

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: <https://orcid.org/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: <https://orcid.org/0000-0002-0113-2684>

COMITÉ EDITORIAL

Alberto Lavieri

Médico Dermatólogo, Doctor en medicina, Dermatólogo pediatra, Profesor Universidad de Buenos Aires, Argentina.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6463-8212>

Ángela María Londoño García

Médica Dermatóloga, Magíster en Epidemiología, Máster en Enfermedades Autoinmunes.
Profesora Universidad CES, Medellín, Colombia.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2209-9972>

César Fernando González Ardila

Médico Dermatólogo, Máster Dermatología Estética, Bogotá, Colombia.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5608-9054>

Esperanza Meléndez Ramírez

Médica Dermatóloga.
Profesor Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9987-6683>

Fernando Valenzuela Ahumada

Médico cirujano Especialista en Dermatología y Venereología.
Profesor de la Facultad de Medicina Universidad de Chile.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1032-9347>

Mauricio Torres Pradilla

Médico Dermatólogo, Dermatólogo Pediatra.
Profesor Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Bogotá, Colombia.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4826-1248>

Oscar Jairo Valencia Ocampo

Médico Dermatólogo.
Profesor Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.
ORCID: <https://orcid.org/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

DIRECTOR COMERCIAL REVISTA:

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:

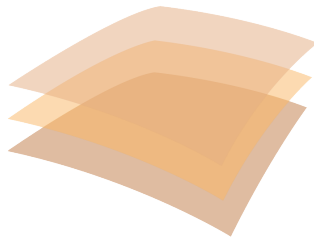
Daniela Lynnet Barrera

PORTADA

Viruela símica, características demográficas y clínicas. Serie de casos, Paula Andrea Chacón Jaramillo *et al.*

CONTRAPORTADA

Leishmaniasis cutánea localizada, tratamiento intralesional, Ismar Jeniree Marte Colina *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

266

Viruela símica, un desafío inesperado: más allá de las lesiones cutáneas

Claudia Marcela Arenas Soto

HAGA USTED EL DIAGNÓSTICO - PARTE I

267

¿Reconoce esta clave diagnóstica?

Paula A. Aristizábal; Janine Orejuela-Erazo; Juan David Ruiz Restrepo

ÉTICA - PARTE I

269

Prioridad en la lealtad profesional del médico

José María Maya

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

272

Viruela símica, características demográficas y clínicas. Serie de casos

María Claudia Rodríguez-Galvis; Paula A. Chacón-Jaramillo; Carlos Forero-Ángel, Javier Hernández

ARTÍCULO DE REVISIÓN

290

La gran imitadora: características dermatológicas relacionadas con la infección por *Treponema pallidum*, una revisión narrativa de la literatura

Luis Daniel Pérez Cáceres; Miguel Mateo Cuervo

REPORTES DE CASO

304

Sífilis variedad ulcerativa (sífilis maligna) en un paciente con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. A propósito de un caso

304

Hugo Páez; Camila Ramírez; Felipe Casallas; Oscar Briceño

Leishmaniasis cutánea localizada, tratamiento intralesional

312

Ismar Jeniree Marte Colina; María Gabriela Manzanero Arcila; Mary Lisbeth Soto Pernia; Sandra Carlina Vivas Toro

HAGA USTED EL DIAGNÓSTICO - PARTE II

318

Paula A. Aristizábal; Janine Orejuela-Erazo; Juan David Ruiz Restrepo

ÉTICA - PARTE II

323

Prioridad en la lealtad profesional del médico

José María Maya

ÍNDICE ANUAL

325

LISTADO DE PARES REVISORES

328

Viruela símica, un desafío inesperado: más allá de las lesiones cutáneas

Estimados colegas:

Para mí es un honor compartir con ustedes los resultados de un estudio que, aunque no lleva mi nombre, ha sido parte de mi recorrido como revisora y defensora de la excelencia científica. El artículo ganador de un premio en el marco de nuestro Congreso Nacional de Dermatología, Viruela símica, características demográficas y clínicas. Serie de casos, representa no solo un triunfo para el equipo del Hospital Militar Central de Bogotá, Colombia, sino un hito en nuestra comprensión de las complejidades de esta infección zoonótica.

La viruela símica, oriunda de África Central y Occidental, ha encontrado un espacio en nuestra atención médica y nos recuerda la necesidad constante de adaptarnos y evolucionar. Aunque mi contribución a este estudio fue desde la perspectiva de revisión, no puedo evitar sentirme parte de un esfuerzo colectivo que busca iluminar los rincones oscuros de la ciencia dermatológica.

En este análisis retrospectivo de 11 casos diagnosticados entre agosto y diciembre de 2022, se revelaron aspectos sorprendentes de la viruela símica. La vía sexual emergió como la principal forma

de transmisión, lo que nos insta a reconsiderar nuestras estrategias educativas y preventivas. La coinfección con VIH, presentada en el 81,8% de los casos, plantea preguntas profundas sobre la interacción de estos dos virus y la necesidad de optimizar nuestras medidas educativas.

Aunque mi firma no aparece en la lista de autores, siento un vínculo con esta serie de casos porque fue publicada por un equipo de dermatólogos y residentes de Dermatología pertenecientes a mi escuela y, además, que presenta una relación estrecha entre la viruela símica y otras infecciones de transmisión sexual. Más allá de las cifras y las estadísticas, este estudio revela la realidad sociodemográfica de nuestros pacientes, una realidad que nos insta a mirar más allá de las lesiones cutáneas y comprender la complejidad de las vidas afectadas por estas enfermedades.

Al celebrar este merecido reconocimiento, recordemos que la ciencia es un esfuerzo colaborativo que va más allá de los nombres en la portada. Este premio no es solo para un equipo de investigadores, sino para todos nosotros que, de una forma u otra, contribuimos a la construcción de nuestro conocimiento colectivo.

Por lo anterior, debemos tener en cuenta que la investigación dermatológica nos desafía a seguir explorando, aprendiendo y colaborando; este premio no es solo un logro para el equipo del Hospital Militar, sino un llamado a la acción. La viruela símica nos desafía a explorar los límites de nuestro entendimiento, a unirnos en la búsqueda del conocimiento y a seguir avanzando hacia un futuro donde las enfermedades emergentes no sean solo desafíos, sino oportunidades para crecer y aprender.

Dra. Claudia Marcela Arenas Soto

Presidente AsocolDerma

ORCID [HTTPS://ORCID.ORG](https://orcid.org)

COMO CITAR: ARENAS SOTO CM.

VIRUELA SÍMICA, UN DESAFÍO INESPERADO: MÁS ALLÁ DE LAS LESIONES CUTÁNEAS.

REV. ASOC. COLOMB. DERMATOL.

CIR. DEMATOL. 2023;31(4):266.

DOI: [HTTPS://DOI.](https://doi.org)

[ORG/10.29176/2590843X.1908.](https://doi.org/10.29176/2590843X.1908)

¿Reconoce esta clave diagnóstica?

Paula A. Aristizábal¹; Janine Orejuela-Eraza²; Juan David Ruiz Restrepo³



CASO CLÍNICO

Adolescente masculino de 13 años, sin antecedentes médicos relevantes, con brote intensamente pruriginoso y generalizado de dos meses de evolución, sin fiebre ni otra sintomatología asociada, que desde hace cuatro días inició con ampollas tensas de contenido claro en ambas piernas.

A la exploración física presentaba múltiples pápulas, planas, poligonales y purpúricas, que confluían formando placas más grandes en el tórax, el abdomen, la espalda y las extremidades. También se observaron ampollas tensas con contenido seroso localizadas en ambos pies y piernas, las cuales se presentaban sobre las placas purpúricas y sobre la piel sana.

Se realizaron biopsias de piel en las que se evidenció hiperparaqueratosis, hipergranulosis en cuña, acantosis irregular y vacuolización extensa de la capa basal con abundantes queratinocitos necróticos, exocitosis de linfocitos y eosinófilos. Además, formación de una ampolla subepidérmica. En la dermis superficial había infiltrado inflamatorio mononuclear en banda acompañado de eosinófilos (**Figura 1**). Se complementó el estudio con inmunofluorescencia directa donde se encontraron depósitos lineales y granulares de IgG y C3 en la porción epidérmica de la ampolla realizada con hendidura (**Figura 2**).

1. Centro de Investigaciones Dermatológicas - CIDERM. Sección de Dermatología, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7817-1024>
2. Médica, residente de Patología, Departamento de Patología, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4173-5364>
3. Dermatopatólogo, Sección de Dermatología, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2370-2916>

Correspondencia: Paula A Aristizábal; **email:** paula.aristizabal@udea.edu.co.

Recibido: 12/12/2023x; **aceptado:** 22/12/2023

Cómo citar: Aristizábal PA, Orejuela-Eraza J, Ruiz Restrepo JD. ¿Reconoce esta clave diagnóstica? Parte I. Rev. Asoc. Colomb. Dermatol. Cir. Dermatol. 2023;31(4):267-268.

DOI: <https://doi.org/10.29176/2590843X.1900>

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

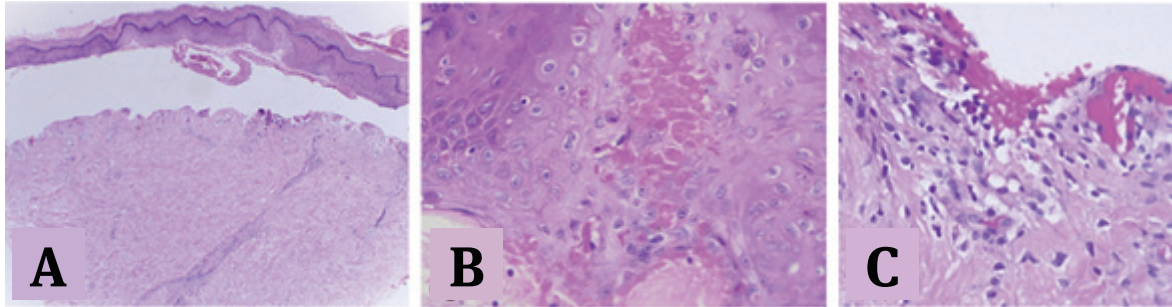


Figura 1. Coloración básica. **A.** Se observa la hendidura subepidérmica. **B.** Se aprecia la epidermis con acantosis y cuerpos de Civatte. **C.** En la dermis papilar hay infiltrado inflamatorio compuesto por linfocitos y algunos eosinófilos. Archivo fotográfico del Laboratorio de Dermatopatología, Universidad de Antioquia.

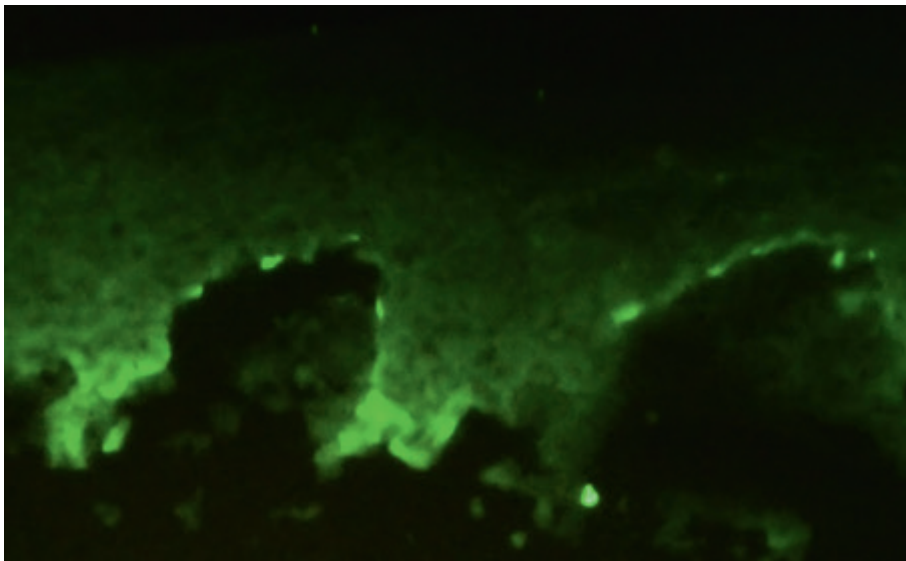


Figura 2. Inmunofluorescencia directa. Se observan depósitos lineales y granulares de IgG en la porción epidérmica de la ampolla (techo). Archivo fotográfico del Laboratorio de Dermatopatología, Universidad de Antioquia.

¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO?

1. Liquen plano ampolloso
2. Liquen plano penfigoide
3. Lupus ampolloso
4. Penfigoide ampolloso nodular

RESPUESTA EN LA PÁGINA 318

Prioridad en la lealtad profesional del médico

José María Maya¹



RESUMEN

Un médico, especialista en Medicina del Trabajo y Laboral, se desempeña como jefe del área de salud ocupacional en una gran empresa. En cumplimiento de sus responsabilidades con la salud de los trabajadores, empieza a identificar una frecuencia inusual de lesiones dermatológicas de moderadas a severas, probablemente de carácter alérgico, en un buen número de trabajadores. Procede a darles un tratamiento adecuado para dichas lesiones cuando no son severas o a remitir a un servicio especializado de dermatología de una institución de salud a quienes tienen lesiones extensas o muy pruriginosas. En general, los resultados terapéuticos son buenos, aunque se presenta recidiva cuando los trabajadores regresan a su trabajo. Después de mucho indagar y como resultado de una investigación, concluye que estas lesiones están asociadas a un nuevo insumo adquirido por la empresa al cual se exponen muchos trabajadores durante su labor diaria. Decide comentar el caso con el director de relaciones laborales y este, a su vez, con el gerente, quienes deciden que la información no debe ser revelada a los trabajadores porque podría traer como efecto el tener que renunciar a este insumo, lo que afectaría las finanzas de la empresa.

El médico siente que se encuentra ante un dilema ético difícil de resolver y decide consultar con un experto en ética.

PALABRAS CLAVE: Dilema ético; Gran empresa; Lesión dermatológica; Medicina del trabajo; Trabajadores.

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: 26/12/2023; **aceptado:** 26/12/2023

Cómo citar: Maya JM. Prioridad en la lealtad profesional del médico. Parte I. Rev. Asoc. Colomb. Dermatol. Cir. Dermatol. 2023;31(4):269-271.

DOI: <https://doi.org/10.29176/2590843X.1910>

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

PRIORITY IN THE PROFESSIONAL LOYALTY OF THE PHYSICIAN

SUMMARY

A doctor, specialist in occupational medicine, works as head of the occupational health area in a large company. In compliance his responsibilities for the health of workers, he begins to identify an unusual frequency of moderate to severe dermatological lesions, probably of allergic nature, in a good number of workers. The physician proceeds to provide appropriate treatment for these lesions, when they are not severe, or to refer those who have extensive or very pruritic lesions to a specialized dermatology service at a health institution. In general, therapeutic results are good, but recurrence occurs when workers return to work. After much examination and as a result of an investigation, he concludes that these injuries are associated with a new input acquired by the company, to which many workers are exposed during their daily work. He decides to discuss the case with the director of labor relations and, in turn, with the manager, who decides that the information should not be disclosed to the workers because it could result in having to give up this input, affecting the company's finances.

The doctor feels that he is facing an ethical dilemma that is difficult to resolve and decides to consult with an ethics expert.

KEY WORDS: Dermatological injury; Ethical dilemma; Large company; Occupational medicine; Workers.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Un médico especialista en Medicina del Trabajo y Laboral se desempeña como jefe del área de salud ocupacional de una gran empresa. En cumplimiento de su responsabilidad de velar por la salud de los trabajadores y en ocasiones por solicitud de estos, empieza a identificar una frecuencia inusual de lesiones dermatológicas de carácter moderado a severo, probablemente alérgicas, en un buen número de trabajadores de una de las áreas de la empresa. Cuando la lesión no genera mucho malestar al trabajador, procede a tratamientos con los medicamentos recomendados para estas afecciones, pero cuando es extensa, muy pruriginosa y genera mucho malestar, los envía a consulta a un servicio especializado de dermatología de una institución de salud, donde además del tratamiento indicado proceden a darles incapacidad para laborar por un período variable de acuerdo con la severidad de las lesiones. Los trabajadores enfermos, en general, responden bien al tratamiento formulado y en especial los que lo reciben en su casa por estar incapacitados para trabajar.

Cuando los trabajadores incapacitados regresan a su labor en el mismo puesto de trabajo, el médico, al hacerles seguimiento de su mejoría, encuentra que progresivamente recaen en el problema y, en algunos casos, en forma más severa. Después de mucho indagar, decide realizar una investigación que lo lleva a concluir que hay una asociación entre la aparición de las lesiones y la exposición de los trabajadores a un nuevo insumo adquirido por la empresa para su proceso productivo. El 100% de los trabajadores que han enfermado trabajan en la misma área donde este insumo es utilizado y manipulado continuamente.

Siguiendo el conducto regular, consulta con el director de relaciones laborales, quien le informa que por el momento no debe comentar nada de los hallazgos de la investigación a los trabajadores mientras él lleva el caso al comité de gerencia y se toma una decisión al respecto. Analizada la situación en el comité de gerencia, se decide dar la orden al jefe del área de salud ocupacional de mantener el silencio sobre los resultados de la investigación que asocia el nuevo insumo con las lesiones de los trabajadores y proceder solo al manejo médico directo de cada caso o a su remisión, si es necesario, a una institución de salud para su tratamiento y de esta manera expedir la incapacidad al trabajador que lo requiera.

El director de relaciones laborales se reúne con el médico y le trasmite la orden de gerencia, que es perentoria en el sentido de guardar absoluto silencio sobre la causa del problema. Ante la pregunta del médico de salud ocupacional acerca de la razón para no informar a los trabajadores sobre la situación y, por tanto, mantener una exposición que les hace daño a su salud a la vez que les genera tratamientos repetitivos que pueden causarles problemas adicionales e incapacidades frecuentes, el jefe le explica al médico que la razón de la empresa es que el nuevo insumo, traído de la India, reemplaza al que anteriormente utilizaba la empresa, que era importado de Alemania y tenía un costo 50% superior a este, con lo cual la empresa ha incrementado su utilidad en forma importante. De comunicar a los trabajadores que su problema de salud se asocia con la utilización de este nuevo insumo, se produciría malestar en ellos y, probablemente, la exigencia de retirarlo y volver a utilizar el anterior, que no les producía este problema. Si se tomara esta decisión de retornar al insumo importado de Alemania, la empresa disminuiría sustancialmente sus excedentes, lo cual no considera conveniente porque además de la disminución económica que esto acarrearía, también se afectaría su competitividad y sostenibilidad futura.

El médico sale muy preocupado de la oficina de su jefe porque siente que se encuentra ante un dilema ético entre la lealtad y el agradecimiento con sus jefes y la empresa que le da trabajo y la responsabilidad con la salud de sus trabajadores, que son el centro y el sentido de su labor. Como se siente muy confundido y con dificultad para tomar una decisión, decide consultar a un experto en ética que fue su profesor en la universidad y que siempre les insistió en la importancia de evaluar los dilemas éticos en su labor y buscar tomar la decisión más ajustada a los principios de la ética y a la protección de los seres humanos que le sean confiados a su labor.

CUESTIONAMIENTOS ÉTICOS

- ¿Cómo podría resolverse un conflicto entre lealtades y responsabilidades?
- ¿Los resultados de una investigación donde los sujetos de esta son los trabajadores puestos bajo el cuidado del médico de salud ocupacional de la empresa pueden manejarse confidencialmente sin comunicárselos a los trabajadores, aun cuando estos resultados indican que los trabajadores están siendo afectados por el nuevo insumo?
- ¿El fin de una empresa es generar utilidades para sus accionistas o dueños independientemente de los problemas que surjan en el proceso industrial?

Puntos clave

- ¿Cómo podría resolverse un conflicto entre lealtades y responsabilidades?
 - ¿Los resultados de una investigación donde los sujetos de esta son los trabajadores puestos bajo el cuidado del médico de salud ocupacional de la empresa pueden manejarse confidencialmente sin comunicárselos a los trabajadores, aun cuando estos resultados indican que los trabajadores están siendo afectados por el nuevo insumo?
 - ¿El fin de una empresa es generar utilidades para sus accionistas o dueños independientemente de los problemas que surjan en el proceso industrial?
-

ÉTICA CONTINÚA EN LA PÁGINA 323

Viruela símica, características demográficas y clínicas. Serie de casos

María Claudia Rodríguez-Galvis¹; Paula A. Chacón-Jaramillo²; Carlos Forero-Ángel³,
Javier Hernández⁴



RESUMEN

Introducción: en mayo de 2022 se inició la identificación de casos de viruela símica con transmisión humano-humano, en los cuales la vía sexual fue la forma más frecuente de transmisión ⁽¹⁻³⁾. Presentamos una serie de casos de 11 pacientes con viruela símica, que consultaron entre agosto y octubre de 2022. **Materiales y métodos:** se realizó un estudio descriptivo retrospectivo donde se describieron las características demográficas, clínicas y epidemiológicas de los pacientes y se realizó una biopsia de piel a uno de ellos. Además, se especificaron las características principales de los pacientes VIH positivos. Los datos fueron recolectados y analizados en Microsoft® Excel. **Resultados:** todos los pacientes eran hombres; la edad media fue de 33,9 años. La PCR fue positiva en nueve muestras de hisopado respiratorio, en 10 muestras de lesiones cutáneas y en ocho de costras. El 81,8% presentaban VIH. Todos cursaron con malestar general y linfadenopatías. El tiempo desde el contacto hasta las lesiones fue de 13,7 días y el 100% eran pústulas; los síntomas sistémicos resolvieron más rápido que las lesiones en la piel. **Discusión:** la serie de casos reportada exhibió un comportamiento similar a lo reportado en la literatura (sexo masculino, identificados como homosexuales o bisexuales), quienes tenían coinfección por VIH y antecedente de otras infecciones de transmisión sexual de forma frecuente: 81,8% (n=9) y 66,6% (n=6), respectivamente. **Conclusión:** los datos sugieren una relación estrecha entre el VIH y el virus de la viruela símica, que tienen en común el contagio primordialmente por vía sexual; además, la alta prevalencia de otras ITS apoya la afirmación de que es la principal vía de transmisión durante este brote.

PALABRAS CLAVE: Enfermedades virales de transmisión sexual; VIH; Viruela del mono.

1. Médica dermatóloga, Servicio de Dermatología, Hospital Militar Central, Bogotá. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7350-5366>
2. Residente de Dermatología, Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4064-9499>
3. Residente de Dermatología, Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá. ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-5552-8952>
4. Médico dermatopatólogo, Servicio de Dermatología, Hospital Militar Central, Bogotá. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2398-7819>

Correspondencia: Paula Andrea Chacón Jaramillo; **email:** pchaconjaramillo@gmail.com

Recibido: 30/10/2023; **aceptado:** 28/12/2023

Cómo citar: Rodríguez-Galvis MC, Chacón-Jaramillo PA, Forero-Ángel C, Hernández J. Viruela símica, características demográficas y clínicas. Serie de casos. Rev. Asoc. Colomb. Dermatol. Cir. Dermatol. 2023;31(4):272-289.

DOI: <https://doi.org/10.29176/2590843X.1881>

Financiación: Los autores declaran que no hubo financiación., **conflictos de interés:** Los autores declaran no hay conflictos de interés.

MONKEYPOX, DEMOGRAPHIC AND CLINICAL CHARACTERISTICS. CASE SERIES

SUMMARY

Introduction: In May of 2022, the identification of monkeypox cases with human-to-human transmission began, with the sexual pathway being the most frequent form ⁽¹⁻³⁾. Below, we present a case series of 11 patients with monkeypox, who consulted between August and October of 2022. **Materials and methods:** A retrospective descriptive study was performed. The demographic, clinical, and epidemiological characteristics of the patients were described, and a skin biopsy was performed in one of them. In addition, the main characteristics of the HIV-positive patients were specified. Data was collected and analyzed in Microsoft® Excel. **Results:** All the patients were male, mean age was 33.9 years. PCR was positive in 9 respiratory swab samples, in 10 skin lesion samples and in 8 scab samples. HIV history was present in 81.8%. All the patients had general malaise and lymphadenopathy; the time from contact to lesions was 13.7 days and 100% were pustules; lastly, systemic symptoms resolved faster than skin lesions. **Discussion:** The reported case series exhibited a similar behavior to that reported in the literature (male sex identified as homosexual or bisexual), who had frequent HIV coinfection and history of other sexually transmitted infections: 81.8% (n = 9) and 66.6% (n = 6), respectively. **Conclusion:** The data suggests a close relationship between HIV and monkeypox virus, having in common the transmission, primarily through sexual contact; in addition, the high prevalence of other STIs, which support the statement that it is the main route of transmission during this outbreak.

KEY WORDS: HIV; Monkeypox; Viral sexual transmitted disease

INTRODUCCIÓN

La viruela símica es una infección viral zoonótica transmitida a través del contacto cercano entre un humano y un animal (mamífero, en este caso), por contacto de la piel o las mucosas con el exudado o costras de las lesiones y con fómites (materiales como ropa de cama o ropa contaminada con secreciones) así como por contacto respiratorio. Entre los huéspedes animales están roedores y primates no humanos; sin embargo, históricamente, la transmisión de persona a persona ha sido menos común ^(1,2).

Al igual que los virus de la viruela, vaccínea y de la viruela bovina, el virus de la viruela símica hace parte del género *Orthopoxvirus* y de la familia Poxviridae ⁽³⁾. Es un virus que posee ácido desoxirribonucleico (ADN) de doble cadena contenido en un nucleosoma y una membrana nuclear, rodeados de los cuerpos laterales, los túbulos de superficie y la envoltura externa ⁽⁴⁾.

Este virus se aisló por primera vez en monos en 1958, aunque la enfermedad fue identificada en humanos hasta 1970, cuando se diagnosticó en un bebé en la Re-

pública Democrática del Congo (RDC), según la Organización Mundial de la Salud (OMS). Desde entonces, la viruela símica se ha vuelto endémica en los países de África central y occidental, que reportan miles de casos cada año. Sin embargo, en mayo de 2022 se identificaron múltiples casos de viruela símica en varios países no endémicos causados por el virus de la viruela símica del clado de África occidental. La mortalidad por este virus es menor del 3%, comparada con la del clado de Congo, en el que este número asciende hasta el 11% ⁽¹⁻⁴⁾.

Al 2 de noviembre de 2022, los diez países que han notificado el mayor número de casos acumulados a nivel mundial son Estados Unidos de América (n=28.379), Brasil (n=9162), España (n=7317), Francia (n=4094), Reino Unido (n=3698), Alemania (n=3662), Colombia (n=3298), Perú (n=3048), México (n=2654) y Canadá (n=1437). En conjunto, estos países representan el 86,4% de los casos notificados en todo el mundo ⁽⁵⁾.

En cuanto a América, según el reporte de la OMS del 2 de noviembre, se tienen 50.716 casos confirmados en la actualidad y 16 muertes (ocho en Brasil, seis en Estados Unidos, una en Cuba y una en Ecuador); esta región representa la mayor proporción de casos de viruela

símica notificados a nivel mundial, de los cuales, 3298 corresponden a Colombia, de acuerdo con el Instituto Nacional de Salud (INS) ⁽⁵⁾.

Presentamos una serie de casos de 11 pacientes masculinos diagnosticados con viruela símica que consultaron al Hospital Militar Central en Bogotá, Colombia, entre los meses de agosto y octubre de 2022. Se describieron las características demográficas, clínicas y epidemiológicas de cada uno y se realizó biopsia de piel de uno de los pacientes.

En general, los casos mostraron el curso descrito sobre la historia natural de la enfermedad durante este brote: un exantema viