.1111/ijd.15180>
42. Morey-Olivé M, Espiau M, Mercadal-Hally M, Lera-Carballo E, García-Patos V. Cutaneous manifestations in the current pandemic of coronavirus infection disease (COVID 2019). *Ann Pediatr.* 2020;92(6):374-5. <https://doi.org/10.1016/j.anpede.2020.04.002>
43. Henry D, Ackerman M, Sancelme E, Finon A, Esteve E. Urticarial eruption in COVID-19 infection. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2020;34(6):e244-e245. <https://doi.org/10.1111/jdv.16472>
44. Rivera-Oyola R, Koschitzky M, Printy R, Liu S, Stanger R, Golant A, et al. Dermatologic findings in 2 patients with COVID-19. *JAAD Case Rep.* 2020;6(6):537-9. <https://doi.org/10.1016/j.jdcr.2020.04.027>
45. van Damme C, Berlingin E, Saussez S, Accaputo O. Acute urticaria with pyrexia as the first manifestations of a COVID-19 infection. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2020;34(7):e300-e301. <https://doi.org/10.1111/jdv.16523>
46. Lu S, Lin J, Zhang Z, Xiao L, Jiang Z, Chen J, et al. Alert for non-respiratory symptoms of coronavirus disease 2019 patients in epidemic period: A case report of familial cluster with three asymptomatic COVID-19 patients. *J Med Virol.* 2021;93(1):518-21. <https://doi.org/10.1002/jmv.25776>
47. Fernandez-Nieto D, Ortega-Quijano D, Jimenez-Cauhe J, Burgos-Blasco P, De Perosanz-Lobo D, Suarez-Valle A, et al. Clinical and histological characterization of vesicular COVID-19 rashes: a prospective study in a tertiary care hospital. *Clin Exp Dermatol.* 2020;45(7):872-5. <https://doi.org/10.1111/ced.14277>
48. Mahé A, Birckel E, Merklen C, Lefèbvre P, Hannedouche C, Jost M, et al. Histology of skin lesions establishes that the vesicular rash associated with COVID-19 is not 'varicella-like'. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2020;34(10):e559-e561. <https://doi.org/10.1111/jdv.16706>
49. Keshavarzi A, Mohammadi AA, Ayaz M, Javanmardi F, Hoghoughi M, Yeganeh B, et al. Cutaneous Vesicular of COVID-19 in Two Burn Patients. *World J Plast Surg.* 2020;9(3):331-8. <https://doi.org/10.29252/wjps.9.3.331>
50. García-Gil MF, Monte Serrano J, García García M, Barra Borao V, Matovelle Ochoa C, Ramirez-Lluch M, et al. Acral purpuric lesions associated with coagulation disorders during the COVID-19 pandemic. *Int J Dermatol.* 2020;59(9):1151-2. <https://doi.org/10.1111/ijd.15041>
51. Bouaziz JD, Duong TA, Jachiet M, Velter C, Lesang P, Cassius C, et al. Vascular skin symptoms in COVID-19: a French observational study. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2020;34(9):e451-e452. <https://doi.org/10.1111/jdv.16544>
52. Recalcati S, Barbagallo T, Frasin LA, Prestinari F, Cogliardi A, Provero M, et al. Acral cutaneous lesions in the time of COVID-19. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2020;34(8):e346-e347. <https://doi.org/10.1111/jdv.16533>
53. Alramthan A, Aldaraji W. Two cases of COVID-19 presenting with a clinical picture resembling chilblains: first report from the Middle East. *Clin Exp Dermatol.* 2020;45(6):746-8. <https://doi.org/10.1111/ced.14243>
54. Pavone P, Marino S, Marino L, Cacciaguerra G, Guarneri C, Nunnari G, et al. Chilblains-like lesions and SARS-CoV-2 in children: An overview in the therapeutic approach. *Dermatol Ther.* 2021;34(1):2-6. <https://doi.org/10.1111/dth.14502>
55. Landa N, Mendieta-Eckert M, Fonda-Pascual P, Aguirre T. Chilblain-like lesions on feet and hands during the COVID-19 Pandemic. *Int J Dermatol.* 2020;59(6):739-43. <https://doi.org/10.1111/ijd.14937>
56. Docampo-Simón A, Sánchez-Pujol MJ, Juan-Carpena G, Palazón-Cabanes J, Vergara-De Caso E, Berbegal L, et al. Are chilblain-like acral skin

- lesions really indicative of COVID-19? A prospective study and literature review. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2020;34(9):e445-e447. <https://doi.org/10.1111/jdv.16665>
57. Cappel M, Cappel J, Wetter D. Pernio (Chilblains), SARS-CoV-2, and COVID Toes Unified Through Cutaneous and Systemic Mechanisms. *Mayo Clin Proc.* 2020;96(4):989-1005. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2021.01.009>
58. Kluger N. Livedoid vasculopathy. *Forum for N Dermato-Venerol.* 2018;23(1):3-5. https://doi.org/10.5005/jp/books/13043_34
59. Gottlieb M, Long B. Dermatologic manifestations and complications of COVID-19. *Am J Emerg Med.* 2020;38(9):1715-21. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2020.06.011>
60. Tang N, Li D, Wang X, Sun Z. Abnormal coagulation parameters are associated with poor prognosis in patients with novel coronavirus pneumonia. *J Thromb Haemostasis.* 2020;18(4):844-7. <https://doi.org/10.1111/jth.14768>
61. Naderi-Azad S, Vender R. Lessons From the First Wave of the Pandemic: Skin Features of COVID-19 Can Be Divided Into Inflammatory and Vascular Patterns. *J Cut Med Surg.* 2021;25(2):169-76. <https://doi.org/10.1177/1203475420972343>
62. Wambier CG, Vaño-Galván S, McCoy J, Shapiro J, Pérez B, Goren A, et al. Androgenetic alopecia present in the majority of patients hospitalized with COVID-19: The “Gabrin sign.” *J Am Acad Dermatol.* 2020;83(2):680-2. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2020.05.079>
63. Müller Ramos P, Ianhez M, Amante Miot H. Alopecia and grey hair are associated with COVID-19 Severity. *Exp Dermatol.* 2020;29(12):1250-2. <https://doi.org/10.1111/exd.14220>
64. Wambier C, Goren A. Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) infection is likely to be androgen mediated. *J Am Acad Dermatol.* 2020;83(1):308-9. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2020.04.032>
65. Berbert Ferreira S, Gavazzoni Dias MFR, Berbert Ferreira R, Neves Neto AC, Trüeb RM, Lupi O. Rapidly progressive alopecia areata totalis in a COVID-19 patient, unresponsive to tofacitinib. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2021;35(7):e411-e412. <https://doi.org/10.1111/jdv.17170>
66. Rizzetto G, Diotallevi F, Campanati A, Radi G, Bianchelli T, Molinelli E, et al. Telogen effluvium related to post severe Sars-Cov-2 infection: Clinical aspects and our management experience. *Dermatol Ther.* 2021;34(1):1-6. <https://doi.org/10.1111/dth.14547>
67. Shanshal M. COVID-19 related anagen effluvium. *J Dermatol Treat.* 2020;0(0):1-2. <https://doi.org/10.1080/09546634.2020.1792400>
68. Moreno-Arrones OM, Lobato-Berezo A, Gomez-Zubiaur A, Arias-Santiago S, Saceda-Corralo D, Bernardez-Guerra C, et al. SARS-CoV-2-induced telogen effluvium: a multicentric study. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2021;35(3):e181-e183. <https://doi.org/10.1111/jdv.17045>
69. Natalello G, Luca G De, Gigante L, Campochiaro C, De Lorenzis E, Verardi L, et al. Nailfold capillaroscopy findings in patients with coronavirus disease 2019: Broadening the spectrum of COVID-19 microvascular involvement. *Microvasc Res.* 2021;133:104071. <https://doi.org/10.1016/j.mvr.2020.104071>
70. Alobaida S, Lam JM. Beau lines associated with COVID-19. *CMAJ.* 2020;192(36):E1040. <https://doi.org/10.1503/cmaj.201619>
71. Ide S, Morioka S, Inada M, Ohmagari N. Beau's lines and leukonychia in a COVID-19 patient. *Int Med.* 2020;59(24):3259. <https://doi.org/10.2169/internalmedicine.6112-20>
72. Aslan Kayıran M, Cebeci F, Erdemir VA, Aksoy H, Akdeniz N, Gürel MS. Fluorescence of nails and hair on Wood's lamp examination in Covid pandemic; undefined effect of Favipiravir in humans. *Dermatol Ther.* 2021;34(1):1-4. <https://doi.org/10.1111/dth.14740>
73. Dziedzic A, Wojtyczka R. The impact of coronavirus infectious disease 19 (COVID-19) on oral health. *Oral Dis.* 2021;27(S3):703-6. <https://doi.org/10.1111/odi.13359>
74. Paradowska-Stolarz AM. Oral manifestations of covid-19: Brief review. *Dental Med Problems.* 2021;58(1):123-6. <https://doi.org/10.17219/dmp/131989>
75. Amorim dos Santos J, Normando AGC, Carvalho da Silva RL, Cembranel A, Santos A, Silva E, et al. Oral mucosal lesions in a COVID-19 patient: New signs or secondary manifestations? *International J Infect Dis.* 2020;97:326-8. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2020.06.012>
76. Nuno-Gonzalez A, Martin-Carrillo P, Magaletsky K, Rios M, Herranz Mañas C, Artigas Almazan J, et al. Prevalence of mucocutaneous manifestations in 666 patients with COVID-19 in a field hospital in Spain: oral and palmoplantar findings. *Br J Dermatol.* 2021;184(1):184-5. <https://doi.org/10.1111/bjd.19564>
77. Amorim dos Santos J, Normando AGC, Carvalho da Silva RL, Acevedo A, De Luca Canto G, Sugaya N, et al. Oral Manifestations in Patients

with COVID-19: A Living Systematic Review.
J Dental Res. 2021;100(2):141-54. <https://doi.org/10.1177/0022034520957289>

Síndrome de nevos azules cauchosos: reporte de un caso familiar

María Fernanda Tibaduiza-García¹; Caren Milena Ton-Mazo²; Marcos Stivel Múnera-Patiño³; Maribel Plaza-Tenorio⁴

RESUMEN

El síndrome de nevos azules cauchosos (BRBNS, por sus siglas en inglés) o síndrome de Bean se caracteriza por la presencia de malformaciones venosas de bajo flujo en la piel y en el tubo digestivo. Es una entidad rara de causa desconocida, con casos espontáneos y otros con presentación autosómica dominante. Las lesiones pueden estar presentes al nacimiento o en la infancia, mientras que en otros casos son evidentes a lo largo de la vida por su aumento de tamaño y número.

PALABRAS CLAVE: Malformaciones vasculares; Síndrome de nevos azules cauchosos; hemangioma.

BLUE RUBBER BLEB NEVUS SYNDROME: REPORT OF A FAMILIAL CASE

SUMMARY

Blue rubber bleb nevus syndrome is characterized by a low flow venous malformations of the skin and gastrointestinal tract. It is a rare entity of unknown cause, with spontaneous and autosomal dominant hereditary presentations. The lesions may be present at birth or in childhood, while in other cases they are evident throughout life due to their increase in size and number.

KEY WORDS: Vascular malformations; Blue rubber bleb nevus syndrome; hemangioma.

1. Médica especialista en Dermatología, Medicáncer y Clínica Universitaria Bolivariana, Medellín, Colombia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3602-2220>
2. Médica y cirujana, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8529-1358>
3. Médico, residente de Dermatología, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0795-2920>
4. Médica especialista en medicina interna y medicina vascular, Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín, Colombia.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7157-9406>

Correspondencia: María Fernanda Tibaduiza García; **email:** maria.tibaduiza@udea.edu.co

Recibido: 21/10/21; **aceptado:** 25/10/22

Cómo citar: Tibaduiza, MF; Ton, CM; Múnera, MS; Plaza, M. Síndrome de nevos azules cauchosos: reporte de un caso familiar. Rev. Asoc. Colomb. Dermatol. Cir. Dematol. Vol 30(3): julio - septiembre, 2022, 204-208. DOI: <https://doi.org/10.29176/2590843X.1649>

Financiación: ninguna, **conflictos de interés:** ninguno

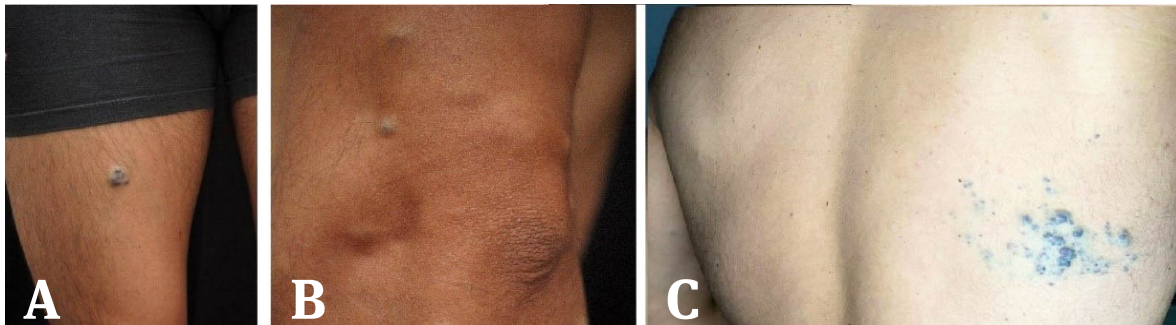


Figura 1. A y B). A la exploración física del paciente presentado, se observan las lesiones papulares y nodulares blandas con distintos tonos del gris al violáceo. **C).** Fotografías del hermano observamos múltiples pápulas azuladas de distintos tamaños agrupadas y asociadas a máculas con el mismo tono. Nótese la presencia de lesiones similares en el resto de la espalda y el brazo izquierdo.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de un hombre de 41 años con historia de aparición progresiva desde la adolescencia de múltiples lesiones papulares violáceas en las extremidades y el tronco. El paciente no tiene antecedentes de hemorragias digestivas ni hemoptisis, tampoco otros antecedentes personales relevantes. En cuanto a sus antecedentes familiares, relata que su padre y su único hermano mayor tienen lesiones en la piel similares, mayores en tamaño y en cantidad. Tiene una hija lactante, quien no presenta lesiones hasta la fecha. A la exploración física presenta múltiples pápulas y algunos nódulos violáceos y otros grisáceos-azulados blandos, algunos agrupados y otros solitarios localizados en las extremidades y el tronco (**Figura 1**); no se hallaron lesiones en la mucosa oral. A la dermatoscopia, se observan varias lagunas violáceas con bordes difuminados y áreas maculares con la misma coloración (**Figura 2**). El reporte final de la biopsia de piel indicó que se trataba de una malformación venosa (**Figura 3**).

DISCUSIÓN

El síndrome de Bean o BRBNS fue descrito originalmente por Gascoyen en 1860, aunque recibe su nombre del médico William Bean ⁽¹⁾. Hace parte del grupo de malformaciones venosas benignas de bajo flujo. Consiste en la presencia de lesiones papulares o nodulares

profundas, gris-azuladas, cauchosas, que pueden ser dolorosas y asociarse a sudoración local y que se encuentran predominantemente en el tronco y las extremidades. Bean las categorizó en tres grupos: las de tipo 1, con grandes angiomas deformantes que pueden comprimir otros tejidos; las de tipo 2, más frecuentes, son pequeñas, de 1-3 centímetros, múltiples, de color azulado y comprensibles; y las de tipo 3, que son máculas o placas de color azul-negro que no blanquean con la digitopresión ⁽¹⁾. Por tratarse de malformaciones venosas de bajo flujo, debe considerarse la posibilidad de trombosis, identificada por dolor a la palpación, calor y edema en las lesiones. Otras posibles complicaciones diferentes a la hemorragia son las calcificaciones y, en casos menos frecuentes, la presencia de coagulopatía de consumo, trombocitopenia y, por supuesto, todas las complicaciones secundarias a la hemorragia según su volumen y tiempo de instauración ^(2,3).

Además de las manifestaciones en la piel, la formación de estos angiomas en otros órganos puede llevar a hemorragia digestiva y anemia ferropénica, hemorragia en el sistema nervioso central (SNC) y en algunos casos malformaciones orbitales, intususcepción, vólvulo, isquemia intestinal y compresión medular ⁽⁴⁾. Jin y colaboradores, en una revisión de la literatura, analizaron 120 reportes de casos, donde el 87% de los pacientes presentaba compromiso de más de un órgano, 97% tenía compromiso en la piel, 76% presentó hemanjiomas digestivos y 13%, compromiso del SNC ⁽⁵⁾.

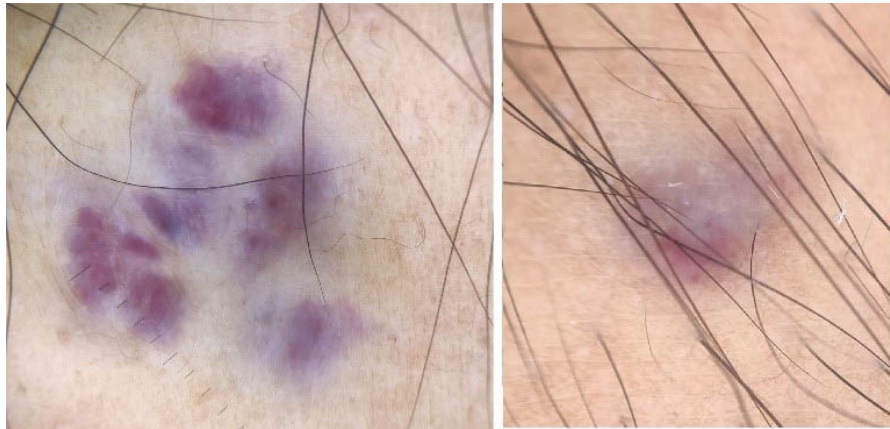


Figura 2. A la dermatoscopia, se observan varias lagunas violáceas con bordes difuminados y áreas maculares con la misma coloración.

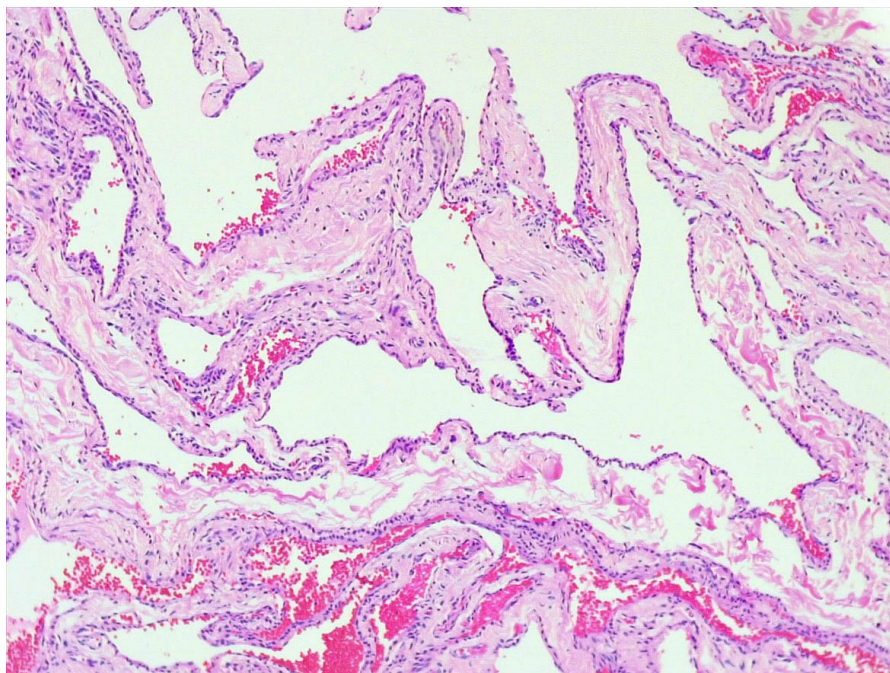


Figura 3. En la histología, en el corion cutáneo hay presencia de múltiples canales vasculares de tamaños dilatados, con pared delgada tapizada con monocapa de células endoteliales sin atipia.

No hay reportes de prevalencia debido a lo infrecuente que es esta enfermedad. Afecta de forma similar a hombres y mujeres. Las manifestaciones tanto cutáneas como viscerales pueden presentarse al nacimiento o en la infancia temprana, y parece haber una asociación con un patrón de herencia autosómico dominante, aunque la mayoría de los casos tienen presentación esporádica. Soblet y colaboradores describieron una cohorte de 23 individuos con malformaciones venosas cutáneas; en 17 de estos se diagnosticó BRBNS. En las biopsias de 14 de estos últimos se identificaron mutaciones en el gen TEK, que codifica para el receptor endotelial de angiopoyetinas, mutaciones que, *in vitro*, se asocian a un aumento de la supervivencia, invasión y formación de colonias en células endoteliales ⁽⁶⁾.

El diagnóstico se realiza con base en las lesiones en la piel y los hallazgos endoscópicos. La histopatología muestra dilataciones venosas cavernosas, con una pared delgada de músculo liso revestida por una capa de células endoteliales ⁽⁵⁾. En cuanto a la dermatoscopia, Mejía-Rodríguez y colaboradores describieron la presencia de un patrón venoso arborizante de color rojo claro, máculas con bordes indefinidos, principalmente en las palmas y plantas, nódulos rojos violáceos con lagunas separadas por líneas blancas, algunos de estos exofíticos y verrucosos ⁽⁷⁾. Sumando a la correlación histológica realizada por Turk y colaboradores, se está consolidando la evidencia de que las máculas homogéneas azules son distintivas del nevo azul y se relacionan con vasos vasculares dérmicos proliferantes irregulares ⁽⁸⁾.

No hay una recomendación respecto a la búsqueda de compromiso digestivo en el paciente que solo tiene manifestaciones en la piel. Estos estudios se realizan según la clínica del paciente, especialmente si muestra

anemia ferropénica, caso opuesto al presentado acá ⁽⁹⁾. Las ayudas diagnósticas pueden iniciarse con ecografía endoscópica, que en caso de no contar con personal con experiencia o de obtener resultados inconclusos, tendrá que complementarse con resonancia magnética con contraste venoso, arterial y con supresión grasa ⁽²⁾. En cuanto a las posibilidades diagnósticas de laboratorio, paraclínicos como la sangre oculta en heces, uroanálisis, hemograma y ferrocínética permitirían identificar una hemorragia no detectada ⁽³⁾.

El tratamiento del BRBNS es sintomático; por tanto, debe corregirse el déficit de hierro o realizarse transfusiones de acuerdo con la gravedad de las hemorragias, así como proceder a terapias específicas como escleroterapia, ligaduras con bandas o fotocoagulación e incluso resecciones segmentarias o colectomías ⁽³⁾. Las lesiones en la piel podrán resecarse mediante cirugía o láser. Por último, existen reportes de uso de agentes antiangiogénicos, como el propanolol, los esteroides, la octreotida y más recientemente, y de forma exitosa, el sirólimus ⁽¹⁰⁾.

CONCLUSIÓN

Se presenta el caso de un paciente con lesiones vasculares múltiples. Por las características clínicas, dermatoscópicas, histológicas y la historia familiar se diagnosticó síndrome de Bean, a pesar de no presentar síntomas digestivos. Su padre y su hermano mayor presentaban lesiones similares en la piel, lo que apoya la teoría de un patrón de herencia autosómico. En este caso, no se requirió tratamiento específico porque el paciente no tenía otra sintomatología asociada. Se aconsejó continuar la vigilancia clínica de forma interdisciplinaria.

Puntos clave

- Es un enfermedad congénita caracterizada por múltiples malformaciones venosas de bajo flujo;
 - En piel se encuentran pápulas o nódulos profundos de coloración gris-azulada y de consistencia cauchosa;
 - Más del 85% de los pacientes tienen compromiso visceral, principalmente en sistema digestivo y luego en sistema nervioso central;
 - No existen recomendaciones sobre la búsqueda de las lesiones extracutáneas en ausencia de síntomas como sangrado;
 - El tratamiento es principalmente sintomático.
-

REFERENCIAS

1. Bean W. Blue rubber-bleb nevi of the skin and gastrointestinal tract. En: *Vascular Spiders and Related Lesions of the Skin*. Thomas; 1958. pp. 17-185.
2. Baigrie D, Rice AS, An IC. Blue Rubber Bleb Nevus Syndrome. En: *StarPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021.
3. Martínez CAR, Rodrigues MR, Sato DT, Silveira Júnior PP, Gama RF, Mattavelli CB, et al. Blue rubber bleb nevus syndrome as a cause of lower digestive bleeding. *Case Rep Surg*. 2014;2014:683684. <https://doi.org/10.1155/2014/683684>
4. Rajah G, To CY, Sood S, Ham S, Altinok D, Poulik J, et al. Epidural spinal cord compression in a patient with blue rubber bleb nevus syndrome. *J Neurosurg Pediatr*. 2014;14(5):486-9. <https://doi.org/10.3171/2014.8.PEDS13627>
5. Jin XL, Wang ZH, Xiao XB, Huang LS, Zhao XY. Blue rubber bleb nevus syndrome: A case report and literature review. *World J Gastroenterol*. 2014;20(45):17254-9. <https://doi.org/10.3748/wjg.v20.i45.17254>
6. Soblet J, Kangas J, Nätyunki M, Mendola A, Helaers R, Uebelhoer M, et al. Blue Rubber Bleb Nevus (BRBN) Syndrome Is Caused by Somatic TEK (TIE2) Mutations. *J Invest Dermatol*. 2017;137(1):207-16. <https://doi.org/10.1016/j.jid.2016.07.034>
7. Mejía-Rodríguez S, Valencia-Herrera A, Escobar-Sánchez A, Mena-Cedillos C. Dermoscopic Features in Bean (Blue Rubber Bleb Nevus) Syndrome. *Pediatr Dermatol* [Internet]. 2008;25(2):270-2. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1470.2008.00652.x>
8. Turk BG, Turkmen M, Karaarslan IK, Aydogdu S, Akalin T, Ozdemir F. Blue rubber bleb nevus syndrome: a case report with dermatoscopic features. *Clin Exp Dermatol*. 2011;36(2):211-3. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2230.2010.03896.x>
9. Mimura H, Akita S, Fujino A, Jinnin M, Ozaki M, Osuga K, et al. Japanese clinical practice guidelines for vascular anomalies 2017. *Pediatr Int*. 2020;62(3):257-304. <https://doi.org/10.1111/ped.14077>
10. Weiss D, Teichler A, Hoeger PH. Long-term sirolimus treatment in blue rubber bleb nevus syndrome: Case report and review of the literature. *Pediatr Dermatol*. 2021;38(2):464-8. <https://doi.org/10.1111/pde.14506>

Lupus eritematoso discoide lineal asociado a lupus eritematoso sistémico: reporte de caso y revisión de la literatura

Ricardo Flaminio Rojas- López¹; Laura Isabel López-Molinares² ; Julián Camilo Vargas-Roa³; Daniela Saaibi-Rey⁴

RESUMEN

El lupus eritematoso discoide lineal es una enfermedad crónica de etiología desconocida. Se caracteriza por placas eritematosas que siguen las líneas de Blaschko y constituye una variante inusual del lupus eritematoso discoide. En la presente revisión, se describe el caso de una paciente femenina que consultó por lesiones en la cara, área alopecica en el cuero cabelludo asociado a manifestaciones de lupus eritematoso sistémico, quien obtuvo una adecuada respuesta al tratamiento farmacológico. La búsqueda de los artículos científicos para el desarrollo de este reporte se realizó en las siguientes bases de datos: ClinicalKey, Ovid y PubMed. En la actualidad, es el primer reporte de caso clínico descrito de lupus eritematoso discoide lineal asociado a lupus eritematoso sistémico; se realizará una revisión de la literatura.

PALABRAS CLAVE: Alopecia; Anticuerpos antinucleares; Lupus eritematoso cutáneo; Lupus eritematoso discoide; Lupus eritematoso sistémico; Mosaicismo.

1. Dermatólogo. Profesor Asociado, Universidad Autónoma de Bucaramanga, Dermahair Center, Bucaramanga, Colombia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0997-4517>
2. Médica general, Universidad Libre, Barranquilla, Colombia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0393-1081>
3. Médico general, Fundación Universitaria Juan N. Corpas, Bogotá D.C, Colombia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6868-6086>
4. Estudiante de pregrado medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá D,C, Colombia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3358-3989>

Correspondencia: Laura Isabel López-Molinares; **email:** lauralopezmolinares@gmail.com

Recibido: 31/1/21; **aceptado:** 22/10/22

Cómo citar: Rojas, RF; López, LI; Vargas, JC; Saaibi, D. Lupus eritematoso discoide lineal asociado a lupus eritematoso sistémico. Rev. Asoc. Colomb. Dermatol. Cir. Dermatol. Vol 30(3): julio - septiembre, 2022, 209-216. DOI: <https://doi.org/10.29176/2590843X.1564>

Financiación: ninguna, **conflictos de interés:** ninguno

LINEAR DISCOID LUPUS ERYTHEMATOSUS ASSOCIATED WITH SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS: CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

SUMMARY

Linear discoid lupus erythematosus is a chronic disease of unknown etiology. It is characterized by erythematosus plaques that follow Blaschko's lines and is an unusual variant of discoid lupus erythematosus. The present review describes the case of a female patient who consulted for a lesion on the face and an alopecic area on the scalp associated with manifestations of systemic lupus erythematosus; an adequate response to pharmacological treatment was presented. The search for scientific articles for the development of this report was conducted in the following databases: ClinicalKey, Ovid, and PubMed. It is currently the first clinical case report described of linear discoid lupus erythematosus associated with systemic lupus erythematosus. A literature review will be conducted.

KEY WORDS: Alopecia; Antinuclear antibodies; Cutaneous lupus erythematosus; Discoid lupus erythematosus; Systemic lupus erythematosus; Mosaicism.

INTRODUCCIÓN

El lupus eritematoso discoide lineal (LEDL) es una enfermedad que se caracteriza por placas eritematosas unilaterales que siguen las líneas de Blaschko, y es una variante inusual del lupus eritematoso discoide (LED) ⁽¹⁾. En 1978, Umbert y Winkelmann reportaron por primera vez una distribución lineal de LED con esclerodermia, refiriéndose a un síndrome cutáneo mixto; posteriormente, Abe y colaboradores propusieron una configuración estrictamente lineal y no discoide en 1998 ⁽²⁾. El objetivo principal de este reporte es describir el caso de una paciente femenina con lesiones en la cara que siguen las líneas de migración embriológica asociado a lupus eritematoso sistémico (LES) y alopecia. Debido a la reducida literatura sobre la variante lineal y su desconocida relación con el LES, se considera relevante la presentación de este caso en la comunidad científica.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 33 años, raza mestiza, de ocupación empleada bancaria, quien presentó un cuadro clínico progresivo de cinco meses de evolución consistente en lesiones eritematosas en la cara y alopecia. Sin antecedentes patológicos, traumáticos o de fotosensibilidad conocidos. En la exploración física se observaron placas eritematosas en la región mentoniana,

arco cigomático, unilaterales izquierdas, que seguían las líneas de Blaschko (**Figura 1 A y B**), y placa alopecica en la región frontoparietal izquierda (**Figura 2**). Posteriormente, presentó lesiones petequiales dolorosas en los pulpejos de los dedos y en la región periungueal de las manos, las cuales se consideraron secundarias a vasculitis cutánea con presencia de dolor poliarticular limitante.

Los estudios de extensión reportaron anticuerpos antinucleares (ANAS) positivos a la dilución 1:1280, patrón moteado y anticuerpos anti-Ro positivos en 109 UI/mL; los anticuerpos anti-Sm y anticuerpos anti-DNA fueron negativos. Debido al compromiso cutáneo de las líneas de migración embriológicas en el rostro, se realizó un diagnóstico diferencial con liquen plano lineal y lupus eritematoso discoide lineal.

La biopsia de la lesión mentoniana reportó leve hiperqueratosis, paraqueratosis focal, atrofia de la epidermis con focos de vacuolización de la membrana basal acompañados de exocitosis de linfocitos con presencia de queratinocitos apoptóticos, infiltrado inflamatorio linfocitario perivasculoso y perianexial a nivel de la dermis; estos hallazgos histopatológicos son compatibles con lupus eritematoso discoide (**Figura 3**).

Debido al conjunto de datos clínicos e histopatológicos obtenidos, se realizó el diagnóstico de lupus eritematoso discoide lineal y posteriormente se confirmó la

presencia de enfermedad sistémica (LES) según los criterios de clasificación *Systemic Lupus International Collaborating Clinics* (SLICC) de 2012, satisfaciendo cuatro criterios: lupus cutáneo crónico (lupus eritematoso discoide), alopecia, afectación articular y ANAS positivos.

Inicialmente, se indicó tratamiento ambulatorio con corticoide oral (deflazacort), corticoide tópico (furoato de mometasona), inhibidor de la calcineurina tópico (tacrólimus al 0,1%) y protector solar. Fue remitida al servicio de reumatología, el cual asoció manejo sistémico con la administración de prednisolona, hidroxicloroquina y azatioprina, con evolución clínica favorable. En los siguientes ocho meses y desde el inicio del tratamiento farmacológico se evidenció resolución total de las lesiones en el rostro y el cuero cabelludo. En los controles posteriores no hubo reaparición de las lesiones cutáneas ni presencia de complicaciones.

DISCUSIÓN

El lupus eritematoso discoide lineal (LEDL) es una variante inusual del lupus eritematoso discoide (LED), caracterizada por lesiones eritematosas, hiperqueratósicas, atróficas, hipocrómicas, con un halo hiperpigmentado que se localizan a lo largo de las líneas de Blaschko⁽²⁾. Se han descrito otros subtipos de lupus eritematoso (LE) que siguen el patrón lineal, como LE subagudo, túmido y profundo⁽³⁾.

La mayoría de los casos corresponden principalmente a niños y adultos jóvenes, con una incidencia similar entre ambos sexos; normalmente los pacientes no presentan fotosensibilidad ni progresión sistémica⁽⁴⁾. La patogenia es desconocida; no obstante, las anomalías inmunológicas desempeñan un papel importante para la comprensión de la enfermedad. Un amplio rango de estímulos externos, como lo son el trauma, la irritación



Figura 1. A y B). Placas eritematosas lineales unilateral izquierda. **A).** Región mentoniana. **B).** Región del arco cigomático.



Figura 2. Placa alopécica en el cuero cabelludo frontoparietal izquierda.

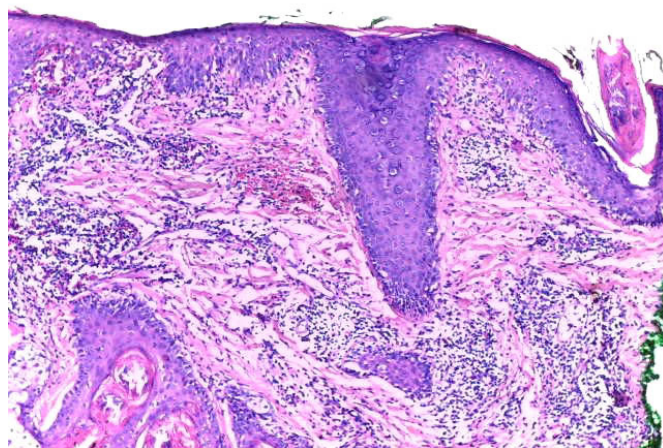


Figura 3. Biopsia de la región del mentón. Atrofia epidérmica, tapón córneo con presencia de queratinocitos apoptóticos y focos de vacuolización de la membrana basal. Hematoxilina y eosina 10X.

o la luz ultravioleta, desencadenan el mosaicismismo genético de los queratinocitos, expresando antígenos que provocan cambios de su función en el sistema inmunitario. Los queratinocitos anormales están relacionados con alteraciones genéticas que envuelven las vías apoptóticas; estas células son un factor importante para el inicio de las lesiones del lupus eritematoso discoide lineal ^(5, 6).

Las manifestaciones clásicas del LEDL corresponden a lupus eritematoso discoide, que son placas eritematosas bien definidas con taponamiento folicular, hipopigmentación central y cicatrización con una configuración lineal ⁽⁷⁾. El área afectada en la mayoría de los casos es el rostro, seguido del cuello, el tronco y las extremidades. Por otra parte, cuando hay compromiso del cuero cabelludo, puede causar alopecia cicatricial, que es irreversible según el tiempo de evolución ^(4, 8). El diagnóstico diferencial debe establecerse con enfermedades que sigan la distribución en las líneas de Blaschko, como el liquen plano lineal, liquen estriado, granuloma anular lineal, psoriasis lineal, morfea o nevo epidérmico verrugoso lineal inflamatorio ⁽³⁾.

Los anticuerpos antinucleares son negativos o ligeramente positivos en esta patología. Las características histológicas muestran atrofia de la epidermis,

paraqueratosis, degeneración hidrópica de la capa de células basales en la epidermis, infiltrados densos perivasculars y perianexiales de linfocitos con depósito de mucina en la dermis. La inmunofluorescencia directa es recomendable en casos donde la histología es inconclusa ⁽⁹⁾.

El tratamiento del LEDL incluye corticoides tópicos de alta potencia y fotoprotección, siendo estos la base terapéutica en el manejo de esta patología. Los inhibidores de la calcineurina son utilizados a largo plazo, pues permiten un menor requerimiento de corticosteroides y aparición de sus efectos secundarios. En caso de presentarse una respuesta inadecuada al manejo farmacológico tópico, la hidroxiclороquina y otros inmunosupresores sistémicos pueden ser necesarios, ya que facilitan una mejoría clínica o incluso una resolución completa de las lesiones ^(5, 10).

En la literatura médica hay un total de 54 reportes de casos de LEDL en niños y adultos (**Tabla 1**). Se encontró una mayor prevalencia en el sexo femenino durante la infancia, a diferencia de los casos en adultos, los cuales fueron similares en ambos grupos. El sitio anatómico más afectado por esta patología es el rostro, seguido del cuello, las extremidades y, de manera infrecuente, el cuero cabelludo, sin provocar la pérdida

Tabla 1. Características clínicas, números de casos, ubicación de las lesiones, paraclínicos, progresión a LES y tratamiento realizado en casos de lupus eritematoso discoide líneal en adultos y en niños (LEDL).

Referencias	Edad en años	Sexo	No. casos	Localización	ANAS	Progresión a LES	Tratamiento
NIÑOS							
Umbert & Winkelman. Arch Dermatol 1978; 114(10): 1473-1478	7	F	1	Antebrazo / mano	(-)	No	CT, HCQ.
Abe, <i>et al.</i> Br J Dermatol 1998; 139: 307-310	3,11	F	2	Cara / cuello	1 ANAS(+) 1 ANAS (-)	No	DDS, Ibuprofenpiconol
Green & Baker. Pediatr Dermatol 1999; 16(2): 128-133	7	M	1	Cara / tronco	ANAS(+)	No	CT, PS
Choi, <i>et al.</i> J Dermatol 2001; 28(2): 106-107	6	F	1	Nariz	(-)	No	HCQ.
Davies & Newman. Clin Exp Dermatol 2001; 26: 56-58	8	F	1	Cara	(-)	No	DDS
Lee, <i>et al.</i> Pediatr Dermatol 2001; 18(5): 396-399	4	F	1	Cara	(-)	No	HCQ
Requena, <i>et al.</i> J Eur Acad Dermatol 2002; 16(6): 618-620	3	M	1	Mentón / Cuello	(-)	No	CT
Engelman, <i>et al.</i> Pediatr Dermatol 2007; 24(2): 125-129	6	F	1	Tronco	(-)	No	CT, HCQ.
Daldon & Lage. An. Bras. Dermatol 2011;83(3): 553-556	15	M	1	Brazo	ANAS(+)	No	Cloroquina
Imhof, <i>et al.</i> Dermatology 2011;223:1-3	15	F	1	Cara / Tronco	(-)	No	LS
Kawachi, <i>et al.</i> Pediatr Dermatol 2011;28:205-207	4	F	1	Cara / cuello	(-)	No	ITC
Aiyama, <i>et al.</i> Dermatol Online J 2013;19(7):18960	11	M	1	Miembro superior derecho	ANAS (+)	No	CT
Jin, <i>et al.</i> Autoimmun Rev 2016;15(4):291-306	9	M	1	Cara	(-)	No	HCQ, ITC
Marinho, <i>et al.</i> An Bras Dermatol 2016;91:510-513	4	F	1	Brazo derecho / pierna derecha	ANAS(+)	No	HCQ
Campos-Muñoz, <i>et al.</i> Arthritis & Rheumatology 2017;69(11):2250-2250	11	F	1	Cara / cuello	(-)	No	CT, ITC, HCQ, MTX,MMF
Kieselová, <i>et al.</i> Pediatric Dermatology 2019;36(3);e73-e74	2	F	1	Cara	(-)	No	CT, ITC, PS
Liu, <i>et al.</i> Indian J Dermatol Venereol Leprol 2020,20:1-7	12,16	F	2	Cara	(-)	No	ICT
Perez-Bernal, <i>et al.</i> Dermatology Online Journal 2020;26(5)	7	M	1	Antebrazo izquierdo	(-)	No	HCQ,ITC

Referencias	Edad en años	Sexo	No. casos	Localización	ANAS	Progresión a LES	Tratamiento
ADULTOS							
Bouzit, <i>et al.</i> Dermatology 1999; 199(1): 60-62	29	F	1	Cara	(-)	No	HCQ, CT
Abe, <i>et al.</i> Eur J Dermatol 2000; 10(3): 229-231	23	M	1	Cara	(-)	No	DDS
Sabat, <i>et al.</i> J Eur Acad Dermatol 2006; 20(8): 1005-1006	19	F	1	Cara	ANAS(+)	No	HCQ.
Gaitanis, <i>et al.</i> Lupus 2009;18(8),759-61	21	M	1	Cara	(-)	No	HCQ,PS,CT
Thind, <i>et al.</i> Clin Exp Dermatol 2009;34:e447-448	37	F	1	Cara	(-)	No	CT,PS
Kim, <i>et al.</i> J Dermatol 2011;38:609-612.	33	M	1	Cara / Nariz	(-)	No	CT,HCQ.
Alcántara González, <i>et al.</i> Indian J Dermatol Venereol Leprol 2011;77:717-719	45,64	M	2	Cuello / Cara	(-)	No	CT
Verma & Wollina. J Dtsch Dermatol Ges 2012;10:129-130.	32	F	1	Cara / espalda / miembros superiores	ANAS(+)	No	MTX,PS,CT
Mao, <i>et al.</i> Postepy Dermatol Alergol 2017;34(2):177-179	32	F	1	Cara / cuello	ANAS(+)	No	CT,CS,IT
Jin, <i>et al.</i> Autoimmun Rev 2016;15:291-306	20, 30	F / M	2	Cara	1 ANAS(+) 1 ANAS (-)	No	CS, HCQ,CT, ITC
Saha, <i>et al.</i> Indian J Dermatol Venereol Leprol 2017;83(5):586-589	43	F	1	Antebrazo /mano/ tronco /región inguinal	ANAS(+)	No	CS,CT,ITC, HCQ,PS
Meena, <i>et al.</i> Indian J Dermatol 2018;63(2):180-181	52	M	1	Cara	(-)	No	CT
Almurayshid & Al Obaid. The open Dermatology Journal 2019;13:58-60	26	M	1	Cuero cabelludo	(-)	No	CT
Hassan, <i>et al.</i> JCMS Case Reports 2019;7:1-3	24	M	1	Cara	ND	No	CT,ITC,PS
Sindhuse, <i>et al.</i> J Med Case Rep 2019;13:350	28	F	1	Cara	(-)	No	ITC,PS,HCQ.
Milosavljevic, <i>et al.</i> Am J Case Rep 2020;21:e921495	55	F	1	Brazo izquierdo	(-)	No	CT,PS
Liu, <i>et al.</i> Indian J Dermatol Venereol Leprol 2020;20:1-7	27 - 60	7F/ 9M	16	Cabeza/cuello	2 ANAS (+). 3 ANAS ND. 11 ANAS (-)	No	ITC,AO,TT, HCQ,CT

Abreviaturas: ANAS: anticuerpos antinucleares. AO: antihistamínicos orales. Aza: azatioprina. CS: corticoides sistémicos. CT: corticoides tópicos. DDS, diamino-difenil sulfona. F: femenino. HCQ: hidroxycloquina. ITC: inhibidores de la calcineurina. LS: laser. LES: lupus eritematosos sistémicos. M: masculino. MTX: metotrexato. MMF:micofenolato mofetil. ND: no disponible. PS: protector solar.TT: tretinoína tópica.

Puntos clave

- El lupus eritematoso discoide lineal es una enfermedad con una etiología desconocida, siendo una variante inusual del lupus eritematoso discoide;
 - Presenta un patrón lineal siguiendo las líneas de Blaschko; siendo necesario establecer diagnósticos diferenciales como liquen estriado, psoriasis lineal entre otros;
 - La asociación con patologías sistémicas como el lupus eritematoso sistémico es muy infrecuente;
 - El tratamiento del LEDL incluyen corticoides tópicos de alta potencia y fotoprotección, siendo estos la base terapéutica.
-

permanente del cabello. En su mayoría los resultados de la prueba de anticuerpos antinucleares fueron negativos y positivos en un 31% de los casos. No se documentó la progresión a enfermedad sistémica. Con respecto a la terapia farmacológica, la hidroxicloroquina, los corticoides tópicos y la protección solar fueron los más utilizados.

En este reporte, la distribución lineal en la región facial a través de las líneas de Blaschko y el compromiso de alopecia no cicatricial fueron lo más relevante. Se demostró una mejoría de las lesiones cutáneas secundaria al inicio temprano del manejo terapéutico establecido. Los ANAS fueron positivos en una dilución alta no habitual en esta patología. Sumando los criterios clínicos y los estudios de anticuerpos séricos se presentó la asociación con lupus eritematoso sistémico, de modo que es el primer caso en la literatura médica que se relaciona con lupus eritematoso discoide lineal.

CONCLUSIÓN

Se presentó el reporte de caso de una paciente joven con lupus eritematoso discoide lineal. Se propone que en aquellos pacientes con lesiones cutáneas en la cara que sean de patrón lineal unilateral y que sigan las líneas de migración embriológica con anticuerpos antinucleares positivos en títulos altos se realice una búsqueda exhaustiva de signos, síntomas y un perfil inmunológico completo, con la finalidad de descartar lupus eritematoso sistémico.

LIMITACIONES

El caso previamente descrito se presentó en el año 2016. Se emplearon los criterios SLICC 2012 para realizar el diagnóstico de lupus eritematoso sistémico, los cuales estuvieron validados para su uso hasta el año 2018, cuando fueron reemplazados por los criterios EULAR/ACR.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Los autores reconocen las consideraciones éticas propuestas por la revista de la Asociación Colombiana de Dermatología y Cirugía Dermatológica (AsoColDerma) con el consentimiento informado verbal y escrito de la paciente, quien acepta de manera voluntaria la participación en este reporte de caso, declarando que no ha participado en otro estudio de investigación relacionado con el tema. Se le explica a la paciente el uso con finalidad académica de datos clínicos, histopatológico y fotografías, sin aparición de datos de identificación.

REFERENCIAS

1. Hassan M, Watters KA, Netchipouk E. Linear discoid lupus erythematosus mimicking en coup de sabre morphea: A case report. *JCMS Case Reports*. 2019;7:1-3. <https://doi.org/10.1177/2050313X19882843>

2. Daldon PEC, Lage R. Linear chronic discoid lupus erythematosus following the lines of Blaschko. *An Bras Dermatol.* 2011;83(3):553-6. <https://doi.org/10.1590/s0365-05962011000300020>
3. Mao QX, Zhang WL, Wang Q, Xiao XM, Chen H, Shao XB, et al. Linear cutaneous lupus erythematosus/discoid lupus erythematosus in an adult. *Postepy Dermatol Alergol.* 2017;34(2):177-9. <https://doi.org/10.5114/ada.2017.67086>
4. Alcántara-González J, Fernández-Guarino M, Carrillo-Gijón R, Jaén-Olasolo P. Linear cutaneous lupus erythematosus. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2011;77(6):717-9. <https://doi.org/10.4103/0378-6323.86497>
5. Sindhusen S, Chanprapaph K, Rutnin S. Adult-onset linear discoid lupus erythematosus on the forehead mimicking en coup de sabre: a case report. *J Med Case Rep.* 2019;13(1):350. <https://doi.org/10.1186/s13256-019-2249-7>
6. Aiyama A, Muro Y, Sugiura K, Onouchi H, Akiyama M. Extraordinarily long linear cutaneous lupus erythematosus along the lines of Blaschko. *Dermatol Online J.* 2013;19(7). <https://doi.org/10.5070/D3197018960>
7. Liu W, Vano-Galvan S, Liu JW, Qian YT, Fang K, Ma DL. Pigmented linear discoid lupus erythematosus following the lines of Blaschko: A retrospective study of a Chinese series. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2020;86(4):359-65. https://doi.org/10.4103/ijdv.IJDVL_341_19
8. Ribero S, Savino S, Borradori L, Lipske D. The Cutaneous Spectrum of Lupus Erythematosus. *Clinic Rev Allerg Immunol.* 2017;53(3):291-305. <https://doi.org/10.1007/s12016-017-8627-2>
9. Saha A, Seth J, Pradhan S, Dattaroy S. Disseminated discoid lupus erythematosus with a linear lesion on the forearm and hand: A rare presentation and review of literature. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2017;83:586-9. Available form: https://doi.org/10.4103/ijdv.IJDVL_725_16
10. Jin H, Zhang G, Zhou Y, Chang C, Lu Q. Old lines tell new tales: Blaschko linear lupus erythematosus. *Autoimmun Rev.* 2016;15(4):291-306. <https://doi.org/10.1016/j.autrev.2015.11.014>

Pénfigo por IgA

Virginia García-Tosello¹; Melisa Valeria Corball²; Iliana Stella Garay³

RESUMEN

El pénfigo por inmunoglobulina A (IgA) es un trastorno ampollar crónico y poco frecuente, caracterizado por la presencia de autoanticuerpos IgA contra los desmosomas. Se reconocen dos variantes principales: dermatosis pustulosa subcórnea (DPS) y dermatosis neutrofílica intraepidérmica (DNIE). El diagnóstico se basa en las características clínicas y se confirma mediante la histología y presencia de depósitos de IgA entre los queratinocitos. La dapsona es el tratamiento de primera línea. En este reporte presentamos un paciente con DNIE, que respondió inicialmente al tratamiento con corticoides vía oral y dapsona. El interés de este reporte es revisar de modo sintético los rasgos más importantes de esta entidad poco frecuente.

PALABRAS CLAVE: Dermatitis ampollar; IgA; Pénfigo.

IGA PEMPHIGUS

SUMMARY

Introduction: IgA pemphigus is a rare, chronic bullous disease characterized by the presence of IgA autoantibodies against desmosomes. Two main variants are recognized: the subcorneal pustular dermatosis (SCD) type and intraepidermal neutrophilic dermatosis (NIE). The diagnosis is based on the clinical features and is confirmed by histology and the presence of IgA deposits between the keratinocytes. Dapsone is the first-line treatment. In this report, we presented a patient with the intraepidermal neutrophilic dermatosis variant who initially responded to oral corticosteroids and dapsone. The purpose of this report is to briefly review the most important features of this rare entity.

KEY WORDS: Bullous disorder; IgA; Pemphigus.

1. Médica Residente del Servicio de Dermatología. Hospital Privado Universitario de Córdoba. Alumna de la Carrera de Posgrado. Universidad Católica de Córdoba. ORCID <https://orcid.org/0000-0003-4972-159X>
2. Médica Residente del Servicio de Dermatología. Hospital Privado Universitario de Córdoba. Alumna de la Carrera de Posgrado. Universidad Católica de Córdoba. ORCID <https://orcid.org/0000-0001-9224-7817>
3. Médica de Planta del Servicio de Dermatología. Hospital Privado Universitario de Córdoba. Docente de la Carrera de Posgrado. Universidad Católica de Córdoba. ORCID <https://orcid.org/0000-0002-3608-3560>

Correspondencia: Virginia García Tosello; **email:** virginiagarciatosello@gmail.com

Recibido: 24/10/22; **aceptado:** 3/11/22

Cómo citar: García, V; Corball, MV; Garay, IS. Pénfigo por IgA. Rev. Asoc. Colomb. Dermatol. Cir. Dermatol. Vol 30(3): julio - septiembre, 2022, 217-224. DOI: <https://doi.org/10.29176/2590843X.1608>

Financiación: ninguna, **conflictos de interés:** ninguno

INTRODUCCIÓN

El pénfigo por IgA es una dermatosis ampollar infrecuente, en la cual se generan anticuerpos tipo IgA contra las proteínas desmosómicas Dsc1 y menos frecuentemente contra las Dsg1 y Dsg3. Esta patología distribuida mundialmente afecta a hombres con un promedio de edad de 51,5 años (un promedio de edad menor respecto a otros pénfigos).

Aún no se conoce exactamente el mecanismo por el cual los anticuerpos IgA producen esta variante de pénfigo, pero se sabe que la interleucina 5 (IL-5) y las citocinas T_H2 están involucradas en su fisiopatogenia, al igual que las células T γ δ .

En este reporte, revisaremos los principales aspectos clínicos, histológicos y terapéuticos de esta entidad, que representa un reto para los dermatólogos a la hora del diagnóstico y el tratamiento, ya que se trata de una entidad recurrente y poco respondedora a las terapias convencionales.

CASO CLÍNICO

Se presentó a la consulta un paciente masculino de 72 años, sin antecedentes personales patológicos. Consultó por lesiones intensamente pruriginosas, de cinco meses de evolución, que comenzaron en los muslos y luego se generalizaron. Había sido valorado en otra institución y realizado tratamiento con clobetasol tópico, antihistamínicos y dapsona em 100 mg, por vía oral (VO) y durante dos semanas, por sospecha de dermatosis relacionada con anticuerpos IgA. A pesar de los tratamientos, el paciente no mostró mejoría clínica.

A la exploración física en nuestra institución, se objetivó la presencia de vesículas frágiles con secreción amarillenta, confluentes sobre una base eritematosa, principalmente en el dorso y los codos (**Figura 1**). En el abdomen y los muslos, vesículas aisladas, algunas con disposición anular con aspecto en “girasol” (**Figura 2**). Signo de Nikolsky negativo. Algunas lesiones mostraban liquenificación y escamocostras. En los codos se apreciaban áreas impetiginizadas (**Figura 3**). Las mucosas no estaban comprometidas.

Se plantearon como diagnósticos diferenciales dermatitis herpetiforme, enfermedad ampollar por IgA y eccema crónico, por lo que se le realizó biopsia de piel con estudio histológico e inmunofluorescencia.

Se solicitaron hemograma completo, electroforesis de proteínas y radiografía de tórax, todos dentro de los rangos normales. Se realizó también biopsia de piel con estudio histológico e inmunofluorescencia, en los que se objetivó una epidermis hiperqueratósica y acantótica con moderada espongirosis, formación de microvesículas y microabscesos subcórneos. En la dermis, inflamación mononuclear con ocasionales eosinófilos (**Figuras 4 y 5**). La inmunofluorescencia arrojó positividad para IgA entre los queratinocitos con una disposición en “panal de abejas”.

Teniendo en cuenta la clínica del paciente, en conjunto con los hallazgos histológicos y de inmunofluorescencia, se diagnosticó pénfigo por IgA, por lo que se inició corticoterapia con prednisona, en una dosis de 0,3 mg/kg en esquema de reducción, y dapsona, en una dosis de 100 mg/día, con lo que se logró remisión completa de las lesiones a las tres semanas de tratamiento.

DISCUSIÓN

El pénfigo por IgA o dermatosis intercelular por IgA es una rara entidad ampollar crónica autoinmunitaria, descrita por Wallach y colaboradores en 1982⁽¹⁾. Se caracteriza por la presencia de autoanticuerpos del tipo IgA contra desmocolinas (DSC) y desmogleínas (Dsg) de los desmosomas⁽¹⁻⁴⁾. Afecta principalmente a pacientes entre los 51,2±21 años⁽¹⁾, con ligera predominancia en mujeres^(1,5).

Se han descrito dos subtipos de pénfigo por IgA que se distinguen entre sí por las características histológicas e inmunohistoquímicas: dermatosis pustulosa subcórnea (DPS) y dermatosis neutrofílica intraepidérmica (DNI)⁽¹⁻⁶⁾, aunque también se ha descrito una variante mixta con una superposición de pénfigo IgA e IgG^(1,4).

Se trata de una entidad de comienzo subagudo con curso crónico⁽⁵⁾, que se presenta con vesículas que progresan rápidamente a pústulas que pueden verse como placas circinadas, con aspecto en girasol (característico de la DNI) y dejan máculas hiperpigmentadas residuales. Las placas urticarianas y las cicatrices son infrecuentes⁽¹⁻⁴⁾. Se localizan fundamentalmente en el tronco, la región proximal de las extremidades y los grandes pliegues⁽¹⁻⁶⁾; el compromiso mucoso es extremadamente raro⁽²⁻⁶⁾.

El prurito suele ser el síntoma principal en un 65,6% de los casos⁽¹⁾. Rara vez puede asociarse a ardor⁽⁵⁾.



Figura 1. Múltiples vesículas confluentes formando una placa eritematosa en dorso del paciente.



Figura 2. Placas circinadas con aspecto en girasol.



Figura 3. Nótese el compromiso en los codos. Algunas costras melicéricas en la superficie.

El diagnóstico clínico suele ser difícil y hay que diferenciarlo del síndrome de Sneddon Wilkinson, pénfigo herpetiforme, pénfigo foliáceo, dermatitis herpetiforme, pénfigo vulgar y dermatosis por depósito lineal de IgA^(3, 4, 7).

Histológicamente, se observa infiltración neutrofílica en la *epidermis superior* en la variante DPS, mientras que en la DNI los neutrófilos se encuentran en las capas *medias* de la epidermis y hay bullas intraepidérmicas^(2, 5). La acantólisis y la eosinofilia no siempre están presentes^(1, 4, 5).

La inmunofluorescencia directa de la periferia de las lesiones muestra, en el tipo subcórneo, depósitos de IgA en la parte superior de la epidermis y en la inmunofluorescencia indirecta (IFI), autoantígenos positivos contra Dsc 1 en el 50% de los casos. En la variante dermatosis neutrofílica intraepidérmica, depósitos de

IgA en la superficie celular con un patrón en “panal de abejas”, como vimos en nuestro paciente, y anticuerpos contra Dsg 1 o 3 con IFI⁽²⁻⁶⁾. Pueden emplearse otros métodos diagnósticos como ELISA o *immunoblotting* (o inmunotransferencia)⁽²⁾.

Es importante descartar patologías asociadas, ya que el pénfigo IgA frecuentemente se relaciona con trastornos linfoproliferativos (sobre todo gammapatía monoclonal por IgA), tumores sólidos y trastornos autoinmunitarios, como colitis ulcerosa y Sjögren^(1, 6, 7).

En cuanto al tratamiento, como primera línea se recomienda la dapsona en 50-100 mg/día, asociada o no con corticoides sistémicos y con controles de laboratorio por el riesgo de hemólisis y metahemoglobinemia por el uso de dapsona. Aún no hay un consenso claro respecto a la duración del tratamiento, pero la literatura recomienda el uso de dapsona hasta lograr la re-

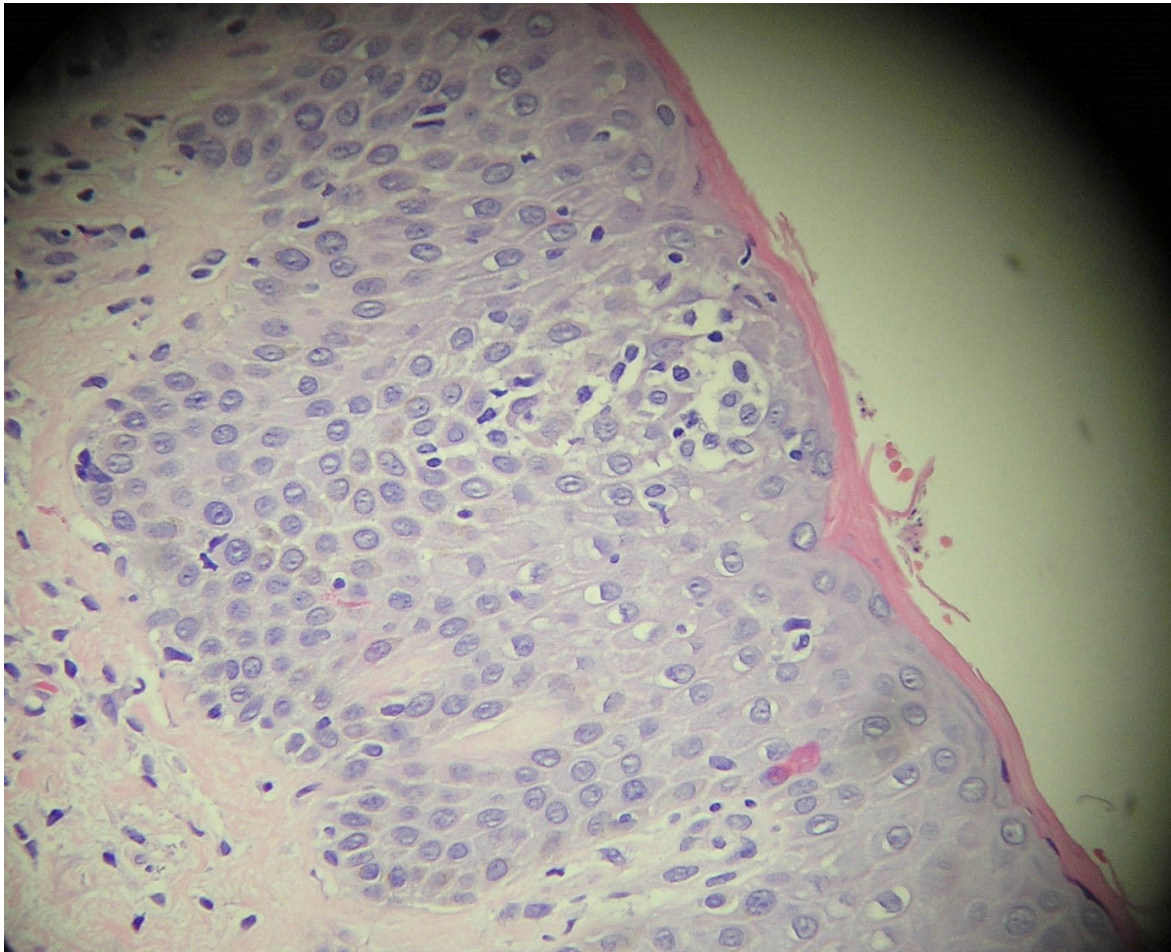


Figura 4. Hallazgos histopatológicos del pénfigo IgA. Acanthosis y presencia de microvesículas y microabscesos epidérmicos (hematoxilina eosina).

misión de las lesiones y luego descender a una dosis de mantenimiento ^(3, 6, 8, 9).

Se ha reportado tratamiento exitoso con retinoides, como la isotretinoína ^(8, 9), el acitretín ⁽⁷⁻¹⁰⁾ y la alitretinoína ⁽⁹⁾, así como respuesta al adalimumab y al micofenolato de mofetilo ⁽¹¹⁾, azatioprina y colchicina, e inclusive PUVA ^(3, 4, 9). El pénfigo IgA se describe como una entidad recalcitrante, por lo que es frecuente el uso de varios esquemas terapéuticos o la combinación de estos para evitar las recurrencias ⁽⁹⁻¹¹⁾.

CONCLUSIONES

El pénfigo por IgA es una variante rara de pénfigo, sobre todo la variante intraepidérmica, que, además, supone un desafío diagnóstico y terapéutico. Un tratamiento precoz y adecuado mejora notablemente la calidad de vida del paciente y disminuye la tasa de recurrencias, por lo que resulta indispensable un conocimiento óptimo de esta patología.

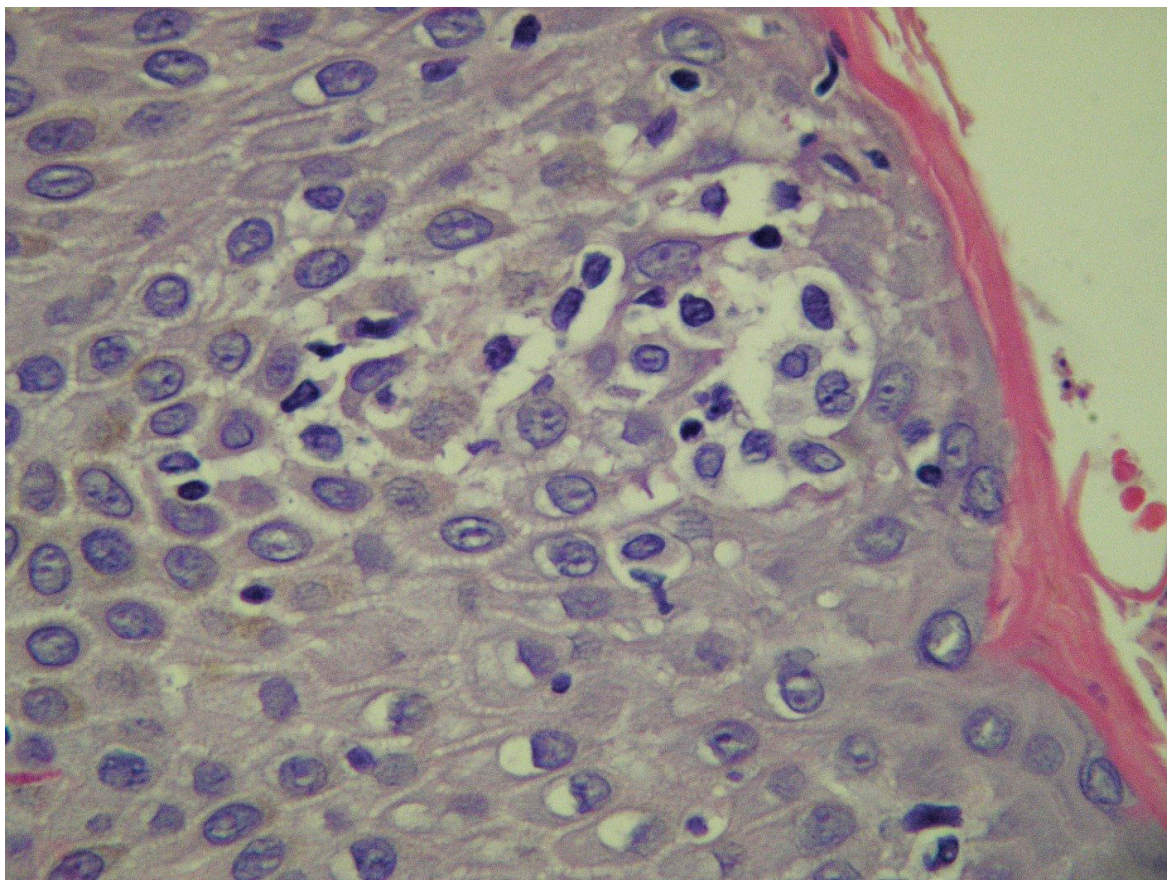


Figura 5. Hallazgos histopatológicos del pénfigo IgA. Algunas células acantolíticas en la epidermis (hematoxilina-eosina 40x).

REFERENCIAS

1. Kridin K, Patel PM, Jones VA, Cordova A, Amber KT. IgA pemphigus: A systematic review. *J Am Acad Dermatol.* 2020;82(6):1386-92. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2019.11.059>
2. Tsuruta D, Ishii N, Hamada T, Ohyama B, Fukuda S, Koga H, et al. IgA pemphigus. *Clin Dermatol.* 2011;29(4):437-42. <https://doi.org/10.1016/j.clin-dermatol.2011.01.014>
3. Męcińska-Jundził K, Hashimoto T, Kowalewski C, Woźniak K, Ishii N, Czajkowski R. Discrepancies among clinical, histological and immunological findings in IgA pemphigus: a case report and literature survey. *Postepy Dermatol Alergol.* 2016;33(6):480-4. <https://doi.org/10.5114/pdia.2016.62486>
4. Nishikawa T, Hashimoto T. Dermatoses with intraepidermal IgA deposits. *Clin Dermatol.* 2000;18(3):315-8. [https://doi.org/10.1016/s0738-081x\(99\)00122-4](https://doi.org/10.1016/s0738-081x(99)00122-4)
5. Di Milia M, Dickinson C, Candiz M, Forero O, Riganti J, Torre A, et al. Guías de Manejo de los Pénfigos 2020. Sociedad Argentina de Dermatología; 2020. Disponible en: <https://bit.ly/3HwonPF>
6. Hodak E, David M, Ingber A, Rotem A, Hazaz B, Shamai-Lubovitz O, et al. The clinical and histopathological spectrum of IgA-pemphigus--report of two cases. *Clin Exp Dermatol.* 1990;15(6):433-7. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2230.1990.tb02138.x>

Puntos clave

- El pénfigo por IgA es una dermatosis muy infrecuente y de difícil diagnóstico;
 - La clínica y el examen físico detallado son importantes pero es indispensable la biopsia de piel con inmunofluorescencia es clave para el diagnóstico certero;
 - La dapsona, asociada o no al uso de corticoides vía oral es el tratamiento de primera línea para esta patología.
-

7. Bosio Bonet M, Bonetto V, Juárez-Villanueva L, Valente E, Ruiz A, Kurpis M. Pénfigo por IgA variante dermatosis neutrofílica intraepidérmica. *Med Cutan Iber Lat Am.* 2017;45(2):165-8.
8. Schauer F, Kern JS, Kiritsi D. Systemic retinoids for treatment of recalcitrant IgA pemphigus. *Orphanet J Rare Dis.* 2018;13(1):163. <https://doi.org/10.1186/s13023-018-0899-y>
9. Moreno AC, Santi CG, Gabbi TV, Aoki V, Hashimoto T, Maruta CW. IgA pemphigus: case series with emphasis on therapeutic response. *J Am Acad Dermatol.* 2014;70(1):200-1. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2013.09.037>
10. Gruss C, Zillikens D, Hashimoto T, Amagai M, Kroiss M, Vogt T, et al. Rapid response of IgA pemphigus of subcorneal pustular dermatosis type to treatment with isotretinoin. *J Am Acad Dermatol.* 2000;43(5 Pt 2):923-6. <https://doi.org/10.1067/mjd.2000.104002>
11. Howell SM, Bessinger GT, Altman CE, Belnap CM. Rapid response of IgA pemphigus of the subcorneal pustular dermatosis subtype to treatment with adalimumab and mycophenolate mofetil. *J Am Acad Dermatol.* 2005;53(3):541-3. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2005.02.051>

Tumor doloroso violáceo

Leydi Yohana Gallego¹; Aura Catherine Rodríguez²; Ángel Omar Jaimes³

RESUMEN

Los tumores dolorosos de la piel son un reto diagnóstico para el médico dermatólogo por su evolución insidiosa e inespecífica. Estas lesiones son poco frecuentes correspondiendo aproximadamente al 2% de los tumores de tejidos blandos cutáneos, además se acompañan de síntomas dolorosos neuropáticos, destacándose la alodinia como síntoma cardinal. A continuación, se describe el caso de un paciente masculino de 76 años que presentó un tumor doloroso solitario de localización poco frecuente en el tercio distal de antebrazo derecho tratado quirúrgicamente. De esta manera se resolvió el dolor asociado y mejoró su calidad de vida.

PALABRAS CLAVE: Tumor glómico; Hiperalgnesia; Antebrazo; Dolor neuropático.

PAINFUL VIOLACEOUS TUMOR

SUMMARY

Painful skin tumors are a diagnostic challenge for the dermatologist due to their insidious and non-specific evolution. These lesions are rare, corresponding to approximately 2% of cutaneous soft tissue tumors, and are also accompanied by painful neuropathic symptoms, highlighting allodynia as the cardinal symptom. We report a case of a 76-year-old male patient who presented a solitary painful tumor of infrequent location in the distal third of the right forearm treated surgically is described below. In this way, the associated pain was resolved and their quality of life improved.

KEY WORDS: Glomus Tumor; Hyperalgnesia; Forearm; Neuropathic pain.

1. Residente de Dermatología, Fundación Universitaria Sanitas. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2846-6550>
2. Dermatóloga, Hospital Universitario Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8669-2102>
3. Dermatólogo oncólogo, Hospital Universitario Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5676-0450>

Correspondencia: Leydi Yohana Gallego-Vidales; **email:** gavi1595@gmail.com

Recibido: 15/12/21; **aceptado:** 6/10/22

Cómo citar: Gallego, LY; Rodríguez, AC; Jaimes, ÁO. Tumor doloroso violáceo. Rev. Asoc. Colomb. Dermatol. Cir. Dermatol. Vol 30(3): julio - septiembre, 2022, 225-228. DOI: <https://doi.org/10.29176/2590843X.1671>

Financiación: ninguna, **conflictos de interés:** ninguno

ENFOQUE CLÍNICO

Se realizó exéresis quirúrgica. El estudio histológico (**Figura 3**) informó una neoplasia vascular dérmica. Márgenes del espécimen libres de lesión.

Los tumores dolorosos de la piel se caracterizan por presentar síntomas neuropáticos como alodinia, que

hace referencia al dolor provocado por los estímulos, que habitualmente no lo generan. Puede clasificarse en *alodinia mecánica estática*, dada por un estímulo permanente, *alodinia mecánica dinámica*, por un estímulo intermitente, *alodinia térmica al calor* y *alodinia térmica al frío*; se producen por una alteración sensorial que puede hacer parte del síndrome doloroso regional complejo (SDRC) ⁽¹⁾. Para su manejo, es primor-

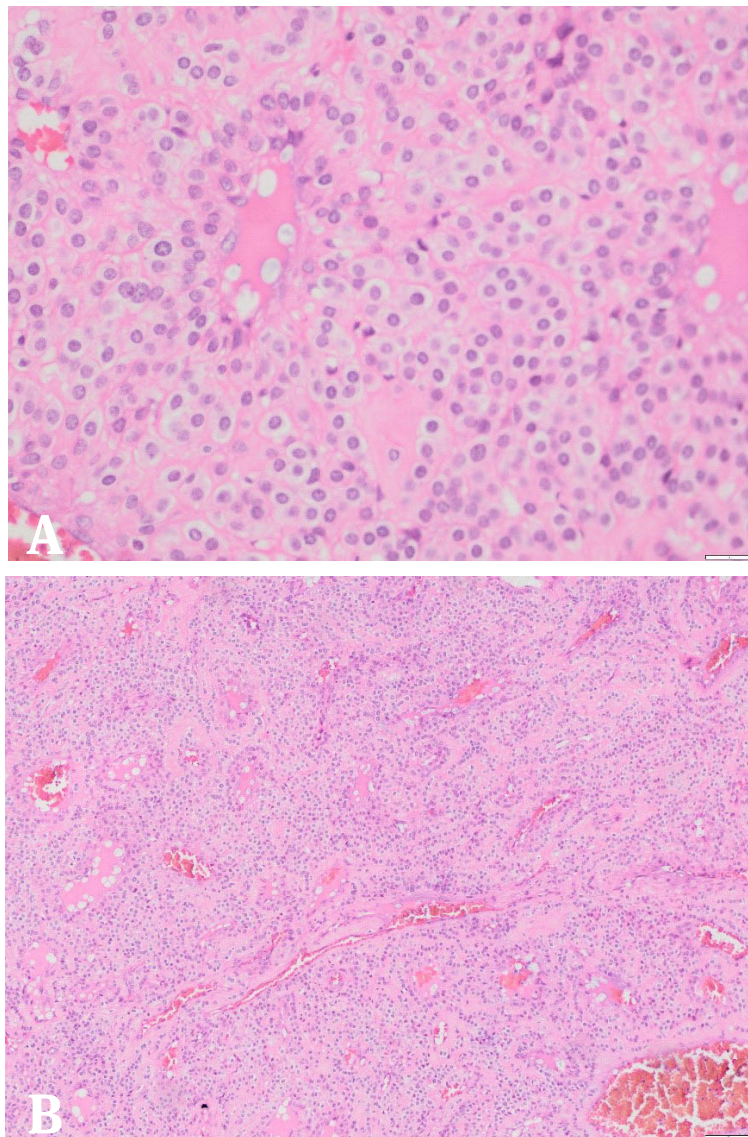


Figura 3. Neoplasia vascular dérmica, nodular de crecimiento expansivo de bordes bien delimitados, compuesta por vasos rodeados de células glómicas con núcleos redondos, citoplasma eosinófilo pálido y márgenes celulares claramente definidos sin evidencia de displasia, en estroma esclerótico **A**). Hematoxilina-eosina ($\times 100$). **B**). Hematoxilina-eosina ($\times 40$).

Tabla 1. Signos semiológicos del tumor glómico

Prueba de Love	Aparición de un dolor intenso junto con un reflejo de retirada al presionar con un elemento puntiforme la lámina ungueal, en caso de lesiones a este nivel.
Signo de Hildreth	Se provoca una disminución del flujo sanguíneo en el área afectada con una desaparición secundaria del dolor, el cual reaparece al liberar el torniquete.
Prueba del frío	Consistente en la provocación de dolor al poner en contacto la lesión con agua fría.

Adaptada de: ^(5,10,11). Tabla elaborada por los autores.

dial la eliminación de la lesión causante del síntoma, lo cual puede tardar un período prolongado, ya que fácilmente la alodinia solo se atribuye a un dolor neuropático y no a la lesión cutánea, lo que compromete la calidad de vida del paciente ⁽²⁾.

El tumor glómico (TG) es un tipo de tumor doloroso de la piel derivado del músculo liso vascular que compone el cuerpo glómico neuromioarterial. Aunque se desconoce su etiología, se ha relacionado con trauma y factores genéticos como posibles predisponentes. El glomus cumple varias funciones a nivel cutáneo, entre ellas la termorregulación y el control del flujo sanguíneo; está ubicado en la dermis reticular y conformado por la anastomosis de arteriolas y venas revestidas por células endoteliales y células musculares lisas. Se presenta en toda la superficie cutánea, pero particularmente en los pulpejos de los dedos, así como en el lecho ungueal ⁽²⁻⁵⁾.

El TG se presenta en adultos entre los 30 y 50 años clásicamente como un nódulo único rojo azulado, que generalmente es pequeño; además, puede ser doloroso al tacto y sensible al frío ^(6,7). No obstante, hasta en un 10% de los casos podría evidenciarse lesiones múltiples, las cuales pueden subdividirse en las variantes regional, tipo placa y diseminada ⁽⁵⁾. Habitualmente se ubican a nivel subungueal, aunque algunas referencias concluyen que solo el 86% de los tumores glómicos extraungueales presentan dolor y sensibilidad localizada, así como solo el 2% presenta sensibilidad al frío,

lo que lleva a un planteamiento diagnóstico inicial de tan solo el 9% ^(1, 3, 8).

Su diagnóstico de este tipo de tumor doloroso se basa en la sospecha clínica y debido a la presencia de varias fibras nerviosas al interior del TG, pueden presentarse ciertos signos semiológicos que pueden ayudar con su diagnóstico (**Tabla 1**). El diagnóstico diferencial está relacionado con el grupo de los nueve tumores dolorosos que se conocen con la nemotecnia de *LEND AN EGG*, por sus iniciales en inglés: *Leiomyioma* (leiomioma), *Eccrine Spiradenoma* (espiradenoma ecrico), *Neuroma* (neuroma), *Dermatofibroma* (dermatofibroma), *Angiolipoma* (angiolipoma), *Neurilemmoma* (neurilemoma), *Endometrioma* (endometrioma), *Granular cell tumor* (tumor de células granulosas) y *Glomus tumor* (TG) ⁽⁹⁾ La toma de la biopsia ante clínica sugerente de tumor doloroso asociado a alodinia permite la relación clinicopatológica. En el TG, a nivel histológico se evidencian células pequeñas y pálidas de morfología redonda, con núcleos grandes que rodean vasos en la dermis, que corresponden a células glómicas que en la inmunohistoquímica expresan actina alfa de músculo liso, vimentina y actina músculo específica. Las imágenes diagnósticas como la ecografía con y sin Doppler, la resonancia magnética, la radiografía simple y la angiorresonancia magnética pueden ayudar para diferenciar el tumor de otros diagnósticos y sirven para realizar una valoración preoperatoria de la lesión con el fin de definir sus dimensiones y precisar su localización ^(1,10).

Su tratamiento es quirúrgico con resolución secundaria de la sintomatología asociada. No obstante, la tasa de recurrencia después del tratamiento quirúrgico está entre el 2% y el 10,5% en los tumores glómicos extradigitales por escisión incompleta, lo que provoca síntomas de dolor neuropático (alodinia), en promedio, dos o tres años después de la intervención quirúrgica. Además, la transformación maligna es del 1% y se relaciona con un tamaño mayor de 2 centímetros, profundidad y actividad mitótica elevada⁽²⁾. Por otro lado, puede manejarse especialmente en caso de lesiones múltiples con otras alternativas, como escleroterapia, láser de CO₂ o neodimio, láser colorante pulsado, láser Argón y radioterapia⁽³⁾.

REFERENCIAS

1. So SY, Kim BM, Lee SY, Ko YK, Shin YS, Lee WH. Glomus Tumor Causing Anterior Thigh Pain: A Case Report. *Korean J Pain*. 2014;27(2):174-7. <https://doi.org/10.3344/kjp.2014.27.2.174>
2. Batra V, Batta NS, Gupta A. Giant glomus tumor of the knee mimicking soft-tissue sarcoma. *Indian J Musculoskelet Radiol*. 2020;2(1):82-6. https://doi.org/10.25259/IJMSR_9_2020
3. Uğurlar M, Kabakas F, Yapici Ugurlar O, Purisa H, Mersa B, Ozcelik I. Atypically localized glomus tumors. *Hand Microsurg*. 2016; 5:1. <https://doi.org/10.5455/handmicrosurg.214790>
4. Martín CI, Panizzardi AA, Vallarino C, Vargas AR, Losada Sanclemente KM, Sanz MI, et al. Tumores glómicos de presentación clínica inusual. *Dermatol Argent*. 2014;20(5):318-22. Disponible en: <https://bit.ly/3FCUSvN>
5. Samaniego E, Crespo A, Sanz A. Claves del diagnóstico y tratamiento del tumor glómico subungueal. *Actas Dermosifiliogr*. 2009;100(10):875-82. [https://doi.org/10.1016/S0001-7310\(09\)72916-3](https://doi.org/10.1016/S0001-7310(09)72916-3)
6. Sanchez IM, Ilkovitch D. A case of a glomus tumor presenting as an atypical hyperkeratotic papule of the hypothenar palm. *JAAD Case Rep*. 2017;4(1):38-40. <https://doi.org/10.1016/j.jdcr.2017.10.006>
7. Ghisi JP, Trache A, Dalmaso ML. Instrucción Ortopédica de Posgrado - Imágenes. Resolución del caso. *Rev Asoc Argent Ortop Traumatol*. 2019;84(1):3. <https://doi.org/10.15417/issn.1852-7434.2019.84.1.948>
8. Odom C, Ficke B, Dahlgren N, Patel HA, Budde-meyer K, Farnell C, et al. Extradigital Glomus Tumor with Atypical Neuritis Presentation. *Cureus*. 2018;10(6): e2794. <https://doi.org/10.7759/cureus.2794>
9. González ST, Garibay AR, García CL. Tumor glómico atípico. Revisión de la literatura a propósito de un caso. *Dermatol Rev Mex*. 2006; 50:109-14. Disponible en: <https://bit.ly/3UMmpjG>
10. Londoño-Salinas AM, Gómez-Vargas LM. Tumores unguales benignos: una aproximación clínica. *Rev Asoc Colomb Dermatol Cir Dematol*. 2021;29(1):29-4. <https://doi.org/10.29176/2590843X.1589>
11. Celester Barreiro G, Prego Bestilleiro A, González del Castillo F, Tobío Martel RM, Vázquez García J, Arriaza Loureda R. Tumores glómicos en el miembro superior. Revisión de la literatura e informe de 14 casos. *Rev Iberoam Cir Mano*. 2016;44(2):69-77. <https://doi.org/10.1016/j.ricma.2016.08.003>

Respeto por el colega

José María Maya¹

ANÁLISIS CASO DE ÉTICA NO 21

La bioética tiene que ver con la manera de ser y comportarse de un ser humano en su vida privada y su desempeño social y laboral. Implica una actitud y un comportamiento que acompaña a las personas en todos los momentos de la vida. Tiene dos facetas: la que apunta al bien que anhelamos realizar y que llamamos *felicidad* y la que nos muestra el deber y lo correcto que debemos hacer y cumplir.

La palabra colega proviene de la palabra latina *collega*, que significa *compañero de magistratura*. Se utilizaba en Roma para referirse a un cargo que tiene relación con otro al compartir poderes o funciones. Hoy significa *compañero de profesión, trabajo u oficio*.

El colegaje médico ha existido desde los tiempos del juramento hipocrático y pertenece a una de las más antiguas tradiciones de la medicina. Siempre, los médicos hemos estado unidos por lazos más fuertes que la amistad y hemos constituido un cuerpo colegiado.

La Asociación Médica Mundial (AMM), en su Declaración de Ginebra de 1948, establece que los médicos, al recibir su título, deben prometer “[...] considerar como hermanos a mis colegas”⁽¹⁾.

En el código internacional de ética médica de la AMM, se establecen los deberes de los médicos entre sí y se destaca que el médico debe comportarse hacia sus colegas como él desearía que ellos se comportasen con él. Se apoya en el principio bioético de la beneficencia: *trata a los demás como quisieras ser tratado*.

La Ley 23 de 1981 o Ley de Ética Médica, en su Artículo 29, plantea los deberes del médico para con sus colegas estableciendo que la “[...] lealtad y consideraciones mutuas constituyen el fundamento esencial de las relaciones entre los médicos”⁽²⁾.

1. Médico, magister en Salud Pública, magister en Dirección Universitaria y magister en Dirección y Gestión de la Seguridad Social, máster en bioética; profesor titular, Universidad CES; decano general, Escuela de Ciencias de la Vida. Universidad EIA, Medellín, Colombia. ORCID <https://orcid.org/0000-0003-3721-7572>

Correspondencia: José María Maya; **email:** josemariamayamejia@gmail.com

Recibido: 29/11/22; **aceptado:** 29/11/22

Cómo citar: Maya, JM. Respeto por el colega. Rev. Asoc. Colomb. Dermatol. Cir. Dermatol. Rev. Asoc. Colomb. Dermatol. Vol 30(3): julio - septiembre, 2022, 229-230. DOI: <https://doi.org/10.29176/2590843X.1757>

Financiación: ninguna, **conflictos de interés:** ninguno

El concepto de *colegaje médico* indudablemente ha cambiado, no solo con las modificaciones del ejercicio profesional (de profesión liberal a trabajo institucional y de grupo interdisciplinario), sino también con los nuevos desarrollos de los sistemas de garantía de calidad y de seguridad en la atención de los pacientes.

Las relaciones entre médicos, proponen los códigos éticos, deben basarse siempre en el respeto, la deferencia, la lealtad y la consideración recíprocos, cualquiera que sea la vinculación jerárquica existente entre colegas. La solidaridad entre médicos es uno de los deberes primordiales de la profesión y sobre ella solo tiene preeminencia y precedencia el bien del paciente.

La ganancia económica no puede ser ni la única ni la más importante motivación para ejercer la medicina. Es justo que cuando un profesional de la Medicina considere que la remuneración que recibe de la institución a la que está vinculado laboralmente no es justa solicite se revise teniendo en cuenta su formación académica, experiencia y responsabilidades asignadas, pero hay una falta a la ética cuando su motivación para solicitar un incremento salarial se deriva fundamentalmente de considerar que sus responsabilidades son superiores y más importantes que las de sus colegas con igual nivel de base académica contratados por la institución⁽³⁾. Si el profesional considera que como especialistas reciben una remuneración que no corresponde a su nivel de formación, debe unirse con sus pares y solicitar a la institución se reconsidere esta asignación con base en argumentaciones fundamentadas en indicadores objetivos, como lo es la base académica. Buscar mejorarse salarialmente denigrando la calidad, responsabilidad o importancia del trabajo de los colegas no corresponde a los principios éticos ni a las recomendaciones del trato que un médico debe dar a sus colegas. Creerse superior a sus colegas pares es una muestra de prepotencia e irrespeto por el conocimiento y experiencia del colega, que no debería formar parte del comportamiento de un profesional de la Medicina.

REFERENCIAS

1. World Medical Association. Medical Ethics Manual. 3.^a edición. Francia: Ferney-Voltaire Cedex; 2015. p. 84.
2. República de Colombia. Ley 23 de 1981, por la cual se dictan las normas en materia de ética médica. Artículo 29. Diario Oficial n.º 35711 del 27 de febrero de 1981.
3. Velez C, Luis A. Ética médica: interrogantes acerca de la medicina, la vida y la muerte. 2.^a edición. Medellín: Corporación para investigaciones biológicas;1996. p. 126.

Reglamento de publicaciones

Instrucciones a los autores

La Revista de la *Asociación Colombiana de Dermatología y Cirugía Dermatológica* es una revista científica internacional, arbitrada y electrónica, donde son bienvenidos artículos de cualquier parte del mundo. Su singularidad temática está basada en las enfermedades de la piel. Es una revista de acceso abierto.

Se publica de forma continua desde 1991 y desde 2003 se hace trimestralmente, previo sometimiento al arbitraje doble ciego por pares científicos seleccionados por el Comité Editorial. Se encarga de divulgar artículos originales e inéditos de investigación en Dermatología, artículos de revisión, de reflexión y reportes de casos. Su contenido es esencialmente de tipo científico, aun cuando eventualmente puede haber contribuciones de carácter gremial o informativo cuando sean de particular importancia. Su objetivo principal es contribuir a la formación de la comunidad académica.

El título abreviado de la Revista de la Asociación Colombiana de Dermatología y Cirugía Dermatológica es Rev. Asoc. Colomb. Dermatol. Cir. Dermatol. que debe ser usado en las notas al pie de página, leyendas de figuras y referencias bibliográficas.

Someter manuscritos a publicación no tiene ningún costo y debe hacerse por medio del programa OJS (open Journal System), a través de la página web de la revista, a fin de hacer más ágil el proceso y para comprobar el estado de los envíos.

<https://revista.asocolderma.org.co/index.php/asocolderma>

Para ello es necesario Registrarse e Iniciar sesión.

Periodicidad:

Trimestral: Enero-Marzo; Abril-Junio; Julio-Septiembre; Octubre-Diciembre y de forma ocasional se realizan publicaciones independientes (suplementos), formato electrónico.

Idioma de publicación:

La revista tiene el español como idioma oficial, aunque puede aceptar colaboraciones en inglés.

Los resúmenes están disponibles en español e inglés.

Modelo de financiamiento:

Esta revista está bajo el cuidado de la Asociación Colombiana de Dermatología y Cirugía Dermatológica. Para sus gastos de funcionamiento, el plan de negocios incluye las pautas publicitarias en la página web de la revista, las cuales son gestionadas por la Dirección Comercial.

La Revista tiene independencia editorial; el Editor y el Comité Editorial son autónomos en sus directrices académicas y científicas.

Lista de comprobación para la preparación de envíos

Como parte del proceso de envío, los autores/as están obligados a comprobar que su envío cumpla todos los elementos que se muestran a continuación. Se devolverán a los autores/as aquellos envíos que no cumplan estas directrices.

- El envío no ha sido publicado previamente ni se ha sometido a consideración por ninguna otra revista (o se ha proporcionado una explicación al respecto en los Comentarios al editor/a).
- El archivo de envío está en formato OpenOffice, Microsoft Word, RTF o WordPerfect.
- Siempre que sea posible, se proporcionan direcciones URL para las referencias.
- El texto tiene interlineado sencillo; 12 puntos de tamaño de fuente; se utiliza cursiva en lugar de subrayado (excepto en las direcciones URL); y todas las ilustraciones, figuras y tablas se encuentran colocadas en los lugares del texto apropiados, en vez de al final.
- El texto se adhiere a los requisitos estilísticos y bibliográficos resumidos en las Directrices del autor/a, que aparecen en Acerca de la revista.

Directrices para autores/as

Información para los autores

La revista observa las normas publicadas por el International Committee of Medical Journal Editors (www.icmje.org), en sus requisitos uniformes para manuscritos enviados a revistas biomédicas y las ha incorporado en el proceso de revisión y publicación.

Tipo de artículos publicados en la revista

1. Artículo de investigación

Debe ser un trabajo original derivado de una investigación que contribuya a construir conocimiento científico, al registrar información relevante sobre nuevos datos disponibles. Debe contener las siguientes secciones: **introducción, materiales y métodos, resultados, discusión y referencias**. Debe contar con un resumen estructurado de máximo 250 palabras, en español e inglés, y se deben indicar entre 3 y 12 palabras clave en español, que estén incluidas en los Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS) (<http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>), y en inglés, que aparezcan en el listado del *Medical Subject Headings* (MeSH) (<http://www.nlm.nih.gov/mesh>). Se recomienda que estas palabras incluyan también algunas que no estén en el título.

Los trabajos presentados deben haber observado las normas éticas del Comité de Ética encargado de supervisar los estudios de investigación de la institución en donde se realizó el estudio, además de acatar los enunciados de la Declaración de Helsinki de 1975, modificada en Fortaleza (Brasil), en 2013 y los contenidos en la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud y en la Resolución 2378 de 2008 del Ministerio de la Protección Social. Consultar directrices éticas detalladas.

2. Artículo de revisión

Es un trabajo de actualización sobre un campo particular de la Dermatología; se caracteriza por presentar una revisión bibliográfica amplia y detallada. Se sugiere no incluir más de setenta referencias. Debe contar con un resumen estructurado de máximo 250 palabras, en español e inglés, y se deben indicar entre 3 y 12 palabras clave en español, que estén incluidas en los Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS) (<http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>), y en inglés, que aparezcan en el listado del *Medical Subject Headings* (MeSH) (<http://www.nlm.nih.gov/mesh>).

bvs.br/E/homepagee.htm), y en inglés, que aparezcan en el listado del *Medical Subject Headings* (MeSH) (<http://www.nlm.nih.gov/mesh>). Se recomienda que estas palabras incluyan también algunas que no estén en el título. Se deben indicar el tipo de revisión (sistemática o narrativa), y la metodología, a cual incluye cuáles fueron las estrategias de búsqueda, las bases de datos, las palabras claves y los periodos de tiempo en el cual se hizo la revisión.

3. Artículo de reflexión

Es un manuscrito que presenta resultados de investigación desde una perspectiva analítica, interpretativa o crítica del autor, sobre un tema específico, recurriendo a fuentes originales. El resumen, en español y en inglés, no debe ser de más de 150 palabras. Se deben indicar de tres a doce palabras clave en español y en inglés que estén incluidas en los Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS) (<http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>), y en inglés, que aparezcan en el listado del *Medical Subject Headings* (MeSH) (<http://www.nlm.nih.gov/mesh>).

4. Reporte de caso

Es la sección dedicada a la comunicación de experiencias clínico-terapéuticas o histopatológicas. Su objetivo es contribuir al conocimiento médico al describir una enfermedad nueva o poco frecuente, una aplicación clínica relevante, contribuir a esclarecer la patogénesis de una enfermedad, describir alguna complicación inusual o aportar aspectos novedosos en cuanto a diagnóstico o tratamiento. El resumen, en español y en inglés, no debe ser mayor de 150 palabras. Deben indicarse de tres a doce palabras clave que estén incluidas en los Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS) (<http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>), y en inglés, que aparezcan en el listado del *Medical Subject Headings* (MeSH) (<http://www.nlm.nih.gov/mesh>). Se recomienda incluir también palabras que no estén contenidas en el título. Debe contener la descripción del caso clínico, un corto comentario y una conclusión final.

Se sugiere un máximo de diez referencias, relacionadas con el tema, y tres fotografías clínicas o histológicas. Si los autores consideran que deben incluirse más fotografías, deben explicar ante el Editor Jefe la importancia de la inclusión de las imágenes para la comprensión del artículo.

Los autores de un reporte de caso no deben ser más de cuatro (Rev Asoc Colomb Dermatol. 2011; 19:260-1); si los autores exceden ese número, debe sustentarse en la carta de presentación, con claridad la participación de cada uno en la elaboración del artículo.

Los autores deben declarar que tienen el consentimiento informado del paciente o su representante legal en el caso de los niños o adultos con discapacidad intelectual y siguen las directrices éticas de la Revista.

5. Haga usted el diagnóstico

Esta sección tiene el propósito de estimular la habilidad diagnóstica de los lectores. Tiene dos partes, la primera hace la presentación del caso utilizando fotografías clínicas o imágenes histológicas; la segunda aparece al final de la revista y revela el diagnóstico con un comentario sobre la entidad correspondiente.

Al igual que en los reportes de caso, los autores deben seguir todas las directrices éticas de la Revista.

6. Ética

Sección dedicada a revisiones teóricas y de casos, a fin de propiciar la reflexión acerca de los criterios, las normas y los valores que deben regir la profesión médica.

7. Dermatología gráfica y dermatología en imágenes

Dermatología gráfica es la sección para publicar infografías, las cuales combinan gráficas, textos e imágenes, para presentar un mensaje ilustrativo y de fácil comprensión, en relación con la especialidad. Deben ser originales e inéditas. Dermatología en imágenes para fotografías clínicas características o de resultados de pruebas diagnósticas (histopatología, cultivos microbiológicos, radiología, entre otros), en cumplimiento de los lineamientos éticos de la Revista.

8 Carta al editor

Son los comentarios, opiniones o informaciones relacionados con publicaciones previas e inquietudes sobre la Revista o la Asociación Colombiana de Dermatología y Cirugía Dermatológica. La correspondencia publicada puede ser editada por razones de extensión, corrección gramatical o de estilo, y de ello se informará al autor antes de su publicación.

9. Editorial

Presenta un análisis detallado de un tema científico o gremial. Está a cargo del Editor Jefe de la Revista o su invitado. Los autores del editorial son seleccionados por su liderazgo y autoridad en el tema a tratar.

10. Noticias y eventos

En esta sección puede publicarse información gremial, eventos académicos y resúmenes de los mismos. De igual manera, la presentación de libros y material educativo y científico de la Asociación. Para publicar en esta sección debe presentarse solicitud ante el Editor Jefe y el Comité Editorial, quienes analizarán su pertinencia.

EVALUACIÓN POR PARES CIENTÍFICOS

Cada manuscrito es analizado por el Editor Jefe, quien decide si es relevante y pertinente para la Revista. Se denomina manuscrito al documento que es sometido y aún no ha sido evaluado por pares académicos.

Los manuscritos de investigación científica, reflexión y revisión serán evaluados por dos pares académicos; estos árbitros son seleccionados por el Editor Jefe, entre los expertos en el tema de cada manuscrito.

Los reportes de caso pueden ser evaluados por los miembros del Comité Editorial y no necesariamente se requerirá de evaluadores externos a este. La pertinencia de evaluación externa en un determinado reporte de caso queda a criterio del Editor Jefe y el Comité Editorial.

El proceso de revisión por pares científicos es anónimo y doble ciego; ni los revisores conocen el nombre de los autores ni los autores saben quiénes aceptan o rechazan su manuscrito, con el fin de garantizar la objetividad en la evaluación. La Revista puede solicitar al autor sugerir el nombre de revisores, siendo el Editor Jefe el responsable de elegir los pares, pudiendo delegar a los miembros del Comité Editorial cuando así se requiera.

El par evaluador es contactado por correo electrónico y/o vía telefónica; se le envía el resumen y debe dar respuesta de aceptación o rechazo de la revisión antes de 72 horas. Cumplido este plazo si no se obtiene res-

puesta, se contactará nuevamente, en caso de no recibir la aceptación, se asignará un nuevo revisor.

Los pares emiten la evaluación en términos de publicar, publicar con modificaciones o no publicar. Pueden sugerir correcciones en caso de que así lo estimen, las cuales son consolidadas e informadas a los autores; si fuere necesario, el artículo se envía de nuevo a los pares revisores para que corroboren los ajustes solicitados. (Formato evaluación artículo de investigación, Formato evaluación artículo de revisión, Formato evaluación artículo de reflexión, Formato evaluación reporte de caso, Formato evaluación haga usted el diagnóstico).

El resultado de la evaluación es comunicado a los autores para las modificaciones requeridas. Aquellos que se rechacen, serán devueltos a los autores con las evaluaciones respectivas, que les pueden servir para mejorar la calidad de su trabajo.

Si existen opiniones encontradas entre los árbitros con respecto a la evaluación, se puede llevar a un tercero y/o a discusión en el comité editorial.

Una vez sea aceptado para publicación, es enviado a corrección de estilo, versión que debe ser aprobada por el autor, posteriormente se diagrama y la versión en PDF pasa a aprobación final por el autor. En el caso de requerirse alguna corrección, se debe informar a la revista en los siguientes tres días.

Luego de publicado, la versión final en formato el PDF estará disponible para que el autor lo difunda en las redes sociales académicas, si así lo considera. Se anima a los autores a la difusión de los artículos en sus redes sociales y en medios académicos.

Criterios de evaluación

1. Originalidad, calidad metodológica y científica: Se verifica que sea original y el diseño, métodos, procedimientos y pruebas estadísticas sean adecuados; resultados rigurosos, con suficiente información pertinente a los objetivos del estudio; interpretación correcta de los resultados, como fundamento de las conclusiones.
2. Ética: Adherencia a las normas éticas, según las directrices de la Revista, lo que incluye certificar que los autores cuentan el consentimiento informado y asentimiento informado. Aprobación por el Comité de Ética, en los trabajos de investigación. Declaración de los conflictos de interés.

3. Fuentes: La revisión bibliográfica es pertinente y confiable, respeta las buenas prácticas de publicación y la política antifraude. La bibliografía es integra, actual y suficiente. Sigue el estilo Vancouver. Incluye referencias de autores colombianos.

Para los artículos de revisión, no más de 70 referencias. Es recomendable que al menos el 70% sean de artículos originales, y 10% deben ser de los últimos 5 años y al menos una referencia colombiana. En caso de no contar con literatura colombiana, el autor debe sustentarlo.

A las referencias se les debe agregar el DOI (Digital Object Identifier), a fin de posibilitar a los lectores su identificación y acceso directo

4. Imágenes, cuadros y gráficas apropiadas e ilustrativas. Deben ser originales o con permiso del autor para reproducción. En el formato y calidad de imagen definido por la Revista.

El evaluador, cuando recibe el resumen, debe indicar si tiene o no conflictos de interés que le impidan realizar la evaluación. Una vez completa su evaluación remite el formato diligenciado y el formato de actualización académica. El plazo para la evaluación es de 30 días calendario. El evaluador debe negarse a actuar cuando tiene alguna relación personal, profesional o comercial con los autores cuando hayan trabajado en conjunto, cuando se encuentran trabajando en un tema similar.

Los pares evaluadores se seleccionan con base en conocimiento del tema, si anteriormente ha evaluado bien y a tiempo, si no tiene conflicto de interés y si no ha sido coautor del evaluado.

La evaluación debe permitir mejorar la calidad de los artículos. Ser objetivo y constructivo en su crítica, detectar plagio o auto plagio y entregar la evaluación a tiempo, y comunicarse con el editor en caso de algún retraso.

Como una forma de reconocimiento a los evaluadores se publicará la lista de sus nombres de forma bianual y se le entregará el certificado anual de esta labor.

PRESENTACIÓN DEL TRABAJO

Los trabajos se deben enviar junto con una carta de presentación que incluya el título del trabajo y el tipo de manuscrito, en la que se solicita publicación, con una declaración que precise que el artículo es original e inédito. De igual manera, manifestar que todos los autores han participado en la elaboración, leído y aprobado el contenido del trabajo y en caso de autores colombianos, que cuentan con CvLAC (hoja de vida de COLCIENCIAS). Los autores deben declarar que conocen las consideraciones éticas de la Revista y cuentan con el consentimiento informado del paciente y el aval de la institución donde se realizó el trabajo.

Las personas que participen y no cumplan estos requisitos, pueden incluirse en agradecimientos. Este o parte del mismo no han sido publicados con anterioridad ni han sido enviados a otro sitio para publicarse; que fue conducido bajo las reglas éticas antes mencionadas, y que se transfieren los derechos de reproducción (*copyright* a la revista). A juicio del Editor Jefe y el Comité Editorial, puede haber excepciones para aceptar material que haya sido publicado previamente (tablas o figuras), en cuyo caso se debe adjuntar el permiso de la publicación que posea el derecho de reproducción. El autor debe adelantar los trámites necesarios para la obtención de tales permisos. En caso de que parte de los resultados del trabajo hayan sido divulgados en un evento científico debe ser informado al editor en la carta de presentación.

La Revista no acepta la inclusión o el retiro de autores después de haber iniciado el proceso editorial de los manuscritos.

Normalización de identificación de autores

Para fines de ser citados de forma uniforme en los diferentes índices científicos, se sugiere que los autores adopten un nombre de pluma, es decir, el mismo para todas sus publicaciones. Para la Revista se recomienda un solo apellido; cuando el autor prefiera usar los dos apellidos, estos deben ir separados por un guión (Ej, para Mateo Restrepo Jaramillo, se cita Restrepo-Jaramillo M).

Todos los autores deben tener el número de identificación ORCID (open researcher and contributor ID), el cual se obtiene en la página: <https://orcid.org/>

ENVÍO DEL ARTÍCULO

Para enviar sus contribuciones debe iniciar con el proceso en el enlace REGISTRARSE.

Los manuscritos deben escribirse en hojas tamaño carta, a doble espacio, en letra Arial de 12 puntos; las tablas y figuras no deben incluirse dentro del texto, deben ir al final de este, después de las referencias. La revista tiene el español como idioma oficial, aunque puede aceptar colaboraciones en inglés.

La primera página debe incluir lo siguiente:

- Título del trabajo en español.
- Título del trabajo en inglés.
- Primer apellido y nombres completos de los autores.
- Número ORCID de cada autor.
- Cargo y categoría académica de los mismos.
- Nombre de la institución donde se realizó el trabajo.
- Nombre, dirección, número de teléfono y dirección electrónica del autor responsable de la correspondencia.
- Fuentes de financiación, equipo, medicamentos o todos estos.
- Conteo de palabras del texto, excluyendo el resumen, los agradecimientos, los pies de figuras y las referencias, y conteo de las palabras del resumen. La extensión máxima aceptable para los artículos de investigación, revisión y reflexión es de 3500 palabras excluyendo resumen, referencias, tablas y figuras.
- Número de figuras y cuadros.
- Título corto para los encabezamientos de página.

En la segunda página debe aparecer el resumen en español y su traducción al inglés, y las palabras clave en los dos idiomas.

Para presentar manuscritos a la Revista, estos deben acompañarse de una carta de presentación firmado por todos los autores (formato de carta de presentación).

Debe evitarse el uso de abreviaturas que no sean universalmente reconocidas, sino que hayan sido acuñadas por los autores. Siempre se deben usar los nombres genéricos de los medicamentos. Si se incluye una marca registrada, sólo se podrá citar una vez, entre paréntesis, luego de su primera mención. Toda medida se debe expresar según el sistema internacional de unidades. Las referencias se deben identificar en el texto

con números arábigos entre paréntesis, en su orden de aparición.

La lista secuencial de referencias también debe ser escrita a doble espacio, y debe aparecer en nueva página al final del texto. La forma de citarlas debe ajustarse a lo recomendado en los requisitos uniformes para manuscritos presentados para publicación en revistas biomédicas, o normas de Vancouver (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html). La abreviatura de los títulos de las revistas debe ser tal y como aparece en la lista de revistas indexadas en el Index Medicus, que puede obtenerse en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?cmd=search&db=journals>.

Las comunicaciones personales no constituyen una referencia bibliográfica reconocida, como tampoco lo son los resúmenes de congresos; si se considera necesaria su inclusión, deben aparecer entre paréntesis en el texto.

Para los artículos de revisión, es recomendable que al menos el 70% de las referencias sean de artículos originales, y 10% deben ser de los últimos 5 años y al menos una referencia colombiana. En caso de no contar con literatura colombiana, el autor debe sustentarlo.

A las referencias se les debe agregar el DOI (Digital Object Identifier), a fin de posibilitar a los lectores su identificación y acceso directo.

Ejemplos de referencias

Se deben listar los primeros seis autores seguidos por *et al.*

- **Artículos de revistas:** Título del artículo. Abreviatura internacional de la revista. Año; volumen: página inicial y final del artículo. DOI
- **Libros:** Título del libro. Número de la edición. Lugar de publicación: editorial; año.
- **Capítulos de libros:** Autores del capítulo. Título del capítulo. En: editores del libro. Título del libro. Número de la edición. Lugar de publicación: editorial; año; página inicial y final del capítulo.
- **Medio electrónico:** Título [sede web]. Lugar de publicación: editor; fecha de publicación. Fecha de consulta. URL electrónica exacta.

Ilustraciones y cuadros

Cada una de las ilustraciones y cuadros se debe enviar en un archivo adicional al texto del artículo. Son suplementarios y no duplicadores de lo que se diga en el texto. Cada artículo puede llevar un número razonable de fotos; para los reportes de casos, el máximo es de tres. El número de fotos puede aumentarse cuando las características didácticas del artículo lo ameriten, a juicio del Editor Jefe y el Comité Editorial.

Fotografías

Las fotografías deben enviarse en un archivo anexo al artículo, de preferencia en formato TIFF (*Tagged Image File Format*); el formato JPEG (*Joint Photographic Experts Group*) no permite una óptima impresión dado que es un archivo comprimido en el que se han eliminado un número indeterminado de píxeles para lograr su compresión. Si la foto es a color debe enviarse en alta resolución, es decir, por lo menos a 300 dpi (*dots per inch*); si es en blanco y negro, la resolución óptima para impresión es de 600 dpi.

Se deben numerar con cifras arábigas, tener un título breve y ser autoexplicativas. Las fotografías de histopatología deben indicar el tipo de tinción y los aumentos a los que se fotografió la imagen enviada.

Si han sido publicadas previamente, debe anotarse la referencia completa y exacta del sitio en el que fue publicada y adjuntar el permiso por escrito de la publicación que posea el derecho de reproducción (*copyright*).

Los gráficos y las tablas deben enviarse en sus archivos de origen (Excel, Power Point) y no enviarlos escaneados ya que impide su corrección y diagramación apropiada. Al igual que las figuras, deben ser numeradas, aparecer citadas en el texto y deben contar con una leyenda ilustrativa y ser explicativas; asimismo, deben aparecer las unidades que se hayan utilizado para las diferentes variables listadas.

Declaración de privacidad

Los nombres, teléfonos y direcciones de correo electrónicos que han sido suministrados a la revista se usarán exclusivamente para los fines declarados y no estarán disponibles para ningún otro propósito, persona o institución.

DIRECTRICES ÉTICAS PARA PUBLICACIÓN

La Revista de la Asociación Colombiana de Dermatología y Cirugía Dermatológica es consecuente con los principios éticos que divulga, y se esfuerza constantemente por entregar al lector una revista científica de óptima calidad. Las «Instrucciones a los autores» permiten a los investigadores enviar su trabajo de acuerdo con las exigencias editoriales, y la decisión de publicar un artículo se basa en la importancia del trabajo para el campo de la Dermatología, así como en su originalidad, precisión y claridad. Estas recomendaciones desde la Ética, buscan que el proceso de preparación, envío, evaluación y publicación de los artículos se proteja de conductas inapropiadas que violan los principios y orientaciones de la Ética y las buenas prácticas que deben orientar las publicaciones científicas. Apuntan igualmente a velar por la credibilidad que hoy tiene la Revista y ratifican la adherencia del equipo editorial y de la Asociación Colombiana de Dermatología y Cirugía Dermatológica a los principios éticos, a las normas internacionales de la AMM (*Asociación Médica Mundial*) y de otros organismos como la CIOMS (*Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas*) y la UNESCO (*Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura*), que velan con sus orientaciones por la aplicación de los principios de la ética a la investigación científica y a la publicación de los resultados de dichas investigaciones.

Los trabajos de investigación deben haber observado las normas éticas del Comité de Ética de la institución en donde se realizó dicho estudio, además de acatar los enunciados de la Declaración de Helsinki de 1975, modificada en Fortaleza (Brasil) en 2013, <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/> y los contenidos en la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud y en la Resolución 2378 de 2008 del Ministerio de la Protección Social.

Directrices

- El autor que somete un manuscrito para publicación, debe asegurar que el trabajo es original y que cuenta con el consentimiento y aprobación de los demás autores para el envío y su publicación.
- El manuscrito debe ser inédito, esto es, no ha sido publicado en otras revistas. Tampoco debe haber sido presentado al mismo tiempo a otra revista.
- El manuscrito respeta la confidencialidad de la información y en el caso de investigación, da fe que la misma, fue aprobada por un Comité de Ética en investigación debidamente conformado. La Revista se reserva el derecho de solicitar el documento de aprobación del Comité de Ética en investigación. La Revista se reserva el derecho de solicitar el documento de aprobación del Comité de Ética en investigación.
- Los autores deben declarar que han obtenido libremente el consentimiento informado del paciente o su representante legal, en el caso de los menores de edad o sujetos con discapacidad intelectual, para la publicación del caso y sus fotografías. Además del consentimiento, para los menores de edad con capacidad de comprender la información (aplica de 8 años hasta la mayoría de edad), se debe contar con el asentimiento informado de los mismos.
- En la carta de presentación de los manuscritos, los autores deben declarar que cuentan con el consentimiento informado de los pacientes y del aval del comité de ética institucional y enviarlo a la Revista, cuando así se les requiera.
- El manuscrito respeta los derechos de autor y garantiza la inclusión de todos los autores. Igualmente se garantiza que no se ha incluido a quien no cumple con los criterios de autoría.
- Un autor es aquel ha hecho una contribución científica e intelectual significativa en la conceptualización y la planificación, en la interpretación de los resultados, en la redacción del manuscrito y en la aprobación de la versión sometida a publicación.
- Las fuentes utilizadas deberán citarse de manera clara y teniendo en cuenta las normas técnicas adoptadas por la Revista. Las políticas antifraude y de buenas prácticas de publicación incluyen que no deben copiarse fragmentos de otras obras publicadas, ni de otros autores (plagio), o del mismo autor (autoplagio); en caso de detectarse mala práctica, el trabajo será rechazado; en caso de identificar plagio en un artículo ya publicado, este se retirará de la Revista electrónica.
- Las figuras y tablas deben ser originales de los autores o contar con el permiso para adaptación o reproducción, en caso que estas sean tomadas de la literatura.
- Todos los datos incluidos en el manuscrito que procedan de trabajos previos deben tener una referencia, incluyendo los que provengan de los mismos autores.

- Los autores confirman la veracidad de los datos que se presentan y dan soporte a los resultados y conclusiones.
- El manuscrito no debe omitir citas relevantes de investigaciones previas originales, relacionadas con el tema, ni citar artículos que no fueron consultados.
- Cuando se cita varias veces a un mismo autor (o autores) de una misma fuente, en la lista de referencias debe quedar claro que es de la misma publicación.
- La citación de fuentes secundarias, o la cita de cita, debe emplearse con moderación y fundamentalmente cuando no es posible acceder al texto original.
- Es una falta a la ética, la citación por complacencia, denominada citas de intercambio, fruto de acuerdos para citación recíproca. Todas las citas deben estar bien justificadas y fundamentadas en la calidad y pertinencia científica.
- El plagio, es decir, la copia de los planteamientos, procedimientos o resultados de otros autores presentándolos como propios, es una falta ética y es una violación contra la propiedad intelectual del autor o investigador original.
- El autoplagio es la copia de fragmentos o parafraseo de artículos previamente publicados por los autores, sin la citación respectiva. Citar trabajos previos de los autores es válido, mientras estén debidamente adjuntada la referencia.
- Las referencias deben ser completas. Las citas inexactas reflejan la posible no lectura de una bibliografía que se supone consultada.
- No es ético traducir textos de publicaciones en otros idiomas y presentarlas como propias. Se puede realizar la traducción, pero acompañada de la cita respectiva, que dé el crédito al autor de la afirmación o texto traducido. No es válido el uso de fragmentos completos.

Política Antiplagio

Los artículos sometidos a la Revista son inspeccionados por una disciplinada política antiplagio que vela por su originalidad, para ello se analizan con el servicio del programa “iThenticate” en busca de coincidencias de textos e información de otros autores, respetando así el derecho de otros autores, y garantizando que los trabajos sean inéditos y que cumplan con los estándares de calidad editorial que avalen producción científica propia.

Conflictos de interés

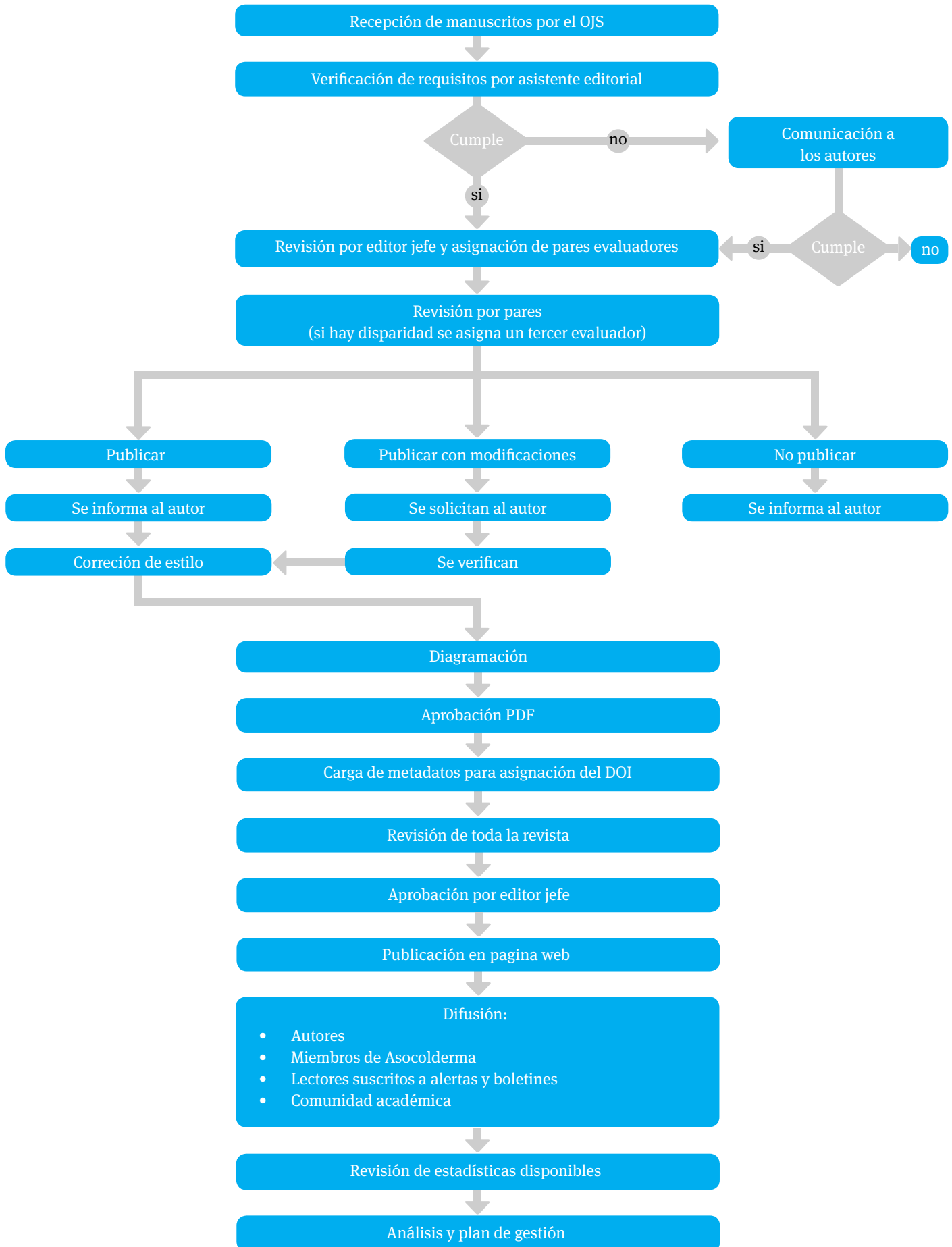
Todos los autores deben declarar si tienen algún conflicto de interés relacionado con el manuscrito que están enviando. Estos conflictos de interés incluyen los apoyos económicos recibidos para la realización del trabajo, los pagos recibidos de una entidad comercial y los pagos por conducir un estudio o por ser consultor de alguna compañía farmacéutica en el tema de la publicación. Igualmente, todo apoyo económico o de cualquier otro tipo para asistir a eventos sociales o académicos relacionados con la compañía farmacéutica involucrada en el estudio. La no declaración de los conflictos de interés puede llevar a sanciones como el rechazo de la publicación o, en caso de ya haber sido publicado, la publicación posterior del conflicto no declarado. Estos se declaran en la carta de presentación y en el cuerpo del manuscrito. En caso de ser necesario los autores pueden consultar al asesor de ética de la revista enviando correo a la dirección: revista@asocolderma.com

Consentimiento informado

Los reportes de caso y las fotografías incluidas en los diferentes artículos deben contar con el consentimiento informado, tal como se detalló en las directrices. No se debe incluir ningún tipo de información que permita identificar al paciente, como nombres, iniciales o números de historia clínica.

No se debe publicar una imagen en la que el paciente pueda reconocerse o ser reconocido, sin el consentimiento por escrito, ya que constituye una violación de su privacidad. Esto incluye no solamente la cara, sino cualquier parte del cuerpo que el paciente pueda identificar como propia. En la edición de la fotografía se deben omitir datos que puedan permitir la identificación del paciente, pero esto no obvia la necesidad de obtener el consentimiento informado.

Infografía de flujo editorial



Instructions for authors

The Journal of the Colombian Association of Dermatology and Dermatological Surgery is an international, refereed, and electronic scientific journal, in which articles from authors from all over the world are welcome. Its thematic focus is on the area of dermatology, skin care, and related diseases. It is an open access journal that has been published continuously since 1991, with quarterly publications since 2003, and is subject to double-blind peer review by scientific peers selected by the editors. It oversees the dissemination of original and unpublished research articles, review articles, reflection articles, case reports, and other topics of interest to dermatology in the medical community, which may include contributions of a guild or informative contents. Its main purpose is to serve as a platform for the dissemination of scientific knowledge in dermatology that could provide a comprehensive approach to skin diseases.

The abbreviated title of the Journal of the Colombian Association of Dermatology and Dermatological Surgery is Rev. Asoc. Colomb. Dermatol. Cir. Dermatol., which should be used in footnotes, figure legends, and references.

There is no cost for submitting manuscripts for publication, and the process should be done through the Open Journal System (OJS) platform, available in the journal's website, in order to streamline the process and check the status of submissions. For this purpose, you must sign up and log in.

<https://revista.asocolderma.org.co/index.php/asocolderma>

Periodicity:

Quarterly: January-March, April-June, July-September, and October-December. Occasionally, stand-alone publications (supplements) will be produced in electronic format.

Publication language:

The official languages of the Journal are Spanish and English. Title, abstracts and keywords are available in these two languages.

Financing model

This journal is sponsored by the Asociación Colombiana de Dermatología y Cirugía Dermatológica (Colombian Association of Dermatology and Dermatological Surgery). For its operating expenses, the business plan includes the advertising guidelines on the Journal's website, which are managed by the Commercial Department.

The Journal has editorial independence; the editors are autonomous in their academic and scientific decisions.

Information for authors

The Journal observes the standards published by the International Committee of Medical Journal Editors (www.icmje.org) in its Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals and has incorporated them into the review and publication process.

Type of articles published in the journal

1. Research article

It must be an original work derived from research that contributes to the construction of scientific knowledge by reporting relevant information on new available data. It should contain the following sections: introduction, materials and methods, results, discussion, conclusions, references, and key points. It should have a structured abstract (introduction, materials and methods, results, and discussion) no longer than

250 words, in both Spanish and English, and three to twelve keywords should be indicated (using some that are not part of the title) in Spanish, which should be included in the Descriptors of Health Sciences (DeCS) (<http://decs.bvs.br/E/omepage.htm>), and in English, which should appear in the Medical Subject Headings (MeSH) list (<http://www.nlm.nih.gov/mesh>).

The manuscripts submitted should follow the ethical standards established by the ethics committee in charge of supervising the research studies in the institution where the study was conducted, in addition to abiding by the statements of the Declaration of Helsinki of 1975, modified in Seoul, Korea, in 2008 (<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3>), as well as those contained in Resolution 8430 of 1993 of the Colombian Ministry of Health and Resolution 2378 of 2008 of the Colombian Ministry of Social Protection. Ethics committee approval must be declared within the manuscript. The Journal's own ethical guidelines are detailed in the attached document (link to ethical guidelines).

2. Review article

A review article is an update paper on a particular field of dermatology. It is characterized by the presentation of a comprehensive bibliographic review (no more than 70 references and should include references from national literature). The abstract must be written in Spanish and English, should be no longer than 250 words, and should be structured (introduction, materials and methods, results, and discussion). Three to twelve keywords should be provided (using some that are not part of the title) in Spanish, which should be included in the Health Sciences Descriptors (DeCS) (<http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>), and in English, which should appear in the Medical Subject Headings (MeSH) list (<http://www.nlm.nih.gov/mesh>).

The type of review (systematic or narrative), the search strategies, the databases, the keywords, and the periods in which the review was conducted should be indicated. The submission should include three to five key points from the review.

3. Reflection article

This type of article presents research results from an analytical, interpretive, or critical perspective of the author on a specific topic, using original sources. The abstract should be written in Spanish and English and

should not be longer than 150 words. Three to twelve keywords should be indicated (using some that are not part of the title) in Spanish, which should be included in the Health Sciences Descriptors (DeCS) (<http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>), and in English, which should appear in the Medical Subject Headings (MeSH) list (<http://www.nlm.nih.gov/mesh>). The submission should include three to five key points from the review.

4. Case report

This type of paper is dedicated to the communication of clinical-therapeutic or histopathological experiences. Its objective is to contribute to medical knowledge by describing a new or rare disease, a relevant clinical application contributing to the elucidation of the pathogenesis of a disease, an unusual complication, or novel aspects in terms of diagnosis or treatment. The abstract should be written in Spanish and English and should not be longer than 150 words. Three to twelve keywords should be indicated (using some that are not part of the title) in Spanish, which should be included in the Health Sciences Descriptors (DeCS) (<http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>), and in English, which should appear in the Medical Subject Headings (MeSH) list (<http://www.nlm.nih.gov/mesh>).

It should contain the description of the clinical case, a bibliographic review, and a conclusion.

A maximum of ten references related to the topic and three clinical or histopathology images are suggested. If the authors consider that more images are necessary, they should explain the importance of including such images for a better understanding of the article.

A case report should not have more than four authors (rev asoc colomb dermatol. 2011;19:260-1); if there are more than four, the participation of each one in the preparation of the paper should be clearly supported. Other participants may be included in the acknowledgment section.

The authors must declare that they obtained the informed consent from the patient or their legal guardian, in the case of children or adults with intellectual disabilities, and follow the ethical guidelines (copy link).

5. Make the diagnosis

This modality of continuing education article is intended to stimulate the diagnostic ability of the readers. It consists of two parts: the first presents a case using clinical or histopathology images; the second appears in the final section of the Journal and reveals the diagnosis and may contain histopathology images, as well as a bibliographic review on the corresponding disease, which should follow the guidelines for case reports.

Authors must declare that they obtained the informed consent from the patient or their legal guardian, in the case of children or adults with intellectual disabilities, and follow the ethical guidelines (copy link).

6. Ethics

This type of manuscript is dedicated to theoretical and case reviews, in order to promote reflection on the criteria, standards and values that should govern the medical profession. The abstract should be written in Spanish and English and should not be longer than 250 words. Three to twelve keywords should be indicated (using some that are not part of the title) in Spanish, which should be included in the Health Sciences Descriptors (DeCS) (<http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>), and in English, which should appear in the Medical Subject Headings (MeSH) list (<http://www.nlm.nih.gov/mesh>).

This kind of article is made up of a first part, where the case is presented, and a second part, where ethical questions are raised, a response is provided, and a bibliographical review is presented, in accordance with the guidelines described for reports of case.

7. News and events

This section is used to publish reports, obituaries, convene Association meetings, or inform about local or international events of importance to dermatologists.

8. Graphic dermatology. Dermatology in pictures

Graphic dermatology publishes infographics, which combine graphics, texts and images to present an illustrative and easy-to-understand message related to the specialty. Dermatology in images is the section featuring clinical images or diagnostic test results (histo-

pathology, microbiological cultures, radiology, among others). Five bibliographical references should be included to support the information presented.

9. Letters to the editor

These are the comments, opinions, or information related to previous publications of the Journal or scientific or guild topics. Published letters may be edited for reasons of length, grammar accuracy or proofreading, and the author will be informed of such changes prior to publication.

10. Editorial

The editorial presents a detailed analysis of a scientific or guild topic. It is written by the editor-in-chief of the Journal or a guest. It should include up to ten bibliographical references that support the information presented.

SCIENTIFIC PEER REVIEW

Each manuscript is presented to the editors, who decide whether it is relevant and appropriate for the Journal. The document that is submitted and has not yet been evaluated by academic peers is called a *manuscript*. The peer review process is anonymous and double-blind.

Scientific research, reflection or review manuscripts will be evaluated by two academic peers; these referees are selected by the editors from among the experts in the field of each manuscript.

Case reports may be evaluated by the editors and do not necessarily require external reviewers. The relevance of an external reviewer in each case report is at the editor's discretion.

The peer review process is detailed in the attached document (link to peer review guide).

When a manuscript is accepted for publication, the final layout is sent to the author in a .pdf (Portable Document Format) file for review and approval. In the event that any correction is required, the Journal must be informed within three days.

Once the article is published, the PDF file will be available for the author to share on social networks, if he/she deems it so.

SUBMISSION OF THE MANUSCRIPT

Manuscripts should be submitted together with a cover letter specifying the title and type of article. The cover letter should include a statement that the manuscript is original and unpublished and should also state that all authors have participated in the preparation, reading, and approval of the content. Authors who participate in the paper and do not meet these requirements may be included in the acknowledgment section. It should also declare that the article was prepared following the aforementioned ethical standards and that the reproduction rights (copyright) of the article are transferred to the Journal.

At the discretion of the editorial committee, some exceptions may be made to accept material that has been previously published, in which case the permission of the journal that owns the reproduction right must be attached (this includes full articles, tables, or figures). Authors must carry out the necessary procedures to obtain such permissions.

The Journal does not accept the inclusion or withdrawal of authors after having started the editorial process of the manuscripts.

Standardization of author citation

In order to be cited in the different scientific indexes, the Journal recommends the use of a single surname; if the author prefers to use both surnames, they should be separated by a hyphen (for example, Mateo Restrepo Jaramillo is cited as Restrepo-Jaramillo M).

Identification of authors

All authors must have an ORCID identification number (open researcher and contributor ID), which can be obtained at: <https://orcid.org/>.

CONFLICTS OF INTEREST

All authors must declare if they have any conflict of interest related to the manuscript they are submitting. Conflicts of interest include financial support received to prepare the paper, payments received from a commercial entity, and payments for conducting a research or for being a consultant to a pharmaceutical company involved in the subject of the publication. Failure to declare conflicts of interest may lead to

sanctions, such as the rejection of the article. These conflicts should be stated in the cover letter and in the body of the manuscript. If necessary, authors may contact the Journal's ethics advisor by sending an email to revista@asocolderma.com.

INFORMED CONSENT

All case reports and images included in the different articles must have the patient's informed consent. The custody of the consent is the responsibility of the authors, who in the cover letter of the article should state that they have this document for publication. No information that could be used to identify the patient, such as names, initials or medical history numbers, should be included.

An image in which the patient can recognize him/herself or be recognized by others must not be published without written consent, as it constitutes a violation of the patient's privacy. This includes not only the face, but any part of the body that the patient can identify as their own. When editing the image, data that may allow the identification of the patient should be omitted, but this does not negate the need to obtain informed consent.

ARTICLE SUBMISSION

To submit your contributions, you must start the process by clicking on the Sign-Up link.

Manuscripts should be written on letter-size sheets, double-spaced, in 12-point Arial font. Tables and figures should not be inserted within the text, but should go at the end of the text, after the references. The official languages of the Journal are Spanish and English.

The first page should include the following:

- Title of the paper in Spanish
- Title of the paper in English
- Subtitle, if applicable
- Full names of the authors, according to the authors' citation standardization
- ORCID number of each author
- Academic affiliation of each author
- Name of the institution where the study was conducted
- Name, address, telephone number and email address of the corresponding author

- Sources of funding
- Text word count, excluding abstract, acknowledgments, figure captions, and references, and abstract word count. The maximum length acceptable for research, review and reflection articles is 3 500 words, excluding abstract, references, tables, and figures, but there may be exceptions approved by the editorial committee
- Number of figures and tables
- Running title for page headers
- 140-character sentence summarizing the article for publication on Twitter, at the discretion of the editors.

On the second page, the abstract should appear in Spanish and English and the keywords in both languages, with MeSH and DeCS terms.

Abbreviations that are not universally recognized should be used only if necessary and should be next to the word or phrase they represent in parentheses when they first appear. Generic names of drugs should always be used. If a registered trademark is included, it may only be cited once, in parentheses, after it is mentioned for the first time. All measurements should be expressed using the international system of units. References should be identified in the text with Arabic numerals in parentheses, in order of appearance.

The sequential list of references should also be double-spaced and should appear on a new page at the end of the text. The way of citing the references should be adjusted to the recommendations of the Uniform Requirements for Manuscripts Submitted for Publication in Biomedical Journals, or Vancouver Standards (<https://bit.ly/3YvFfxR>). The abbreviation of journal titles should be the same as those appearing in the list of journals indexed in Index Medicus, which can be obtained at <https://bit.ly/3jNbN7H>.

Personal communications are not a recognized bibliographical reference, nor are conference abstracts; if their inclusion is considered necessary, they should appear in parentheses in the text. Please make sure that all references cited in the text have been listed in the bibliography.

Examples of references

The first six authors followed by et al.

Journal articles

Authors. Article title. International abbreviation of the journal. Year; volume: initial and final page of the article.

Books

Authors. Title of the book. Edition number. Place of publication: publisher; year.

Chapters of books

Authors of the chapter. Chapter title. In: book publishers. Title of the book. Edition number. Place of publication: publisher; year; first and last page of the chapter.

Electronic resource

Authors. Title [website]. Place of publication: publisher; publication date. [cited date of consultation]. Available from: [exact URL].

Figures and tables

Each of the figures and tables should be submitted in an attachment to the main text of the article, should be supplementary and should not repeat what is stated in the article. Each article may have up to six figures and tables; for case reports, the maximum is three. This number may be increased if the didactic characteristics of the article so require, at the editors' discretion.

Images

Images should be sent in a file attached to the article, preferably in .tiff (Tagged Image File Format) or .png (Portable Network Graphics) format; if the photo is in color, it should be sent in high resolution, that is, at least 300 dpi (dots per inch); if it is in black and white, the optimal resolution is 600 dpi.

They should be numbered using Arabic numerals, have a short title and be self-explanatory. Histopathology images should indicate the type of staining and magnifications at which the submitted image was photographed.

If they have been previously published, the complete and exact reference of the site in which they appear should be indicated and the written permission of the journal that owns the reproduction right (copyright) should be attached.

Figures and tables should be submitted in their source files (Excel, PowerPoint) and should not be scanned, since this prevents their correction and proper layout. As with images, they should be numbered, cited in the text and have an illustrative and explanatory caption, and the units used for the different variables listed should be shown.

For further information, please contact us at: revista@asocolderma.com

Privacy statement

The names, telephone numbers and email addresses provided to the Journal will be used exclusively for the stated purposes and will not be available for any other purpose, person, or institution.



EDITORIAL

Brote de viruela símica en Colombia: ¿por qué y cómo contener su diseminación?

HAGA USTED EL DIAGNÓSTICO - PARTE I

ÉTICA - PARTE I

Respeto por el colega

ARTÍCULO DE REFLEXIÓN

Experiencia significativa: la dermatología social comunitaria como enfoque formativo

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Manifestaciones dermatológicas por Covid-19 y su aporte en la comprensión de la enfermedad.

Revisión narrativa

REPORTE DE CASO

Síndrome de nevus azules cauchosos: reporte de un caso familiar

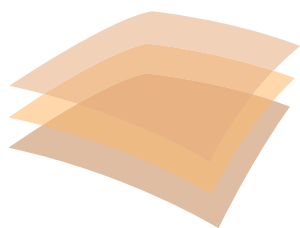
Lupus eritematoso discoide lineal asociado a lupus eritematoso sistémico: reporte de caso y revisión de la literatura

Pénfigo por IgA

HAGA USTED EL DIAGNÓSTICO - PARTE II

ÉTICA - PARTE II

Respeto por el colega



AsoColDerma
Asociación Colombiana de Dermatología
y Cirugía Dermatológica

Revista de la Asociación Colombiana de Dermatología
y Cirugía Dermatológica.

Indizada en:



Avalada en:

