



Revista de la Asociación Colombiana de Dermatología y Cirugía Dermatológica

Revista de la Asociación Colombiana de Dermatología y Cirugía Dermatológica

EDITORA JEFE

Margarita María Velásquez

Médica Dermatóloga, Doctor en Ciencias Básicas Biomédicas, énfasis en Inmunología.
Profesora Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.
ORCID: 0000-0001-8604-6488

EDITOR TÉCNICO

Juan Raúl Castro Ayarza

Médico Dermatólogo, Esp. en docencia universitaria, Máster Dermatología Oncológica, Profesor Universidad Nacional, Bogotá, Colombia.
ORCID: 0000-0002-0113-2684

COMITÉ EDITORIAL

Alberto Lavieri

Médico Dermatólogo, Doctor en medicina, Dermatólogo pediatra, Profesor Universidad de Buenos Aires, Argentina.
ORCID: 0000-0001-6463-8212

Ángela María Londoño García

Médica Dermatóloga, Magíster en Epidemiología, Máster en Enfermedades Autoinmunes.
Profesora Universidad CES, Medellín, Colombia.
ORCID: 0000-0003-2209-9972

César Fernando González Ardila

Médico Dermatólogo, Máster Dermatología Estética, Bogotá, Colombia.
ORCID: 0000-0002-5608-9054

Esperanza Meléndez Ramírez

Médica Dermatóloga.
Profesor Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia.
ORCID: 0000-0001-9987-6683

Fernando Valenzuela Ahumada

Médico cirujano Especialista en Dermatología y Venereología.
Profesor de la Facultad de Medicina Universidad de Chile.
ORCID: 0000-0003-1032-9347

Mauricio Torres Pradilla

Médico Dermatólogo, Dermatólogo Pediatra.
Profesor Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Bogotá, Colombia.
ORCID: 0000-0002-4826-1248

Oscar Jairo Valencia Ocampo

Médico Dermatólogo.
Profesor Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.
ORCID: 0000-0002-8396-3122

CORRECTOR DE ESTILO

Andrés Mantilla Meluk

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

ASISTENTE CIENTÍFICO

Jhonatan Luis Merchán Burgos

Internacionalista, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, D.C., Colombia.

ADMINISTRADOR DE CONTENIDOS Y PLATAFORMAS

Manuel Alberto Galindo Gómez

Publicista, Universidad Jorge Tadeo Lozano, Bogotá, D.C., Colombia.

DISEÑO EDITORIAL

Valentina Vergara Gómez

Diseñadora, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia.

DIRECTIVAS DE ASOCOLDERMA 2023-2025

PRESIDENTE:

Claudia Marcela Arenas Soto

VICEPRESIDENTE:

Sergio Alejandro Martínez Lecompte

SECRETARIA:

Claudia Liliana Montoya Maya

PRESIDENTE HONORARIO:

Natalia Hernández Mantilla

PRESIDENTE DEL CONGRESO:

Juan Guillermo Chalela Mantilla

TESORERA:

Adriana Raquel Cruz Aconcha

Vocal principal:

Julián Vargas Molina

Vocal principal:

Joaquín Elier Berrío Muñoz

Vocal principal:

Héctor José Castellanos Lorduy

Vocal suplente:

Jaime Alberto Rengifo Palacios

Vocal suplente:

Alicia Del Carmen Caiza Rosero

Vocal suplente:

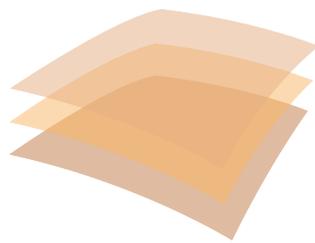
Daniela Lynnet Barrera

PORTADA

Lobomycosis (lacaziosis): cuatro casos nuevos en la Orinoquía y el Pacífico Colombiano, Wilson Galvis-Franco *et al.*

CONTRAPORTADA

Melanoniquia longitudinal de rápido crecimiento: importancia del seguimiento dermatoscópico y la histopatología, Eduardo Rivera-Perdomo *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. En concordancia con la Organización de Estados Americanos de 1948, esta revista promueve la igualdad de género.

©2012 Asociación Colombiana de Dermatología y Cirugía Dermatológica.

Todos los derechos reservados. Depósito legal: 2377 S

EDITORIAL

6

¿Cómo liderar y consolidar un servicio y un equipo de dermatología? Una Visión personal

Dr. Elkin Peñaranda Contreras

HAGA USTED EL DIAGNÓSTICO - PARTE I

9

Heliana Marcela Botello; Angie Daniela Bonelo; Julián Andrés Chamorro; Felipe Jaramillo-Ayerbe

ÉTICA - PARTE I

11

El colega como paciente

José María Maya

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

14

Efecto clínico de Aquatop® crema rescate en pacientes con cuadros de exacerbación leve o moderada de dermatitis atópica

Oscar Eduardo-Mora; Guillermo Sánchez-Vanegas; María Fernanda Ordoñez; Andrés Bastidas; Natalia Velázquez; Viviana Garzón; Ingrid Angulo; Mauricio Torres; Lina Quiroz; Angélica Monterrosa-Blanco; Sylvia Yaneth Rodríguez; José Luis de la Hoz; Jhonatan Alfredo Alfonso; Álvaro Guillermo Vallejos-Narvaez

ARTÍCULO DE REVISIÓN

23

Materiales de relleno usados en rinoplastia no quirúrgica: revisión de la literatura

Yixel Córdoba González; Rodolfo Rodríguez-Gómez

REPORTES DE CASO

36

Disqueratoma de Warty, una lesión poco frecuente

Vanessa Torres-Gómez; Daniela María Carrillo-Pedrosa; Claudia Janeth Uribe-Pérez

36

Lobomycosis (lacaziosis): cuatro casos nuevos en la Orinoquía y el Pacífico Colombiano

Wilson Galvis-Franco; Felipe Jaramillo-Ayerbe; Lucía Van den Enden-Medina; Nicolás Aguilar-Medina

41

Fibroxioma atípico: serie de casos

Gabriella González; Hugo Eduardo Herrera; Álvaro Acosta-de Haart; Héctor Camilo Pérez-Cely

50

Melanoniquia longitudinal de rápido crecimiento: importancia del seguimiento dermatoscópico y la histopatología

Eduardo Rivera-Perdomo; Ángel Omar Jaimes; Flavia Carolina Pozzobon

59

HAGA USTED EL DIAGNÓSTICO - PARTE II

65

Heliana Marcela Botello; Angie Daniela Bonelo; Julián Andrés Chamorro; Felipe Jaramillo-Ayerbe

ÉTICA - PARTE II

70

El colega como paciente

José María Maya

¿Cómo liderar y consolidar un servicio y un equipo de dermatología? Una Visión personal

En cualquier actividad de la vida, es un gran compromiso y hasta un acto irreverente dar recomendaciones o consejos a otros partiendo de la experiencia propia, más cuando dicha experiencia está cargada de errores y de aciertos que nos llevaron a lo que otros ven hoy. Cuando hablamos de nuestras experiencias, por lo general, seleccionamos lo que consideramos aciertos más que aquellos errores que también forjaron los resultados.

La Asociación Colombiana de Dermatología y Cirugía Dermatológica (AsoColDerma) gentilmente me invitó a dar mi punto de vista sobre lo que debería considerarse al liderar un servicio de dermatología ligado a la enseñanza.

Escribir este editorial sobre cómo liderar un servicio hospitalario o de una universidad para educar en nuestra especialidad me llevó a enfocarme en mi experiencia y la de otros, para así precisar lo que considero que son las claves fundamentales de fondo para que se den las formas. Luego de un diálogo con varios maestros coordinadores de servicio, una revisión de la literatura y mi sesgada experiencia, a continuación, resumiré los aspectos que me parecen fundamentales.

LIDERAR

La Real Academia Española ⁽¹⁾ define *liderar como estar a la cabeza de un grupo, de un partido o de una competición*, o, en este caso, una escuela. En realidad, muchos llegamos a la enseñanza universitaria por el conocimiento o la experiencia de una especialidad en el área de la Medicina, aunque no necesariamente en la de manejar grupos. El primer reto, justamente, es estar a la cabeza de grupos de personas con diferentes ambiciones, pensamientos y enfoques, así como con diversos niveles de experticia en las áreas que lideraremos. Esto es realmente lo importante: generar, convocar y aprovecharse de la diferencia del equipo y hacer de cada dermatólogo, docente, enfermera,

residente o interno parte fundamental de un equipo que piensa diferente, que tiene diferentes habilidades, pero que trabaja en común por un equipo, respetando las diferencias y creciendo con ellas, siempre y cuando dichas diferencias nos unan más como grupo y no sean motivo de distanciamiento.

Esa puede ser una de las habilidades más importantes al liderar el proceso: ser un canalizador del trabajo en equipo y motivar a cada uno de los integrantes a que desarrolle todo lo que es y, además, tenga el crédito y el crecimiento que se merece como parte fundamental del servicio. Creo que la definición de *liderazgo* de Wikipedia engloba más ese concepto ⁽²⁾:

El liderazgo es el conjunto de habilidades gerenciales o de las directivas que un individuo tiene para influir en la forma de ser y actuar de las personas o en un grupo de trabajo determinado, haciendo que este equipo trabaje con entusiasmo hacia el logro de sus metas y objetivos. También se entiende como la capacidad de delegar, tomar la iniciativa, gestionar, convocar, promover, incentivar, motivar y evaluar un proyecto, de forma eficaz y eficiente, sea este personal, gerencial o institucional (dentro del proceso administrativo de la organización).

PROMOVER, INCENTIVAR Y MOTIVAR

Por grande o pequeño que sea nuestro equipo o grupo de dermatólogos, enfermeras, residentes y estudiantes en el servicio, es necesario incentivar el logro de objetivos, motivar para luchar colectivamente por ellos y promover las ideas del otro o ayudar al desarrollo de la persona, del profesional. En los procesos educativos, la motivación es fundamental y prácticamente la definiría como un apasionamiento por lo que se hace; hacer lo que toca con pasión nunca será una obligación y eso parte desde el ejemplo de los docentes para sus alumnos. La motivación es un estado interno que activa, dirige y mantiene la conducta ⁽³⁾.

SER PARTE DEL EQUIPO

El líder, el motivador o el coordinador de un servicio solo canaliza lo que se quiere para el equipo y es parte de ese proyecto involucrándose en los procesos, delegando, supervisando y confiando en los responsables de cada proceso, pero dejando espacio para que el que está al lado sobresalga, se destaque, brille con luz propia y que esa luz ilumine a todo el equipo. De todo ello viene inherente otra responsabilidad y es que mientras se propicia que tanto el alumno como el docente se destaquen en su labor, vaya generándose y consolidándose la confianza.

CONFIANZA

Confianza entre las personas y las partes del equipo, que así no sean amigos, saben que el otro es necesario para el desarrollo y el aprendizaje; confianza en el proyecto que como equipo construimos; confianza en el estudiante que

hace parte de ese proceso; y, por supuesto, confianza en los resultados que como equipo obtendremos y generarán beneficios grupales y personales, que a la final son los que más motivan: el que confía suspende su incredulidad, y la posibilidad de un curso de acción negativo no se considera ⁽⁴⁾. Como equipo, sabemos que de cualquier manera todos ganaremos: enseñando, aprendiendo, ganado experiencia y aportándole lo mejor del proceso al paciente, que en los temas de educación médica es el fundamento y el centro del proceso.

COMUNICAR

Desde su origen etimológico, *comunicar es poner en común algo con otro*, así que esto es fundamental entre todas las partes de un equipo: saber lo que se quiere, lo que gusta, lo que debe mejorarse. También comunicar los éxitos y los errores para transfórmalos en el aprendizaje necesario para el éxito. En definitiva, la comunicación es fundamental en los procesos de construcción y aprendizaje. La comunicación que logre el docente con el estudiante fomentará, reforzará o reconstruirá el autoconcepto que tengan estos de sí mismos ⁽⁵⁾.

Los cinco aspectos anteriores parecieran ser más filosóficos que prácticos, pero, en realidad, no logramos poner nada en práctica sin liderar, sin motivar, sin confiar, sin comunicar y sin sentirnos parte de un grupo de un servicio que quiere crecer, que sueña con ayudar a la formación de estudiantes de pregrado y posgrado para apoyar a los pacientes y ser un medio para que se logre un verdadero *equipo* con principios y fines comunes.

Cuando unimos estos aspectos a la práctica, podemos entonces, como docentes:

1. Dar lo mejor en lo que más conocemos: liderar, crear una consulta especial o una clínica especializada para compartir, aportar, motivar, enseñar y aprender más de mi área de conocimiento, pero haciendo partícipes a otros de ese proyecto.
2. Realizar seminarios, formar clubes de revista, preparar clases y enseñar de manera innovadora lo que mejor sabemos hacer y estar dispuestos en ese proceso a aportarle al otro, a comunicarle aspectos que no quedaron claros y a seguir aprendiendo de ese proceso.
3. Tener la humildad para seguir aprendiendo de aquello que día a día nuestros pacientes nos enseñan y nuestros alumnos nos exigen y seguir motivados y apasionados por leer, revisar, estudiar y entender nuevas maneras de pensar y de comunicar con las que no estábamos tan habituados y que cada día cambian.
4. Comunicar esos aprendizajes, retos, conocimientos y experiencias mediante publicaciones científicas o enseñando a nuestros pacientes en diferentes medios y motivando la investigación en nuestros estudiantes como parte inherente y fundamental del proceso.
5. Seguir confiando y entender que cuando nos equivoquemos, ya sea como líderes, docentes o estudiantes, dichos errores serán parte de la experiencia que nos hará mejores en un futuro, si la enfocamos bien. También comprender que muy seguramente, como en todo equipo, así como habrá personas que serán muy eficientes en su paso, otras seguirán aportando a ese proyecto común. Terminaré resaltando una pieza fundamental en los servicios universitarios y hospitalarios dedica-

dos a la educación: *el docente*, que engloba una mística, una pasión por lo que hace, a pesar de que la docencia no es una actividad en la que el reconocimiento económico sea lo que llevó a escoger ese camino. Existen diferentes motivos por los que alguien escoge o la vida lo lleva a ser docente; sin embargo, hay uno en el que coincido con muchos: aprender mientras se enseña, crecer en conocimiento profesional y personal, así como en experiencia en las áreas a las que nos dedicamos. La clave está en motivar y liderar ese proceso de aprendizaje en otras personas llamadas *alumnos* y al final lograr, como si fuéramos padres, que en ese proceso quienes fueron nuestros alumnos nos superen y, a su vez, ellos continúen el camino y lo mejoren para otros. Esa es la verdadera consolidación, el verdadero crecimiento: pues todos pasamos y las enseñanzas quedan y una enseñanza es para siempre. Como refiere el filósofo y educador brasileño Rubem Azevedo Alves ⁽⁶⁾: [...] Enseñar es un ejercicio de inmortalidad, de alguna manera seguimos viviendo en aquellos cuyos ojos aprendieron a ver el mundo a través de la magia de nuestra palabra. Así, el profesor nunca muere...

Dr. Elkin Peñaranda Contreras

Médico dermatólogo y oncólogo

Expresidente, Asociación Colombiana de Dermatología y Cirugía Dermatológica y Asociación Colombiana de Dermatología Oncológica

Jefe, Programa de Dermatología de Unisanitas

Jefe de Dermatología y Dermatología Oncológica

Hospital Universitario La Samaritana

Clínica Nogales

Hospital Colsubsidio 127

Jefe de Dermatología, Centros Médicos Keralty

ORCID [HTTPS://ORCID.ORG/0000-0001-9969-5217](https://orcid.org/0000-0001-9969-5217)

COMO CITAR: PEÑARANDA CONTRERAS E. ¿CÓMO LIDERAR Y CONSOLIDAR UN SERVICIO Y UN EQUIPO DE DERMATOLOGÍA? UNA VISIÓN PERSONAL. REV. ASOC. COLOMB. DERMATOL. CIR. DEMATOL.

2023;31(1):6-8.

DOI: [HTTPS://DOI.](https://doi.org/10.29176/2590843X.1875)

[ORG/10.29176/2590843X.1875.](https://doi.org/10.29176/2590843X.1875)

REFERENCIAS

1. Liderar. Real Academia Española (RAE). Diccionario de la Lengua Española. [Versión 23.6 en línea] [consultado el 20 de mayo de 23]. Disponible en: <https://rb.gy/c8x2x>
2. Liderazgo. Wikipedia [Internet] [Consultado el 20 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://rb.gy/7rmal>
3. Naranjo Pereira ML. Motivación: Perspectivas teóricas y algunas consideraciones de su importancia en el ámbito educativo. Educación. 2009;33(2):153-70. Disponible en: <https://rb.gy/21pax>
4. Reina D, Reina M, Hudnut D. Por qué la confianza es clave para el éxito del equipo: Reina Trust Building Consultancy y Center for Creative Leadership; 2018. Disponible en: <https://rb.gy/73np8>
5. del Barrio JA, Castro A, Ibáñez A, Borragán A. El proceso de comunicación en la enseñanza. Int J Develop Edu Psychol. 2009;2(1):387-95. Disponible en: <https://rb.gy/cpf6g>
6. Azevedo Alves R. La alegría de Enseñar. Barcelona: Octaedro; 1996.

¿Reconoce esta clave diagnóstica?

Heliana Marcela Botello¹; Angie Daniela Bonelo²; Julián Andrés Chamorro³; Felipe Jaramillo-Ayerbe⁴

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 26 años, deportista, que practica fútbol de forma frecuente, con cuadro clínico de 10 meses de evolución consistente en edema en el primer dedo del pie derecho asociado a dolor y detención del crecimiento de la lámina ungueal. Sin antecedentes patológicos de importancia, ni otros signos ni síntomas.

Exploración física: en el primer dedo del pie derecho presenta edema de predominio en la falange distal asociado a hiperpigmentación en la región adyacente al pliegue proximal y a la lámina ungueal corta (**Figura 1**).

1. Dermatóloga. Coordinadora, posgrado de Dermatología, Universidad de Caldas, Manizales, Colombia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4199-0421>
2. Médica. Semillero de Investigación en Dermatología, Universidad Surcolombiana, Neiva, Colombia. ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-8095-0573>
3. Médico epidemiólogo, Semillero de Investigación en Dermatología, Pontificia Universidad Javeriana. Universidad Autónoma de Bucaramanga. Cali, Colombia. ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-2084-2031>
4. Médico dermatólogo. Profesor titular de Dermatología y Dermatopatología, Universidad de Caldas, Manizales, Colombia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0982-4335>

Correspondencia: Heliana Marcela Botello-Mojica; **email:** heliana.botello@ucaldas.edu.co

Recibido: 5/18/2023; **aceptado:** 5/23/2023

Cómo citar: Botello HM, Bonelo AD, Chamorro JA, Jaramillo-Ayerbe F. ¿Reconoce esta clave diagnóstica? Parte I. Rev. Asoc. Colomb. Dermatol. Cir. Dermatol. 2023;31(1):9-10. **DOI:** <https://doi.org/10.29176/2590843X.1811>

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

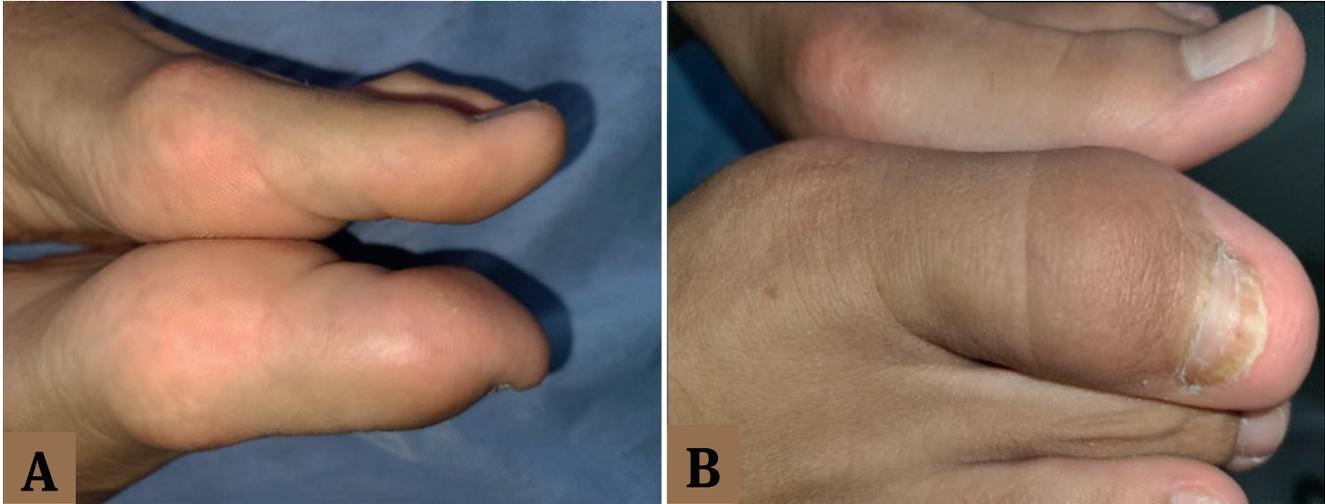


Figura 1. A. Edema en el primer dedo del pie derecho en comparación con el *hallux* izquierdo. **B.** *Hallux* derecho con detención del crecimiento de la lámina ungueal. Fotos del archivo personal del autor.

CON ESTA ANAMNESIS Y ESTOS HALLAZGOS CLÍNICOS EN EL PRIMER ENCUENTRO CON EL PACIENTE, ¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO?

1. Paquidermodactilia
2. Retroniquia
3. Onicomicosis
4. Tumor glómico
5. Onicomatricoma

RESPUESTA EN LA PÁGINA 65

El colega como paciente

José María Maya¹

RESUMEN

Un médico general de provincia consulta a un médico oftalmólogo por un problema visual que lo aqueja y que está afectando su desempeño día a día. Solicita una consulta que debe pagar por el sistema de medicina prepaga al cual está afiliado. Pese a que se identifica como médico, no logra una cita con buena oportunidad y al asistir a esta se encuentra que, a pesar de ser colega del oftalmólogo, debe cancelar el copago exigido. Cuando pregunta si como colega del médico tratante no tiene exención del copago, le contestan que dicha excepción de cobro de servicios médicos a los colegas quedó abolida con el advenimiento y desarrollo del sistema de seguridad social en salud que el país adoptó hace unas décadas. El médico paciente paga con malestar el copago exigido y al regresar a su hospital, se queja de la falta de colegaje de su médico tratante. Decide consultar su caso a un comité de ética médica de la región.

PALABRAS CLAVE: Colegaje; Comité de ética; Juramento hipocrático; Ley de ética médica.

THE COLLEAGUE AS A PATIENT

SUMMARY

A provincial general practitioner consults an ophthalmologist for a visual problem that afflicts him and is affecting his day-to-day performance. He requests a consultation to be paid by the prepaid medicine system to which he is affiliated to. Despite identifying himself as a doctor, he does not get an appointment with a good opportunity, and when attending it, he finds that, despite being a colleague of the ophthalmologist, he must pay the required co-payment in addition. When he asked if, as a colleague of the treating physician, he is not exempt from paying co-payments, they answered that this exemption from charging colleagues for medical services was abolished with the advent and development of the social health security system that the country adopted a few decades ago. The doctor patient pays the required co-payment with discomfort and, when he returns to his hospital, complains about the lack of collegiality from his treating doctor. He decides to refer his case to a medical ethics committee in the region.

KEY WORDS: Collegiality; Ethical committee; Hippocratic oath; Medical ethics law.

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: 5/25/2023; **aceptado:** 5/25/2023

Cómo citar: Maya JM. El colega como paciente. Parte I. Rev. Asoc. Colomb. Dermatol. Cir. Dermatol. 2023;31(1):11-13. DOI: <https://doi.org/10.29176/2590843X.1819>

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

PRESENTACIÓN DEL CASO DE ÉTICA N° 23

Un médico general en ejercicio en un hospital de primer nivel de atención decide consultar a un colega especialista en oftalmología, por los problemas de visión que está padeciendo y que sospecha puedan estar asociados al deterioro de su nervio óptico por la diabetes *mellitus* tipo 2 que padece y que no está suficientemente controlada. Como dispone de un plan de medicina prepagada, decide solicitar la cita como afiliado a este sistema de protección en salud y no como afiliado a una EPS, con el fin de obtener una mayor oportunidad en la atención por temor a que su problema visual avance y le produzca un mayor deterioro de la visión; también porque en el hospital donde labora no hay oferta de consulta oftalmológica y ante las dificultades que los pacientes experimentan para obtener una cita cuando no disponen de una póliza de salud o medicina prepagada o no cuentan con los recursos para pagar una atención de manera particular y asumida como gasto de bolsillo.

Al solicitar la cita vía telefónica, se identifica como médico y plantea a la secretaria que pagará con su póliza de medicina prepagada, por lo que pide la mayor oportunidad posible en la cita. La secretaria le informa que la cita por medicina prepagada más cercana se demora de 15 a 20 días y le recuerda que esta cita tiene un copago que debe cancelar el día que asista a esta. A pesar de las insistencias del médico-paciente, no es posible obtener una cita más oportuna y no le queda más opción que aceptar la fecha que le es ofrecida.

El día de la cita, el médico general asiste y al reportarse con la secretaria del oftalmólogo, esta le pide su tarjeta de medicina prepagada y el pago del copago respectivo. El médico le manifiesta que al salir lo cancelará. La cita se desarrolla como una atención a un paciente corriente de la consulta del médico oftalmólogo. Al finalizar la consulta, el médico-paciente le pregunta al oftalmólogo si debe cancelar el copago, a lo que este responde que su secretaria le indicará la cantidad que debe pagar. Al salir, la secretaria le reclama el dinero del copago. El médico-paciente le pregunta si él no está exento por su carácter de médico y, por ende, de colega del oftalmólogo. La secretaria consulta al especialista y este le manifiesta que debe pagar porque esta tradición médica ya no es vigente en el actual sistema de salud.

El médico-paciente cancela con malestar el copago solicitado y al llegar a su institución se queja con sus colegas y compañeros de trabajo de la falta de colegaje del médico especialista que lo atendió. Sus compañeros médicos del hospital le recomiendan consultar el caso ante el comité de ética del hospital de segundo nivel de la región para obtener un concepto.

El comité de ética conceptúa que si bien el exonerar a un médico que asiste a una consulta con otro médico de cancelar un copago o el valor de la consulta por su carácter de colega no es un requerimiento legal, sí es algo recomendado como una buena práctica con el colega, que pertenece a las más nobles tradiciones de la profesión desde el juramento hipocrático.

CUESTIONAMIENTOS ÉTICOS

- ¿El hacer el bien al colega (beneficencia) está ligado a una norma legal que debe cumplirse?
- ¿La consideración y buen trato con los colegas es una antigua práctica que no tiene sentido actualmente en la relación con los colegas y fue abolida por las normas que rigen los actuales sistemas de salud?
- ¿El juramento hipocrático con las actualizaciones y adecuaciones al mundo moderno realizadas por la Asociación Médica Mundial (AMM) perdió toda su vigencia?
- ¿Qué elementos deben tenerse hoy en cuenta en las relaciones con los colegas? ¿La solidaridad y ayuda mutua están contemplados en la formulación del colegaje en la actualidad?

Puntos clave

- colegaje médico;
 - deberes con los colegas y restricciones en la relación;
 - recomendaciones de la AMM acerca de la relación con los colegas.
-

ÉTICA CONTINÚA EN LA PÁGINA 70

Efecto clínico de Aquatop® crema rescate en pacientes con cuadros de exacerbación leve o moderada de dermatitis atópica

Oscar Eduardo-Mora¹; Guillermo Sánchez-Vanegas²; María Fernanda Ordoñez³; Andrés Bastidas⁴; Natalia Velázquez⁵; Viviana Garzón⁶; Ingrid Angulo⁷; Mauricio Torres⁸; Lina Quiroz⁹; Angélica Monterrosa-Blanco¹⁰; Sylvia Yaneth Rodríguez¹¹; José Luis de la Hoz¹²; Jhonatan Alfredo Alfonso¹³; Álvaro Guillermo Vallejos-Narvaez¹⁴

RESUMEN

Introducción: Introducción: la dermatitis atópica produce prurito y lesiones eczematosas que afectan la calidad de vida. Actualmente está disponible el dermocosmético Aquatop® crema rescate, indicado para cuadros leves a moderados. El objetivo fue describir el curso clínico de una cohorte de pacientes con exacerbación de la dermatitis atópica, que recibieron tratamiento con Aquatop® crema rescate durante 15 días. **Métodos:** estudio descriptivo prospectivo, con base en registros clínicos de pacientes con exacerbación leve a moderada de su dermatitis atópica. Se describió su evolución empleando la variable puntuación de la gravedad de la dermatitis atópica (SCORAD). Se registró el promedio de prurito y su nivel máximo en las últimas 24 horas. Se hicieron tres evaluaciones: basal, al día 7 y al día 15. **Resultados:** se incluyeron 60 pacientes, con una mediana de edad de 12,5 años (rango intercuartílico [RIQ]: 7-19,5); 50% eran hombres (30/60). La mediana de SCORAD al ingreso fue de 29,4 puntos, que se redujo a 14 puntos al día 7 y llegó a 12,2 puntos al día 15. Al inicio del seguimiento, el 65% de los casos fueron clasificados como *exacerbación moderada*, y este porcentaje se redujo al día 7 hasta un 13,3%, que para el día 15 disminuyó al 10%. En total, se presentaron nueve eventos adversos leves. **Conclusiones:** Aquatop® crema rescate es una alternativa terapéutica que tiene un efecto clínico favorable en los pacientes con exacerbaciones de la dermatitis atópica leves y moderadas, por su rápido efecto sobre la reducción de los síntomas y su adecuado perfil de seguridad.

PALABRAS CLAVE: Brote de los síntomas; Dermatitis atópica; Plantas medicinales; Probióticos.

CLINICAL EFFECT OF AQUATOP RESCUE CREAM IN PATIENTS WITH MILD OR MODERATE EXACERBATION OF ATOPIC DERMATITIS

SUMMARY

Introduction: Atopic dermatitis produces intense itching and eczematous lesions that worsen chronic quality of life. The dermocosmetic *Aquatop® rescue cream* is currently available, indicated for mild and moderate conditions. The objective was to describe the clinical course in a cohort of patients with exacerbation of atopic dermatitis, who received treatment with *Aquatop® rescue cream* for a period of fifteen days. **Methods:** A prospective descriptive study based on the medical records of a cohort of patients with mild to moderate exacerbation of their atopic dermatitis. Its evolution was described using the Scoring Atopic Dermatitis (SCORAD) variable, that measures the level of severity of atopic dermatitis. Additionally, the average pruritus and its maximum level in the last 24 hours were recorded. Three evaluations were carried out: at baseline, on the seventh day and on the fifteenth day. **Results:** The clinical data of 60 patients were

recorded, with a median age of 12.5 years (IQR: 7-19.5) and 50.0% men (30/60). The median SCORAD at admission was 29.4 points, it decreased to 14 points on the seventh day and reached 12.2 points on the fifteenth day. At the beginning of the follow-up, 65% of the cases were classified as *moderate exacerbation*, and this percentage was reduced on the seventh day to 13.3%, which decreased to 10% on day fifteen. **Conclusions:** Aquatop® rescue cream is a therapeutic alternative that has a favorable clinical effect in patients with mild and moderate exacerbations of atopic dermatitis, due to its rapid effect on the reduction of symptoms and its adequate safety profile.

KEY WORDS: Atopic dermatitis; Medicinal plants; Probiotics; Symptom flare up.

1. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud - FUCS. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9595-658X>
2. Hospital Universitario Mayor-Mederi. Universidad del Rosario. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4954-7803>
3. Hospital Militar Central. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9802-7978>
4. Clínica Imbanaco. Quiron Salud Médico. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2358-0071>
5. Asociación Colombiana de Dermatología Pediátrica. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9761-1091>
6. Asociación Colombiana de Dermatología y Cirugía Dermatológica - AsoColDerma. Colegio Ibero-Latinoamericano de Dermatología - CILAD. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0052-2007>
7. Colmédica MP. Coomeva MP. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8126-8919>
8. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud - FUCS. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4826-1248>
9. Hospital Pablo Tobón Uribe. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2358-0071>
10. SIIES Consultores S.A.S. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5279-7013>
11. Megalabs Colombia S.A.S. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8077-7634>
12. Megalabs Colombia S.A.S. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9944-8961>
13. Megalabs Colombia S.A.S. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3745-608x>
14. Megalabs Colombia S.A.S. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1181-5013>

Correspondencia: Guillermo Sánchez-Vanegas; **email:** guillermosanchezvanegas@gmail.com

Recibido: 9/28/2022; **aceptado:** 3/27/2023

Cómo citar: Mora OE, Sánchez-Vanegas G, Ordoñez MF, Bastidas A, Velázquez NA, Garzón V, et al. Efecto clínico de Aquatop® crema rescate en pacientes con cuadros de exacerbación leve o moderada de dermatitis atópica. Rev. Asoc. Colomb. Dermatol. Cir. Dermatol. 2023;31(1):14-22. DOI: <https://doi.org/10.29176/2590843X.1737>

Financiación: Para el desarrollo de esta investigación, los investigadores recibieron un grant académico por parte de Megalabs Colombia S.A.S., **conflictos de interés:** Los autores Álvaro Guillermo Vallejos Narváez, Jhonatan Alfredo Alfonso, José Luis de la Hoz y Sylvia Yaneth Rodríguez tienen relación laboral con Megalabs Colombia.

INTRODUCCIÓN

La dermatitis atópica es una patología dermatológica frecuente, caracterizada por ser una entidad inflamatoria, multifactorial, crónica, recidivante y clínicamente heterogénea⁽¹⁻³⁾. Aunque puede presentarse a cualquier edad, es más común en los niños^(4, 5), con una prevalencia global en este grupo de edad del 10% al 20% y del 2% al 10% en los adultos^(1-3, 6-9).

Por su cronicidad y la recurrencia de los episodios, los pacientes y familiares suelen ver comprometido su estado de ánimo, las propiedades del sueño, el manejo de las emociones y la autoestima, entre otros, lo cual redundaría en un marcado efecto sobre la calidad de vida, el desarrollo personal, la construcción del entorno social y las ocupaciones académicas y laborales^(2, 4, 10-12).

Producto del impacto que se produce sobre el bienestar físico, mental y social de estos pacientes, se han venido desarrollando múltiples alternativas terapéuticas, que incluyen tratamientos tópicos y sistémicos que han demostrado ser eficaces⁽¹³⁻¹⁹⁾. A pesar de la disponibilidad de estas alternativas, existen algunas restricciones para su uso, como el costo de las terapias y el riesgo de eventos adversos, como atrofia de la piel, despigmentación, acné, telangiectasias, absorción sistémica, sensación urente, retardo en el crecimiento y supresión hipotalámica-pituitaria-suprarrenal, entre otros^(1, 3, 20, 21).

En consecuencia, existe un gran interés y necesidad por el desarrollo de tratamientos que minimicen los efectos indeseables y otorguen un mayor beneficio para el paciente⁽²²⁾. Comprendiendo la anatomía de la epidermis, la fisiopatología de la dermatitis atópica y el cuadro clínico se desarrolló Aquatop®, una crema que, con los diferentes activos y algunos derivados de plantas que la componen, funciona como una opción de rescate para las exacerbaciones. Por sus propiedades, tiene efecto sobre el prurito, el eritema, el edema y la irritación cutánea. En Colombia, cuenta con registro sanitario expedido por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima); sin embargo, hasta donde nuestro conocimiento ha llegado, no se han publicado estudios sobre la experiencia de uso con Aquatop® crema rescate en el contexto colombiano⁽²³⁾. Con base en los anteriores planteamientos, se realizó la presente investigación con el objetivo de describir, en condiciones de la vida real, el curso clínico de una cohorte de pacientes con exacerbación de la dermatitis atópica, luego de haber recibido tratamiento con Aquatop® crema rescate durante un período de 15 días.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño

Se realizó un estudio observacional descriptivo, basado en el registro de los datos clínicos de una cohorte de pacientes con dermatitis atópica leve a moderada, a quienes su médico dermatólogo les prescribió manejo tópico con Aquatop® crema rescate.

Población y muestra

A través de una estrategia de muestreo secuencial por conveniencia, se tomaron los datos de las historias clínicas de un grupo de pacientes con cuadros de exacerbación de la dermatitis atópica, con una puntuación en el índice SCORAD igual o menor a 50 puntos, y a quienes su dermatólogo les prescribió Aquatop® crema rescate. No se incluyeron los datos de pacientes a quienes el médico les hizo un diagnóstico complementario de sobreinfección y de pacientes con manejo concomitante con corticoides. Por tratarse de un estudio descriptivo de experiencia de uso, no se calculó un tamaño muestral y se incluyó la totalidad de los casos registrados en el primer semestre del año 2022, provenientes de los registros clínicos de un conjunto de cinco médicos dermatólogos.

Recolección de datos

De los registros clínicos de los cinco médicos participantes, se identificaron las historias de los pacientes que cumplieran con los criterios de selección y que previamente hubieran otorgado la autorización para hacer uso de sus datos clínicos en un análisis con fines académicos y científicos. En ningún caso las atenciones clínicas de cada paciente fueron diferentes a las de la práctica habitual. Para lograr un análisis conjunto de los casos tratados, se sistematizaron los datos de la primera cita y de las citas de control cercanas a los siete días (± 3 días) y a los 15 días (± 3 días) de tratamiento. Para asegurar el adecuado cumplimiento de la confidencialidad y el anonimato de la información, en la presente investigación solo se registraron los datos clínicos del paciente, sin incluir ningún dato personal o de identificación.

Aquatop® crema rescate

Este dermocosmético está compuesto por *restorafilm complex*, que incluye AD-RESYL extraído de la planta

Ophiopogon japonicus, que contribuye a la recuperación de la barrera con su capacidad de aumentar la filagrina y las proteínas de cohesión del estrato córneo⁽²⁴⁾. SymReboot L19 es un truebiótico que contiene *Lactobacillus ferment* no viables que conserva la estructura celular. El componente enoxolona o ácido glicirrético, que tiene actividad antiinflamatoria al disminuir las citocinas proinflamatorias, específicamente interleucina 6 (IL-6), IL-8 e IL-1B. SymCalmin, que tiene acción antihistamínica; y finalmente la alantoína, que por sus propiedades humectantes y de regeneración celular contribuye a la recuperación de la hidratación local y la barrera epidérmica. La sinergia de todos los componentes de Aquatop® optimiza la regeneración de la estructura y la función de barrera, así como la mejoría del cuadro clínico, pues estos buscan la eubiosis, disminuyen el riesgo de sobreinfección, minimizan los mediadores de la inflamación, reducen el eritema y controlan el prurito⁽²⁴⁾.

Análisis estadístico

Según la distribución de los datos, las variables cuantitativas se describieron empleando la mediana y el rango intercuartílico (RIQ), mientras que, para las variables cualitativas, se emplearon las frecuencias absolutas y relativas. La exacerbación de la dermatitis aguda se determinó a partir de la puntuación total del SCORAD y la descripción de los hallazgos de cada uno de los tres dominios que componen el índice (superficie corporal afectada, intensidad de las lesiones y síntomas), en cada uno de los momentos de medición (basal, día 7 y día 15). La superficie afectada se midió en una escala porcentual de 0 a 100; la intensidad de las lesiones se obtuvo de la sumatoria de los puntajes obtenidos en cada uno de los seis tipos específicos de lesiones evaluadas en el SCORAD (puntaje de 0 a 3), con valores probables entre 0 y 18; y finalmente los síntomas de prurito y alteración del sueño se expresaron en puntajes de 0 a 10. La evolución del puntaje total y de los resultados de los tres dominios se describe empleando la mediana y el RIQ calculados para la evaluación basal, al día 7 y al día 15. Con base en el puntaje total del SCORAD, se calculó la proporción de pacientes con exacerbación leve (SCORAD de 0 a 25) y con exacerbación moderada (SCORAD de 26 a 50) en cada uno de los momentos de seguimiento. La intensidad del prurito tanto máxima como promedio se determinó en una escala numérica de 0 a 10, teniendo en cuenta las últimas 24 horas, según lo registrado en las historias clínicas de la consulta inicial y de los seguimientos a los siete y 15 días de haber iniciado tratamiento con Aquatop® para describir la variación durante el período

establecido. Esta puntuación se expresó mediante medidas de tendencia central y de dispersión.

Aspectos éticos

Este estudio se realizó respetando los principios éticos de la declaración de Helsinki (2013) y el informe Belmont. Según la Resolución 08430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, este estudio se clasifica como una investigación sin riesgo. En Colombia, Aquatop® crema rescate tiene aprobación del Invima y hace parte de las opciones terapéuticas para el cuidado de pacientes con dermatitis atópica. Este estudio fue presentado y aprobado por el Comité de Ética Independiente de la Sociedad de Cirugía de Bogotá-Hospital de San José.

RESULTADOS

Características generales de los pacientes evaluados

Se analizaron los registros clínicos de 60 pacientes, 30 mujeres (50%) y 30 hombres (50%), en edades entre 1 y 55 años, con una mediana de 12,5 años (RIQ: 7-19,5).

Porcentaje de superficie corporal afectada

Al ingreso, la mediana del porcentaje de superficie corporal afectada fue del 18,5%, el cual evolucionó a una mediana del 10% a los siete días y alcanzó una mediana de 4,5% a los 15 días. El detalle se presenta en la **Tabla 1**.

Parámetro	Basal	Día 7	Día 15
	Mediana (RIQ)		
Extensión (0%-100%)	18,5 (6-27,5)	10 (5-15)	4,5 (1-10)
Intensidad de lesiones (0-24)	5 (4-6)	2 (2-3,5)	1 (0,5-4)
Prurito promedio (0-10)	5 (3,5-6)	2 (2-4)	0 (0-3,5)
Prurito máximo (0-10)	6 (5-6)	3 (2-5)	0 (0-4)
Alteración del sueño (0-10)	2 (0-3,5)	0 (0-1)	0 (0-0,5)
SCORAD	29,4 (22-34)	14 (9,3-18,5)	12,2 (7-16,2)

Tabla 1. Extensión, intensidad de lesiones, síntomas y SCORAD

RIQ: rango intercuartílico; SCORAD: puntuación de la gravedad de la dermatitis atópica.

Tabla elaborada por los autores.

Intensidad de las lesiones

La mediana de intensidad de las lesiones fue de 5 puntos al ingreso, que se redujo a una mediana de 2 puntos al día 7 y, finalmente, a 1 punto en el día 15 (véase **Tabla 1**). El eritema fue el hallazgo más frecuente entre los pacientes, presente en el 98,3% al ingreso, seguido por la xerosis, en el 91,6% de los casos. Las excoriaciones se presentaron al ingreso en el 78,3% de los pacientes, siendo la lesión con el mayor porcen-

taje de respuesta entre los pacientes, llegando a estar presente solo en el 30% de los casos al día 15, con una reducción porcentual del 48,3%. La xerosis fue el segundo hallazgo en términos de respuesta obtenida, que pasó del 91,6% al ingreso al 45% al día 15, con una reducción del 46,6%. La evolución por tipo de lesión se presenta en detalle según los niveles de severidad en la **Tabla 2**. En la **Figura 1** se presenta la evolución de la exacerbación.

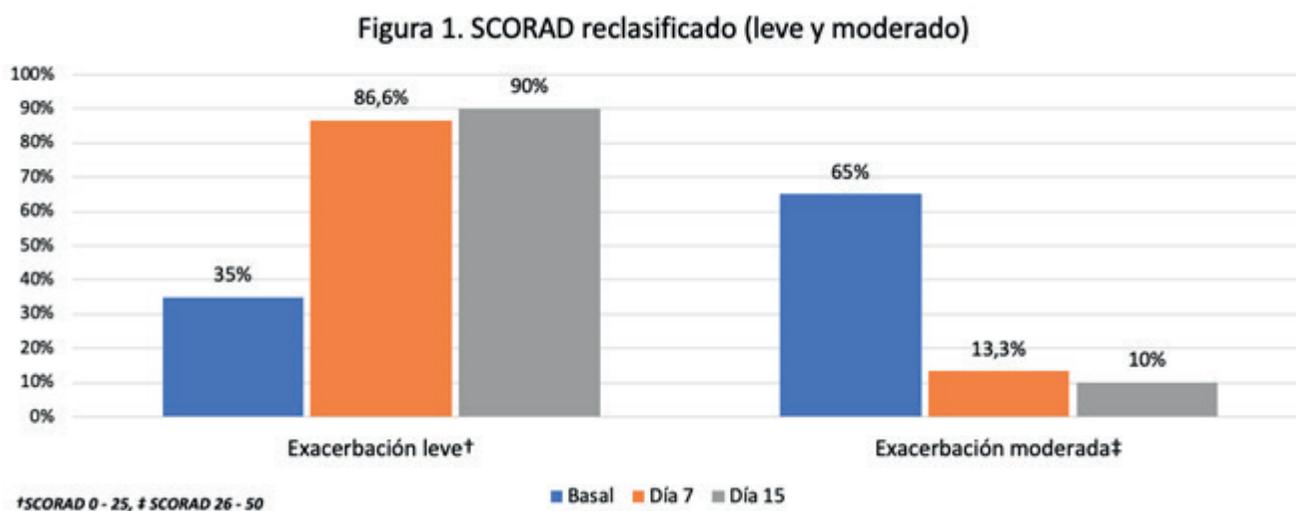


Figura 1. SCORAD y reclasificado (leve moderado). Imagen elaborada por los autores.

Lesiones	Severidad	Basal N (%)	Día 7	Día 15
Eritema	Ausente	1 (1,6)	9 (15,0)	21 (35,0)
	Leve	28 (46,6)	49 (81,6)	35 (58,3)
	Moderado	31 (51,6)	2 (3,3)	4 (6,6)
Xerosis	Ausente	5 (8,3)	13 (21,6)	33 (55,0)
	Leve	35 (58,3)	42 (70,0)	24 (40,0)
	Moderado	18 (30,0)	5 (8,3)	3 (5,0)
Excoriación	Ausente	13 (21,6)	39 (65,0)	42 (70,0)
	Leve	40 (66,6)	19 (31,6)	15 (25,0)
	Moderado	7 (11,6)	1 (1,6)	3 (5,0)
Edema	Ausente	27 (45,0)	48 (80,0)	51 (85,0)
	Leve	28 (46,6)	12 (20,0)	9 (15,0)
	Moderado	5 (8,3)	0	0
Liquenificación	Ausente	32 (53,5)	41 (68,3)	44 (73,3)
	Leve	25 (41,6)	17 (28,3)	12 (23,3)
	Moderado	2 (3,3)	1 (1,6)	2 (3,3)
Exudación/costras	Ausente	46 (76,6)	55 (91,6)	55 (91,6)
	Leve	13 (21,6)	5 (8,3)	3 (5,0)
	Moderado	1 (1,6)	0	2 (3,3)

Tabla 2. Frecuencia de lesiones y SCORAD reclasificado (leve y moderado)
Tabla elaborada por los autores.

Evolución de los síntomas de prurito y afectación del sueño

El puntaje de prurito promedio, en una escala de 0 a 10, pasó de una mediana de 5 puntos al ingreso a cero puntos al día 15. El puntaje de prurito más alto reportado por el paciente tuvo una mediana de 6 puntos al ingreso y se redujo a una mediana de cero puntos al final del seguimiento. En cuanto a la afectación del sueño en una escala de 0 a 10, tuvo una mediana de 2 puntos y llegó a cero puntos al día 15. Los detalles de la evolución de estos síntomas se presentan en la **Tabla 1**.

Evolución del SCORAD

El puntaje basal del SCORAD osciló entre 8,4 y 41,5 puntos, con una mediana de 29,4 puntos, el cual tuvo

una reducción a una mediana de 14 puntos al día 7, y posteriormente a 12,2 puntos en el día 15 (véase **Tabla 1**). El porcentaje de pacientes que al ingreso fueron clasificados como *exacerbación moderada* según el SCORAD fue del 65% y este porcentaje se redujo al 13,3% en el día 7 y a un 10% para el día 15 (véase **Figura 1**).

Suspensión del tratamiento y eventos adversos

Se reportaron nueve casos de eventos adversos, todos clasificados como no serios. Cinco pacientes refirieron aumento del prurito, cuatro pacientes percibieron sensación de ardor y dos reportaron empeoramiento global de los síntomas. Entre estos pacientes, tres suspendieron el tratamiento temporalmente (un caso de

sensación de ardor y dos de aumento de síntomas) y dos los suspendieron definitivamente por ausencia de mejoría.

DISCUSIÓN

Los resultados de la presente investigación son la primera experiencia de vida real documentada en el contexto de pacientes colombianos con dermatitis atópica y muestran los resultados clínicos de una nueva alternativa disponible para el tratamiento de esta patología, en la que son comunes las exacerbaciones y para la que habitualmente se requiere manejo con corticoides, los cuales han demostrado ser efectivos, pero que no están exentos de eventos adversos⁽²⁾.

De acuerdo con los criterios de selección, solo ingresaron al estudio pacientes con cuadros de exacerbación leves (21% de los casos) o moderados (65%) y que no hubieran recibido manejo concomitante con antibióticos o corticoides. La evolución de los pacientes a los siete días fue clínicamente relevante, con una reducción en la mediana del SCORAD de 15,4 puntos, y a los 15 días con una reducción en la mediana de cerca de 17,2 puntos. Estos hallazgos son consistentes con lo reportado por Passeron y colaboradores, quienes compararon en un ensayo clínico dos grupos de pacientes con cuadros de exacerbación de dermatitis atópica, aleatorizados a recibir prebióticos o simbióticos basados en preparaciones de *Lactobacillus rhamnosus*. El promedio del SCORAD de ingreso fue de 39 puntos en los dos grupos y al cabo de tres meses fue de 24 puntos en el grupo de probióticos y de 20 puntos en el grupo de los simbióticos. Estos autores concluyeron que el uso de probióticos y simbióticos produjo una mejoría significativa de los síntomas de la dermatitis atópica en estos pacientes⁽²⁵⁾.

Weston y colaboradores evaluaron la efectividad del *Lactobacillus fermentum*, ingrediente activo de Aquatop® crema rescate, comparándolo contra el placebo en pacientes con dermatitis atópica moderada a severa⁽²⁶⁾. A la semana 2 de seguimiento ya se observaba una reducción de 8,2 puntos en el SCORAD del grupo de probióticos, comparado con 4 puntos en el grupo placebo. Al final del seguimiento, luego de ocho semanas de tratamiento, los hallazgos fueron significativos a favor del probiótico comparado con el placebo (valor de $p = 0,03$).

Los buenos resultados obtenidos en la presente investigación podrían estar relacionados con el efecto

aditivo que pueden tener los truebióticos, sumados a los demás componentes activos del Aquatop® crema rescate, donde vale la pena destacar el extracto de la *Ophiopogon japonicus*, que es una planta usada en la medicina tradicional China, la cual produce un efecto sobre el balance de Th1/Th2⁽²⁷⁾, y que clínicamente ha demostrado ser efectiva para el control de los síntomas de la dermatitis atópica, tal y como lo documentaron Mainzer y colaboradores, quienes en su ensayo clínico comparado con placebo pudieron establecer diferencias en la evolución del SCORAD de niños y adultos con cuadros de exacerbación de la dermatitis atópica, que fueron tratados con este extracto, comparados con el placebo⁽²⁴⁾.

Los resultados de seguridad en este estudio son importantes, dado el bajo número de eventos adversos (nueve eventos), todos leves y asociados con síntomas presentes en el cuadro clínico de la enfermedad, como son el prurito, ardor y sensación de pobre mejoría. En ningún caso se documentaron eventos serios, lo cual debe ser un factor por considerar, dado que se abre la posibilidad a una alternativa que además de ser útil desde el punto de vista clínico, cuenta con un excelente perfil de seguridad. Otros estudios han corroborado la seguridad de los probióticos en dermatitis atópica, como el caso de Passeron y colaboradores, quienes en su ensayo clínico solo documentaron tres eventos leves y pasajeros de dolor abdominal⁽²⁵⁾.

Los estudios de utilización de medicamentos en el contexto de la vida real son importantes en términos del conocimiento científico que generan, porque permiten documentar desenlaces clínicos evaluados en condiciones naturales de la práctica clínica; sin embargo, los resultados, aunque prometedores, deben ser considerados con precaución. El presente estudio contiene las limitaciones propias de los estudios observacionales descriptivos, en los cuales no es posible establecer causalidad y no se cuenta con un grupo comparador. Por otro lado, al ser un estudio basado en registros de historias clínicas y a pesar de haber incluido la totalidad de los casos registrados, puede existir sesgo de información y de medición. Por lo anterior, se resalta la necesidad de contar con estudios experimentales controlados en un futuro, que permitan corroborar los resultados presentados en esta investigación.

CONCLUSIONES

En conclusión, en el presente trabajo se pudo establecer que Aquatop® crema rescate es una alternativa terapéutica que tiene un efecto clínico favorable en los pacientes con exacerbaciones de la dermatitis atópica

leves y moderadas, por su rápido efecto sobre la reducción de los síntomas, lo que se corroboró a partir de la evaluación del SCORAD de estos pacientes durante 15 días de seguimiento. Además, vale la pena destacar que se trata de una alternativa segura, que produce una baja proporción de eventos adversos, todos leves.

Puntos clave

- Los resultados presentados son la primera experiencia de vida real documentada en el contexto de pacientes colombianos con dermatitis atópica, que resalta una nueva alternativa disponible para su tratamiento.
- Aquatop® optimiza la regeneración de la estructura y la función de barrera de la piel, la eubiosis, disminuye el riesgo de sobreinfección, minimiza los mediadores de la inflamación, reduce el eritema y controla el prurito.
- Con el uso de Aquatop®, la evolución de la dermatitis en los pacientes a los siete días fue clínicamente relevante, con una reducción en la mediana del SCORAD de 15,4 puntos, y a los 15 días una reducción de 17,2 puntos.
- Quince días después de utilizar Aquatop®, la presencia de prurito y alteración del sueño fue cero.
- Son escasos los potenciales eventos adversos presentados con el uso de Aquatop®, por lo general, de severidad leve y asociados con sensación de pobre mejoría, prurito y ardor.

REFERENCIAS

1. Langan SM, Irvine AD, Weidinger S. Atopic dermatitis. *Lancet*. 2020;396(10247):345-60. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31286-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31286-1)
2. Wollenberg A, Christen-Zäch S, Taieb A, Paul C, Thyssen JP, de Bruin-Weller M, et al. ETFAD/EADV Eczema task force 2020 position paper on diagnosis and treatment of atopic dermatitis in adults and children. *J Eur Acad Dermatol Venerol*. 2020;34(12):2717-44. <https://doi.org/10.1111/jdv.16892>
3. Cork MJ, Danby SG, Ogg GS. Atopic dermatitis epidemiology and unmet need in the United Kingdom. *J Dermatolog Treat*. 2020;31(8):801-9. <https://doi.org/10.1080/09546634.2019.1655137>
4. Armengot-Carbo M, Hernández-Martín Á, Torrelo A. The Role of Filaggrin in the Skin Barrier and Disease Development. *Actas Dermo-Sifiliogr. (English Edition)*. 2015;106(2):86-95. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2013.10.019>
5. Escarrer Jaume M, Guerra Perez MT. Dermatitis atópica. *Protoc Diagn Ter Pediatr*. 2019;2:161-75. Disponible en: <https://rb.gy/xikqy>
6. Woo TE, Somayaji R, Haber RM, Parsons L. Scratching the Surface: A Review of Dermatitis. *Adv Skin Wound Care*. 2019;32(12):542-9. <https://doi.org/10.1097/01.ASW.0000604184.92824.43>
7. Bagazgoitia L, Gutiérrez M, García Blesa C, Hernández Martín A. Aspectos epidemiológicos, patogénicos, clínicos y diagnósticos de la dermatitis atópica: ¿Es posible la prevención? *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2009;11(Supl. 15):s31-s47.
8. Querol Nasarre I. Dermatitis atópica. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2009;11(Supl. 17):s317-29.
9. Munera-Campos M, Carrascosa JM. Innovación en dermatitis atópica: de la patogenia a la terapéutica. *Actas Dermo-Sifiliogr*. 2020;111(3):205-21. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2019.11.002>
10. Avena-Woods C. Overview of Atopic Dermatitis. *Am J Manag Care*. 2017;23(8 Suppl):S115-S13.
11. Adamson AS. The Economics Burden of Atopic Dermatitis. *Adv Exp Med Biol*. 2017;1027:79-92. https://doi.org/10.1007/978-3-319-64804-0_8
12. Ring J, Zink A, Arents BWM, Seitz IA, Mensing U, Schielein MC, et al. Atopic eczema: burden of disease and individual suffering - results from a large EU study in adults. *J Eur Acad Dermatol Ve-*

- nereol. 2019;33(7):1331-40. <https://doi.org/10.1111/jdv.15634>
13. Sigurgeirsson B, Boznanski A, Todd G, Vertruyen A, Schuttelaar ML, Zhu X, et al. Safety and efficacy of pimecrolimus in atopic dermatitis: a 5-year randomized trial. *Pediatrics*. 2015;135(4):597-606. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-1990>
 14. Navarro-López V, Ramírez-Boscá A, Ramón-Vidal D, Ruzafa-Costas B, Genovés-Martínez S, Chenoll-Cuadros E, et al. Effect of Oral Administration of a Mixture of Probiotic Strains on SCORAD Index and Use of Topical Steroids in Young Patients With Moderate Atopic Dermatitis: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Dermatol*. 2018;154(1):37-43. <https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2017.3647>
 15. Cury Martins J, Martins C, Aoki V, Gois AF, Ishii HA, da Silva EM. Topical tacrolimus for atopic dermatitis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015(7):CD009864. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009864.pub2>
 16. Siegfried EC, Jaworski JC, Kaiser JD, Hebert AA. Systematic review of published trials: long-term safety of topical corticosteroids and topical calcineurin inhibitors in pediatric patients with atopic dermatitis. *BMC Pediatr*. 2016;16:75. <https://doi.org/10.1186/s12887-016-0607-9>
 17. Chia BK, Tey HL. Systematic review on the efficacy, safety, and cost-effectiveness of topical calcineurin inhibitors in atopic dermatitis. *Dermatitis*. 2015;26(3):122-32. <https://doi.org/10.1097/DER.000000000000118>
 18. Schmitt J, von Kobyletzki L, Svensson A, Apfelbacher C. Efficacy and tolerability of proactive treatment with topical corticosteroids and calcineurin inhibitors for atopic eczema: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Br J Dermatol*. 2011;164(2):415-28. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2010.10030.x>
 19. Kirsner RS, Heffernan MP, Antaya R. Safety and efficacy of tacrolimus ointment versus pimecrolimus cream in the treatment of patients with atopic dermatitis previously treated with corticosteroids. *Acta Derm Venereol*. 2010;90(1):58-64. <https://doi.org/10.2340/00015555-0748>
 20. Sendagorta Cudós E, de Lucas Laguna R. Tratamiento de la dermatitis atópica. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2009;11(15):s49-s67. Disponible en: <https://rb.gy/e1jqw>
 21. Ballona Chambergo R. Inhibidores de la calcineurina: una alternativa en el tratamiento inmunosupresor. *Dermatol Peru*. 2003;13(2):121-3. Disponible en: <https://rb.gy/gfx2u>
 22. Kim J, Gorman J. The psychobiology of anxiety. *Clin Neuroscience Res*. 2005;4(5):335-47. <https://doi.org/10.1016/j.cnr.2005.03.008>
 23. Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos. Consulta datos de productos. Aquatop Rescue. NSOC07680-21CO. Disponible en: <https://t.ly/FA5V9>
 24. Mainzer C, Le Guillou M, Vyumvuhore R, Chaudoutaud B, Bordes S, Closs B. Clinical Efficacy of Oligofructans from *Ophiopogon japonicus* in Reducing Atopic Dermatitis Flare-ups in Caucasian Patients. *Acta Derm Venereol*. 2019;99(10):858-64. <https://doi.org/10.2340/00015555-3224>
 25. Passeron T, Lacour JP, Fontas E, Ortonne JP. Probiotics and synbiotics: two promising approaches for the treatment of atopic dermatitis in children above 2 years. *Allergy*. 2006;61(4):431-7. <https://doi.org/10.1111/j.1398-9995.2005.00956.x>
 26. Weston S, Halbert A, Richmond P, Prescott SL. Effects of probiotics on atopic dermatitis: a randomised controlled trial. *Arch Dis Child*. 2005;90(9):892-7. <https://doi.org/10.1136/adc.2004.060673>
 27. Makino T, Hamanaka M, Yamashita H, Mizukami H. Effect of bakumijjogan, an herbal formula in traditional Chinese medicine, on atopic dermatitis-like skin lesions induced by mite antigen in NC/Jic mice. *Biol Pharm Bull*. 2008;31(11):2108-13. <https://doi.org/10.1248/bpb.31.2108>

Materiales de relleno usados en rinoplastia no quirúrgica: revisión de la literatura

Yixel Córdoba González¹; Rodolfo Rodríguez-Gómez²

RESUMEN

Introducción: los rellenos en rinodelación representan un importante nicho de innovación en medicina estética. En las principales sustancias se destacan el ácido hialurónico, el polimetilmetacrilato y la hidroxiapatita de calcio. Recientemente, los avances tecnológicos han permitido desarrollar rellenos dérmicos con menor inmunogenicidad; sin embargo, su uso no está exento de efectos adversos. **Objetivo:** analizar los avances en los últimos 10 años en cuanto a estudios de investigación relacionados con rellenos en rinodelación. **Material y métodos:** se realizó una revisión bibliográfica consultando Medline, Web of Science, Google Scholar, Lilacs, ProQuest, PLOS ONE, Embase, Ovid, ScienceDirect, Pascal and Francis, Cochrane y Trip Database. Se utilizó la combinación de términos MeSH, descriptores y términos libres. Dentro de los términos en inglés se incluyeron: “nonsurgical rhinoplasty”, “nose”, “hyaluronic acid” y “fillers”. En español se incluyeron, entre otros: “rinodelación”, “nariz”, “rellenos dérmicos” y “estudio de caso”. **Resultados:** se incluyeron 36 artículos. La mayoría correspondió a reportes de caso (58,3%), seguidos de estudios prospectivos (22,2%). Predominan los artículos de Corea del Sur, China y EE. UU. El relleno descrito con mayor frecuencia fue el ácido hialurónico y el principal enfoque correspondió a las complicaciones. **Conclusiones:** las complicaciones, en especial, oftálmicas, representan un elemento de gran trascendencia dentro del área de la rinodelación. El especialista en Medicina Estética debe contar con gran entrenamiento y profundo conocimiento de la anatomía nasal. Asimismo, es relevante establecer consensos en relación con los métodos y tiempos de evaluación de satisfacción de los pacientes, tanto con el procedimiento como con el relleno.

PALABRAS CLAVE: Ácido hialurónico; Nariz; Rellenos dérmicos; Rinoplastia (fuente DeCS).

1. Médico general. Magíster en Salud Pública. Magíster en Medicina Estética. Actividad independiente. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1589-5666>
2. Médico Epidemiólogo. Magíster en Salud Pública. Magíster en Bioética. Asesor metodológico en investigación en salud. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5873-4312>

Correspondencia: Yixel Córdoba González; **email:** yicogo1@hotmail.com

Recibido: 11/18/2021; **aceptado:** 10/26/2022

Cómo citar: Córdoba González Y, Rodríguez-Gómez R. Materiales de relleno usados en rinoplastia no quirúrgica: revisión de la literatura. Rev. Asoc. Colomb. Dermatol. Cir. Dermatol. 2023;31(1):23-35. **DOI:** <https://doi.org/10.29176/2590843X.1655>

Financiación: ninguna, **conflictos de interés:** Los autores no declaran ningún conflicto de interés.

FILLERS USED IN RHINOMODELING: LITERATURE REVIEW

SUMMARY

Introduction: rhinomodeling fillers represent an important innovation niche in aesthetic medicine. Among the main substances, hyaluronic acid (HA), polymethylmethacrylate (PMMA) and calcium hydroxyapatite (CHA) stand out. Recently, technological advances have allowed the development of dermal fillers with less immunogenicity; however, their use is not free of adverse effects. **Objective:** To analyze the advances in the last 10 years in terms of research studies related to fillers in rhinomodeling. **Material and methods:** A bibliographic review was carried out consulting Medline, Web of Science, Google Scholar, LILACS, ProQuest, PLOS ONE, Embase, Ovid, ScienceDirect, Pascal and Francis, Cochrane and Trip Database. A combination of Medical Subject Headings (MeSH terms), descriptors and free terms was used. The terms, in English, included: nonsurgical rhinoplasty, nose, hyaluronic acid, and fillers. In Spanish, the following were included, among others: “rinomodelación”, “nariz”, “rellenos dérmicos” and “estudio de caso”. **Results:** 36 articles were included. The majority corresponded to case reports (58.3%), followed by prospective studies (22.2%). Articles from South Korea, China and the U.S. predominate. The most frequently described filler was HA and the main thematic cluster corresponded to “complications”. **Conclusions:** Complications, especially ophthalmic, represent an element of great importance within the area of rhinomodelation. The aesthetic medicine specialist must have extensive training and deep knowledge of nasal anatomy. Likewise, it is relevant to establish consensus with regard to the methods and times for evaluating patient satisfaction with both the procedure and the filling.

KEY WORDS: Dermal fillers; Hyaluronic acid; Nose; Rhinoplasty (DeCS).

INTRODUCCIÓN

Antecedentes históricos de rellenos dérmicos

Uno de los primeros reportes del uso de rellenos faciales se remonta a finales del siglo XIX, cuando Gustav Neuber (1850-1932) implantó grasa para tratar un defecto facial ⁽¹⁾. Para 1899, Robert Gersvny, como prótesis de testículo en un paciente con tuberculosis testicular, utilizó parafina, sustancia que se abandonó por complicaciones como granulomas y migración ⁽²⁾. A inicios del siglo XX, Erich Lexer publicó *Free Transplantations*, texto dedicado a la técnica del injerto de grasa ⁽³⁾. Baronders, en 1953, publicó los resultados del aumento de tejidos blandos al utilizar silicona líquida ⁽⁴⁾, la cual se prohibió décadas después por complicaciones. En 1981, Zyderm® (colágeno solubilizado) se convirtió en el primer relleno de colágeno bovino con aprobación por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), y en 1983 se lanzó Zyderm II®, con casi el doble de concentración ⁽⁵⁾.

Los rellenos inyectables pueden clasificarse en *biodegradables* y *no biodegradables*. Los biodegradables son metabolizados por las enzimas humanas, se absorben y favorecen la activación fibroblástica y la neocolagenosis. En este grupo se encuentra el colágeno autogénico humano, considerado como el primer agente inyectable autólogo. También se encuentra el colágeno isogénico humano, que se utiliza en quemaduras y periodoncia; está indicado para incrementar el volumen de los labios, corregir pliegues nasolabiales y tratar cicatrices ⁽⁶⁾. En el grupo estimulante del colágeno se encuentra el ácido poliláctico y también los rellenos cuya estimulación de colágeno no se ha comprobado, los cuales se denominan *inertes* ⁽⁷⁾.

Ácido hialurónico

Macromolécula de gran biocompatibilidad, que resulta de la polimerización del ácido glucurónico y la N-acetilglucosamina ⁽⁸⁾. Es un agente biodegradable de corto plazo que se obtiene de la fermentación bacteriana con origen biosintético ⁽⁸⁾. Cuenta con propiedades tales como hidrofiliabilidad, biocompatibilidad, biodegradabilidad y no inmunogenicidad ⁽⁹⁾.

Alginato

Forma geles en presencia de iones bipolares dado que lo grupos carboxilo están en sus cadenas de polímeros. Posee la capacidad de absorber agua, motivo por el cual está indicado para la fabricación de apósitos⁽¹⁰⁾ y se obtiene de algas, como la *Laminaria hyperborea* y el *Ascophyllum nodosum*⁽¹¹⁾.

Hidroxiapatita de calcio

Se encuentra en rocas, huesos y dientes de animales⁽¹²⁾. Se usó inicialmente en el área dental, en ortopedia y en procedimientos de oído, nariz, garganta, así como en medicina estética⁽¹²⁾.

Ácido poliláctico

Conocido como *ácido poli-L-láctico*, es un relleno estimulante por promover la neocolagenosis en dos o tres años⁽¹³⁾. Se comercializa como Sculptra®, un polvo que se mezcla con agua estéril y que se caracteriza por ser biocompatible y biodegradable, además de inmunológicamente inerte⁽¹⁴⁾.

Carboximetilcelulosa

Es el componente principal de Ellansé®, relleno biodegradable compuesto en un 70% por carboximetilcelulosa acuosa y en un 30% por microesferas de policaprolactona sintética⁽¹⁵⁾, un poliéster alifático biodegradable.

Rellenos no biodegradables

Dentro de estas sustancias se encuentran la silicona, el polimetimetacrilato y la poliacrilamida, las cuales son encapsuladas por el colágeno del cuerpo y representan una solución permanente o semipermanente de arrugas y otras condiciones.

Aceite de silicona

Cuando las microgotas se inyectan, el colágeno las encapsula y se organizan a manera de cuerpo extraño, motivo por el cual las inyecciones se aplican en intervalos hasta lograr el resultado final⁽¹⁶⁾. Su uso es frecuente en la región perioral⁽¹⁷⁾ y en la subdermis, donde induce una respuesta fibroblástica⁽¹⁸⁾.

Poliacrilamida

Como relleno inyectable inició en 1983. Se comercializó como Interfall® y desde 1995 otras compañías co-

mercializaron poliacrilamida en gel⁽¹⁹⁾. En el cuerpo humano, la vida media es cercana a los 20 años y se describe como incoloro, estable y biocompatible.

Polimetimetacrilato

Forma purificada de silicona líquida y polímeros de hidrogel⁽²⁰⁾. El Artefill® representa un producto de nanopartículas de polimetimetacrilato (PMMA) que recibió aprobación en 2006 para corregir el pliegue nasolabial⁽²¹⁾. También existe Bellafil®, polimetimetacrilato en microesferas, indicado para estimular la actividad fibroblástica.

Los rellenos utilizados en rinodelación han tenido un enorme desarrollo gracias a los avances en diferentes disciplinas, como la bioquímica y la nanotecnología. Además, las investigaciones han permitido obtener mejor efectividad en los procedimientos, lo cual redundará en mejor calidad de vida y satisfacción de los pacientes. Dado que el tema se considera relevante y promisorio, el propósito de esta revisión de literatura fue sintetizar y analizar de forma crítica el cuerpo de evidencia producto de estudios de investigación en torno a los rellenos usados en rinodelación.

MATERIAL Y MÉTODOS

Este estudio corresponde a una revisión de la literatura. Una revisión de este tipo analiza el conocimiento sobre un tema y sintetiza investigaciones que evidencian el estado actual⁽²²⁾. Las revisiones de la literatura implican diferentes fases: realizar una búsqueda abierta, seleccionar términos (descriptores), palabras clave y términos MeSH, así como establecer estrategias de búsqueda de información y depuración de los listados para lectura y análisis⁽²³⁾.

Criterios de selección de artículos

Criterios de inclusión: artículos primarios de investigación publicados en los últimos 10 años (2011-2021), artículos en texto completo, artículos en inglés y español. Criterios de exclusión: artículos de reflexión, artículos correspondientes en su totalidad a revisiones de literatura, posters, resúmenes y tesis de grado.

Bases de datos consultadas

Se consultaron las siguientes bases de datos: Medline (PubMed), Web of Science, Google Scholar, LILACS, ProQuest, PLOS ONE, Embase, Ovid, Science Direct,

Pascal and Francis y Cochrane, además del metabuscador Trip Database. Las búsquedas se realizaron entre el 10 de junio y el 10 de agosto de 2021 y se aplicaron filtros para recuperar artículos publicados entre 2011 y 2021.

Terminología de búsqueda

Se utilizaron los siguientes términos:

- Descriptores en español: *nariz, rinoplastia, rellenos dérmicos, ácido hialurónico, colágeno, ensayo clínico, estudio de caso y estudio observacional.*
- Términos libres: *rinodelación, silicona, caso y ensayo controlado.*
- Términos MeSH: *Rhinoplasty, cosmetic techniques, silicones, hyaluronic acid, complications, clinical trial, controlled clinical trial, observational study, case reports, retrospective studies, multicenter study y adverse effects.*
- Términos libres en inglés: *nose, nonsurgical rhinoplasty, rinodelation, fillers, collagen fillers, dermal fillers, soft tissue augmentation, filler injections, filler rhinoplasty, study, trial, case, trial y experimental study.*

Extracción de datos

Para la extracción de datos de los artículos que cumplieron con los criterios de selección, se construyó una matriz en el programa Microsoft Excel, con el fin de estructurar la información. De cada artículo recuperado

que cumplía criterios de inclusión se recopilaron datos de interés, como título completo, autor principal, año de publicación, tipo de estudio y país de procedencia según el autor principal.

RESULTADOS

De un total de 665 artículos encontrados con las estrategias de búsqueda en diferentes bases de datos y tras la eliminación de duplicados y varias fases de revisión, un total de 36 estudios cumplieron los criterios de selección (**Tabla 1**).

Artículos por país

Los artículos proceden de diferentes continentes, principalmente de Asia, América y Europa. Predominan los artículos del continente asiático, especialmente de China y Corea del Sur, este último con representación mayoritaria en esta revisión (siete artículos).

Año de publicación

La presente revisión incluyó artículos primarios publicados en los últimos diez años. El año 2020 destaca por la mayor cantidad de artículos publicados, seguido por el año 2021 (las búsquedas en bases de datos para esta revisión se adelantaron hasta el 10 de agosto de 2021) (**Figura 1**).

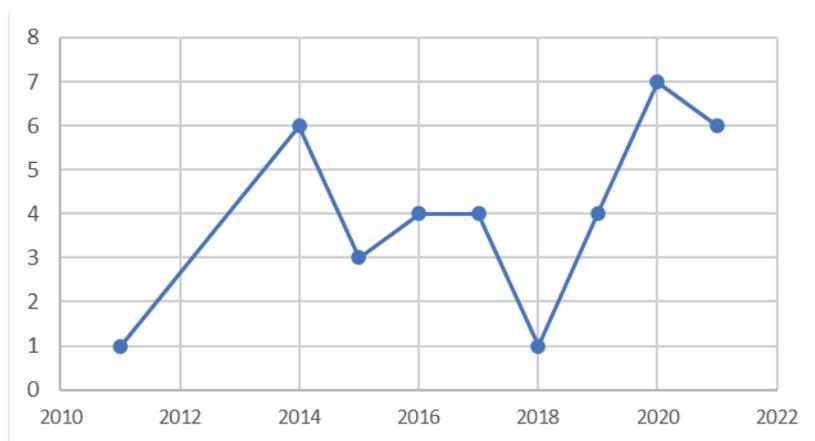


Figura 1. Artículos por año de publicación. Imagen elaborada por los autores.

Autor principal	Título	Año
Soong C	A case of herpes simplex virus type 1 (HSV-1) Encephalitis as a possible complication of cosmetic nasal dermal filler injection.	2018
Cohen E	A case report of ophthalmic artery emboli secondary to Calcium Hydroxylapatite filler injection for nose augmentation long term outcome.	2016
Rho NK	A comparison of the safety, efficacy, and longevity of two different hyaluronic acid filler in filler rhinoplasty: a multicenter study.	2021
Rivkin A	A prospective study on non-surgical primary rhinoplasty using a polymethylmethacrylate injectable implant.	2014
Tracy L	Calcium hydroxylapatite associated soft tissue necrosis: A case report and treatment guideline.	2014
Chou C-C	Choroid vascular occlusion and ischemic optic neuropathy after facial calcium hydroxyapatite injection - a case report.	2015
Chen L	Comparison of Artecoll, Restylane and silicone for augmentation rhinoplasty in 378 Chinese patients.	2014
Navarro J	Complicaciones vasculares no oftalmológicas posterior al uso de ácido hialurónico: A propósito de dos casos.	2020
Rho NK	Early changes in facial profile following structured filler rhinoplasty: An anthropometric analysis using a 3-dimensional imaging system.	2017
Liew S	Efficacy and safety of a hyaluronic acid filler to correct aesthetically detracting or deficient features of the Asian nose: A prospective, open-label, long-term study.	2016
Yang Q	Fatal cerebral infarction and ophthalmic artery occlusion after nasal augmentation with hyaluronic acid - A case report and review of literature.	2020
Wang C	Herpes reactivation after the injection of hyaluronic acid dermal filler.	2020
Rowland-Warmann MJ	Hypersensitivity reaction to Hyaluronic Acid dermal filler following novel Coronavirus infection - a case report.	2021
Bektas G	Nasal filling in plastic surgery practice: Primary nasal filling, nasal filling for post-rhinoplasty defects, rhinoplasty after hyaluronidase injection in dissatisfied nasal filling patients.	2020
Furtado G	Nasal tip necrosis and upper lip after nasal reshaping with hyaluronic acid - case report.	2020
Yordanov YP	Non-surgical correction of nasal dorsum and tip in primary cases.	2019
Sahan A	Non-surgical minimally invasive rhinoplasty: tips and tricks from the perspective of a dermatologist.	2017
Kassir R	Non-surgical rhinoplasty: The ascending technique and a 14-year retrospective study of 2130 cases.	2021
Rivkin A	Nonsurgical rhinoplasty using injectable fillers: A safety review of 2488 procedures.	2021
Santorelli A	Non-surgical rhinoplasty with hyaluronic acid fillers: Predictable results using software for the evaluation of nasal angles.	2020
Bertossi D	Nonsurgical rhinoplasty with the novel hyaluronic acid filler VYC-25L: results using a nasal grid approach.	2021
Kim YJ	Ocular ischemia with hypotony after injection of hyaluronic acid gel.	2011
Kim SN	Panophthalmoplegia and vision loss after cosmetic nasal dorsum injection.	2014
Pérez P	Reacción granulomatosa a cuerpo extraño en punta y dorso nasal por materiales de relleno. Presentación de un caso clínico.	2019

Tabla 1. Artículos incluidos en la revisión. Tabla elaborada por los autores.

Continúa en la página 28

Autor principal	Título	Año
Chen W	Retinal branch artery embolization following hyaluronic acid injection: A case report.	2016
Wibowo A	Reversal of post-filler vision loss and skin ischaemia with high-dose pulsed hyaluronidase injections.	2019
Lara R	Rinomodelación y uso de Metacril® en la punta nasal: Revisión de la literatura y presentación de un caso.	2015
Rauso R	Safety and Early Satisfaction assessment of patients seeking nonsurgical rhinoplasty with filler	2017
Chen Q	Serious Vascular Complication after Nonsurgical Rhinoplasty: A case report.	2016
Hsieh Y-H	Severe ocular complications following facial calcium hydroxylapatite injections: Two case reports.	2015
Kim EG	Severe Visual Loss and Cerebral Infarction After Injection of Hyaluronic Acid Gel.	2014
Lee J	Skin necrosis with oculomotor nerve palsy due to a hyaluronic acid filler injection.	2017
Harb A	The nonsurgical rhinoplasty: A retrospective review of 5000 treatments.	2020
Oh B-L	Therapeutic Intra-arterial Hyaluronidase infusion for ophthalmic artery occlusion following cosmetic facial filler (hyaluronic acid) injection.	2014
Jolly R	Visual loss from dermal fillers.	2021
Bertossi D	Nonsurgical rhinoplasty: Nasal grid analysis and nasal injecting protocol.	2019

Tabla 1. Artículos incluidos en la revisión. Tabla elaborada por los autores.

Artículos según el tipo de estudio

Según el tipo de diseño, 21 artículos incluidos en esta revisión correspondieron a reportes de caso (58,3%), seguidos en frecuencia por estudios prospectivos (22,2%) (**Figura 2**).

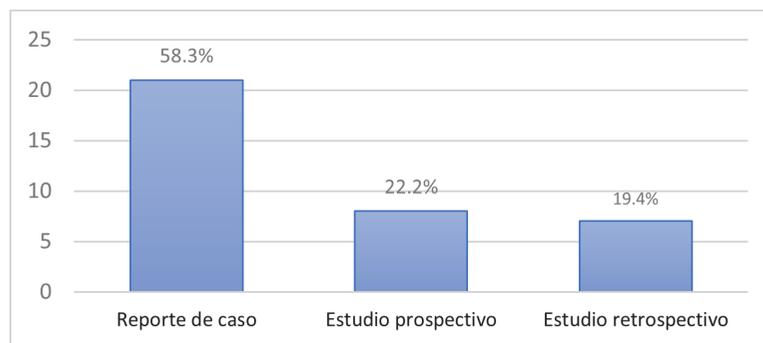


Figura 2. Artículos según el tipo de estudio. Imagen elaborada por los autores.

Artículos según revista

De 36 artículos incluidos en esta revisión, cinco fueron publicados en *Aesthetic Plastic Surgery*, revista revisada por pares y vinculada a la International Society of Aesthetic Plastic Surgery.

Análisis de referencias

El estudio con menor cantidad de referencias fue un reporte de caso con cuatro, al igual que el de mayor número, con 40. En promedio, el número de referencias incluidas en los artículos fue de 18. Los autores con mayor cantidad de citas son Sung MS, Kim HG y Kim YD, a quienes se cita en seis de los artículos. Kim DW se cita en cuatro artículos, mientras que a Kim YK, Kim YJ y Kim P se les cita en tres artículos.

Participantes de los estudios

Los 36 artículos que cumplieron los criterios de selección incluyeron un total de 10.248 pacientes (10,3% hombres frente a 89,7% mujeres).

Rellenos reportados en las publicaciones

El relleno predominante fue el ácido hialurónico (AH), protagonista en 27 de las 36 publicaciones (75%). Le siguen en frecuencia la hidroxiapatita de calcio (CaHA) y el polimetilmetacrilato (PMMA). En el estudio de Chen L, se reportó el uso de PMMA y AH, mientras que en el estudio de Rivkin de 2021 se reportó el uso de AH, PMMA y CaHA (**Figura 3**).

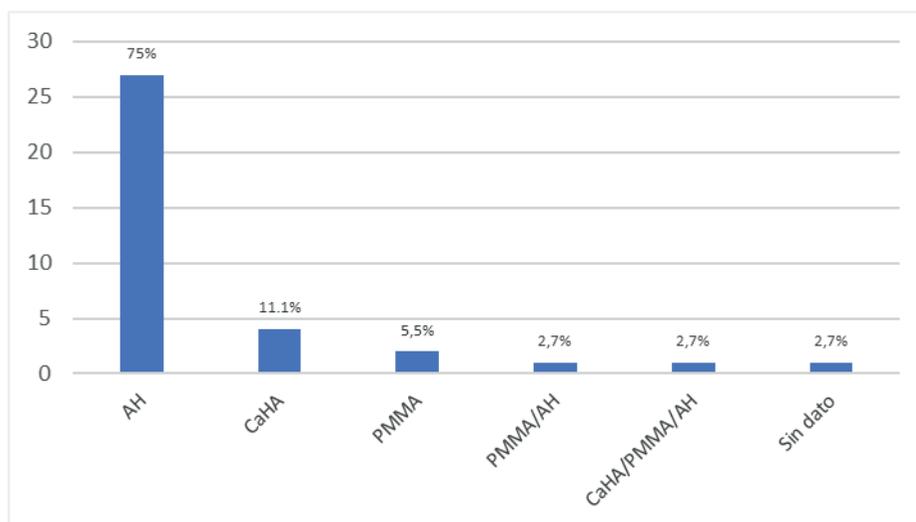


Figura 3. Rellenos reportados en los artículos. Imagen elaborada por los autores.

Análisis de coocurrencia temática

En el análisis de interrelación de tópicos y su coocurrencia, se identificaron varios clústeres. El principal recae en las complicaciones; dentro de ellas las oculares (pérdida visual, parálisis de los músculos oculomotores, hipotonía y oftalmoplejía). Un segundo clúster es el de los rellenos, cuyo protagonista es el AH. Un tercer clúster se relaciona con otras complicaciones, como embolia, oclusión y necrosis. Un cuarto clúster recae en el PMMA, mientras otro lo representa el CaHA. Un sexto clúster destaca con virus del herpes

y otras complicaciones. Un séptimo clúster resalta la técnica cosmética. El octavo clúster recae en el seguimiento y la satisfacción de los pacientes.

Tiempo de seguimiento

En los estudios longitudinales, el tiempo de seguimiento fue variable. En el estudio de 2017 de Rho y colaboradores, se reportó el tiempo de seguimiento más corto, el cual correspondió a dos semanas, mientras que en el estudio retrospectivo de Kassir y colabora-

dores, se reportó el tiempo más extenso, el cual correspondió a 14 años.

Seguridad de los rellenos

El 58,3% de los estudios describió complicaciones. El estudio de Harb y colaboradores⁽²⁴⁾ reportó el sangrado como la complicación más frecuente (11,1%). En el estudio de Rivkin de 2021⁽²⁵⁾, la tasa de eventos adversos fue del 7,6%, los cuales fueron leves en el 97,3% de los casos. El relleno que presentó mayor tasa de reacciones fue el CaHA y la rinoplastia quirúrgica previa aumentó el chance de evento adverso en un 51%. La embolia arterial oftálmica la reportaron Cohen y colaboradores⁽²⁶⁾, Oh y colaboradores⁽²⁷⁾ y Kim y colaboradores⁽²⁸⁾; este último describió isquemia ocular con hipotonía y oftalmoplejía. Existen casos de oclusión vascular coroidea y neuropatía isquémica óptica, como los reportados por Chou y colaboradores⁽²⁹⁾, donde se presentó alteración de la visión, síntoma que describieron Wibowo y colaboradores⁽³⁰⁾, Jolly y colaboradores⁽³¹⁾ y Kim y colaboradores⁽³²⁾. Chen y colaboradores⁽³³⁾ reportaron alteración visual y parálisis isquémica del nervio oculomotor con diplopía y dolor orbitario después de la inyección de AH, el mismo relleno descrito en el artículo de Yang y colaboradores⁽³⁴⁾, quienes reportaron infarto cerebral con pérdida visual permanente. En el estudio de Hsieh y colaboradores, tras la aplicación de CaHA, se presentó ceguera súbita, debilidad, dolor ocular y cefalea⁽³⁵⁾.

Complicaciones vasculares no oftalmológicas se describen en los artículos de Navarro y colaboradores⁽³⁶⁾. En el área de aplicación, un paciente presentó zonas blancas y violáceas, y otro paciente experimentó cefalea y molestia visual. Chen y colaboradores describieron una complicación vascular tras la aplicación de AH, en esta ocasión, necrosis cutánea. Además de las complicaciones vasculares, pueden presentarse reacciones granulomatosas tardías, como reportaron Pérez y colaboradores⁽³⁷⁾ o necrosis de piel, como informaron Furtado y colaboradores⁽³⁸⁾, Tracy y colaboradores⁽³⁹⁾ y Lee y colaboradores⁽⁴⁰⁾. También se documentó hipersensibilidad al AH posterior a infección por covid-19, como lo reportaron Rowland-Warmann y colaboradores⁽⁴¹⁾, quienes plantean que infecciones virales gripales pueden desencadenar reacciones inmunitarias en el sitio del relleno. Dos artículos documentaron reactivación herpética; el estudio de Wang C reportó síntomas al día siguiente de la inyección de AH, mientras que el de Soong y colaboradores describió un caso de encefalitis por virus del herpes tipo 1 (HSV-1). En ocasiones, las complicaciones pueden ser graves, como lo

documentó Yang y colaboradores en su estudio, donde una paciente de 40 años presentó infarto cerebral y oclusión arterial oftálmica después de rinoplastia no quirúrgica con AH; un caso con desenlace fatal, dado que la paciente falleció seis días tras la inyección del relleno.

Efectividad de los rellenos

En el artículo de Rho y colaboradores de 2021⁽⁴²⁾, estudio prospectivo con mujeres coreanas, se documentaron cambios significativos en el perfil facial por 48 semanas. Se evaluaron datos antropométricos y satisfacción de los participantes, evidenciando efectividad comparable con los rellenos utilizados (AH). El estudio de Chen y colaboradores⁽⁴³⁾ señala que todos los participantes mejoraron forma y contorno nasal. El Restylane® falló en mantener la forma nasal al año de la cirugía, mientras que el Artecoll® mantuvo forma y contorno y presentó menor tasa de eventos adversos. El estudio de Liew y colaboradores⁽⁴⁴⁾, que evaluó AH en pacientes asiáticos, concluyó que, con la técnica adecuada, los resultados pueden durar hasta 12 meses con satisfacción alta. Bektas y colaboradores⁽⁴⁵⁾ incluyeron 62 pacientes en tres grupos; los dos primeros (rinodelación primaria/rinodelación posterior a rinoplastia quirúrgica) concentraron los pacientes asignados a rinodelación con rellenos donde la mayoría manifestó estar *muy satisfecho o satisfecho*.

En el estudio de Santorelli A⁽⁴⁶⁾, se utilizó un *software* para evaluar los ángulos nasales tras rinodelación con AH. Los participantes fueron tratados con Voluma® (20 mg/mL) o Volift® (17,5 mg/mL) y se evaluó el tratamiento con el *software* Face Master. La satisfacción de los pacientes se evaluó con una escala de 1 a 10; la media pretratamiento fue de 2,4 y postratamiento fue de 9,4. En el estudio de Rho y colaboradores de 201⁽⁴⁷⁾, se utilizaron imágenes 3D, que evidenciaron cambios en el perfil facial con buena satisfacción de los pacientes. En el estudio de Yordanov y colaboradores⁽⁴⁸⁾ se encontró una alta satisfacción de los pacientes a los seis y 12 meses de aplicar AH. En el estudio de Sahan y colaboradores⁽⁴⁹⁾ se utilizó una escala de 0 a 5 (5 = muy satisfecho). En 32 de los 35 pacientes, el puntaje fue 5, dos pacientes calificaron con 4 y un paciente con 3. En el estudio de Kassir y colaboradores⁽⁵⁰⁾, la técnica ascendente se evaluó en cuatro sitios anatómicos: punta nasal, columela, dorso y *radix*. En una escala de 1 a 4, los 2130 pacientes en quienes se aplicó AH expresaron alta satisfacción.

En el artículo de Bertossi y colaboradores de 2021⁽⁵¹⁾ se utilizó una cuadrícula como referencia para la inyección. Los resultados con AH evidenciaron alto grado de corrección de los defectos y los pacientes calificaron con 9 o 10 en una escala visual análoga. Los resultados fueron estables a los seis meses de seguimiento, con alta satisfacción. El otro estudio de Bertossi y colaboradores, de 2018⁽⁵²⁾, evaluó la cuadrícula como referencia para la cantidad y secuencia de la inyección. Con el uso de la escala visual análoga, el 98,3% de los pacientes calificó de 8 a 10. La satisfacción de los pacientes también la evaluaron Rauso y colaboradores⁽⁵³⁾, que informaron que el 96,15% de los pacientes afirmaron estar *muy satisfechos* y concluyeron que 20 mg/mL de AH logra un alto grado de satisfacción. Dos estudios evaluaron resultados con PMMA. En el estudio de Rivkin de 2014⁽⁵⁴⁾, la efectividad se evaluó con escala de satisfacción y análisis fotográfico. A través del tiempo, el 86% de los sujetos respondieron con puntajes de satisfacción de 0 o 1 (muy satisfecho/satisfecho). Por otro lado, Lara y colaboradores⁽⁵⁵⁾ reportaron un caso de rinomodelación con PMMA en punta nasal y concluyeron que en dicho sitio anatómico pueden lograrse buenos resultados con la técnica adecuada.

DISCUSIÓN

La presente revisión recopiló y analizó información de los últimos 10 años en relación con los rellenos en rinomodelación. Un elemento cardinal recae en las complicaciones, las cuales representaron el principal enfoque de la mayoría de la evidencia encontrada. El espectro de complicaciones con rellenos en el área nasal es amplio y se destacan el edema, el eritema, el dolor, los hematomas y la equimosis⁽⁵⁶⁾. Se han descrito otras complicaciones, como reacciones alérgicas, infecciones, reactivación herpética y granulomas⁽⁵⁷⁾, estos últimos en ocasiones de aparición tardía (meses o años). Infortunadamente, con los rellenos en rinomodelación también pueden presentarse eventos graves, como necrosis de los tejidos⁽⁵⁸⁾, infarto cerebral o ceguera⁽⁵⁹⁾.

Las complicaciones oftálmicas son relevantes debido a su frecuencia e impacto en la calidad de vida de los pacientes. Esta revisión documentó parálisis de los músculos oculomotores, oftalmoplejía, isquemia ciliar, hipotonía y pérdida súbita de la visión que, en general, guarda relación con la oclusión arterial. En ocasiones, las complicaciones pueden ser irreversibles, con poca o ninguna mejoría de la visión, y, aunque rara, debe considerarse como potencial complicación⁽⁶⁰⁾. Gran número de casos de pérdida visual se relaciona con

inyección en la glabella⁽⁶¹⁻⁶³⁾, aunque también en dicha zona pueden presentarse ulceraciones y necrosis⁽⁶⁴⁾. Es relevante destacar que en rinomodelación, los clínicos siempre deben considerar las complicaciones graves que, aunque poco frecuentes, pueden ser fatales.

La técnica utilizada es un elemento cardinal y se debe ser cauto con la presión y la velocidad de la inyección. Es imperativo aspirar antes de inyectar⁽⁶⁵⁾, limitar la cantidad de relleno, evitar las agujas afiladas, considerar el tamaño de la jeringa, así como usar cánulas o microcánulas para evitar el edema y la equimosis⁽⁶⁶⁾. Se ha documentado una menor tasa de oclusiones vasculares con las cánulas⁽⁶⁷⁾ y la experiencia del clínico desempeña un papel importante en la probabilidad de afrontar casos de oclusión vascular, los cuales se reducen en un 70,7% al contar con más de cinco años de experiencia⁽⁶⁷⁾. En general, las microcánulas de punta roma aportan un mejor perfil de seguridad⁽⁶⁸⁾. Pavicic y colaboradores, en 2019, al evaluar los diferentes calibres de cánulas y agujas, reportaron que todas las cánulas, excepto en calibre 27, requirieron mayor fuerza para penetrar la arteria facial en comparación con las agujas de calibre equivalente, lo que confirma la seguridad de las cánulas de calibre 22 a 25⁽⁶⁹⁾.

Un aspecto para considerar es la gran cantidad de reportes de caso (58,3%), todos enfocados en complicaciones, en especial, oftálmicas. Esto señala, en primer lugar, el rol de las complicaciones con el uso de rellenos en rinomodelación. En segundo lugar, la necesidad de pasar a estudios prospectivos para evaluar complicaciones, satisfacción de los pacientes y resultados a largo plazo. Estudios con gran cantidad de pacientes se han llevado a cabo en Asia, considerando las características anatómicas poblacionales y la demanda por estos procedimientos en China y Corea del Sur. Sin embargo, estudios de este tipo son escasos en Latinoamérica, donde es importante recopilar evidencia con mayor número de pacientes, idealmente estudios multicéntricos a largo plazo.

Un aspecto relevante es la interacción con el paciente. Esto no solo es esencial para informar sobre potenciales efectos adversos, sino también durante los procedimientos, para que el paciente advierta sobre síntomas como cefalea o dolor dental. Ante complicaciones, es esencial actuar de forma inmediata, por ejemplo, ante eventos adversos con AH, está indicada la hialuronidasa, la cual degrada el AH⁽⁷⁰⁾ y se usa en pulsos repetidos⁽⁷¹⁾. Se requiere, entonces, de profesionales con gran entrenamiento y amplio conocimiento anatómico, en especial, de la vasculatura arterial.

Hay que considerar que los estudios en cadáveres han evidenciado anastomosis entre la arteria facial y las ramas de la arteria oftálmica ⁽⁷²⁾, aunque las variantes anatómicas pueden representar riesgo de inyección intravascular, pese a una técnica adecuada.

Un caso de reciente interés recae en la hipersensibilidad al AH por SARS-CoV-2. El mecanismo se relaciona con infecciones tipo influenza, en este caso, SARS-CoV-2, junto con actividad de los macrófagos ⁽⁷³⁾. La interacción entre AH e infecciones virales *in vitro* activa linfocitos T vía CD44 y ello conduce a hipersensibilidad ⁽⁷³⁾. En el artículo de Rowland-Warmann y colaboradores, se resalta que un buen porcentaje de la población presenta alguna alergia y ante un procedimiento podría inducirse una respuesta inmunitaria. Otro elemento para destacar recae en que existen diferentes métodos de evaluación de la satisfacción de los pacientes y momentos de evaluación. Mientras en estudios como el de Rho y colaboradores se realizaron evaluaciones en las semanas 2, 12, 24 y 48, en el estudio de Rivkin se realizaron evaluaciones a los 90 y 360 días. Esto no solo representa complejidad en las comparaciones, sino que también da cuenta del poco consenso sobre el tema.

La presente revisión cuenta con limitaciones y fortalezas. Dentro de las limitaciones se cuentan las propias de este tipo de revisiones, en especial, lo concerniente a que posiblemente no se recuperaron todos los artículos publicados, ya que no corresponde a una revisión sistemática. En cuanto a las fortalezas, se destaca que, aunque no constituye una revisión sistemática, se lograron incluir 36 artículos, lo cual denota una amplia revisión y una creciente producción bibliográfica. También se destaca el tema, pues la rinodelación es un tópico de creciente interés, lo que denota actualidad y pertinencia. Con la información analizada se plantean futuras líneas de investigación en Latinoamérica, que exploren la experiencia de los especialistas ante la rinodelación, así como el seguimiento a largo plazo de las complicaciones y la satisfacción de los pacientes.

CONCLUSIONES

Las complicaciones, en especial las oftálmicas, representan un elemento relevante dentro del área de la rinodelación. El experto clínico debe contar con gran entrenamiento y profundo conocimiento de la anatomía nasal, en especial, de la vasculatura arterial. Es relevante establecer consensos en relación con los métodos y tiempos de evaluación de satisfacción de los pacientes, tanto con el procedimiento como con

el relleno. En Latinoamérica, es necesario optar por estudios con mayor cantidad de muestra, idealmente prospectivos, para evaluar la seguridad y la satisfacción de los pacientes a largo plazo. El uso de rellenos en rinodelación es un tema de creciente interés, con gran potencial en el área de la ciencia, la tecnología y la innovación.

Puntos clave

- Los materiales de relleno representan un elemento esencial en la rinoplastia no quirúrgica.
 - El experto clínico debe contar con profundo conocimiento de la anatomía vascular nasal, en especial, la vasculatura arterial.
 - Entre las múltiples complicaciones de la rinoplastia no quirúrgica, las oftálmicas requieren especial atención.
 - En el contexto investigativo se deben establecer consensos en métodos de evaluación de satisfacción y seguimiento de los pacientes.
 - En el contexto latinoamericano existe un importante vacío en el conocimiento en este tema, en especial, en estudios prospectivos.
-

REFERENCIAS

1. Hanson S. The Future of Fat Grafting. *Aesthet Surg J.* 2021;41(Suppl 1):S69-74. <https://doi.org/10.1093/asj/sjab130>
2. Ersek RA, Beisang AA. Beisang AA III. Bioplastic: a new biphasic polymer for minimally invasive injection implantation. *Aesthetic Plast Surg.* 1992;16(1):59-65. <https://doi.org/10.1007/BF00455150>
3. Coleman SR, Mazzola RF, Pu L (editores). *Fat Injection: From Filling to Regeneration.* 2.a edición. Thieme; 2017.
4. Kantor J (editor). *Dermatologic Surgery.* McGraw Hill Professional; 2018.
5. Bologna JL, Schaffer JV, Cerroni L (editor). *Dermatología.* 4.a edición. Barcelona (España): Elsevier Health Sciences; 2018.
6. Goisis M (editor). *Injections in Aesthetic Medicine: Atlas of Full-face and Full-body Treatment.* Italia: Springer Science & Business Media; 2014.
7. Griffiths C, Barker J, Bleiker T, Chalmers R, Creamer D (editores). *Rook's Textbook of Dermatology.* Reino Unido: Wiley & Sons, Inc.; 2016.
8. Rubio MA, Hernández CM (editor). *Medicina estética: Claves, abordajes y tratamientos actuales.* España: Editorial Zumaque; 2017.

9. Maiti S, Jana S (editores). Polysaccharide Carriers for Drug Delivery. Reino Unido: Elsevier Ltd.; 2019.
10. Tariverdian T, Navaei T, Brouki P, Samadikuchaksaraei A, Mozafari M. Functionalized polymers for tissue engineering and regenerative medicines. En: *Advanced Functional Polymers for Biomedical Applications*. Elsevier Ltd.; 2019.
11. Hasnain S, Kumar A (editores). Alginates: Versatile Polymers in Biomedical Applications and Therapeutics. Estados Unidos de América: Apple Academic Press, Inc.; 2019.
12. Loghem JV (editor). Calcium Hydroxylapatite Soft Tissue Fillers: Expert Treatment Techniques. Estados Unidos de América: Taylor & Francis Group, LLC; 2021.
13. Herman CK, Strauch B (editores). *Encyclopedia of Aesthetic Rejuvenation Through Volume Enhancement*. Nueva York: Thieme; 2014.
14. Blejer C (editor). *Lesiones por procedimientos*. Argentina: Editorial Juris; 2006.
15. Branham GH, Dover JS, Khetarpal S, Ramanadham SR, Wulc AE (editores). *Advances in Cosmetic Surgery, E-Book 2020. Vol. 3*. Estados Unidos de América: Elsevier; 2020.
16. Niamtu J (editor). *Cosmetic Facial Surgery - E-Book. 2.a edición*. China: Elsevier Health Sciences; 2018.
17. Fagien S (editor). *Putterman's Cosmetic Oculoplastic Surgery E-Book. 4.a edición*. Estados Unidos de América: Elsevier Health Sciences; 2008.
18. Ahn MS, Catten M, Maas CS. Temporal brow lift using botulinum toxin A. *Plast Reconstruct Surg.* 2000;105(3):1129-35. <https://doi.org/10.1097/00006534-200003000-00046>
19. Panfilov DE (editor). *Aesthetic Surgery of the Facial Mosaic*. Berlín (Alemania): Springer Science & Business Media; 2007.
20. Wang C, Sun T, Yu N, Wang X. Herpes reactivation after the injection of hyaluronic acid dermal filler: A case report and review of literature. *Medicine (Baltimore)*. 2020;99(24):e20394. <https://doi.org/10.1097/MD.000000000020394>
21. Venkataram M (editor). *ACS(I) Textbook on Cutaneous & Aesthetic Surgery: Two Volume Set. 2.a edición*. Jaypee Brothers MMedical Publishers Ltd.; 2017.
22. Sola CF, Molina JG, Padilla JMH (editores). *Comprender para cuidar: Avances en investigación cualitativa en Ciencias de la Salud*. Universidad Almería; 2019.
23. Borda M (editor). *El proceso de investigación. Visión general de su desarrollo. Quinta reimpresión*. Barranquilla (Colombia): Editorial Universidad del Norte; 2016. p. 269.
24. Harb A, Brewster C. The nonsurgical rhinoplasty: A retrospective review of 5000 treatments. *Plast Reconstruct Surg.* 2020;145(3):661-7. <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000006554>
25. Rivkin A. Nonsurgical Rhinoplasty Using Injectable Fillers: A Safety Review of 2488 Procedures. *Facial Plast Surg Aesthetic Med.* 2021;23(1):6-11. <https://doi.org/10.1089/fpsam.2020.0291>
26. Cohen E, Yatziv Y, Leibovitch I, Kesler A, Cnaan RB, Klein A, et al. A case report of ophthalmic artery emboli secondary to Calcium Hydroxylapatite filler injection for nose augmentation- long-term outcome. *BMC Ophthalmol.* 2016;16:98. <https://doi.org/10.1186/s12886-016-0276-3>
27. Oh B-L, Jung C, Park K, Hong Y, Woo S. Therapeutic Intra-arterial Hyaluronidase infusion for ophthalmic artery occlusion following cosmetic facial filler (hyaluronic acid) injection. *Neuroophthalmology.* 2014;38(1):39-43. <https://doi.org/10.3109/01658107.2013.830134>
28. Kim YJ, Kim SS, Song WK, Lee SY, Yoon JS. Ocular ischemia with hypotony after injection of hyaluronic acid gel. *Ophthal Plast Reconstr Surg.* 2011;27(6):e152-5. <https://doi.org/10.1097/IOP.0bo13e3182082f37>
29. Chou C-C, Chen H-H, Tsai Y-Y, Li Y-L, Lin H-J. Choroid vascular occlusion and ischemic optic neuropathy after facial calcium hydroxyapatite injection- a case report. *BMC Surg.* 2015;15:21. <https://doi.org/10.1186/s12893-015-0007-3>
30. Wibowo A, Mohan K, Philipp-Dormston W. Reversal of post-filler vision loss and skin ischaemia with high-dose pulsed hyaluronidase injections. *Aesthetic Plast Surg.* 2019;43(5):1337-44. <https://doi.org/10.1007/s00266-019-01421-6>
31. Jolly R, Bhalla M, Zakir R, Joshi N. Visual loss from dermal fillers. *Eur J Ophthalmol.* 2021;31(2):NP102-5. <https://doi.org/10.1177/1120672119855856>
32. Kim SN, Byun DS, Park JH, Han SW, Baik JS, Kim JY, et al. Panophthalmoplegia and vision loss after cosmetic nasal dorsum injection. *J Clin Neurosci.* 2014;21(4):678-80. <https://doi.org/10.1016/j.jocn.2013.05.018>
33. Chen W, Wu L, Jian X-L, Zhang B, Li J-Y, Qin X-L, et al. Retinal Branch Artery Embolization Following Hyaluronic Acid Injection: A Case Report. *Aesthet Surg J.* 2016;36(7):NP219-224. <https://doi.org/10.1093/asj/sjw054>
34. Yang Q, Lu B, Guo N, Li L, Wang Y, Ma X, et al. Fatal Cerebral Infarction and Ophthalmic Artery Occlusion After Nasal Augmentation with Hyalu-

- ronic Acid-A Case Report and Review of Literature. *Aesthetic Plast Surg.* 2020;44(2):543-8. <https://doi.org/10.1007/s00266-019-01589-x>
35. Hsieh Y-H, Lin C-W, Huang J-S, Yeh P-T. Severe ocular complications following facial calcium hydroxylapatite injections: Two case reports. *Taiwan J Ophthalmol.* 2015;5(1):36-9. <https://doi.org/10.1016/j.tjo.2014.03.009>
36. Navarro J, Araya D, Velazco GJ, Mercado V. Complicaciones vasculares no oftalmológicas posterior al uso de ácido hialurónico: a propósito de dos casos y revisión de la literatura. *Acta Bioclínica.* 2020;10(20):377-98.
37. Pérez P, Villarroel A, Andrade T, Faba G. Reacción granulomatosa a un cuerpo extraño en punta y dorso nasal por materiales de relleno. Presentación de un caso clínico. *Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello.* 2019;79(1). <https://doi.org/10.4067/S0718-48162019000100085>
38. Furtado G, Barbosa K, Reis C, Barbosa J, Barbosa C. Nasal tip necrosis and upper lip after nasal reshaping with hyaluronic acid - case report. *Aesthetic Orofacial Science.* 2020;1(1):62-7.
39. Tracy L, Ridgway J, Nelson JS, Lowe N, Wong B. Calcium hydroxylapatite associated soft tissue necrosis: a case report and treatment guideline. *J Plast Reconstr Aesthetic Surg JPRAS.* 2014;67(4):564-8. <https://doi.org/10.1016/j.bjps.2013.08.008>
40. Lee JI, Kang SJ, Sun H. Skin Necrosis with Oculomotor Nerve Palsy Due to a Hyaluronic Acid Filler Injection. *Arch Plast Surg.* 2017;44(4):340-3. <https://doi.org/10.5999/aps.2017.44.4.340>
41. Rowland-Warmann MJ. Hypersensitivity reaction to Hyaluronic Acid Dermal filler following novel Coronavirus infection - a case report. *J Cosmet Dermatol.* 2021;20(5):1557-62. <https://doi.org/10.1111/jocd.14074>
42. Rho NK, Youn CS, Youn SJ, Lee S, Kim HS. A comparison of the safety, efficacy, and longevity of two different hyaluronic acid fillers in filler rhinoplasty: A multicenter study. *Dermatol Ther.* 2021;34(1):e14707. <https://doi.org/10.1111/dth.14707>
43. Chen L, Li S-R, Yu P, Wang Z-X. Comparison of Artecoll, Restylane and silicone for augmentation rhinoplasty in 378 Chinese patients. *Clin Investig Med Clin Exp.* 2014;37(4):E203-210. <https://doi.org/10.25011/cim.v37i4.21725>
44. Liew S, Scamp T, de Maio M, Halstead M, Johnston N, Silberberg M, et al. Efficacy and Safety of a Hyaluronic Acid Filler to Correct Aesthetically Degrading or Deficient Features of the Asian Nose: A Prospective, Open-Label, Long-Term Study. *Aesthet Surg J.* 2016;36(7):760-72. <https://doi.org/10.1093/asj/sjwo79>
45. Bektas G, Cinpolat A, Rizvanovic Z. Nasal Filling in Plastic Surgery Practice: Primary Nasal Filling, Nasal Filling for Post-rhinoplasty Defects, Rhinoplasty After Hyaluronidase Injection in Dissatisfied Nasal Filling Patients. *Aesthetic Plast Surg.* 2020;44(6):2208-18. <https://doi.org/10.1007/s00266-020-01895-9>
46. Santorelli A, Marilino S. Non-surgical rhinoplasty with hyaluronic acid filler Predictable results using software for the evaluation of nasal angles. *Aesthetic Plast Surg.* 2020;44(3):919-26. <https://doi.org/10.1007/s00266-019-01579-z>
47. Rho NK, Park JY, Youn CS, Lee S-K, Kim HS. Early Changes in Facial Profile Following Structured Filler Rhinoplasty: An Anthropometric Analysis Using a 3-Dimensional Imaging System. *Dermatol Surg.* 2017;43(2):255-63. <https://doi.org/10.1097/DSS.0000000000000972>
48. Yordanov YP, Shef A. Non-surgical correction of nasal dorsum and tip in primary cases. *Acta Medica Bulgarica.* 2019;46(2):47-50. <https://doi.org/10.2478/amb-2019-0018>
49. Sahan A, Tamer F. Non-surgical minimally invasive rhinoplasty: tips and tricks from the perspective of a dermatologist. *Acta Dermatovenerol.* 2017;26(4):101-3. <https://doi.org/10.15570/actaapa.2017.29>
50. Kassir R, Venkataram A, Malek A, Rao D. Non-Surgical Rhinoplasty: The Ascending Technique and a 14-Year Retrospective Study of 2130 Cases. *Aesthetic Plast Surg.* 2021;45(3):1154-68. <https://doi.org/10.1007/s00266-020-02048-8>
51. Bertossi D, Malchiodi L, Albanese M, Nocini R, Nocini P. Nonsurgical Rhinoplasty With the Novel Hyaluronic Acid Filler VYC-25L: Results Using a Nasal Grid Approach. *Aesthet Surg J.* 2021;41(6):512-20. <https://doi.org/10.1093/asj/sjaa196>
52. Bertossi D, Lanaro L, Dorelan S, Johanssen K, Nocini P. Nonsurgical rhinoplasty Nasal grid analysis and nasal injecting protocol. *Plast Reconstruct Surg.* 2018;143(2):428-39. <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000005224>
53. Rauso R, Colella G, Zerbinati N, Salti G. Safety and Early Satisfaction Assessment of Patients Seeking Nonsurgical Rhinoplasty with Filler. *J Cutan Aesthetic Surg.* 2017;10(4):207-14. https://doi.org/10.4103/JCAS.JCAS_89_17
54. Rivkin A. A prospective study of non-surgical primary rhinoplasty using a polymethylmethacrylate injectable implant. *Dermatol Surg.* 2014;40(3):305-13. <https://doi.org/10.1111/dsu.12415>

55. Lara R, Minzer FS, Sarmiento D. Rinomodelación y uso de Metacrill® en la punta nasal: Revisión de la literatura y presentación de un caso. *Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello*. 2015;75(3):251-6. <https://doi.org/10.4067/S0718-48162015000300009>
56. Schuster B. Injection Rhinoplasty with Hyaluronic Acid and Calcium Hydroxyapatite: A Retrospective Survey Investigating Outcome and Complication Rates. *Facial Plast Surg*. 2015;31(3):301-7. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1555628>
57. Woodward J, Khan T, Martin J. Facial filler complications. *Facial Plast Surg Clin North Am*. 2015;23(4):447-58. <https://doi.org/10.1016/j.fsc.2015.07.006>
58. Lafaille P, Benedetto A. Fillers: contraindications, side effects and precautions. *J Cutan Aesthet Surg*. 2010;3(1):16-9. <https://doi.org/10.4103/0974-2077.63222>
59. Chatrath V, Banerjee P, Goodman G, Rahman E. Soft-tissue Filler-associated Blindness: A Systematic Review of Case Reports and Case Series. *Plast Reconstruct Surg*. 2019;7(4):e2173. <https://doi.org/10.1097/GOX.0000000000002173>
60. Carle M, Roe R, Novack R, Boyer D. Cosmetic facial filler and severe vision loss. *JAMA Ophthalmol*. 2014;132(5):637-9. <https://doi.org/10.1001/jamaophthalmol.2014.498>
61. Matsuo T, Fujiwara H, Gohara H, Mimura H, Kanazawa S. Central Retinal and Posterior Ciliary Artery Occlusion After Intralesional Injection of Sclerosant to Glabellar Subcutaneous Hemangioma. *Cardiovasc Intervent Radiol*. 2009;32(2):341-6. <https://doi.org/10.1007/s00270-008-9382-9>
62. Egado JA, Arroyo R, Marcos A, Jiménez-Alfaro I. Middle cerebral artery embolism and unilateral and unilaeral visual loss after autologous fat injection into the glabellar area. *Stroke*. 1993;24(4):615-6. <https://doi.org/10.1161/01.str.24.4.615>
63. Dreizen NG, Framm L. Sudden unilateral visual loss after autologous fat injection into the glabellar area. *Am J Ophthalmol*. 1989;107(1):85-7. [https://doi.org/10.1016/0002-9394\(89\)90823-4](https://doi.org/10.1016/0002-9394(89)90823-4)
64. Bachmann F, Erdmann R, Hartmann V, Wiest L, Rzany B. The spectrum of adverse reactions after treatment with injectable fillers in the glabellar region: results from the Injectable Filler Safety Study. *Dermatol Surg*. 2009;35(Suppl 2):1629-34. <https://doi.org/10.1111/j.1524-4725.2009.01341.x>
65. Schanz S, Schippert W, Ulmer A, Rassner G, Fierlbeck G. Arterial embolization caused by injection of hyaluronic acid (Restylane®). *Br J Dermatol*. 2002;146(5):928-9. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2133.2002.04707.x>
66. DeJoseph L. Cannulas for facial filler placement. *Facial Plast Surg Clin North Am*. 2012;20(2):215-20. <https://doi.org/10.1016/j.fsc.2012.02.007>
67. Alam M, Kakar R, Dover J, Harikumar V, Kang B, Ting H, et al. Rates of Vascular Occlusion Associated With Using Needles vs Cannulas for Filler Injection. *JAMA Dermatol*. 2021;157(2):174-80. <https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2020.5102>
68. Jones D, Hessler J, Chapas A, Jonas B, Crider J, Chopra R. Microcannula Injection of Large Gel Particle Hyaluronic Acid for Cheek Augmentation and the Correction of Age-Related Midface Contour Deficiencies. *Dermatol Surg*. 2020;46(4):465-72. <https://doi.org/10.1097/DSS.0000000000002105>
69. Pavicic T, Webb K, Frank K, Gotkin RH, Tamura B, Cotofana S. Arterial Wall Penetration Forces in Needles versus Cannulas. *Plast Reconstruct Surg*. 2019;143(3):504e-12e. <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000005321>
70. Weber GC, Buhren BA, Scrupf H, Wohlrab J, Gerber PA. Clinical Applications of Hyaluronidase. *Adv Exp Med Biol*. 2019;1148:255-77. https://doi.org/10.1007/978-981-13-7709-9_12
71. DeLorenzi C. New High Dose Pulsed Hyaluronidase Protocol for Hyaluronic Acid Filler Vascular Adverse Events. *Aesthet Surg*. 2017;37(7):814-25. <https://doi.org/10.1093/asj/sjw251>
72. Zheng H, Qiu L, Liu Z, Su Y, Pan X, Liu S, et al. Exploring the possibility of a retrograde embolism pathway from the facial artery to the ophthalmic artery system in vivo. *Aesthetic Plast Surg*. 2017;41(5):1222-7. <https://doi.org/10.1007/s00266-017-0877-0>
73. Turkmani MG, De Boule K, Philipp-Dormston WG. Delayed hypersensitivity reaction to hyaluronic acid dermal filler following influenza-like illness. *Clin Cosmet Investig Dermatol*. 2019;12:277-83. <https://doi.org/10.2147/CCID.S198081>

Disqueratoma de Warty, una lesión poco frecuente

Vanessa Torres-Gómez¹; Daniela María Carrillo-Pedrosa²; Claudia Janeth Uribe-Pérez³

RESUMEN

El disqueratoma de Warty es considerado una lesión tumoral benigna, poco frecuente, generalmente solitaria, aunque se han reportado casos de lesiones múltiples. Se describe como una pápula o nódulo de alrededor de 5 milímetros de diámetro, que puede llegar hasta los 1-2 centímetros, de crecimiento lento en personas de edad media ⁽¹⁾. Se desarrolla en áreas fotoexpuestas, predominantemente la cabeza y el cuello, aunque hay casos reportados en la mucosa oral y el área genital ⁽²⁾. A continuación, se presenta un caso que involucra un disqueratoma de Warty en la región de la cara.

PALABRAS CLAVE: Acantólisis; Disqueratoma de Warty; Disqueratosis; Enfermedad de Darier.

WARTY DYSKERATOMA, A RARE LESION

SUMMARY

Warty dyskeratoma is considered a benign tumor lesion, uncommon, generally solitary, although cases of multiple lesions have been reported. It is described as a slow growing papule or nodule of around 5 mm in diameter that can reach up to 1-2 cm in middle-aged people ⁽¹⁾. It develops in photo-exposed areas, predominantly the head and neck, but there are cases reported in the oral mucosa and genital area ⁽²⁾. A case involving a Warty dyskeratoma in the face region is presented below.

KEY WORDS: Acantholysis; Darier's disease; Dyskeratosis; Warty dyskeratoma.

1. Dermatóloga, máster en Dermatología Estética. Bucaramanga. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5329-6832>
2. Médica general, Universidad del Rosario. Aspirante a residente de Dermatología. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3260-1658>
3. Dermatopatóloga. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6640-5938>

Correspondencia: Vanessa Torres-Gómez; **email:** vanetorres16@yahoo.com

Recibido: 6/10/2022; **aceptado:** 5/3/2023

Cómo citar: Torres-Gómez V, -Pedrosa DM, Uribe-Pérez CJ. Disqueratoma de Warty, una lesión poco frecuente. Rev. Asoc. Colomb. Dermatol. Cir. Dermatol. 2023;31(1):36-40. **DOI:** <https://doi.org/10.29176/2590843X.1692>

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

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 50 años, con antecedente de fibromialgia, que consulta por lesión en la mejilla izquierda, de crecimiento progresivo, de 1 año de evolución y con sangrado frecuente. A la exploración física

se aprecia una pápula eritematosa áspera, no descamativa, de bordes bien definidos, con ligero perlamiento y aspecto de úlcera central (**Figura 1**).

Se realiza resección de lesión con *punch* de 3 milímetros y se envía muestra a patología (**Figuras 2 y 3**).



Figura 1. En la dermatoscopia se evidencia una lesión papular francamente eritematosa de 5 milímetros, con múltiples telangiectasias, con apariencia hiperqueratósica en el centro y algunas radiaciones blanquecinas que se dirigen al centro queratósico.

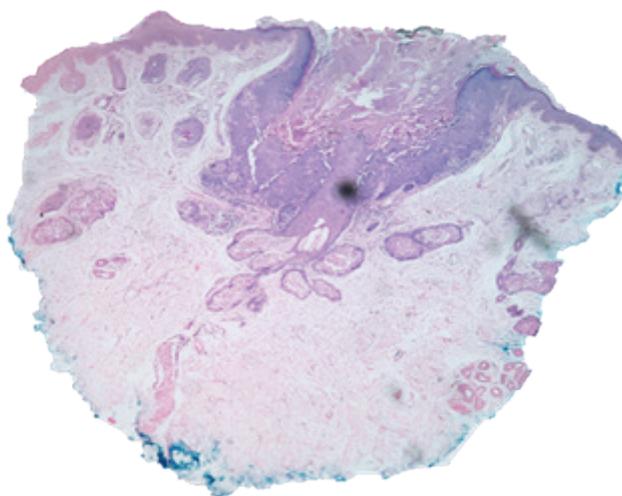


Figura 2. Lesión epidérmica con invaginación del epitelio con formación de estructura cráteriforme con tapón queratósico. La cavidad central está revestida de pseudovellosidades formadas por papilas dérmicas cubiertas de células basales, que se proyectan hacia el interior. Hematoxilina-Eosina 40X.

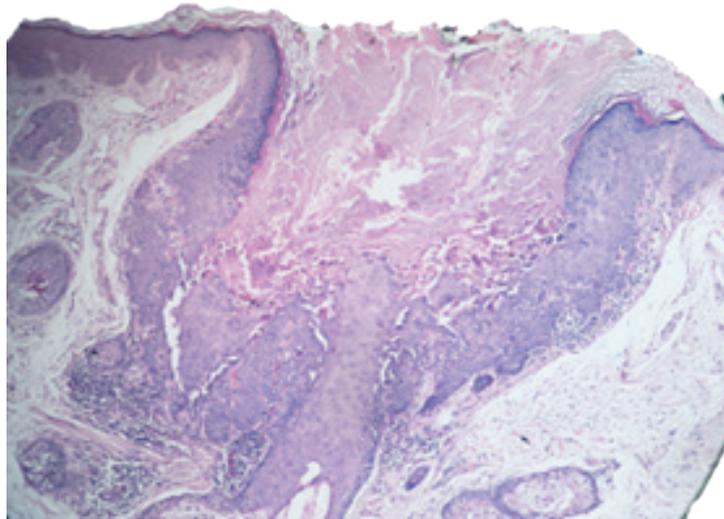


Figura 3. Se observan células disqueratósicas acantolíticas y abundantes restos paraqueratósicos e hiperqueratósicos. Hay cuerpos redondos acantolíticos. Hematoxilina-Eosina 100X.

DISCUSIÓN

El término *disqueratoma de Warty* (disqueratoma verrucoso) fue descrito por Helwig en 1954. Posteriormente, Graham y Helwig, en 1958, notaron similitudes con una lesión aislada de enfermedad de Darier, por lo que fue nombrada *disqueratosis folicular aislada*. Sin embargo, Szymanski, en 1957, en un reporte de siete casos, lo describió por primera vez como *disqueratoma de Warty*, dada la apariencia clínica verrucosa de la lesión y su característica principal, la disqueratosis ⁽³⁾.

El disqueratoma de Warty es una proliferación epidermoide benigna inusual. Normalmente, es asintomática y aparece como una pápula o nódulo aislado de superficie lisa, color rojizo-pardo, con tapón central de queratina. Puede asociarse a prurito, sangrado o secreción amarillenta maloliente ⁽⁴⁾. Histológicamente, se trata de una lesión circunscrita que se caracteriza por una invaginación de la epidermis en forma de copa, que se introduce en la dermis reticular y presenta tapón queratósico central compuesto por múltiples células disqueratósicas y acantolíticas, además de material de paraqueratosis e hiperqueratosis ⁽⁵⁾. No hay evidencia de mutación en el gen *ATP2A2*, responsable de causar la enfermedad de Darier. Asimismo, dada la similitud con las lesiones de las verrugas virales, había la inquietud de si el virus del papiloma humano (VPH) desempeñaba un papel importante en su generación. Por lo tanto, Kaddu y colaboradores, en 2002, realizaron una PCR para el ADN del VPH en 13 lesiones de disqueratoma de Warty, sin evidencia de ADN del virus ⁽³⁾.

Anteriormente, se consideraba al disqueratoma de Warty como una neoplasia folicular anexial, ya que la invaginación en copa recuerda al tumor del infundíbulo folicular; no obstante, hay reportes en la literatura de algunos casos en la mucosa oral donde hay ausencia de folículos pilosos, lo que argumentaba en contra de la derivación folicular ⁽⁶⁾. Por lo anterior, algunos autores señalan que los casos reportados como disqueratoma de Warty oral son, en realidad, una forma focal de disqueratosis acantolítica ⁽³⁾.

En un estudio de casos de disqueratoma de Warty en la superficie de la piel, se realizaron análisis de inmunohistoquímica, en donde se evidenció la expresión de las citoqueratinas 5 y 7 en las capas basales de la lesión y de las citoqueratinas 1 y 10 en las capas suprabasales. Este patrón de expresión soporta el concepto del disqueratoma de Warty como un *tumor anexial con diferenciación folicular*, por lo que Kaddu y colaboradores propusieron cambiar el nombre a *disqueratosis folicular aislada*, ya que refleja la aparente derivación infundibular folicular y no existe relación alguna con las verrugas virales ⁽⁶⁾.

Presenta tres patrones fundamentales de crecimiento: forma de copa (la más frecuente), en donde se evidencia una invaginación de la epidermis en forma de copa que se introduce en la dermis y presenta un tapón queratósico central con múltiples células disqueratósicas y acantolíticas, nodular o quístico ⁽⁶⁾. Se observan cuerpos redondos (células disqueratósicas acantolíticas con el núcleo picnótico rodeado de un halo claro

y células paraqueratósicas rodeadas de un material eosinofílico homogéneo), además de pseudovellosidades que protruyen hacia la cavidad, que corresponden a papilas epidérmicas cubiertas por células basales. En la dermis subyacente puede apreciarse un ligero a moderado infiltrado inflamatorio, de predominio linfocitario ⁽⁷⁾.

A la dermatoscopia, se presenta como un pápula redonda, pálida, homogénea, con taponos grisáceos-parduzcos, hallazgos que presentan características similares a otros trastornos acantolíticos y disqueratósicos, que incluyen enfermedad de Grover, carcinoma escamocelular acantolítico, queratoacantoma, enfermedad de Hailey-Hailey y enfermedad de Darier ⁽⁸⁾, por lo que la prueba de referencia para su diagnóstico es la histopatología.

En cuanto al tratamiento, se han reportado diferentes abordajes, en los cuales se encuentra la electrode-

cación, la terapia con láser y el 5-fluorouracilo al 3%, entre otros, pero con alta tasa de recurrencia de la lesión. De igual manera, se ha reportado el tratamiento tópico con tazaroteno al 0,1%, con resultados satisfactorios; no obstante, la resección quirúrgica sigue siendo el tratamiento de elección ⁽⁶⁾.

CONCLUSIÓN

El disqueratoma de Warty es una lesión cutánea benigna infrecuente, pero que imita otros trastornos cutáneos mucho más comunes, como el esteatocistoma, el quiste infundibular, la enfermedad de Grover, el carcinoma escamocelular acantolítico, el queratoacantoma, la enfermedad de Hailey-Hailey o la enfermedad de Darier. Dada su baja incidencia, normalmente su diagnóstico se realiza con histopatología.

Puntos clave

- El disqueratoma de Warty es una proliferación epidermoide benigna poco frecuente, que generalmente se presenta solitaria, aunque hay reportes de casos de lesiones múltiples.
- Dada su baja incidencia, el diagnóstico del disqueratoma de Warty se realiza mediante histopatología, ya que existen diversos trastornos cutáneos más frecuentes y que son clínicamente semejantes, como el esteatocistoma, el quiste infundibular, la enfermedad de Grover, el carcinoma escamocelular acantolítico, el queratoacantoma, la enfermedad de Hailey-Hailey o la enfermedad de Darier.
- Se han reportado diferentes abordajes, como la electrodesecación, la terapia con láser y el 5-fluorouracilo al 3%, aunque con altas tasas de recurrencia, por lo cual, la resección quirúrgica es el tratamiento de elección.

REFERENCIAS

1. Rambhia KD, Makhecha MB. A Case of Warty Dyskeratoma on an Unusual Location. *Indian Dermatol Online J.* 2019;10(3):343-5. https://doi.org/10.4103/idoj.IDOJ_473_18
2. Vargas-Laguna E, Imbernón-Moya A, Aguilar-Martínez A, Burgos F. An Unusual Location of Subungual Warty Dyskeratoma: A Case Report and Review of the Literature. *Case Rep Dermatol Med.* 2017;2017:3613109. <https://doi.org/10.1155/2017/3613109>
3. Kerr PE, Murphy MJ. Warty (follicular) dyskeratoma on the mons pubis. *Int J Womens Dermatol.* 2017;3(3):154-6. <https://doi.org/10.1016/j.ijwd.2017.07.003>
4. Koç M, Kavala M, Kocatürk E, Mete O, Can B, Zindanci I, et al. Multiple warty dyskeratomas on the scalp. *Dermatol Online J.* 2009;15(2):8.
5. Jang EJ, Lee JY, Kim MK, Yoon T. Warty dyskeratoma involving two adjoining follicles. *Ann Dermatol.* 2011;23(1):98-100. <https://doi.org/10.5021/ad.2011.23.1.98>
6. Kaddu S, Dong H, Mayer G, Kerl H, Cerroni L. Warty dyskeratoma - "Follicular dyskeratoma": Analysis of clinicopathologic features of a distinctive follicular adnexal neoplasm. *J Am Acad Dermatol.* 2002;47(3):423-8. <https://doi.org/10.1067/mjd.2002.122756>

7. Lencastre A, Campos S, Cabete J. Warty dyskematoma. *J Am Acad Dermatol.* 2016;75(3):e97-e98. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2016.02.1157>
8. Salerni G, Alonso C, Calligaris M, Gorosito M, Fernández-Bussy R. Dermoscopy of multiple warty dyskeratomas. *Dermatol Pract Concept.* 2017;7(4):47-9. <https://doi.org/10.5826/dpc.0704a11>

Lobomicosis (lacaziosis): cuatro casos nuevos en la Orinoquía y el Pacífico Colombiano

Wilson Galvis-Franco¹; Felipe Jaramillo-Ayerbe²; Lucia Van den Enden-Medina³; Nicolás Aguilar-Medina⁴

RESUMEN

La lobomicosis es una enfermedad micótica poco frecuente, que afecta a las personas que viven en áreas tropicales con características ambientales y ocupacionales que facilitan su aparición. Los pacientes en su mayoría son trabajadores o habitantes en áreas selváticas, y aunque puede aparecer en cualquier raza, se destaca su alta prevalencia en los indígenas del área amazónica. Es común que se presenten demoras para el diagnóstico y tratamiento, así como dificultades en la respuesta terapéutica, lo que lleva a frecuentes recurrencias y cronicidad de las lesiones. Presentamos el reporte de cuatro casos nuevos de lobomicosis en hombres y mujeres atendidos en brigadas de salud con la Patrulla Aérea Civil Colombiana en áreas de difícil acceso del país en los departamentos de Vichada y Chocó. Esta es una rara enfermedad, que no debe ser olvidada.

PALABRAS CLAVE: Colombia; Enfermedad de Jorge Lobo; *Lacazia loboi*; Lacaziosis; Lobomicosis.

1. Médico dermatólogo. Docente, Sección de Dermatología, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1674-3506>
2. Médico dermatólogo y dermatopatólogo. Director, Posgrado de Dermatología, Universidad de Caldas, Manizales, Colombia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0982-4335>
3. Médica dermatóloga. Docente, Sección de Dermatología, Universidad de Caldas, Manizales, Colombia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8356-5899>
4. Médico dermatólogo. Docente Dermatología, Universidad de Manizales, Colombia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1033-8104>

Correspondencia: Wilson Galvis-Franco; **email:** dermatologia535@gmail.com

Recibido: 9/23/2022; **aceptado:** 2/15/2023

Cómo citar: Galvis-Franco W, Jaramillo-Ayerbe F, Van den Enden-Medina L, Aguilar-Medina N. Lobomicosis (lacaziosis): cuatro casos nuevos en la Orinoquía y el Pacífico Colombiano. Rev. Asoc. Colomb. Dermatol. Cir. Dermatol. 2023;31(1):41-49. **DOI:** <https://doi.org/10.29176/2590843X.1735>

Financiación: Sin financiación, **conflictos de interés:** Sin conflictos de interés para declarar.

LOBOMYCOSIS (LACAZIOSIS): FOUR NEW CASES IN THE ORINOQUIA AND THE COLOMBIAN PACIFIC.

SUMMARY

Lobomycosis is a rare fungal disease which affects people living in tropical areas with environmental and occupational characteristics that facilitate its appearance. Most of the patients are workers or inhabitants of jungle areas, and although it may occur in any race, its high prevalence in the indigenous people of the Amazon area stands out. Delays in diagnosis and treatment are common, as well as the difficulties in the therapeutic response, which leads to frequent recurrences and chronicity of the lesions. We present the report of four new cases of lobomycosis in men and women treated in health brigades with the Colombian Civil Air Patrol, in difficult-to-access areas of the country, in the departments of Vichada and Chocó. This is a rare disease which should not be forgotten.

KEY WORDS: Colombia; Jorge Lobo disease; *Lacazia loboi*; Lacaziosis; Lobomycosis.

INTRODUCCIÓN

La lobomycosis es una infección crónica de la piel y el tejido celular subcutáneo causada por el hongo no cultivable *Lacazia loboi*, cuya clasificación ha sido controversial y ha cambiado en el tiempo. Afecta en su mayoría a hombres que habitan y realizan sus actividades en áreas tropicales, principalmente descrito en la selva amazónica en población indígena y personas propensas a sufrir traumatismos en la piel, lo que facilita el ingreso del microorganismo y genera lesiones polimorfas de evolución lenta y progresiva, con características clínicas de algunas de las lesiones similares a queloides. El diagnóstico suele ser demorado dadas las condiciones socioculturales y la dificultad del acceso a los servicios de salud en estas regiones, donde se presentan gran parte de los casos, lo que impacta de manera negativa el tratamiento y la evolución de la enfermedad, que ya de por sí es de difícil control. La respuesta a la terapia instaurada es muy variable en cada caso y son frecuentes las recurrencias. Como es ya conocido, se ha documentado también la infección en delfines, con algunos hallazgos novedosos a este respecto en los últimos años⁽¹⁾. Presentamos el reporte de cuatro casos nuevos de lobomycosis en pacientes de la Orinoquía y el Pacífico Colombiano, además de los datos actuales revisados en la literatura médica.

CASOS

Paciente 1

Hombre de 57 años, mestizo, agricultor, residente en el área rural del municipio La Primavera, Vichada. Refiere cuadro clínico de 10 años de evolución, que inició con lesiones asintomáticas en la oreja izquierda después de un traumatismo con material vegetal, que han ido aumentando paulatinamente de tamaño. A la exploración física presenta en el pabellón auricular izquierdo múltiples lesiones nodulares fibrosas eritematopar-duscas, que se agrupan formando tumores de características queloideas y comprometen toda la oreja. Fue atendido también en la brigada de salud de la Patrulla Aérea Civil Colombiana tres años antes, donde se realizó biopsia de las lesiones, que confirma la impresión diagnóstica inicial de lobomycosis (**Figura 1**).

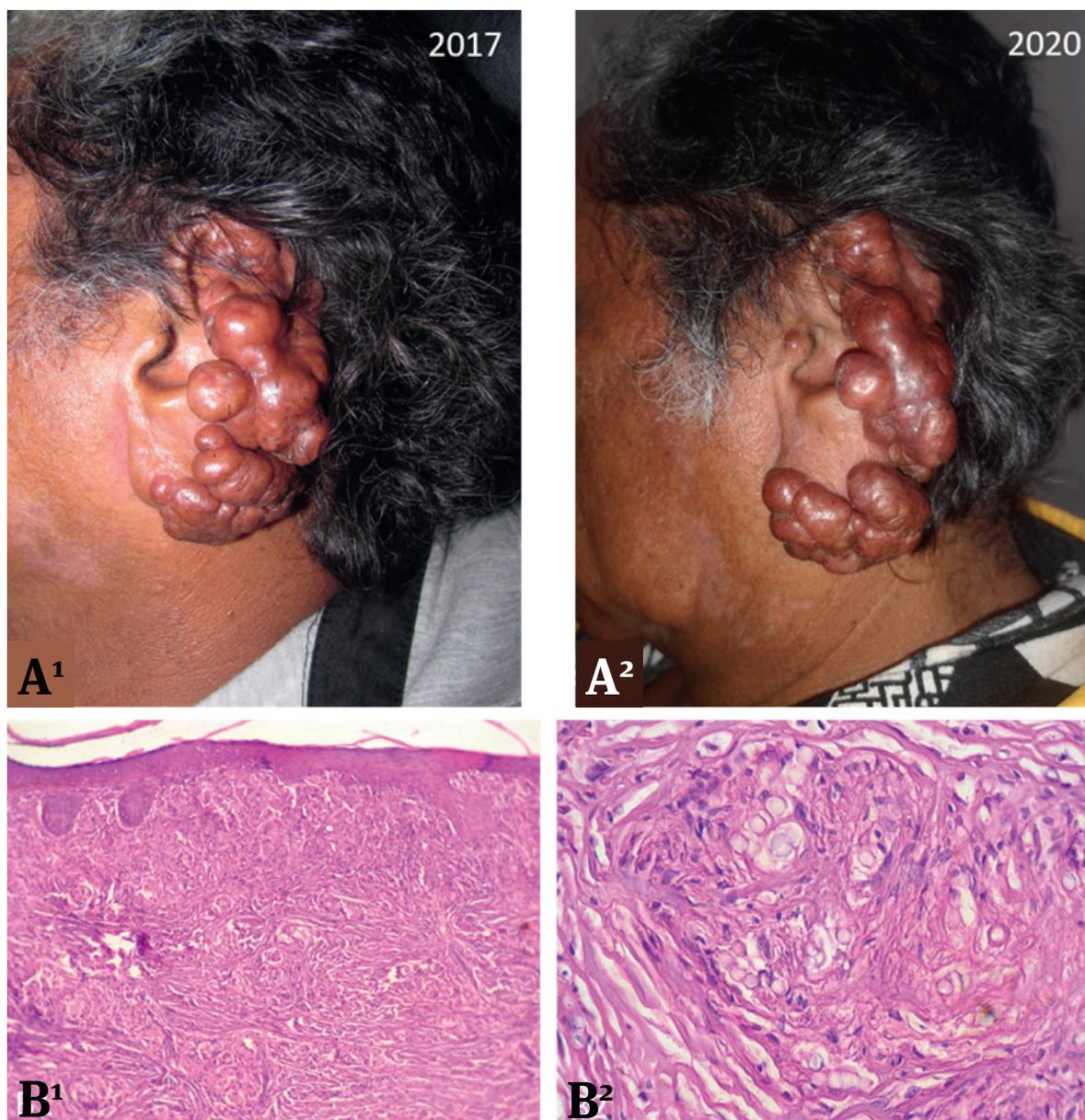


Figura 1. A. Múltiples lesiones nodulares que se agrupan formando tumores de características queiloideas y comprometen todo el pabellón auricular externo izquierdo (fotografías de 2017 y 2020). **B.** Epidermis aplanada; dermis reticular ocupada por infiltración difusa de histiocitos no multinucleados, células mononucleares y vacuolización, que a gran aumento muestra estructuras levaduriformes grandes, a menudo confluentes, con doble pared.

Paciente 2

Hombre de 51 años, mestizo, residente en el municipio La Primavera, Vichada. Presenta una lesión en el brazo derecho de 20 años de evolución, asociada a prurito leve. A la exploración física se aprecia en el área posterior del brazo derecho una placa eritematosa infiltrada

de aspecto cicatricial, con bordes irregulares bien definidos, unas áreas más claras y una zona con pequeña erosión y costra. Con impresión diagnóstica de dermatofibrosarcoma protuberante, se toma biopsia de la lesión, cuyo reporte de patología informa lobomycosis (**Figura 2**).

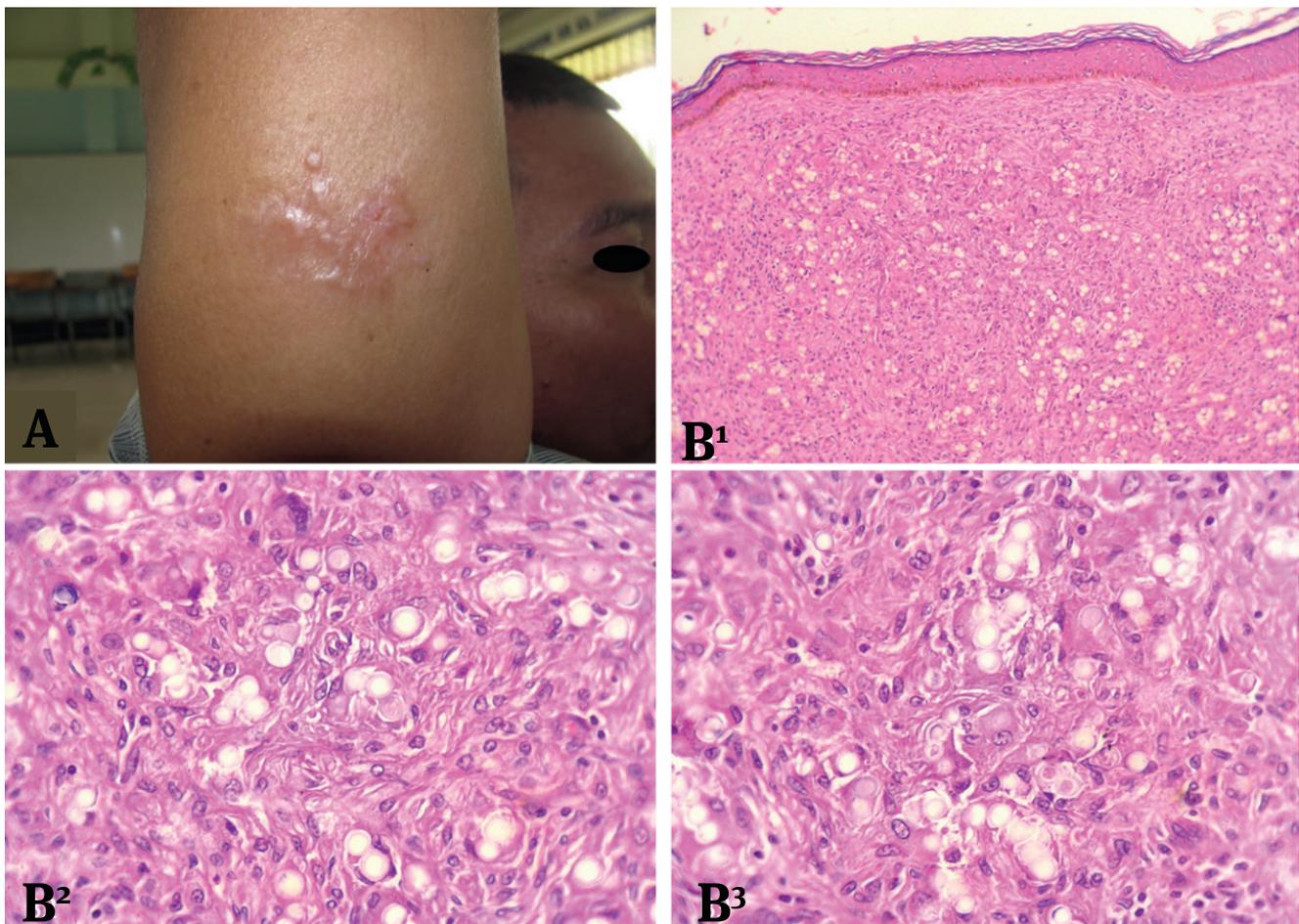


Figura 2. A. Placa de aspecto cicatricial en el brazo derecho, con área pequeña erosionada con costra. B. Epidermis aplanada y en la dermis se aprecian estructuras levaduriformes grandes, de doble pared, confluentes, que forman cadenas.

Paciente 3

Mujer de 46 años, indígena, ama de casa, residente en el área rural de Bahía Solano, Chocó. Refiere un año de evolución de una lesión en la piel de la rodilla derecha con aumento de tamaño, ocasionalmente dolorosa; niega traumatismo. A la exploración física, se

encuentra en la rodilla derecha una lesión tumoral profunda dura, móvil, con lesión nodular parda prominente, fibrosa y de aspecto queiloide. Con impresión diagnóstica de dermatofibrosarcoma protuberante frente a lobomycosis, se toma biopsia de la lesión, que confirma lobomycosis (**Figura 3**).

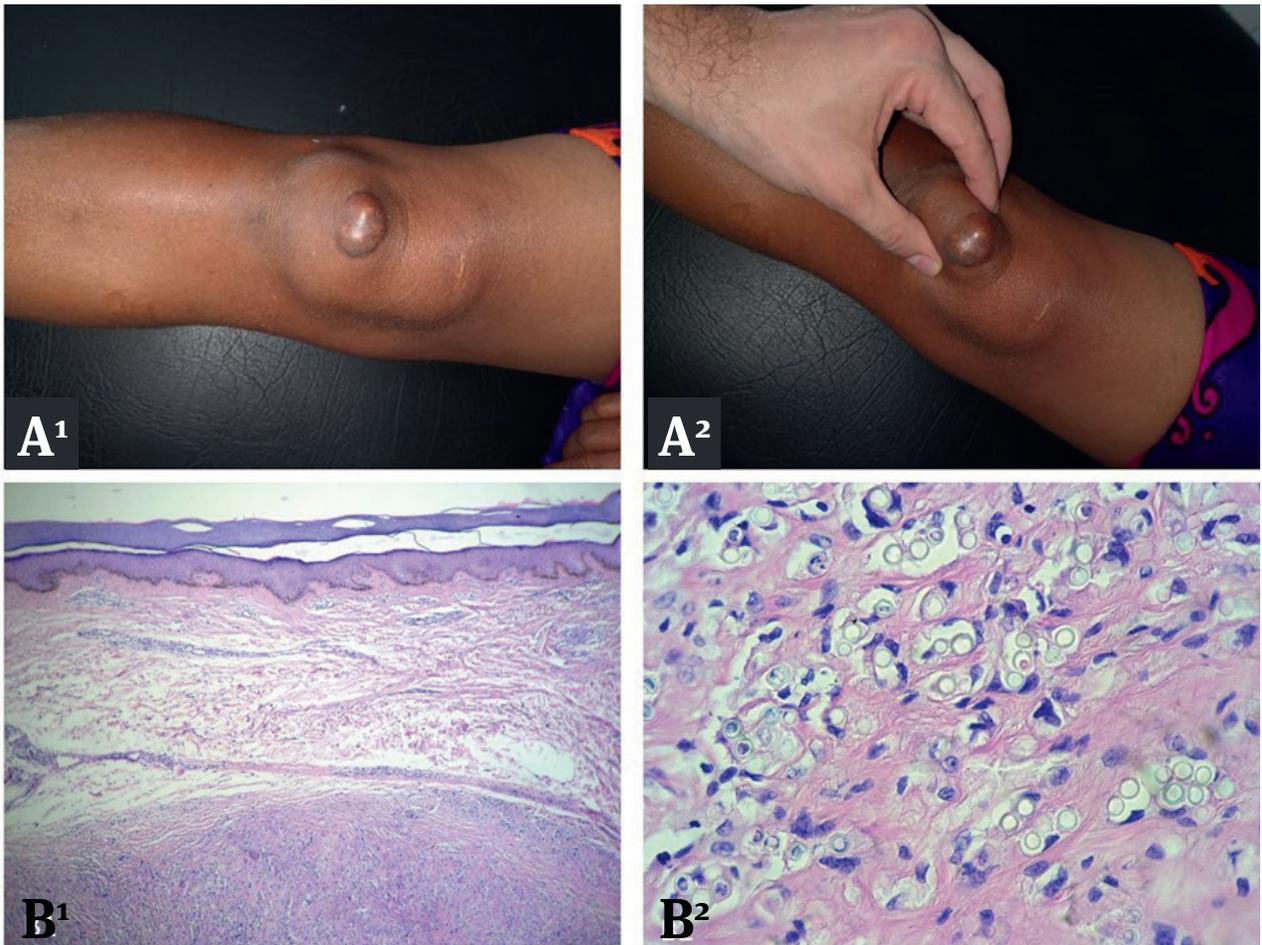


Figura 2. A. Lesión tumoral profunda dura con nódulo de aspecto queiloide en su superficie, ubicada en la rodilla derecha. **B.** Estructuras levaduriformes grandes, a menudo confluentes, las cuales muestran una pared doblemente refringente.

Paciente 4

Mujer de 38 años, mestiza, ama de casa, residente en el municipio La Primavera, Vichada. Refiere una lesión en la pierna izquierda de 20 años de evolución, que fue reseca con posterior reaparición y crecimiento; es dolorosa al contacto o traumatismo menor. A la explo-

ración física, en la zona poplíteo izquierda se aprecia una placa de 8 × 5 centímetros, bien definida, color violáceo, fibrosa y de aspecto queiloideo, con presencia de cicatriz quirúrgica central. Con impresión diagnóstica de lobomycosis frente a malformación vascular, se toma biopsia de piel de la lesión, que reporta lobomycosis (**Figura 4**).

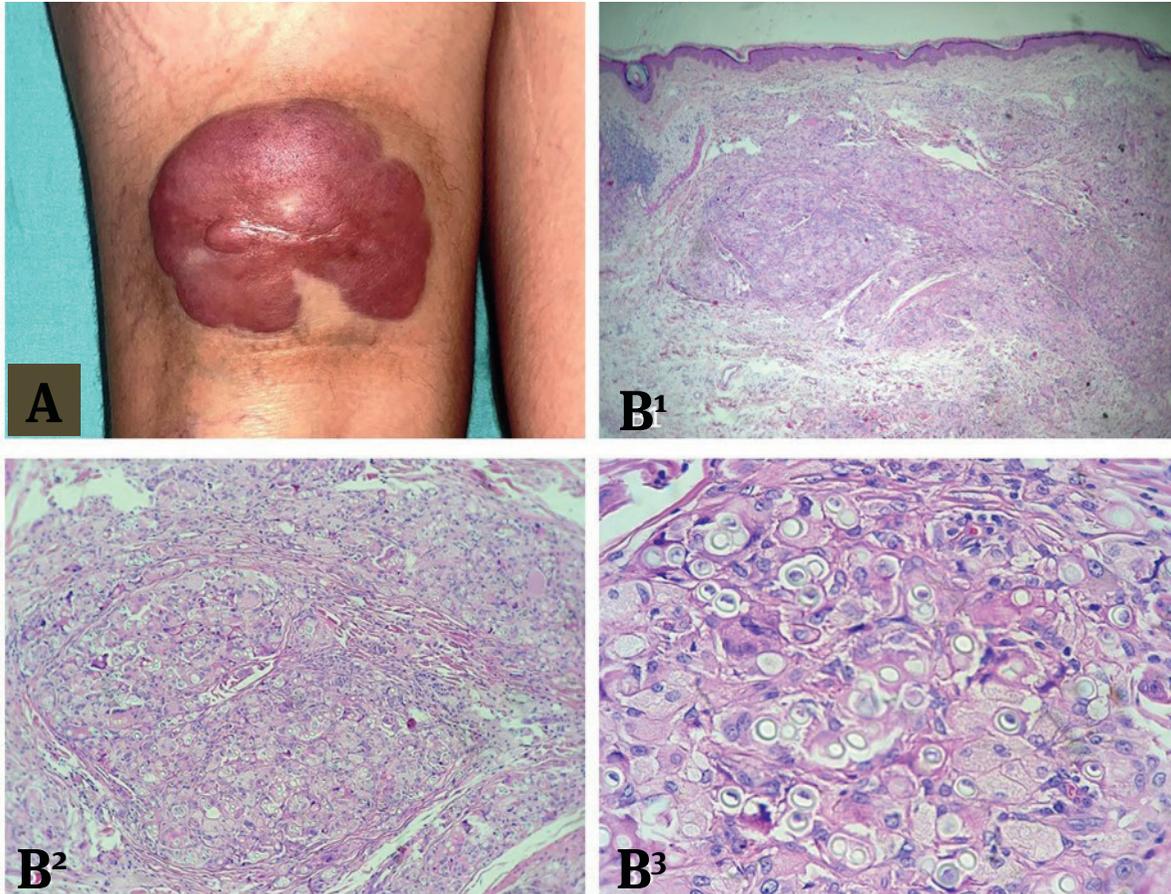


Figura 4. A. Placa violácea de aspecto queiloideo en el área poplíteo izquierda. B. Epidermis irregularmente acantótica; toda la dermis está ocupada por infiltración difusa que se extiende y compromete la hipodermis, con histiocitos individuales o con multinucleación tipo Langhans, células mononucleares y vacuolización, que a gran aumento muestra estructuras levaduriformes grandes, de doble pared, algunas confluentes.

DISCUSIÓN

La lobomycosis es una infección micótica crónica, granulomatosa de la piel y el tejido celular subcutáneo, causada por el hongo *Lacazia loboi*, cuya clasificación taxonómica ha sido controversial por ser genéticamente cercana a la *Paracoccidioides brasiliensis*. Previamente ha tenido diferentes denominaciones, entre

ellas *Glenosporella loboi*, *Paracoccidioides loboi*, *Blastomyces loboi*, *Lobomyces* y *Loboa loboi*. El primer reporte fue hecho en 1931 por el dermatólogo brasileño Jorge Lobo y fue llamada *blastomycosis queiloidiana*. Ha recibido también otros nombres, como *enfermedad y micosis de Jorge Lobo*, *blastomycosis pseudolepromatosa amazónica*, *lepra Caiabi* y *lacaziosis* ^(1, 2).

Esta enfermedad ocurre principalmente en regiones tropicales y subtropicales caracterizadas por vegetación densa, clima caliente, húmedo y con alta precipitación de lluvias; predomina en adultos de cualquier raza y está descrita más frecuentemente en hombres que realizan actividades en el medio rural con probable inoculación traumática del microorganismo. La mayoría de los casos en Latinoamérica son de Brasil y Colombia, y casi la totalidad son procedentes de la región amazónica; se destaca la alta prevalencia de la enfermedad entre el grupo indígena Caiabi, en el estado de Mato Grosso, en el centro de Brasil ⁽²⁾. En Colombia, el primer reporte fue hecho en 1958, con posterior reporte de más casos que han predominado en las regiones de la Amazonía, Orinoquía y Pacífico Colombiano, con afectación de agricultores, mineros y pescadores, mestizos, mulatos, así como indígenas y población afrodescendiente residentes en estas áreas geográficas indicadas; también han sido reportados casos en soldados colombianos, en quienes la lobomycosis se desarrolló después del servicio militar prestado en la zona amazónica del país ⁽³⁻⁶⁾. En una revisión publicada recientemente se mencionan los casos reportados en diferentes países del mundo hasta el año 2006, donde se contabiliza un total de 490 casos de lobomycosis, de los cuales, el 65% eran de Brasil, con 318 casos, y, en segundo lugar, el 10% eran de Colombia, lo que equivalían a 50 casos hasta ese momento ⁽⁷⁾. En esta publicación reportamos cuatro casos, dos hombres y dos mujeres, diagnosticados en brigadas de salud realizadas con la Patrulla Aérea Civil Colombiana en los departamentos del Vichada y Chocó, entre los años 2017 y 2020. Tres de los pacientes son mestizos y una paciente indígena, todos ellos adultos habitantes de áreas rurales con características geográficas que predisponen a la enfermedad y que dificultan el acceso al servicio de salud para una adecuada atención y control.

Otros casos esporádicos y aislados se han reportado en Europa y Estados Unidos, todos relacionados con viajes a Centroamérica y Suramérica; también hay reporte de casos en África y Grecia, así como la ya conocida descripción de la enfermedad en delfines, que puede ser explicada por la posible fase saprofítica del hongo en la vegetación, el suelo y el agua ⁽⁸⁾. Morfológicamente, los organismos hallados en los delfines difieren de los hallados en los humanos, con diferencias ultraestructurales en la pared celular. La secuenciación molecular en muestras de delfín nariz de botella con la infección mostró una secuencia más cercana al *P. brasiliensis* que a la *L. loboi* de origen humano. En este estudio del año 2016 se concluyó que el agente etiológico en delfines

fue una versión no cultivable de *P. brasiliensis*, y basados en el análisis filogenético, han usado el nombre de *P. brasiliensis variedad ceti* para estos casos ^(1, 9, 10).

El período de incubación de la enfermedad es desconocido. Se estima que puede estar entre uno y dos años, y el tiempo entre los primeros signos clínicos y la realización del diagnóstico varía de meses a años, según algunos reportes, en un tiempo promedio de 19 años.

En cuanto a las características clínicas, los pacientes presentan polimorfismo de lesiones, dado por pápulas que progresan lentamente a nódulos de superficie lisa y brillante o a placas infiltradas de aspecto queiloideo, con coloración variable, que pueden ser únicas o múltiples; también pueden formarse lesiones verrucosas que suelen ser más crónicas y, en ocasiones, presentar úlceras generalmente relacionadas con traumatismo. El tipo y tamaño de las lesiones es variable según la evolución, así como los síntomas asociados, los cuales, aunque estas suelen ser lesiones asintomáticas, están descritos en algunos casos como prurito, dolor o disestesias. Los pacientes usualmente se presentan con lesiones de varios tipos y cualquier parte del cuerpo es potencialmente susceptible de ser afectada; sin embargo, las áreas comúnmente involucradas son las orejas, los brazos y las piernas y, en general, el compromiso es unilateral.

En los pacientes de este artículo se reportan síntomas, características clínicas diferentes en cada caso y localizaciones que están de acuerdo con lo descrito en la literatura. En ellos se encontraron lesiones crónicas de años de evolución, con aspecto cicatricial y queiloideo, nódulos y tumores fibrosos que afectan, como se demuestra en las imágenes, la oreja, el brazo y las piernas. Puede presentarse también diseminación cutánea de la enfermedad, por contigüidad o autoinoculación, lo que resulta en numerosas lesiones alrededor de la lesión inicial u otras que confluyen y forman lesiones de mayor tamaño; esto es un proceso progresivo y lento que se da a través de los años. Se ha descrito también el compromiso de los ganglios linfáticos regionales, que no suele afectar el estado general del paciente. Dada la naturaleza crónica de las lesiones, los pacientes afectados pueden desarrollar complicaciones, como el carcinoma escamocelular ^(1, 4, 5, 8).

La lobomycosis ha sido reportada en algunos pacientes en coinfección con otras enfermedades infecciosas, tales como lepra, paracoccidiodomicosis, cromomycosis, leishmaniasis y tiñas ^(5, 11, 12).

El diagnóstico se confirma con el examen micológico directo e histopatológico de la biopsia. En el examen directo (KOH), pueden encontrarse levaduras de tamaño uniforme, redondeadas u ovaladas, de doble contorno, solas o en cadenas, como *perlas de rosario*, usualmente con una membrana birrefringente. Hasta el momento, este hongo no ha sido cultivable y no crece en los medios de cultivo disponibles. En la biopsia de la lesión, los hallazgos histopatológicos incluyen inflamación granulomatosa dérmica con células gigantes, histiocitos y estructuras micóticas con doble pared, monogemantes o en cadenas unidas por puentes estrechos; muchas de estas levaduras se observan fagocitadas e intracelulares. En las biopsias con tinción básica de estos casos reportados se encontraron hallazgos que confirmaron el diagnóstico de la infección. Las estructuras pueden verse con la tinción de hematoxilina-eosina y ser resaltadas con tinciones como ácido peryódico de Schiff (PAS) o Grocott Gomori (tinción de plata metanamina). La epidermis típicamente presenta rectificación de la red de crestas y áreas atróficas sobre una delgada banda clara, zona Grenz, que la separa del infiltrado dérmico. También pueden observarse áreas acantóticas con hiperqueratosis y espongiosis y está documentado el fenómeno de eliminación transepidérmica del hongo asociado con hallazgos de infundíbulo hiperplásico ^(1, 2, 5).

La respuesta inmunitaria celular alterada causa cronicidad de las lesiones y facilita la abundancia del hongo en estas; los macrófagos infiltrados por este hongo tienen niveles aumentados de factor de crecimiento transformante β (TGF- β), el cual suprime la actividad lítica de los macrófagos y promueve la producción de fibrosis, que contribuye a la apariencia queloide de las lesiones ⁽¹⁾.

Para el diagnóstico diferencial de esta enfermedad, deben tenerse en cuenta diagnósticos como queloides, leishmaniasis cutánea, lepra lepromatosa, otras micosis subcutáneas, como esporotricosis, cromomicosis y paracoccidioidomicosis, y entidades malignas, como el dermatofibrosarcoma protuberante, el sarcoma de Kaposi y el carcinoma escamocelular, esto dependiendo del estadio clínico y las lesiones que presente cada paciente.

En cuanto al tratamiento, el método de elección es la resección quirúrgica ampliada, mientras sea posible, principalmente en lesiones localizadas, teniendo cuidado de no contaminar el material quirúrgico para evitar nuevas siembras. También se han reportado terapias con calor local, criocirugía y electrocauteri-

zación. Con respecto a los medicamentos sistémicos, se han administrado durante períodos prolongados clofazimina, itraconazol, posaconazol, anfotericina B, ketoconazol, 5-fluorocitosina y trimetoprim-sulfametoxazol, todos con resultados variables y efectividad parcial. También se ha descrito el uso concomitante de clofazimina con itraconazol, el uso de itraconazol como un adyuvante para prevenir las recurrencias de las lesiones removidas quirúrgicamente y el uso de clofazimina, dapsona y rifampicina en pacientes con coinfección por lepra, en los que se han reportado mejores resultados al tratamiento, esto relacionado, probablemente, con la efectividad de la clofazimina en ambas infecciones y un posible efecto limitante del medicamento en la progresión de las lesiones queloideas de la lobomycosis ^(1, 2, 7, 8, 11).

Debe realizarse seguimiento a largo plazo de los pacientes tratados con cirugía, ya que las recidivas son frecuentes en estos casos y probablemente la mejor opción terapéutica sea la combinación de varios de estos métodos descritos. En los pacientes de este reporte de casos, se indicó el manejo quirúrgico y la terapia con itraconazol oral, pero dadas las características sociales de estas personas y las áreas geográficas apartadas del país donde habitan, se dificulta el acceso a los servicios de salud, tanto para el tratamiento como para los controles clínicos, lo que se convierte en una gran desventaja para el manejo de la enfermedad.

CONCLUSIONES

La lobomycosis es una infección micótica crónica con implicaciones funcionales y estéticas que afectan gravemente a algunos pacientes. Probablemente es una enfermedad subdiagnosticada en nuestro país, dadas las dificultades de acceso a los servicios de salud en las zonas geográficas aisladas donde pueden presentarse la mayoría de los casos. Esta enfermedad tropical ha sido históricamente desatendida y debe ser tenida en cuenta en Colombia, ya que es el segundo país a nivel mundial con más casos. Se presentan estos pacientes hombres y mujeres con características ilustrativas de la enfermedad, habitantes de la Orinoquía y el Pacífico Colombiano, que son áreas diferentes a la comúnmente descrita área amazónica, para tener siempre presente su clínica y, en lo posible, mejorar las condiciones de acceso al sistema de salud de los pacientes, para impactar positivamente y realizar un diagnóstico, tratamiento y controles oportunos.

Puntos clave

- La lobomicosis es una enfermedad micótica crónica de la piel, que, aunque rara, debe ser tenida en cuenta para su adecuado diagnóstico y manejo.
- Afecta en su mayoría a hombres que habitan áreas tropicales. Ha sido descrita en la selva amazónica en población indígena y también en otras regiones colombianas con características climáticas similares y en personas propensas a sufrir traumatismos en la piel que facilitan el ingreso del microorganismo.
- Puede presentar lesiones clínicas polimorfas, aunque una característica frecuente es las lesiones similares a queloides, que deben hacer sospechar el diagnóstico en un contexto adecuado.

AGRADECIMIENTOS

A la Patrulla Aérea Civil Colombiana, por la realización de las brigadas de salud en áreas remotas del país y por aportar información para el reporte de los casos, así como a la Asociación Colombiana de Dermatología y Cirugía Dermatológica (AsoColDerma) por su apoyo, y a los pacientes que aceptaron y permitieron esta publicación.

REFERENCIAS

1. Francesconi VA, Klein AP, Botelho Gualda Santos AP, Ramasawmy R, Francesconi F. Lobomycosis: epidemiology, clinical presentation, and management options. *Ther Clin Risk Manag.* 2014;10:851-60. <https://doi.org/10.2147/TCRM.S46251>
2. Ramos-E-Silva M, Aguiar-Santos-Vilela F, Cardoso-de-Brito A, Coelho-Carneiro S. Lobomycosis, literature review and future perspectives. *Actas Dermosifiliogr.* 2009;100:Supl.1:92-100. [https://doi.org/10.1016/s0001-7310\(09\)73173-4](https://doi.org/10.1016/s0001-7310(09)73173-4)
3. Rodríguez Toro G. Enfermedad de Jorge Lobo o Blastomycosis queloidiana. Nuevos aspectos de la entidad en Colombia. Revisión. *Biomédica.* 1989;9(3-4):133-46. <https://doi.org/10.7705/biomedica.v9i3-4.1985>
4. Rodríguez-Toro G. Lobomycosis. *Int J Dermatol.* 1993;32(5):324-32. <https://doi.org/10.1111/j.1365-4362.1993.tb01466.x>
5. Arenas CM, Rodríguez-Toro G, Ortiz-Florez A, Serrato I. Lobomycosis in soldiers, Colombia. *Emerg Infect Dis.* 2019;25(4):654-60. <https://doi.org/10.3201/eid2504.181403>
6. Rodríguez-Toro G, Tellez N. Lobomycosis in Colombian Amer Indian patients. *Mycopathologia.* 1992;120(1):5-9. <https://doi.org/10.1007/BF00578495>
7. Gonçalves FG, Rosa PS, Belone A, Carneiro LB, de Barros V, Bispo RF, et al. Lobomycosis Epidemiology and Management: The Quest for a Cure for the Most Neglected of Neglected Tropical Diseases. *J Fungi.* 2022;8(5):494. <https://doi.org/10.3390/jof8050494>
8. Talhari S, Talhari C. Lobomycosis. *Clin Dermatol.* 2012;30(4):420-4. <https://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2011.09.014>
9. Vilela R, Mendoza L. Paracoccidioidomycosis ceti (Iacaziosis/lobomycosis) in dolphins. En: *Emerging and Epizootic Fungal Infections in Animals.* Springer: 2018. https://doi.org/10.1007/978-3-319-72093-7_9
10. Vilela R, Bossart GD, St. Leger JA, Dalton LM, Reif JS, Schaefer AM, McCarthy PJ, et al. Cutaneous Granulomas in Dolphins Caused by Novel uncultivated Paracoccidioides brasiliensis. *Emerg Infect Dis.* 2016;22(12):2063-9. <https://doi.org/10.3201/eid2212.160860>
11. Lhara GM, Massone C, Schettini AP, Maroja MF. Leprosy and Lobomycosis: First report from the Amazon Region. *Lepr Rev.* 2015;86(2):195-201.
12. Heleine M, Blaizot R, Cissé H, Labaudinière A, Guerin M, Demar M, et al. A case of disseminated paracoccidioidomycosis associated with cutaneous lobomycosis. *J Eur Acad Dermatol Venerol.* 2020;34(1):e18-e20. <https://doi.org/10.1111/jdv.15863>

Fibroxiantoma atípico: serie de casos

Gabriella González¹; Hugo Eduardo Herrera²; Álvaro Acosta-de Haart³; Héctor Camilo Pérez-Cely⁴

RESUMEN

Introducción: el fibroxantoma atípico (FXA) es un tumor que aparece en pacientes de edad avanzada, con antecedente de fotoexposición, con mayor incidencia de casos en la cabeza y el cuello. No existen cifras epidemiológicas respecto a la incidencia en Colombia; sin embargo, se ha reportado que la incidencia del FXA en España es de 0,59 casos/100.000 habitantes; por ende, se reconoce que es una lesión tumoral de baja incidencia ⁽¹⁾. El objetivo del presente estudio es reportar tres casos de pacientes quienes presentaron un fibroxantoma atípico en diferentes localizaciones anatómicas y que recibieron manejo quirúrgico con resección local amplia y cirugía de MOHS. **Métodos:** se realizó una descripción de serie de casos y una narración de la literatura de tres instituciones diferentes de manejo con cirugía micrográfica de Mohs y resección local amplia. **Conclusión:** es un tumor de difícil manejo; por su recurrencia local y dificultad diagnóstica, es importante realizar una adecuada correlación clínico-patológica e inmunohistoquímica, donde el manejo óptimo es la cirugía micrográfica de Mohs. Debido a que es un tumor poco frecuente en la población colombiana, resalta la importancia de esta serie de casos.

PALABRAS CLAVE: Cirugía de MOHS; Neoplasia dérmica; Tumor fibrohistiocítico.

ATYPICAL FIBROXANTHOMA: A CASE SERIES

SUMMARY

Introduction: Atypical fibroxanthoma (AFX) is a tumor that appears in elderly patients with a history of sun exposure and has a higher incidence of cases in the head and neck. There are no epidemiological figures regarding the incidence in Colombia; however, it has been reported that the incidence of AFX in Spain is 0.59 cases/100,000 inhabitants. Therefore, it is recognized as a *low-incidence tumor* ⁽¹⁾. The objective of this study is to report three cases of patients who presented an AFX in different anatomical locations and received surgical management with wide local resection and MOHS micrographic surgery. **Methods:** A description of a case series managed with Mohs micrographic surgery and wide local resection and a literary narrative review from three different institutions were performed. **Conclusion:** An AFX is a difficult tumor to handle due to its local recurrence and diagnostic difficulty. It is important to perform an adequate clinicopathological and immunohistochemical correlation, with Mohs micrographic surgery being the optimal treatment. Since it is a rare tumor, in the Colombian population the importance of this case series of cases stands out.

KEY WORDS: Dermal neoplasm; Fibrohistiocytic tumor; Mohs surgery.

1. Universidad El Bosque. ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-8055-9800>
2. Universidad El Bosque. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8478-4169>
3. Universidad Nacional de Colombia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2301-8348>
4. Instituto Nacional de Cancerología, Dermatología Oncológica. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9209-9834>

Correspondencia: Gabriella González; email: gfgonzalez7@gmail.com

Recibido: 9/28/2022; **aceptado:** 5/9/2023

Cómo citar: González G, Herrera HE, Acosta-de Haart A, Pérez-Cely HC. Fibroxantoma atípico: serie de casos. Rev. Asoc. Colomb. Dermatol. Cir. Dermatol. 2023;31(1):50-58. DOI: <https://doi.org/10.29176/2590843X.1736>

Financiación: No hubo financiación en este estudio, **conflictos de interés:** No se reportan conflictos de interés en este estudio.

CASO N.º 1

Se trata de una paciente femenina de 88 años, quien asiste a consulta por presentar lesiones en la cara, de varios años de evolución, que en la exploración física correspondían a múltiples pápulas eritematosas y queratósicas, por lo cual se inicia manejo para queratosis actínicas con 5-fluorouracilo tópico. A la semana presenta un tumor exofítico vascularizado en cabeza de

ceja derecha, de aproximadamente 10 milímetros, con posterior ulceración (**Figura 1**), por lo cual se decide suspender el manejo y realizar toma de biopsia con impresión diagnóstica de carcinoma escamocelular frente a granuloma telangiectásico sobre queratosis actínica. La paciente tiene antecedentes de múltiples carcinomas basocelulares y queratosis actínicas.



Figura 1. Se evidencia una lesión tumoral exofítica, eritematosa, ulcerada, de bordes bien delimitados, de aproximadamente 10 milímetros, en la región supraciliar derecha. Foto cortesía de los autores.

La biopsia obtenida reportó un tumor de células fusiformes y epitelioides atípico, con requerimiento de realizar estudios complementarios de inmunohistoquímica para definir el diagnóstico. Se solicitó la inmunohistoquímica, la cual reportó AE1/AE3 negativo, S100 negativo, CD31 negativo, CD34 negativo en células tumorales y positivo en espacios vasculares, CD68 positivo en las células tumorales, por lo que se concluye

que se trata de un tumor de células fusiformes y epitelioides, atípico y ulcerado, compatible con fibroxantoma atípico (FXA).

Debido al diagnóstico de FXA periocular, se remite a dermatología oncológica para cirugía micrográfica de Mohs.

CASO N.º 2

Se trata de un paciente masculino de 58 años, quien consulta por presentar una lesión tumoral en el cuero cabelludo, de dos meses de evolución, que presentó sangrado posterior al baño, por lo cual decidió consultar. Antecedentes de importancia: hepatitis A, hipertensión arterial y epilepsia.

A la exploración física se evidencia una placa eritematosa de 15 × 12 milímetros, de bordes mal definidos, localizada en la región parietal izquierda (**Figura 2**).



Figura 2. Se observa placa eritematosa de 15 × 12 milímetros, de bordes mal definidos, localizada en la región parietal izquierda. Foto cortesía de los autores.

Se realiza biopsia, la cual reporta un tumor fusocelular mal diferenciado, que favorece un comportamiento biológico maligno; sin embargo, para confirmar el diagnóstico, se realizan estudios de inmunohistoquímica, los cuales reportando una lesión neoplásica maligna débilmente activa para actina de músculo liso, fuertemente positiva para CD10 y negativa para cóctel de queratinas 34BetaE12, P40, Melan A, SOX 10, CD31 y CD99, Ki6: 80%; un perfil inmunofenotípico principalmente consistente con FXA.

Debido al diagnóstico de cáncer de células fusiformes con posible gran extensión subclínica lateral y profunda, se indica cirugía micrográfica de Mohs. Se delimitaron los bordes del tumor con dermatoscopio, con lo que se obtuvo un tamaño del defecto quirúrgico final de 38 × 38 milímetros, con márgenes libres de compromiso tumoral y cicatrización por segunda intención.

CASO N.º 3

Se trata de un paciente masculino de 57 años, quien consulta por presentar un cuadro clínico de cinco meses de evolución, consistente en la aparición de lesión tumoral en el brazo izquierdo de rápido creci-

miento, asociada a sangrado, por lo cual consulta. No presenta antecedentes de importancia.

A la exploración física se evidencia un tumor ulcerado moderadamente definido, eritematoso, de 15 milímetros de diámetro en el brazo izquierdo (**Figura 3**).



Figura 3. Se observa una lesión tumoral ulcerada moderadamente definida, eritematosa, de 15 milímetros de diámetro, en el brazo izquierdo. Foto cortesía de los autores.

Se realiza toma de biopsia, que reporta piel revestida por epidermis atrófica y en la dermis una lesión tumoral de células pleomórficas, de núcleos largos hiper cromáticos, mezcladas con otras de aspecto epitelioides, con núcleo vesiculoso y nucléolo visible dispersos en pequeños nidos entre haces de colágeno, asociados a histiocitos espumosos y células gigantes. Para orientar mejor el diagnóstico, se realizan estudios de inmuno-

histoquímica, que reportan células tumorales reactivas para CD99, CD10 y CD68, con focal expresión de AML y S100, negativas para SOX 10, EMA, CD34, ERG, destina y CKA1/E3, lo que confirma el diagnóstico de FXA.

Debido a la localización de la lesión, se remite a cirugía de tejidos blandos para realización de resección convencional, con margen de 2 centímetros de diámetro.

HISTORIA

El término *fibroxantoma atípico* fue descrito por primera vez por Helwig, en 1961. En la publicación inicial, Helwig describe el tumor como una neoplasia compuesta por células atípicas, fusiformes, poligonales y pleomórficas, de aspecto xantomatoso. Inicialmente, fue clasificado de aspecto clínico y biológico benigno; sin embargo, la histopatología es de aspecto maligno⁽²⁾.

GENERALIDADES

El fibroxantoma atípico (FXA) es un tumor maligno cutáneo de células fusiformes pleomórficas y poco frecuente. Previamente se clasificaba como un *sarcoma de bajo grado*; sin embargo, la última clasificación de tumores de tejidos blandos y hueso de la Organización Mundial de la Salud (OMS) clasifica al FXA como un tumor dérmico benigno de linaje dudoso. No se conoce con certeza el origen de las células tumorales; se debate un origen de miofibroblastos o células similares a fibroblasto. Previamente llamado *pseudosarcoma de la piel*, *dermatofibroma pseudosarcomatoso* o *reticulohistiocitoma pseudosarcomatoso*, es un tumor solitario de la piel, que aparece con mayor frecuencia en las zonas fotoexpuestas o previamente irradiadas, en hombres mayores⁽³⁾.

Generalmente, aparece un nódulo exofítico en forma de cúpula, de rápido crecimiento, que mide entre 1 y 2 centímetros de diámetro, que puede presentar lesiones secundarias, como costras serosas o hemorrágicas o ulceración. Presenta un curso clínico de malignidad intermedia debido a que pueden ser localmente invasivos y generar metástasis; no obstante, se han descrito pocos casos.

FACTORES DE RIESGO

Existen diferentes factores de riesgo que podrían predisponer el desarrollo de un FXA, entre ellos, los más frecuentes son el fotodaño o la exposición solar crónica de la piel de la cabeza y el cuello, hombres caucásicos mayores, mutaciones inducidas por la luz UV, como los dímeros de pirimidina, y mutaciones específicas de p53 y niños con xeroderma pigmentoso. Otros posibles factores de riesgo estudiados son antecedentes de radioterapia, inmunosupresión, quemaduras y traumatismo previo del sitio del tumor⁽⁴⁾.

DERMATOSCOPIA

A la dermatoscopia, pueden evidenciarse áreas blancas con un patrón vascular polimorfo atípico caracterizado por vasos lineales, punteados, en horquilla arborescentes y tortuosos; sin embargo, estos hallazgos no son específicos. Los signos dermatoscópicos que se han descrito predictores positivos son áreas rojas y blancas sin estructura.

Otros hallazgos dermatoscópicos que son predictores negativos son las líneas blanquecinas, las escamas blanco-amarillentas, los vasos arboriformes y los vasos en horquilla. Con base en lo anterior, a nivel de dermatoscopia, los FXA son difícilmente diferenciables de los carcinomas basocelulares, aunque sí son diferenciables de carcinomas escamocelulares moderados-bien diferenciados. La ausencia de características específicas a la dermatoscopia se relaciona con las características histológicas del FXA, debido a que es un tumor sin línea de diferenciación clara. Es importante recordar que siempre debe sospecharse malignidad si observamos una lesión nodular, amelanótica, con vasos lineales e irregulares a la dermatoscopia⁽⁴⁾.

HISTOLOGÍA

En la histopatología se evidencia un tumor localizado en la dermis superficial, sin extensión a la fascia profunda, epidermis adelgazada o ulcerada, paraqueratosis y piel circundante con daño actínico. Se describe como un tumor altamente celular, compuesto por células grandes fusiformes, histiocíticas, células multinucleadas gigantes y células hiper cromáticas con núcleo pleomórfico⁽⁵⁾.

Existen diferentes variantes histológicas del FXA. En algunas se presenta con células fusiformes, dispuestas de forma difusa en fascículos entretejidos. Las células son gigantes, con núcleos fusiformes, y se asemejan a fibroblastos. En otros casos, se observan células epiteloides poligonales que comprometen la mayoría de la neoplasia. Además, se han descrito células con escaso citoplasma y citoplasma abundante de aspecto espumoso, como resultado de inclusiones lipídicas; estas últimas pueden llevar al diagnóstico erróneo de un xantoma⁽²⁾.

INMUNOHISTOQUÍMICA

Estas células son positivas para actina muscular específica, vimentina, y las células tipo histiocito son posi-

tivas para marcadores CD68 y CD10, aunque la mayoría de los marcadores son inespecíficos y se llega al diagnóstico por exclusión.

El FXA puede ser positivo para CD99, procolágeno 1, CD163, CD117, factor XIIIa, SMA, EMA y p63.

Los marcadores SOX10, S100, MelanA, HMB45, tirosinasa y MITF son positivos para melanoma. P40 es positivo para carcinoma escamocelular. CD31, CD34 y ERG son positivos para angiosarcoma. Desmina, miosina y músculo liso son positivos para leiomioma. CD34 y queratina son positivos para tumor fibroblástico superficial ⁽⁶⁾.

ETIOLOGÍA Y ONCOGENÉTICA

Se ha estudiado el papel de la oncogenética en los FXA y se ha demostrado que la mayoría muestran mutaciones citosina a timidina en pirimidinas de genes p53 (proteína supresora tumoral) y TERT, lo que sugiere que la tumorigénesis está causada, en parte, por mutaciones inducidas por UV. Los FXA han demostrado un perfil de expresión genética marcadamente aumentado en las vías involucradas en la transición epitelial a mesenquimatosas, demostrada por un aumento de la actividad de los marcadores mesenquimatosos y una disminución de los marcadores epiteliales. Estos pueden activarse y promover el crecimiento tumoral a través de varias vías de señalización, como AKT-PI3K, RAS, ERK, MAPK y FGF5. Los tumores FXA y el sarcoma dérmico pleomórfico tienen en común la alteración de algunos genes: FAT1, NOTCH1/2, CDKN2A, COL11A1, PDGFR, TP53, genes promotores de TERT, lo cual indica que los tumores están relacionados genéticamente y podrían ser dos extremos de un mismo grupo tumoral ⁽⁷⁾.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

El principal diagnóstico diferencial es el sarcoma dérmico pleomórfico indiferenciado (SDP), un sarcoma de tejidos blandos que carece de una línea identificable de diferenciación, con peor pronóstico. Los dos son tumores de origen mesenquimatoso fibrohistiocítico. A nivel histológico, es difícil distinguir el FXA del SDP; sin embargo, en el SDP es común observar invasión subcutánea, necrosis tumoral e invasión perineural o linfovascular ⁽⁴⁾.

Tienen una clínica similar, con presentación de una pápula o nódulo en la piel fotoexpuesta, principalmente la cabeza y el cuello en pacientes mayores. Ge-

neralmente, el FXA se limita a la dermis, con mínima invasión subcutánea y rara vez es metastásico, mientras que el SDP tiene mayor incidencia de recurrencia local (20%-28%) y metástasis (10%-20%). Se considera una variante agresiva del FXA, con mal pronóstico y altas incidencias de metástasis ⁽⁸⁾.

Para poder diferenciarlos, es necesario realizar una biopsia y estudios de inmunohistoquímica. En la histopatología, se diferencian debido a que el FXA tiene un patrón expansivo frente al SPD, que tiene un patrón infiltrativo debido a que presenta invasión subcutánea, necrosis tumoral e invasión perineural o linfovascular. El tamaño tumoral, el índice mitótico y la ulceración son superiores en el SPD ⁽⁷⁾.

A nivel genético, se han reportado mutaciones en PIK3CA en el FXA, mientras que delaciones en CDKN2A y mutaciones del promotor de TERT son más frecuentes en SPD ⁽⁷⁾.

Es importante realizar una biopsia profunda, que incluya la dermis completa, para poder descartar la invasión, e inmunohistoquímica para realizar un diagnóstico adecuado, estratificar el riesgo e iniciar el tratamiento pertinente ⁽¹⁾.

Respecto a otros diagnósticos diferenciales, pueden clasificarse según las características clínicas e histológicas. En cuanto a los diagnósticos diferenciales clínicos, se destacan carcinoma basocelular, carcinoma escamocelular, carcinoma de células de Merkel, melanoma amelanótico y granuloma piógeno. En diagnósticos diferenciales histológicos debe pensarse en otros tumores dérmicos de origen de células fusiformes, como el carcinoma de células escamosas de células fusiformes, el melanoma desmoplásico y el leiomioma ⁽⁷⁾.

MANEJO

El tratamiento de elección del FXA es la resección completa del tumor mediante una escisión local amplia de 1 a 2 centímetros, o la cirugía micrográfica de Mohs. Se ha demostrado que la mejor técnica para obtener bordes libres es la cirugía micrográfica de Mohs ⁽²⁾.

La mayoría pueden ser tratados con resección y demuestran una recurrencia con escisión local amplia de hasta el 20% y metástasis del 5%. Con Mohs, la recurrencia es del 2% al 4,6% y la metástasis es del 1% ⁽⁹⁾.

Las terapias adyuvantes con radioterapia o quimioterapia se han descrito para los casos no resecables, recurrentes o enfermedad metastásica; sin embargo, existe poca evidencia respecto a la efectividad. Se ha utilizado con mayor frecuencia la radioterapia y se ha demostrado una mayor eficacia como terapia adyuvante; sin embargo, no existen recomendaciones claras sobre la dosificación óptima, el fraccionamiento y la frecuencia.

La quimioterapia tradicional no ha demostrado ser efectiva en el tratamiento del FXA metastásico; sin embargo, las mutaciones genéticas estudiadas en la tumorigénesis podrán ser una guía para el desarrollo de terapias moleculares. Se ha descrito que los FXA que tienen mutaciones de RAS le otorgan una clínica más

agresiva, por lo cual los inhibidores moleculares de la vía RAS pueden ser un manejo óptimo para el tratamiento no resecable quirúrgicamente o metastásico (7).

Algoritmo diagnóstico

A continuación, se presenta el algoritmo diagnóstico del FXA (Figura 4) (6).

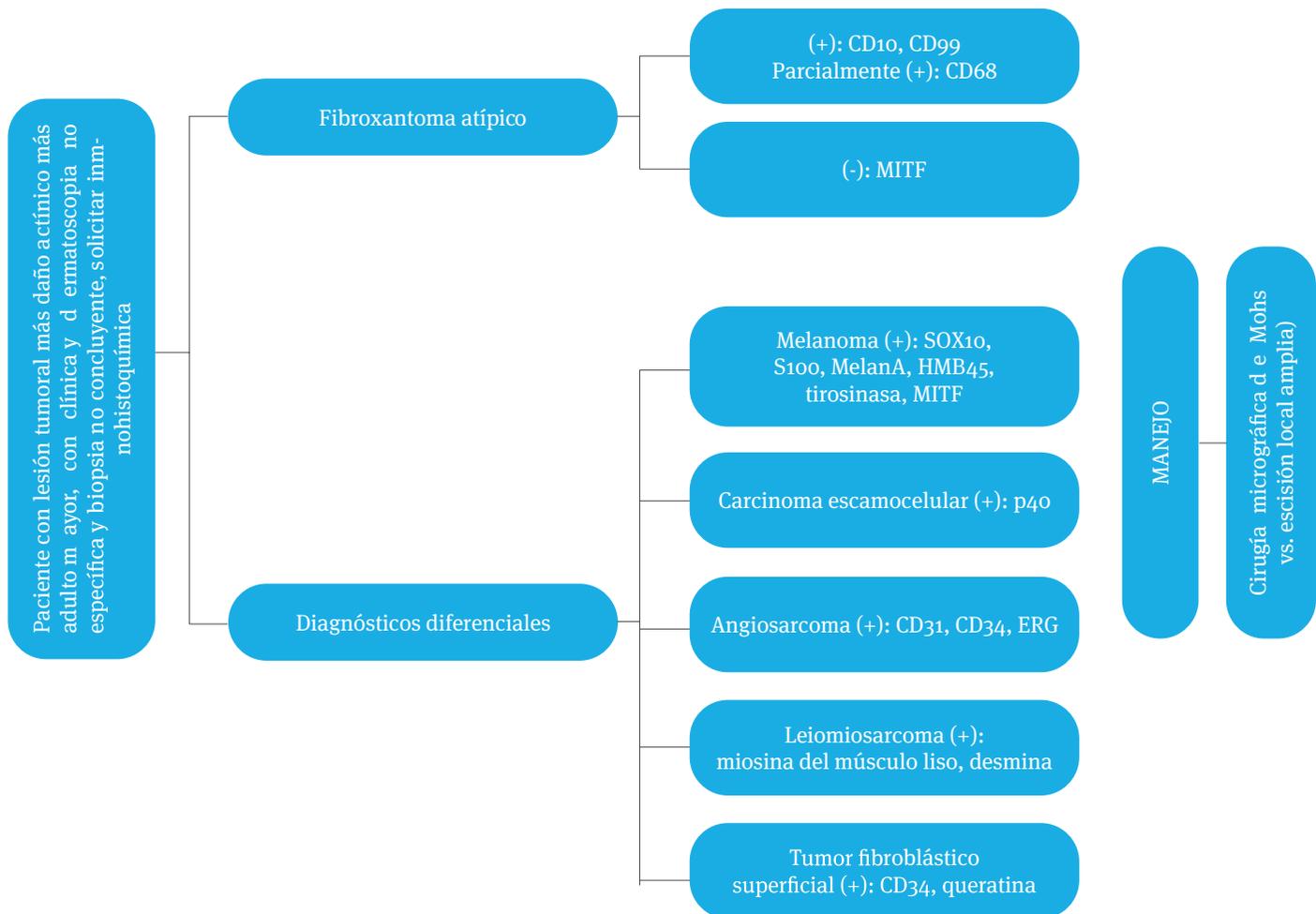


Figura 4. Algoritmo diagnóstico del FXA. Adaptada de: Gill P, et al. PathologyOutlines.com; 2022 (6).

CONCLUSIÓN

El FXA es un tumor cutáneo con potencial maligno, ubicado a nivel de la dermis en pacientes mayores, causado principalmente por fotodaño. Es de difícil manejo, primero, por su recurrencia local y, segundo, por su dificultad para diferenciarlo del sarcoma dérmico pleomórfico. Es importante una adecuada correlación clínico-patológica e inmunohistoquímica y asegurarse de la ausencia de invasión subcutánea, necrosis tumoral e invasión perineural o linfovascular tanto, por el patólogo como por el cirujano. Al tener una escasa representación en la literatura mundial, debe optarse por intervenciones que brinden un control más estricto de los márgenes, como la cirugía micrográfica de Mohs. En casos donde no esté disponible realizar cirugías con márgenes amplios, mínimo de 2 centímetros, siempre debe tenerse en mente que existe la posibilidad de que se trate de entidades con una fisiopatogenia continua entre el FXA y el sarcoma dérmico pleomórfico y, por tanto, los controles deben evaluar la recurrencia local, regional y sistémica, de momento con exploración física y evaluación sintomática de los pacientes.

Se realizó una revisión de la literatura colombiana, donde se evidenciaron los reportes de dos casos con FXA. El primer caso se trata de un paciente masculino de 75 años, quien presentó una lesión tumoral de crecimiento progresivo en el dorso nasal. Se llevó a cabo la resección con estudio inmunohistoquímico, que mostró positividad para vimentina y Kp1 y negatividad para proteína S-100, HMB45 y CEA, por lo cual se diag-

nosticó FXA y se realizó una resección local amplia, con márgenes de 5 milímetros y rotación del colgajo nasofrontal, sin recidiva ⁽¹⁰⁾.

El segundo caso describe a un paciente masculino de 82 años, quien presentó una lesión asintomática en la oreja derecha, de dos meses de evolución. Se practicó biopsia incisional con inmunohistoquímica, la cual marcó positiva para vimentina y antiqumiotripsina. Se llevó a cabo resección local amplia, incluido el cartílago auricular y el cierre primario del defecto, sin recidiva ⁽¹¹⁾.

El FXA es un tumor poco frecuente en la población colombiana. Actualmente, no existen cifras epidemiológicas respecto a su incidencia, lo cual resalta la importancia de este reporte de casos.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio se clasifica como un estudio sin riesgo, definido por la Resolución 8430 de 1993 como “[...] estudios que emplean técnicas, métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables de los individuos que participan en el estudio”. En la publicación no se incluirán datos personales de los pacientes, únicamente se realizará una revisión detallada de las variables clínicas. Por lo explicado anteriormente, de acuerdo con la Resolución 1993, se clasifica como *sin riesgo* ⁽¹²⁾.

Puntos clave

- Sospechar lesión tumoral en persona mayor, región fotoexpuesta con clínica compatible con carcinoma escamocelular, mal diferenciado de melanoma amelanótico y crecimiento rápido.
 - Superioridad de técnica micrográfica de Mohs para manejo frente a la resección local amplia.
 - Requiere manejo por rápido crecimiento y ser localmente agresivo.
-

REFERENCIAS

1. Iglesias-Pena N, Martínez-Campayo N, López-Solache L. Relation Between Atypical Fibroxanthoma and Pleomorphic Dermal Sarcoma: Histopathologic Features and Review of the Literature. *Actas Dermo-Sifiliogr.* 2021;112(5):392-405. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2020.11.018>
2. Sakamoto A. Atypical Fibroxanthoma. *Clin Med Oncol.* 2008;2:117-27. <https://doi.org/10.4137/cmo.s506>
3. Davis J, Randle H, Zalla M, Roenigk R, Brodland D. A comparison of Mohs micrographic Surgery and wide excision for the treatment of AFX. *Dermatol Surg.* 1997;23(2):105-10. <https://doi.org/10.1111/j.1524-4725.1997.tb00670.x>
4. Moscarella E, Piana S, Specchio F, Kyrgidis A, Nazzaro G, Eliceche M, et al. Dermoscopy features of atypical fibroxanthoma: A multicenter study of the International Dermoscopy Society. *Australas J Dermatol.* 2018;59(4):309-14. <https://doi.org/10.1111/ajd.12802>
5. López L, Vélez R. Atypical fibroxanthoma. *Arch Pathol Lab Med.* 2016;140(4):376-9. <https://doi.org/10.5858/arpa.2014-0495-RS>
6. Gill P, Aung P. Atypical fibroxanthoma [Internet]. *PathologyOutlines.com.* [Consultado el 15 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://rb.gy/vu48n>
7. Soleymani T, Aasi S, Novoa R, Hollmig S. Atypical Fibroxanthoma and Pleomorphic Dermal Sarcoma: Updates on Classification and Management. *Dermatol Clin.* 2019;37(3):253-9. <https://doi.org/10.1016/j.det.2019.02.001>
8. López-Llunell C, Yébenes M, Garbayo-Salmons P, Leal L, Mogedas-Vergara A. Atypical fibroxanthoma relapse as pleomorphic dermal sarcoma after slow Mohs micrographic surgery. *Int J Dermatol.* 2021;60(10) e424-e427. <https://doi.org/10.1111/ijd.15581>
9. Ryan M, Nguyen A, Kelly B, Raimer S. Atypical Fibroxanthoma of the Scalp With Cutaneous Metastasis. *Dermatol Surg.* 2021;47(1):135-7. <https://doi.org/10.1097/DSS.0000000000002192>
10. Rueda M. Fibroxantoma atípico. *Rev Col Dermatol.* 1995;4(3):79-80.
11. Gaviria M, Acosta A, Xavier H, Germán R. Fibroxantoma atípico (FXA). *Rev Asoc Col Dermatol Cir Dermatol.* 2000;8(1):79-82.
12. Del Castillo S. La situación Nutricional De La niñez En Latinoamérica: Entre La Deficiencia Y El Exceso, De Brecha Nutricional a Deuda Social. *Bio-medica.* 2012;32(4):471-3.

Melanoniquia longitudinal de rápido crecimiento: importancia del seguimiento dermatoscópico y la histopatología

Eduardo Rivera-Perdomo¹; Ángel Omar Jaimes²; Flavia Carolina Pozzobon³

RESUMEN

Las lesiones pigmentadas acrales son muy frecuentes en nuestra población. En nuestro medio, el melanoma lentiginoso acral se diagnostica habitualmente en estadios tardíos. Por ende, es fundamental realizar un diagnóstico temprano, con una adecuada correlación dermatoscópica e histopatológica en las lesiones sospechosas.

Presentamos el caso de un paciente con una melanoniquia longitudinal homogénea en el primer dedo de la mano derecha, con seguimiento dermatoscópico.

PALABRAS CLAVE: Dermoscopia; Diagnóstico precoz; Enfermedades de la uña; Melanoma; Melanoniquia; Neoplasias cutáneas.

RAPID GROWING PIGMENTED ACRAL LESION: IMPORTANCE OF DERMATOSCOPIC FOLLOW-UP AND HISTOPATHOLOGY

SUMMARY

Pigmented lesions in acral areas are very frequent in our population. Acral lentiginous melanoma in our environment is usually diagnosed in advanced stages. Therefore, the importance of proper dermoscopy and histopathological correlation in suspicious lesions is essential.

We present the case of a patient with longitudinal melanonychia in the first finger of the right hand with dermoscopic follow-up.

KEY WORDS: Dermoscopy; Early diagnosis; Melanoma; Melanonychia; Nail diseases; Skin neoplasms.

1. Residente de Dermatología, Fundación Universitaria Sanitas, Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8971-5579>
2. Dermatólogo oncólogo. Magíster. Especialista en Cirugía de Mohs y Cáncer de Piel, Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5676-0450>
3. Dermatóloga. Magíster. Especialista en Dermatoscopia Digital, Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7940-3093>

Correspondencia: Eduardo Rivera Perdomo; **email:** eduardoriveramedicina@gmail.com

Recibido: 6/12/2022; **aceptado:** 5/9/2023

Cómo citar: Rivera-Perdomo E, Jaimes AO, Pozzobon FV. Melanoniquia longitudinal de rápido crecimiento: importancia del seguimiento dermatoscópico y la histopatología. Rev. Asoc. Colomb. Dermatol. Cir. Dermatol. 2023;31(1):59-64. **DOI:** <https://doi.org/10.29176/2590843X.1708>

Financiación: Los autores no reportan fuentes de financiación, **conflictos de interés:** Los autores no reportan conflicto de intereses

INTRODUCCIÓN

El melanoma lentiginoso acral (MLA) es uno de los subtipos más frecuentes en Colombia. Suele diagnosticarse en estadios avanzados, lo que lleva a un mal pronóstico. La adecuada correlación clínico-patológica resulta en un diagnóstico certero y un tratamiento oportuno ⁽¹⁾.

El MLA en estadios iniciales es un reto diagnóstico; por ende, reportamos el presente caso.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 28 años, médico epidemiólogo, quien acudió por un cuadro clínico de seis semanas

de evolución de aparición de pigmentación en la uña del primer dedo de la mano derecha, que se inició proximal y se extendió distalmente. Negaba traumatismo, dolor e inflamación y no había recibido tratamientos previos.

En la exploración física se evidenció una melanoniquia longitudinal en la lámina ungueal del primer dedo de la mano derecha, sin signo de Hutchinson ni microhutchinson (pigmentación oscura en la piel periungueal observada a la dermatoscopia).

Se realizó dermatoscopia digital, donde se evidenció una banda melanocitaria de 0,73 milímetros de ancho, de color marrón oscuro a negro, con signo triangular (**Figura 1A**).

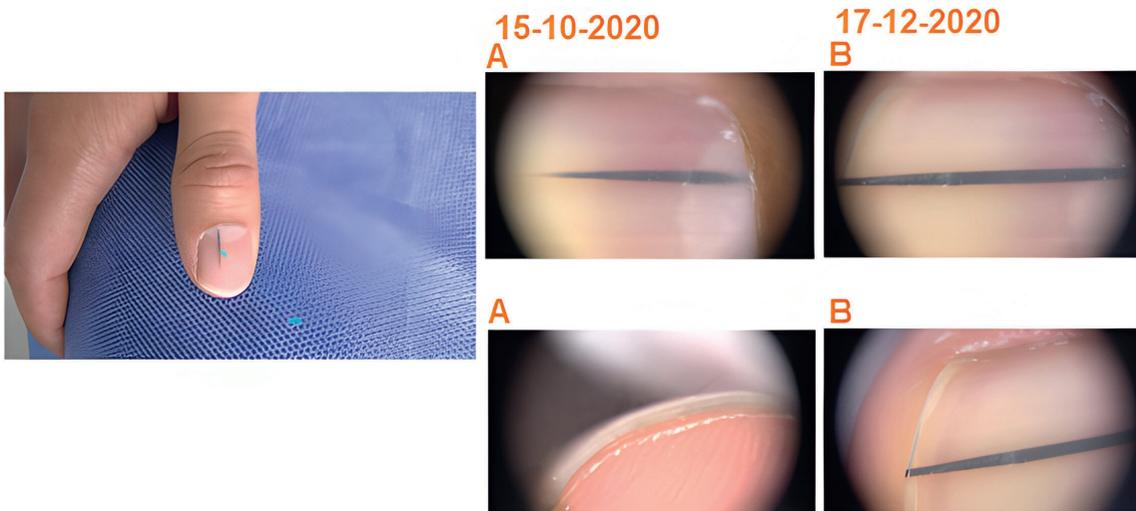


Figura 1. Seguimiento dermatoscópico en nueve semanas. A. Melanoniquia en la valoración inicial. B. Melanoniquia al control.

Teniendo en cuenta que era una lesión incipiente, con ancho de la banda menor de 1 milímetro, se consideró que podría presentarse dificultad técnica para realizar la biopsia de la matriz ungueal y así mismo dificultades para la inclusión en la parafina y visualización histológica, por lo que se realizó seguimiento a los dos meses, donde se observó un incremento en el ancho de banda a 0,83 milímetros. Los hallazgos sugirieron melanoniquia con crecimiento rápido significativo, por lo que se decide tomar biopsia (**Figura 1B**).

Se evidenció una proliferación de melanocitos desorganizada a nivel de la unión dermoepidérmica, con núcleos grandes y de contornos irregulares, de cromatina densa y dendritas prominentes con proyecciones gruesas, que sugería una proliferación melanocítica lentiginosa atípica compatible con melanoma acral lentiginoso *in situ* incipiente (**Figura 2**).

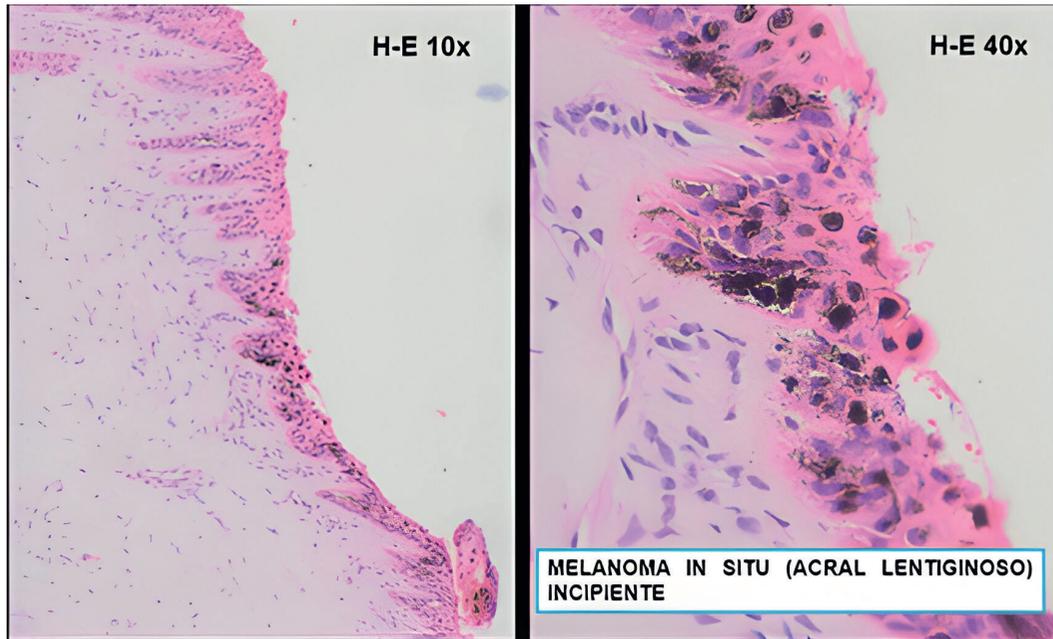


Figura 2. Proliferación melanocítica lentiginosa atípica.

Se indicaron marcadores de inmunohistoquímica para SOX10 y HMB45, que mostraron hiperplasia de melanocitos con dendritas largas, lo que sugiere malignidad temprana (**Figura 3**).

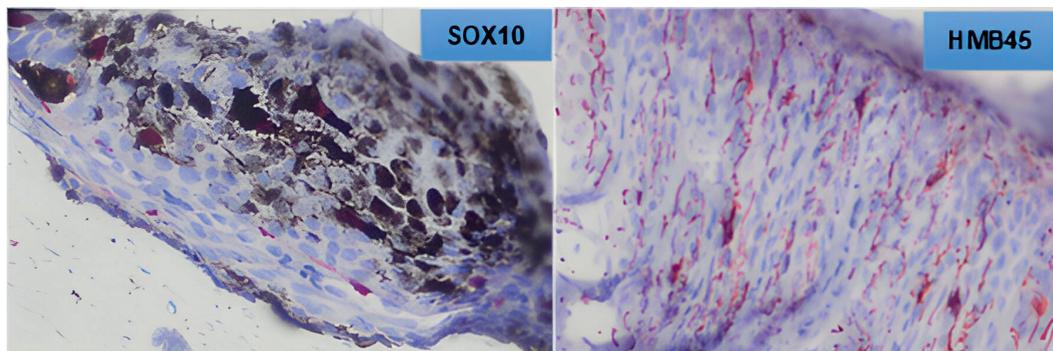


Figura 3. Hiperplasia melanocitaria y alargamiento de dendritas en inmunohistoquímica.

Se indicó cirugía micrográfica de Mohs en parafina, la cual fue negativa para lesión neoplásica residual, y posterior reconstrucción del defecto residual con injerto de piel.

DISCUSIÓN

El MLA se presenta en la piel sin pelo de las palmas, plantas o debajo de la placa de las uñas. Se considera más agresivo y tiene un pronóstico más precario que otros subtipos de melanoma ^(1, 2).

El melanoma subungueal es un tipo raro de melanoma. A nivel mundial, corresponde al 0,7%-3,5% de todos los melanomas; generalmente se origina en la matriz

y rara vez en el lecho ungueal. Desde el año 2000, se ha implementado el ABCDEF ungueal para facilitar la identificación temprana del melanoma subungueal, ya que la mayoría de las veces se descubre en etapas avan-

zadas (**Tabla 1**). Los melanomas *in situ* que se identifican y tratan precozmente son la única oportunidad de curación real y representan solamente del 10% al 16,3% de todos los melanomas ungueales en el mundo^(3,4).

Nemotecnia ABCDEF	
A	Edad de presentación (pico entre la 5. ^a y la 7. ^a década)
B	Color negro o marrón de la banda (<i>Brown, Black</i>), ancho de la banda mayor de 3 mm (<i>broad band</i>)
C	Cambio en el color de la banda
D	Dígito involucrado y la mano dominante (pulgar y <i>hallux</i> más común)
E	Extensión del pigmento a los pliegues proximales o laterales
F	Historia familiar o historia personal de melanoma o síndrome de nevo displásico

Tabla 1. ABCDEF ungueal ⁽⁵⁾.

En cuanto a los hallazgos dermatoscópicos de las lesiones pigmentadas que podrían sugerir melanoma subungueal, deben tenerse en cuenta el patrón de bandas irregulares, en el cual se observa la irregularidad en el paralelismo; el espaciamiento y grosor de las bandas, así como en el color, principalmente marrón oscuro a negro. Además, el signo triangular de la melanoniquia, con la base del triángulo orientada hacia el pliegue proximal, que indicaría crecimiento de esta; el signo microscópico de Hutchinson (extensión del pigmento marrón negruzco desde la matriz, el lecho y la lámina ungueales hacia los pliegues ungueales laterales, proximales o hiponiquio) y las hemorragias subungueales en forma de manchas de sangre o microhemorragias lineales ⁽³⁻⁵⁾.

La banda pigmentada secundaria a un melanoma subungueal tiende a ser más ancha que la de los nevos, que es mayor de 3 milímetros (a excepción de los nevos congénitos). Puede comenzar como una melanoniquia longitudinal delgada y evolucionar gradualmente a una melanoniquia total ⁽⁶⁾.

En estadios iniciales, el estudio histopatológico evidencia una proliferación de melanocitos como unidades individuales, que luego se fusionan en nidos ^(2,7).

La forma dendrítica de un melanocito no suele verse en la epidermis cuando se tiñe con hematoxilina-eosina; además, los melanosomas se degradan casi por completo cuando se transfieren a los queratinocitos ⁽⁸⁾.

Al realizar tinciones de inmunohistoquímica, la HMB45 reacciona contra un antígeno presente en melanosomas inmaduros; este anticuerpo no reacciona con los melanocitos adultos normales en reposo, independientemente de su grado de pigmentación ⁽⁸⁾.

La HMB45 es negativa si las dendritas de los melanocitos epidérmicos inactivos no se visualizan; sin embargo, en diversas lesiones pigmentadas estas pueden visualizarse, ya que los melanosomas no se degradan correctamente por su retención. Esto hace que las dendritas sean visibles incluso con tinción con hematoxilina-eosina, como es el caso de los melanocitos fetales, melanocitos adultos activados, hiperplasias atípicas melanocíticas, nevo y melanomas. En procesos melanocíticos benignos, las dendritas son cortas y delgadas y suelen mostrar la misma longitud; en el melanoma, las dendritas son gruesas y largas, lo que indicarían lesión maligna temprana ⁽⁸⁾.

Es muy importante, además, evaluar las características arquitectónicas principales, las cuales son:

- Coalescencia de melanocitos en nidos: en lesiones benignas, hay proliferación de los melanocitos como unidades individuales que luego se fusionan en nidos. En el melanoma, los nidos no son cohesivos y están mal circunscritos, son confluentes y de tamaño variable ⁽⁸⁾.
- Regularidad en la distribución melanocítica: en lesiones benignas, esta distribución es uniforme. En

el melanoma acral, proliferan como unidades no equidistantes⁽⁸⁾.

- Diseminación de los melanocitos hacia las capas superiores de la epidermis: en lesiones benignas, ascienden a lo largo del surco; en el melanoma acral, los melanocitos ascienden a lo largo de las crestas^(8, 9).

Debe evaluarse, además, la atipia celular, donde se tiene en cuenta el tamaño de los núcleos melanocíticos; si estos son más del doble del tamaño de los núcleos queratinocíticos, debe sospecharse melanoma. En cuanto a la forma, la disposición vertical de los núcleos melanocíticos es indicativa de malignidad y la cromasia se tiene en cuenta si las células son muy hiperromáticas, con núcleos oscuros⁽⁸⁻¹⁰⁾.

En estadios iniciales del MLA, es decir, con compromiso *in situ* (Breslow ≤ 1 mm), debe procurarse evitar la amputación quirúrgica de la falange para preservar la

funcionalidad de la articulación, y el mayor porcentaje de curación lo ofrece la cirugía micrográfica de Mohs⁽¹¹⁾.

CONCLUSIONES

En las melanoniquias de crecimiento rápido en adultos debe sospecharse MLA subungueal, en especial si aparecen después de los 50 años. Por ende, es de vital importancia realizar un diagnóstico precoz del melanoma, ya que, habitualmente, se diagnostica en estadios tardíos, cuando la supervivencia a corto plazo disminuye.

Puntos clave

- La dermatoscopia es una herramienta diagnóstica útil para diferenciar las lesiones melanocíticas benignas del melanoma temprano.
 - El signo triangular es poco conocido, relacionado con melanoma subungueal, especialmente en adultos.
-

REFERENCIAS

1. Pozzobon F, Fierro E, Acosta A. Características del melanoma cutáneo primario en el Instituto Nacional de Cancerología 2006-2010. *Rev Colomb Cancerol*. 2013;17(3):111-8. [https://doi.org/10.1016/S0123-9015\(13\)70013-1](https://doi.org/10.1016/S0123-9015(13)70013-1)
2. Park HS, Cho KH. Acral lentiginous melanoma in situ: a diagnostic and management challenge. *Cancers (Basel)*. 2010;2(2):642-52. <https://doi.org/10.3390/cancers2020642>
3. Koga H, Saida T, Uhara H. Key point in dermoscopic differentiation between early nail apparatus melanoma and benign longitudinal melanonychia. *J Dermatol*. 2011;38(1):45-52. <https://doi.org/10.1111/j.1346-8138.2010.01175.x>
4. Ronger S, Touzet S, Ligeron C, Balme B, Viillard AM, Barrut D, et al. Dermoscopic examination of nail pigmentation. *Arch Dermatol*. 2002;138(10):1327-33. <https://doi.org/10.1001/archderm.138.10.1327>
5. Halteh P, Scher R, Artis A, Lipner S. Assessment of Patient Knowledge of Longitudinal Melanonychia: A Survey Study of Patients in Outpatient Clinics. *Skin Appendage Disord*. 2017;2(3-4):156-61. <https://doi.org/10.1159/000452673>
6. Lallas A, Paschou E, Manoli SM, Papageorgiou C, Spyridis I, Liopyris K, et al. Dermoscopy of melanoma according to type, anatomic site and stage. *Ital J Dermatol Venerol*. 2021;156(3):274-88. <https://doi.org/10.23736/S2784-8671.20.06784-X>
7. Tan A, Stein JA. Dermoscopic patterns of acral melanocytic lesions in skin of color. *Cutis*. 2019;103(5):274-6.
8. Fernandez-Flores A, Cassarino DS. Histopathological diagnosis of acral lentiginous melanoma in early stages. *Ann Diagn Pathol*. 2017;26:64-9. <https://doi.org/10.1016/j.anndiagpath.2016.08.005>

9. Darmawan CC, Jo G, Montenegro SE, Kwak Y, Cheol L, Cho KH, et al. Early detection of acral melanoma: A review of clinical, dermoscopic, histopathologic, and molecular characteristics. *J Am Acad Dermatol.* 2019;81(3):805-12. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2019.01.081>
10. Oh TS, Bae EJ, Ro KW, Seo SH, Son SW, Kim I-H. Acral lentiginous melanoma developing during long-standing atypical melanosis: Usefulness of dermoscopy for detection of early acral melanoma. *Ann Dermatol.* 2011;23(3):400-4. <https://doi.org/10.5021/ad.2011.23.3.400>
11. Banfield CC, Dawber RP, Walker NP, Stables GI, Zeina B, Schomberg K. Mohs micrographic surgery for the treatment of in situ nail apparatus melanoma: a case report. *J Am Acad Dermatol.* 1999;40(1):98-9. [https://doi.org/10.1016/s0190-9622\(99\)70535-9](https://doi.org/10.1016/s0190-9622(99)70535-9)

Retroniquia sin paroniquia: un reto diagnóstico

Heliana Marcela Botello¹; Angie Daniela Bonelo²; Julián Andrés Chamorro³; Felipe Jaramillo-Ayerbe⁴

RESUMEN

La retroniquia es el enclavamiento de la lámina ungueal en el pliegue ungueal proximal, donde se presentan dos o más generaciones de láminas ungueales superpuestas bajo dicho pliegue. Está principalmente relacionada con microtraumas locales. El diagnóstico es clínico y en casos difíciles, es útil el uso de la ecografía para la confirmación o el descarte de otras patologías. El tratamiento definitivo es la avulsión quirúrgica de la lámina ungueal. Es frecuentemente infradiagnosticada, ya que su forma de presentación más común es la paroniquia crónica que no responde a los tratamientos convencionales; sin embargo, cuando no se manifiesta de esta manera, como en nuestro caso, el enfoque clínico se dificulta, por lo cual pueden emplearse ayudas imagenológicas que permitan un mejor abordaje de la patología.

PALABRAS CLAVE: Enfermedades de la uña; Inflamación; Paroniquia; Retroniquia.

RETRONYCHIA WITHOUT PARONYCHIA: A DIAGNOSTIC CHALLENGE

SUMMARY

Retronychia is the embedding of the nail plate into the proximal nail fold, where there are two or more generations of superimposed nail plates under such fold. It is mainly related to local micro-traumas. The diagnosis is clinical and the use of ultrasound is useful for confirmation and/or ruling out other pathologies in difficult cases. The definitive treatment is surgical avulsion of the nail plate. It is frequently underdiagnosed since its most common form of presentation is chronic paronychia that does not respond to conventional treatments; however, when it does not manifest itself in this manner, as in our case, the clinical approach is difficult, which is why imaging aids can be used to allow a better approach to the pathology.

KEY WORDS: Inflammation; Nail disease; Paronychia; Retronychia.

1. Dermatóloga. Coordinadora, posgrado de Dermatología, Universidad de Caldas, Manizales, Colombia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4199-0421>
2. Médica. Semillero de Investigación en Dermatología, Universidad Surcolombiana, Neiva, Colombia. ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-8095-0573>
3. Médico epidemiólogo, Semillero de Investigación en Dermatología, Pontificia Universidad Javeriana. Universidad Autónoma de Bucaramanga. Cali, Colombia. ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-2084-2031>
4. Médico dermatólogo. Profesor titular de Dermatología y Dermatopatología, Universidad de Caldas, Manizales, Colombia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0982-4335>

Correspondencia: Heliana Marcela Botello-Mojica; **email:** heliana.botello@ucaldas.edu.co

Recibido: 5/18/2023; **aceptado:** 5/23/2023

Cómo citar: Botello HM, Bonelo AD, Chamorro JA, Jaramillo-Ayerbe F. Retroniquia sin paroniquia: un reto diagnóstico. Rev. Asoc. Colomb. Dermatol. Cir. Dermatol. 2023;31(1):65-69. **DOI:** <https://doi.org/10.29176/2590843X.1812>

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

ENFOQUE CLÍNICO

Se solicitó ecografía, que reportó engrosamiento difuso de los tejidos blandos, que alcanza los 6 milímetros en el lado derecho (lado comprometido), comparado con los 2 milímetros en el lado izquierdo. La distancia entre el origen de la placa ungueal hasta la base de la falange fue asimétrica, lo mismo que la distancia de la placa ungueal y la base del cubrimiento subungueal de la uña, con longitudes de 5,8 milímetros en el lado derecho y de 3,1 milímetros en el lado izquierdo. Estos hallazgos se relacionan con retroniquia. Al realizar la

exploración con Doppler color, no se observó aumento de la vascularización en el lecho ungueal, aunque se identificó un incremento del volumen en este nivel, lo que hacía poco probable un tumor glómico.

Con el reporte anterior, se realizó onicectomía total sin matricectomía y se encontró lámina ungueal muy corta, con múltiples repliegues proximales, y se confirmó el diagnóstico de retroniquia sin paranoquia (**Figura 2**).

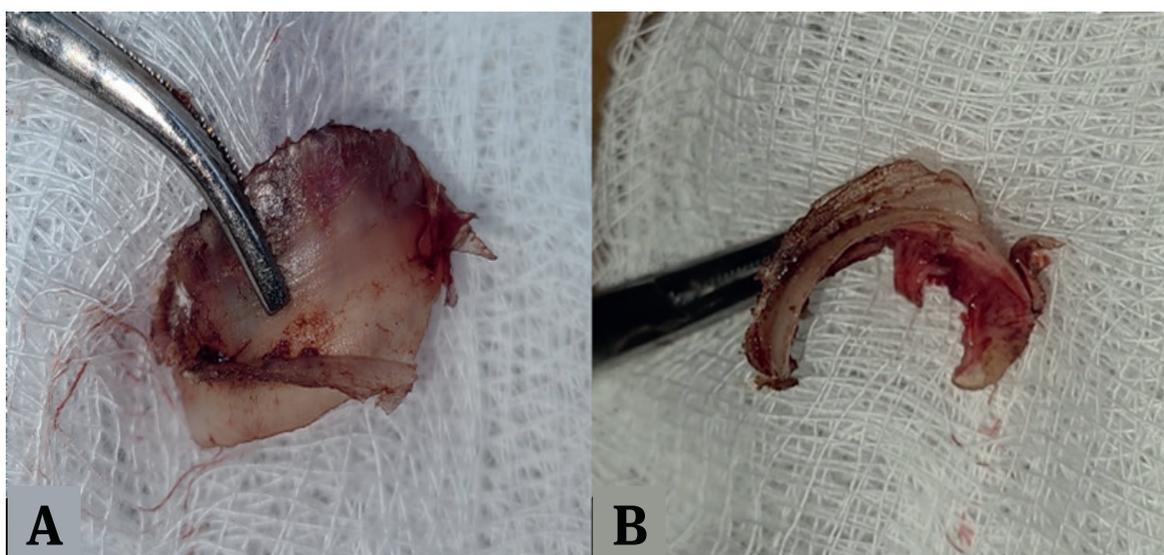


Figura 2. A. Lámina ungueal donde se observan repliegues a nivel proximal. B. Vista transversal de la lámina donde se evidencia repliegues proximales por el trauma repetido a nivel distal.

Se aconsejó a la paciente mantener cubierta la falange distal con adhesivo para realizar presión constante y favorecer el crecimiento adecuado de la lámina ungueal.

GENERALIDADES

El término *retroniquia* fue descrito inicialmente en el año de 1999 por De Berker y Renall; sin embargo, fue hasta el año 2008 que se reconoció como una entidad distintiva tras la presentación de una serie de casos en la Sociedad Europea de la Uña. Hace referencia al crecimiento interno o enclavamiento de la placa ungueal en el pliegue ungueal proximal, que genera múltiples laminillas de placa ungueal superpuestas bajo dicho pliegue, lo que resulta en paroniquia crónica y aspecto de uña amarillenta que no crece. Los eventos

desencadenantes más comunes son los traumatismos locales y las enfermedades sistémicas, que provocan la interrupción del crecimiento longitudinal del lecho ungueal y el crecimiento vertical de la nueva placa en el pliegue proximal⁽¹⁻⁴⁾.

EPIDEMIOLOGÍA

La retroniquia se ha descrito como enfermedad de la edad adulta, predominante en mujeres entre la cuarta y quinta década de la vida; sin embargo, también se han reportado casos en niños y ancianos. Afecta principal-

mente los dedos de los pies, con mayor compromiso de los dedos gordos (*hallux*) debido a su exposición a traumatismos frecuentes y, con menor frecuencia, las uñas de las manos, donde los índices y los pulgares son los más comprometidos; además, se ha informado la afectación bilateral y retroniquia en múltiples dedos ^(1,2,5,6).

FISIOPATOLOGÍA

Una lesión aguda física o sistémica marcaría el inicio de la patogenia y generaría la separación de la lámina ungueal vieja de la matriz y el lecho ungueal, con crecimiento vertical de la lámina nueva hacia el pliegue ungueal proximal. Primero, la uña ya no está adherida al lecho ungueal y es empujada permanentemente contra el pliegue ungueal proximal, lo que causa inflamación y explica los signos clínicos de dolor, paroniquia y tejido de granulación. La interrupción repetitiva del crecimiento de la matriz ungueal provoca el apilamiento de las láminas ungueales y los traumatismos repetidos impiden que la lámina nueva se adhiera al lecho ungueal, lo que perpetúa el ciclo (Figura 3) ⁽²⁾.

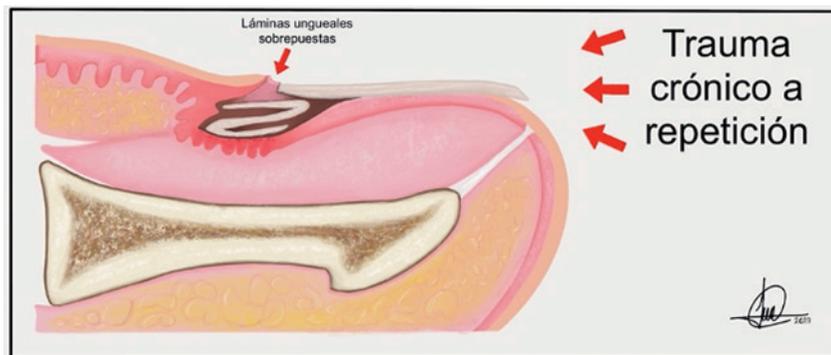


Figura 3. Ilustración de las fuerzas ejercidas sobre la uña por traumatismo a repetición, lo que lleva a plegamiento o crecimiento de nuevas placas ungueales que generan paroniquia. Fuente: imagen elaborada por el Dr. Julián Chamorro.

Hay informes de pacientes en los cuales la uña vieja permanece firmemente adherida al lecho ungueal y a los pliegues ungueales, y no puede ser empujada hacia afuera por la nueva lámina, lo que sugiere que donde dicha adherencia es más firme, el proceso de desprendimiento procede de manera anormal ⁽³⁾.

ETIOLOGÍA

Los desencadenantes más comunes son las lesiones menores repetidas (por ejemplo, zapatos que no calzan bien, prácticas deportivas como trotar o caminar) y traumatismos locales que generan presión contra el borde libre, aunque, en algunos casos, no se identifican desencadenantes. Se han descrito también como causas de esta entidad condiciones sistémicas (artritis,

tromboflebitis y posparto), que incluyen episodios de estrés severo que afectan la región de la matriz, generalmente muy sensible a la hipoxia. Entre los factores anatómicos predisponentes, se encuentran la desviación lateral del primer dedo del pie y la hiperextensión del dedo gordo ^(1,2,7).

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

La sospecha clínica de retroniquia se basa en una paroniquia proximal crónica que no mejora asociada al crecimiento interrumpido de la uña y múltiples generaciones de lámina ungueal. Otros síntomas generalmente presentes en el momento del diagnóstico son xantoniquia, dolor, dificultad para caminar (cuando las uñas de los pies están afectadas), supuración y oni-

cólisis. Es común la presencia de tejido de granulación entre los pliegues ungueales proximales laterales y debajo de este ⁽³⁾.

En la etapa temprana de la retroniquia, frecuentemente infradiagnosticada, se observa decoloración amarilla de la lámina producida por acumulación de exudado inflamatorio y múltiples generaciones de uñas debajo de la uña superior, pero con paroniquia discreta; en la etapa tardía se encuentra paroniquia, particularmente intensa, y ligera elevación del pliegue ungueal proximal ⁽²⁾.

DIAGNÓSTICO

El abordaje de la retroniquia es clínico; sin embargo, esta patología continúa siendo un reto para los médicos. Se han planteado criterios diagnósticos, como la disrupción del crecimiento longitudinal de la uña, la elevación del pliegue ungueal, la paroniquia aguda, la paroniquia crónica a repetición y la discromía; no obstante, la sintomatología puede presentarse en diferentes momentos a lo largo del curso clínico, por lo cual, los pacientes suelen no consultar de forma temprana ⁽⁷⁾. Es por esto por lo que los médicos deben pensar en esta patología cuando existan casos de paroniquia intermitente asociada a actividades traumáticas repetitivas ⁽²⁾.

En cuanto a las ayudas diagnósticas, se considera que el ultrasonido Doppler color con alta frecuencia ≥ 15 MHz ^(8, 9) es la herramienta más utilizada a nivel mundial en casos de difícil diagnóstico, aunque no se encuentra estandarizada para el abordaje de esta enfermedad, dado que es dependiente del operador y se describen múltiples hallazgos, tales como dos placas ungueales superpuestas, disminución de la ecogenicidad, aumento del flujo de la dermis proximal, entre otros ⁽²⁾.

Diagnóstico diferencial

Como causa de paroniquia debe pensarse inicialmente en infecciones tales como virus del herpes, infecciones bacterianas por *Pseudomonas*, *Staphylococcus*, *Streptococcus* o infecciones micóticas por *Candida* ⁽⁵⁾.

Además, hay que considerar enfermedades inflamatorias, como la artritis y la psoriasis, y también tumores subungueales, enfermedad de Bowen, queratoacantomas, melanoma amelanótico, quistes, carcinoma escamocelular y tumores glómicos ^(2, 4). De igual manera

debe tenerse en cuenta el uso de medicamentos, como retinoides, ciclosporina, inhibidores de la proteasa e inhibidores del receptor del factor de crecimiento epidérmico ⁽⁷⁾.

TRATAMIENTO

Hasta el momento, el tratamiento de elección continúa siendo la avulsión quirúrgica de la uña afectada ⁽¹⁾; sin embargo, hay que tener en cuenta que este procedimiento debe ser realizado por personal médico idóneo. También debe explicársele al paciente las posibles consecuencias, como la distrofia ungueal crónica (*pincer nail*, microniquia) y la xantoniquia.

En los últimos años, se ha planteado el manejo conservador para casos leves a moderados, y en las opciones terapéuticas se encuentra la ortesis y el uso de esteroides tópicos o intralesionales, estos últimos los más estudiados dado que logran la disminución del dolor y la inflamación, aunque deben considerarse según el criterio médico o en caso de que el paciente rechace el manejo quirúrgico ⁽²⁾.

CONCLUSIÓN

Se presenta un caso de retroniquia en el servicio de consulta externa, donde a la exploración física se evidenció edema e hiperpigmentación; sin embargo, no hubo signos claros de paroniquia. Por este motivo, fue primordial el apoyo de la ecografía de tejidos blandos para descartar otras alteraciones y reforzar la sospecha diagnóstica. Con este caso, se busca en los lectores recordar que esta patología debe ser tenida en cuenta en pacientes con traumatismos a repetición derivados del uso de calzado o de sus actividades diarias asociado a la presencia de paroniquia crónica intermitente. En casos de difícil enfoque clínico, es útil el uso de la ecografía Doppler color para la aproximación diagnóstica. Finalmente, el tratamiento de elección es la avulsión quirúrgica de la uña; sin embargo, puede el manejo conservador ser efectivo en casos seleccionados.

REFERENCIAS

1. Pessoa E Costa T, João AL, Lencastre A. Retronychia: A Paradigm Shift? Skin Appendage Disord. 2020;6(5):268-71. <https://doi.org/10.1159/000509370>
2. de Mello CDBF, E Souza MDR, Noriega LF, Di Chiacchio N. Retronychia. An Bras Dermatol.

- 2018;93(5):707-11. <https://doi.org/10.1590/abd1806-4841.20187908>
3. Ventura F, Correia O, Duarte AF, Barros AM, Haneke E. Retronychia - Clinical and pathophysiological aspects. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2016;16-9. <https://doi.org/10.1111/jdv.13342>
 4. Alonso-Pacheco ML, De Miguel-Mendieta E, Maseda-Pedrero R, Mayor-Arenal M. Retroniquia: estudio ecográfico y tratamiento quirúrgico de un caso. *Actas Dermosifiliogr.* 2016;107(5):33-7. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2015.06.018>
 5. Wollina U. Retronychia—an uncommon cause of chronic proximal nail fold inflammation. *Wiener Medizinische Wochenschrift.* 2021;171(3-4):53-6. <https://doi.org/10.1007/s10354-020-00781-y>
 6. Haneke E, Manola I, Smiljan Benko I, Jozić M, Hursa AM. Chronic Retronychia: Nonsurgical Treatment. *Skin Appendage Disord.* 2022;8(4):291-4. <https://doi.org/10.1159/000521496>
 7. Nakouri I, Litaïem N, Jones M, Zeglaoui F. Retronychia Clinical Features and Surgical Treatment. *J Am Podiatr Med Assoc.* 2018;108(1):74-6. <https://doi.org/10.7547/16-152>
 8. Pizarro M, Pieressa N, Wortsman X. Posttraumatic Retronychia of the Foot with Clinical and Ultrasound Correlation. *J Am Podiatr Med Assoc.* 2017;107(3):253-6. <https://doi.org/10.7547/16-076>
 9. Aluja F, Quiasúa D, Martínez H, González C. El ultrasonido del aparato ungular y su utilidad para el dermatólogo. *Rev Asoc Colomb Dermatol.* 2016;24(4):290-8.

El colega como paciente

José María Maya¹

ANÁLISIS CASO DE ÉTICA N.º 23

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. Hipócrates de Cos (460-371 a. C.) es considerado el *padre de la Medicina* y de la tradición del colegaje médico.

La Asociación Médica Mundial (AMM), en su declaración de Ginebra de 1948, establece que los médicos, al recibir su título, deben prometer: *Otorgar a mis maestros los respetos, gratitud y consideraciones que merecen y 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, destacando que el médico debe comportarse hacia sus colegas como él desearía que ellos se comportasen con él (*Trata a los demás como quisieras ser tratado*) ⁽²⁾.

La Ley 23 de 1981 o *Ley de Ética Médica Colombiana* ⁽³⁾ 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* (Artículo 29).

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 con nuevos desarrollos de los sistemas de garantía de calidad y de seguridad en la atención de los pacientes. No obstante, sigue siendo aceptado que las relaciones entre médicos deben basarse siempre en el respeto, deferencia, lealtad y consideración recíprocos, cualquiera 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.

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: 5/25/2023; **aceptado:** 5/25/2023

Cómo citar: Maya JM. El colega como paciente. Parte II. Rev. Asoc. Colomb. Dermatol. Cir. Dermatol. 023;31(1):70-72. DOI: <https://doi.org/10.29176/2590843X.1820>

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

Las orientaciones emanadas del juramento hipocrático y sus actualizaciones por la AMM son orientaciones basadas en la ética y las buenas prácticas con el enfoque de profesionalismo médico. No están basadas en normas legales ni tienen el carácter de obligatoriedad como tal. Son recomendaciones fruto de las más caras tradiciones de una profesión profundamente humana ligada a la historia de la humanidad y de su carácter de profesión autorregulada. A cambio de los privilegios que le ha otorgado la sociedad a los médicos y la confianza que depositan los pacientes en estos, la profesión médica ha establecido altos niveles de conducta para sus miembros, que permanentemente recuerdan organismos tan reconocidos y respetados como la AMM. El requisito principal de la autorregulación es el apoyo sincero de los médicos a los principios que han hecho grande y respetada su profesión y a las orientaciones para mantener no solo la credibilidad en esta, sino una adecuada relación entre sus miembros.

Uno de los ejemplos de un mal colegaje son los cobros a los colegas por la atención en salud. No se plantea que no se cobre al asegurador (en este caso, empresa de medicina prepagada) lo convenido en la relación de esta con el médico por la atención de pacientes, sino que se exonere al médico-paciente de los copagos o pagos moduladores establecidos en muchos de estos sistemas de aseguramiento. Igualmente, que se dé prioridad al colega en la atención en salud cuando lo solicite y se exonere al médico que funge como paciente del pago de honorarios cuando por su situación económica no esté cobijado por sistemas de aseguramiento en salud y tenga problemas para el pago de los servicios ⁽⁴⁾.

Un médico debería considerar un honor que un colega lo seleccione para la atención de su problema de salud. Es un reconocimiento implícito de la credibilidad que genera y del buen nombre que tiene al interior de la profesión. Los médicos solo escogemos para la atención de nuestros problemas de salud a los colegas que consideramos que tienen más autoridad epistemológica en un tema específico, más experiencia y más humanidad. Este reconocimiento debe ser el pago que recibimos por el trato deferente y solidario al colega.

En conclusión, el colegaje médico, entendido en su sentido y alcance, es una de las más nobles tradiciones de la profesión médica que debemos cultivar y conservar. El colegaje médico nunca deberá estar por encima del bien del paciente y la sociedad, ni ser la excusa para proteger el error o el mal comportamiento del colega y menos para lesionar a un tercero, llámese paciente o institución de salud.

Se es buen colega cuando se es buen ser humano, cuando le damos más valor al ser que al hacer, al servir que al ganar, y cuando nuestro compromiso con la sociedad se expresa en los ideales del profesionalismo médico: altruismo, competencia técnico-científica, respeto por la autonomía de los demás, aceptación de la primacía del bien común y sentido de solidaridad y hermandad con el colega ⁽⁵⁾. Nos hace mejores seres humanos no el simple cumplimiento de la ley, sino el apego y compromiso con los valores éticos que mejoran nuestra sociedad y mantienen el ejercicio de nuestra profesión con gran dignidad. Uno de estos elementos es la solidaridad con nuestros colegas.

REFERENCIAS

1. Asociación Médica Mundial. Declaración de Ginebra. [Consultada el 28 de abril de 2023]. Disponible en: <https://rb.gy/txkdb>
2. World Medical Association. Medical Ethics Manual. 3.a edición. Francia: Ferney-Voltaire Cedex; 2015. p. 84.
3. República de Colombia. Ley 23 de 1981 por la cual se dictan las normas en materia de ética médica. Artículo 29. Diario Oficial No. 35711 del 27 de febrero de 1981.
4. 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. 120.
5. Maya JM. El profesionalismo en la práctica médica actual. Rev Asoc Colomb Dermatol. 2015;23:4(Octubre-Diciembre):217-51.

Reglamento de publicaciones

Revisada: diciembre 2022

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 los artículos de autores provenientes de cualquier parte del mundo. Su singularidad temática está basada en el área de la dermatología, el cuidado de la piel y sus enfermedades. 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 los editores. Se encarga de divulgar artículos originales e inéditos de investigación, artículos de revisión, de reflexión, reportes de caso y otros temas relacionados de interés para la dermatología en la comunidad médica, donde puede haber contribuciones de carácter gremial o informativo. Su objetivo principal es servir como plataforma para la difusión del conocimiento científico en dermatología que pudiese contribuir a un abordaje integral de la patología cutánea.

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 de la plataforma *Open Journal System* (OJS), 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/asocol-derma>

Para ello, es necesario registrarse e iniciar sesión.

Periodicidad

Trimestral: Enero-Marzo; Abril-Junio; Julio-Sep
Trimestral: enero-marzo, abril-junio, julio-septiembre y octubre-diciembre. Ocasionalmente, se realizarán publicaciones independientes (suplementos), en formato electrónico.

Idioma de publicación

La revista tiene el español e inglés como idiomas oficiales. El título, los resúmenes y palabras clave 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; los editores son autónomos en sus directrices académicas y científicas.

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. 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 la construcción de conocimiento científico mediante el registro de información relevante sobre nuevos datos disponibles. Debe contener las siguientes secciones: introducción, materiales y métodos, resultados, discusión, conclusiones, referencias y puntos clave. Debe contar con un resumen estructurado (introducción, materiales y métodos, resultados y discusión) de máximo 250 palabras, en español e inglés, y deben indicarse de tres a doce palabras clave (usar algunas que no hagan parte del título) 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>).

Los trabajos presentados deben haber tenido en cuenta 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 Seúl, Corea, en 2008 (<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3>), así como 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. La aprobación del comité de ética debe declararse dentro del manuscrito. Las directrices éticas propias de la Revista se detallan en el documento anexo (enlace a directrices éticas).

2. Artículo de revisión

Es un trabajo de actualización sobre un campo particular de la dermatología; se caracteriza por presentar una revisión bibliográfica completa (de no más de 70 referencias y debe incluir referencias de literatura nacional). El resumen debe presentarse en español e inglés, no debe ser de más de 250 palabras y debe estar estructurado (introducción, materiales y métodos, resultados y discusión). Deben indicarse de tres a doce palabras clave (usar algunas que no hagan parte del título) 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>).

Deben indicarse el tipo de revisión (sistemática o narrativa), cuáles fueron las estrategias de búsqueda, las bases de datos, las palabras clave y los períodos en los cuales se hizo la revisión. El envío debe incluir de tres a cinco puntos clave de 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 debe presentarse en español e inglés y no debe ser de más de 150 palabras. Deben indicarse de tres a doce palabras clave (usar algunas que no hagan parte del título) 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>). El envío debe incluir de tres a cinco puntos clave de la revisión.

4. Reporte de caso

Es la sección dedicada a la comunicación de experiencias clínico-terapéuticas o histopatológicas. Su objetivo es contribuir al conocimiento médico mediante la descripción de una enfermedad nueva o poco frecuente, una aplicación clínica relevante, contribuir al esclarecimiento de la patogénesis de una enfermedad, describir alguna complicación inusual o aportar aspectos novedosos en cuanto al diagnóstico o el tratamiento. El resumen debe presentarse en español e inglés y no debe ser mayor de 150 palabras. Deben indicarse de tres a doce palabras clave (usar algunas que no hagan parte del título) 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>).

Debe contener la descripción del caso clínico, una revisión bibliográfica y una conclusión.

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 la importancia de la inclusión de las imágenes para la comprensión del artículo.

Un reporte de caso no debe tener más de cuatro autores (rev asoc colomb dermatol. 2011;19:260-1); si los autores exceden dicho número, debe sustentarse con claridad la participación de cada uno en la elaboración del artículo. Los demás participantes pueden incluirse en los agradecimientos.

Los autores deben declarar que tienen el consentimiento informado del paciente o su representante legal, en el caso de niños o adultos con discapacidad intelectual, y seguir las directrices éticas (copiar enlace).

5. Haga usted el diagnóstico

Esta modalidad de artículo de educación continua tiene el propósito de estimular la habilidad diagnóstica de los lectores. Consta de 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 y puede contener las fotografías histológicas así como una revisión bibliográfica sobre la entidad correspondiente, que sigue las directrices descritas para los reportes de caso.

Los autores deben manifestar que tienen el consentimiento informado del paciente o su representante legal, en el caso de niños o adultos con discapacidad intelectual, y seguir las directrices éticas (copiar enlace).

6. Ética

Espacio dedicado a las revisiones teóricas y de casos, con el fin de propiciar una reflexión acerca de los criterios, las normas y los valores que deben regir la profesión médica. El resumen debe presentarse en español e inglés y no debe ser mayor de 250 palabras. Deben indicarse de tres a doce palabras clave (usar algunas que no hagan parte del título) 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>).

Este tipo de artículo se compone de una primera parte, donde se plantea el caso, y una segunda parte, donde se plantean los cuestionamiento éticos, se proporciona una respuesta y se presenta una revisión bibliográfica, de acuerdo con las directrices descritas para los reportes de caso.

7. Noticias y eventos

Esta sección publica comunicaciones de informes, obituarios, reuniones de la Asociación o eventos nacionales o extranjeros de importancia para el dermatólogo.

8. Dermatología gráfica. Dermatología en imágenes

En *Dermatología gráfica* se publican infografías, las cuales combinan gráficas, textos e imágenes para presentar un mensaje ilustrativo y de fácil comprensión, en relación con la especialidad. *Dermatología en imágenes* es la sección para fotografías clínicas características o de resultados de pruebas diagnósticas (histopatología, cultivos microbiológicos, radiología, entre otros). Deben incluirse cinco referencias bibliográficas que sustenten la información presentada.

9. Cartas al editor

Son los comentarios, opiniones o informaciones relacionados con publicaciones previas de la Revista o temas científicos o gremiales. 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.

10. Editorial

Presenta un análisis detallado de un tema científico o gremial. Está a cargo del editor jefe de la Revista o un invitado. Deben incluir hasta diez referencias bibliográficas que sustenten la información presentada.

EVALUACIÓN POR PARES CIENTÍFICOS

Cada manuscrito es presentado a los editores, los cuales deciden 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. El proceso de revisión por pares es anónimo y doble ciego.

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

Los reportes de caso pueden ser evaluados por los editores y no necesariamente se requerirá de evaluadores externos. La pertinencia de un evaluador externo en determinado reporte de caso queda a criterio del editor.

La revisión por pares se detalla en el documento anexo (enlace a guía de revisión por pares).

Cuando un manuscrito es aceptado para publicación, se le envía al autor la diagramación final en un archivo en formato .pdf (*Portable Document Format*) para su revisión y aprobación; en el caso de requerirse alguna corrección, debe informarse a la Revista en los siguientes tres días.

Una vez el artículo sea publicado, el PDF estará disponible para que el autor lo difunda en las redes sociales, si así lo considera.

PRESENTACIÓN DEL TRABAJO

- Los trabajos deben enviarse 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 manuscrito es original e inédito. Debe declararse que todos los autores han participado en la elaboración y leído y aprobado el contenido del trabajo. Las personas que participen en el trabajo y no cumplan estos requisitos pueden incluirse en la sección de agradecimientos. También debe indicarse que el trabajo fue conducido bajo las reglas éticas antes mencionadas y que se transfieren los derechos de reproducción (copyright) del artículo a la Revista.
- A juicio del comité editorial, puede haber excepciones para aceptar el material que haya sido publicado, en cuyo caso debe adjuntarse el permiso de la publicación que posea el derecho de reproducción (esto incluye artículos completos, tablas o figuras). El autor debe adelantar los trámites necesarios para la obtención de tales permisos.
- La Revista no acepta la inclusión o el retiro de autores después de haber iniciado el proceso editorial de los manuscritos.

Normalización de la citación de autores

Para fines de ser citados en los diferentes índices científicos, la Revista recomienda el uso de un solo apellido; cuando el autor prefiera usar los dos apellidos, estos deben ir separados por un guion (por ejemplo, para Mateo Restrepo Jaramillo, se cita Restrepo-Jaramillo M).

Identificación de los autores

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/>.

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. La no declaración de los conflictos de interés puede llevar a sanciones, como el rechazo de la publicación. 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 INFORMADOS

Los reportes de caso y las fotografías incluidas en los diferentes artículos deben contar con el consentimiento informado del paciente. La custodia del consentimiento es responsabilidad de los autores, quienes en la carta de presentación del artículo manifiestan que tienen dicho documento para publicación. No debe incluirse ningún tipo de información que permita identificar al paciente, como nombres, iniciales o números de historia clínica.

No debe publicarse una imagen en la que el paciente pueda reconocerse o ser reconocido, sin el consentimiento por escrito, ya que constituye una violación a 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 deben omitirse los datos que puedan permitir la identificación del paciente, pero esto no obvia la necesidad de obtener el consentimiento informado

ENVÍO DEL ARTÍCULO

Para enviar sus contribuciones, debe iniciar 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 insertarse dentro del texto, sino que deberán ir al final de este, después de las referencias. La Revista tiene como idiomas oficiales el español y el inglés.

La primera página debe incluir lo siguiente:

- título del trabajo en español;
- título del trabajo en inglés;
- subtítulo, si lo amerita;
- nombres completos de los autores, según la normalización de la citación de autores;
- número ORCID de cada autor;
- vinculación académica de cada autor;
- 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;
- conteo de palabras del texto, excluidos 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, sin contar el resumen, las referencias, las tablas y figuras, donde puede haber excepciones aprobadas por el comité editorial;
- número de figuras y tablas;
- título corto para los encabezamientos de página;
- frase de 140 caracteres que resuma el artículo para su publicación en Twitter, a criterio de los editores.

En la segunda página debe aparecer el resumen en español e inglés y las palabras clave en los dos idiomas, con términos MeSH e DeCS.

El uso de abreviaturas que no sean universalmente re-

conocidas deben utilizarlo en lo necesario y una aparezca la palabra por primera vez en el texto incluido entre paréntesis. (Nota: esta parte es confusa; no se entiende qué se quiere decir) Siempre deben usarse los nombres genéricos de los medicamentos. Si se incluye una marca registrada, solo se podrá citar una vez, entre paréntesis, luego de su primera mención. Toda medida debe expresarse según el sistema internacional de unidades. Las referencias deben identificarse en el texto con números arábigos entre paréntesis, en su orden de aparición.

La lista secuencial de referencias también debe estar escrita a doble espacio y debe aparecer en una nueva página al final del texto. La forma de citar las referencias debe ajustarse a lo recomendado en los requisitos uniformes para manuscritos presentados para publicación en revistas biomédicas, o normas de Vancouver (<https://bit.ly/3YvFfxR>). 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 <https://bit.ly/3jNbN7H>.

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. Por favor, asegúrese de que todas las referencias citadas en el texto hayan sido listadas en las referencias.

Ejemplos de referencias

Deben listarse los primeros seis autores seguidos por et al.

Artículos de revistas

Autores. Título del artículo. Abreviatura internacional de la revista. Año; volumen: página inicial y final del artículo.

Libros

Autores. 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

Autores. Título [sitio web]. Lugar de publicación: editor; fecha de publicación. Fecha de consulta. URL electrónica exacta.

Figuras y tablas

Cada una de las figuras y tablas debe enviarse en un archivo adicional al texto del artículo y ser suplementarias y no duplicadoras de lo que se diga en el artículo. Cada artículo puede llevar hasta seis figuras y tablas; para los reportes de casos, el máximo es de tres. El número puede aumentarse cuando las características didácticas lo ameriten, a juicio de los editores.

Fotografías

Las fotografías deben enviarse en un archivo anexo al artículo, de preferencia en formato .tiff (*Tagged Image File Format*) o .png (*Portable Network Graphics*); si la foto es a color, debe enviarse en alta resolución, es decir, por lo menos en 300 dpi (*dots per inch*); si es en blanco y negro, la resolución óptima es de 600 dpi.

Deben numerarse con cifras arábigas, tener un título breve y ser autoexplicativas. Las fotografías de histopatología deben indicar el tipo de tinción y los aumentos en 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).

Las figuras y las tablas deben enviarse en sus archivos de origen (Excel, PowerPoint) y no estar escaneados, ya que impiden su corrección y diagramación apropiada. Al igual que las figuras, deben estar 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.

Si desea más información, puede contactarse a través del correo de la Revista: revista@asocolderma.com

DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD

Los nombres, teléfonos y direcciones de correo electrónico 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.

GUÍA DE REVISIÓN POR PARES

Cada manuscrito es presentado a los editores, los cuales deciden 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. El proceso de revisión por pares es anónimo y doble ciego.

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

Los reportes de caso pueden ser evaluados por los editores y no necesariamente se requerirá de evaluadores externos. La pertinencia de un evaluador externo en un determinado reporte de caso queda a criterio del editor.

El par evaluador es contactado por correo electrónico; 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 respuesta, se contactará nuevamente y se otorgará otro plazo de 72 horas; en caso de no recibir la aceptación, se asignará un nuevo revisor.

La evaluación se da en términos de *publicar*, *publicar con modificaciones* o *no publicar*, teniendo en cuenta la calidad científica y metodológica, el interés y la pertinencia del tema. La evaluación se consigna en el respectivo formato (se incluirá enlace al formato).

Los pares deciden la conveniencia de su publicación y pueden sugerir correcciones en caso de que lo estimen, las cuales se transmiten a los autores. El artículo se envía de nuevo a los pares revisores para que corroboren si se realizaron los ajustes solicitados según pertinencia.

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 correspondientes, que les pueden servir para mejorar la calidad de su trabajo.

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

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

1. Originalidad, calidad metodológica y científica: se verifica que sea original y que el diseño, los métodos, los procedimientos y las pruebas estadísticas sean adecuados; también que los resultados sean rigurosos, con suficiente información pertinente a los objetivos del estudio, además de una interpretación correcta de los resultados, como fundamento de las conclusiones.
2. Ética: adherencia a las normas éticas, según las directrices de la Revista ([enlace para las directrices](#)), lo que incluye certificar que los autores cuentan con el consentimiento informado y la aprobación por el comité de ética de 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 íntegra, actual y suficiente, sigue el estilo Vancouver e incluye referencias de autores colombianos.

Para los artículos de revisión, deben incluirse al menos 50 referencias. De estas, el 70% deben ser artículos originales, el 10% deben ser de los últimos cinco años y al menos una referencia debe ser colombiana.

4. Imágenes, cuadros y gráficas apropiadas e ilustrativas. Deben ser originales o contar con el 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 completada su evaluación, remite el formato diligenciado y el formato de actualización académica. El plazo para la evaluación es de 20 días calendario, plazo después del cual, si no se ha recibido la evaluación, se enviará un recorda-

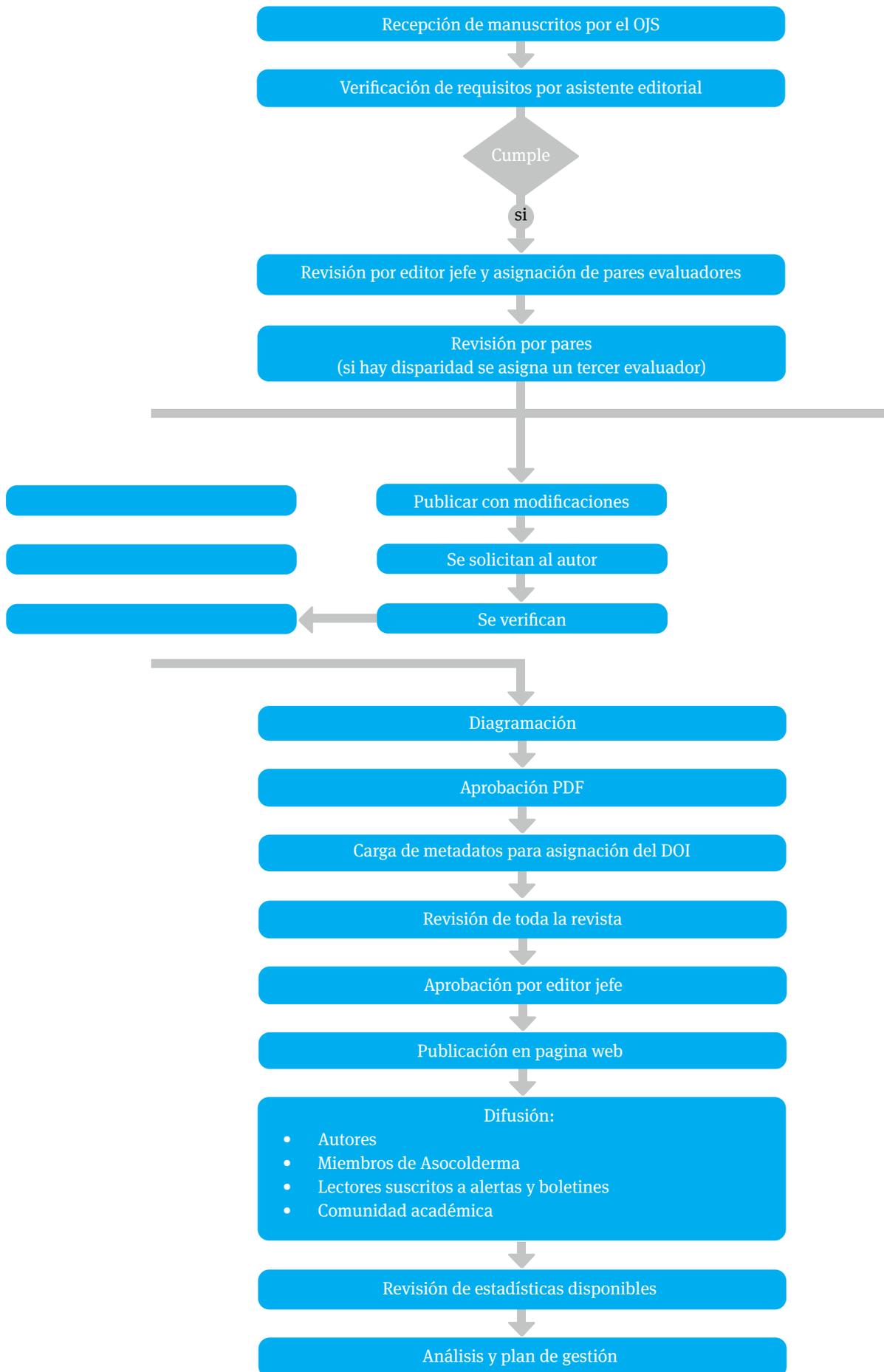
torio, donde se amplía el plazo por 10 días más. Si en este lapso no se obtiene respuesta, se cambiará el evaluador. El evaluador deberá negarse a actuar cuando tenga alguna relación personal, profesional o comercial que pueda afectar el juicio de la evaluación.

La evaluación debe permitir mejorar la calidad de los artículos. El evaluador debe ser objetivo y constructivo en su crítica, detectar plagio o autoplagio, 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 les entregará el certificado anual de esta labor.

[Enlace a los formatos de revisión](#)

Infografía de flujo editorial



Instructions for authors

Updated: December 2022

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 (histopathology, 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.

PEER REVIEW GUIDELINES

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 external evaluators will not necessarily be required. The relevance of an external evaluator in each case report is at the editor's discretion.

Peer reviewers are contacted by email. The abstract is sent to a peer reviewer, and he/she has 72 hours to accept or decline the review. If no answer is obtained within this term, the peer reviewer will be contacted again and given another 72-hour term; if no response is received, a new reviewer will be assigned.

The evaluation is made in terms of *publishing*, *publishing with modifications*, or *not publishing*, considering scientific and methodological quality, as well as the interest and relevance of the topic. The evaluation is recorded in the respective form (a link to the form will be included).

Peer reviewers decide whether the manuscript should be published and may suggest corrections if they deem it necessary, which are then informed to the authors. The article is sent back to the peer reviewers, so that they can verify if the requested adjustments were made, as appropriate.

The result of the evaluation is communicated to the authors, so that the requested modifications can be made. Rejected manuscripts will be returned to the authors with the corresponding evaluations, which can be used to improve the quality of their paper.

If there are conflicting opinions among the referees regarding the publication, it can be taken to a third party or to discussion in the editorial committee.

EVALUATION CRITERIA

1. **Originality, methodological and scientific quality:** It is verified that the manuscript is original and that its design, methodology, procedures and statistical tests are adequate; it is also checked that the results are rigorous, with sufficient information pertinent to the objectives of the study, and that the results are correctly interpreted as a basis for the conclusions.
2. **Ethics:** The manuscript must adhere to ethical standards, according to the guidelines of the Journal (link to the guidelines), which includes certifying that the authors have obtained the informed consent from the patients and approval by the ethics committee to carry out the research. Conflicts of interest must be declared.
3. **Sources:** It is verified that the bibliographic review is pertinent and reliable and complies with good publication practices and the anti-fraud policy. The bibliography must be complete, up-to-date, and sufficient, and must follow the Vancouver reference style and include references from Colombian authors.

Review articles should include at least 50 references. Of these, 70% must be original articles, 10% must be from the last five years, and at least one reference must be Colombian.

4. The manuscript should contain appropriate and illustrative images, tables, and figures. They must be original or, otherwise, the author's permission must be obtained for reproduction in the format and image quality defined by the Journal.

The evaluator, after receiving the abstract, must indicate whether or not he/she has conflicts of interest that prevent him/her from performing the evaluation. Once the evaluation is concluded, the evaluator submits the completed form and the academic update form. The deadline for the evaluation is 20 calendar days, after which, if the evaluation has not been received, a reminder will be sent, extending the deadline for 10 more days. If no response is obtained within this period, the evaluator will be changed. The evaluator must refuse

to act when he/she has any personal, professional, or commercial relationship that may affect the judgment of the evaluation.

The evaluation should improve the quality of the manuscripts. The evaluator must be objective and constructive in his/her criticism, detect plagiarism or self-plagiarism, submit the evaluation on time, and communicate with the editor in case of any delay.

As a way of recognizing the work of the evaluators, a list containing their names will be published biannually, and they will be given an annual certificate for this work.

Link to review forms

ETHICAL GUIDELINES FOR PUBLICATION

The Journal of the Colombian Association of Dermatology and Dermatological Surgery follows the ethical principles it discloses and is constantly striving to provide the reader with a scientific journal of the highest quality. The *instructions for authors* allow submitting papers in accordance with the editorial requirements, and the decision to publish an article is based on the relevance of the paper to the field of dermatology, as well as on its originality, accuracy, and clarity. These ethical recommendations are intended to protect the process of preparation, submission, evaluation, and publication of articles from inappropriate conduct that violates the principles and guidelines of ethics and good practices that should guide scientific publications. They also aim to ensure the credibility that the Journal currently enjoys and ratify the adherence of the editorial team and the Colombian Association of Dermatology and Dermatological Surgery to ethical principles and to international standards set by the World Medical Association (WMA) and other organizations such as the Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) and the United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO), whose guidelines ensure the application of ethical principles to scientific research and the publication of such research results.

The papers submitted must comply with the standards of the ethics committee in charge of supervising research studies at the institution where the study was carried out, and those stated in 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 in Resolution 2378 of 2008 of the Colombian Ministry of Social Protection. The approval of the institutional research ethics committee must be attached to the manuscript.

GUIDELINES

- The author submitting a manuscript for publication must ensure that the paper is original and that he/she has the consent and approval of the other authors for submission and publication.
- The manuscript must not have been previously published in other journals, either totally or partially, nor simultaneously submitted to another journal.
- The manuscript must observe the confidentiality of the information and, in the case of original research works, indicate that it has been approved by a duly constituted research ethics committee.
- Authors must declare that they obtained the informed consent from the patient, or their legal guardian in the case of children or subjects with intellectual disabilities, for the publication of the case and its photographs, which must protect the patient's anonymity and confidentiality.
- An author is the person who has made a significant scientific and intellectual contribution to the conceptualization, planning, interpretation of the results, writing of the manuscript, and approval of the version submitted for publication. Anyone who does not meet the contribution requirements may be included in the acknowledgement section.
- The sources reviewed must be clearly cited in accordance with the technical standards adopted by the Journal. Anti-fraud policies and good publication practices stipulate that fragments of previously published works by other authors (plagiarism) or the author him/herself (self-plagiarism) must not be duplicated. If malpractice is detected, the paper will be rejected; in case of identifying plagiarism in an already published article, it will be removed from the electronic journal.
- Figures and tables must be original contributions of the authors. Otherwise, it is necessary to have the corresponding permission for adaptation or reproduction, in case they are taken from the literature.
- All data included in the manuscript that come from previous works must have a reference, including those that come from other works by the same authors.
- The authors confirm the veracity of the data presented and support the results and conclusions.
- The manuscript should not omit relevant citations from previous original research related to the topic, nor cite articles that were not reviewed.
- When citing the same author (or authors) several times from the same source, it should be clear in the reference list that the citation comes from the same publication.
- The citation of secondary sources, or "indirect citation", should be used sparingly and mainly when it is not possible to access the original text.
- It is unethical to cite for complacency, also known as *exchange citations*, as a result of agreements for reciprocal citation. All citations must be well justified and based on quality and scientific relevance.
- Plagiarism, that is, copying the approaches, procedures or results of other authors and presenting them as one's own, is an ethical misconduct and a violation of the intellectual property of the original author or researcher.
- Self-plagiarism refers to the copying of fragments or paraphrasing of articles previously published by the authors without the corresponding citation. Citing previous works of the authors is valid, as long as the reference is duly attached.
- References must be complete. Inaccurate citations reflect that a bibliography that is supposed to have been reviewed may not have been read.
- It is unethical to translate texts from publications in other languages and present them as one's own. The translation can be done, but it should be accompanied by the respective citation, giving credit to the author of the statement or translated text. The use of complete fragments is not valid.

EDITORIAL

¿Cómo liderar y consolidar un servicio y un equipo de dermatología? Una Visión personal

HAGA USTED EL DIAGNÓSTICO PARTE I

¿Reconoce esta clave diagnóstica?

ÉTICA PARTE I

El colega como paciente

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

Efecto clínico de Aquatop® crema rescate en pacientes con cuadros de exacerbación leve o moderada de dermatitis atópica

ARTÍCULO DE REVISION

Materiales de relleno usados en rinoplastia no quirúrgica: revisión de la literatura

REPORTE DE CASO

Disqueratoma de Warty, una lesión poco frecuente

Lobomicosis (lacaziosis): cuatro casos nuevos en la Orinoquía y el Pacífico Colombiano

Fibroxioma atípico: serie de casos

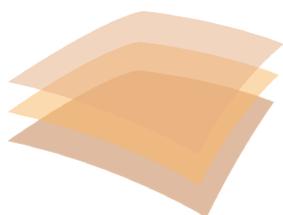
Melanoniquia longitudinal de rápido crecimiento: importancia del seguimiento dermatoscópico y la histopatología

HAGA USTED EL DIAGNÓSTICO PARTE II

¿Reconoce esta clave diagnóstica?

ÉTICA PARTE II

El colega como paciente



AsoColDerma
Asociación Colombiana de Dermatología
y Cirugía Dermatológica

Revista de la Asociación Colombiana de Dermatología
y Cirugía Dermatológica.

Indizada en:



Avalada en:

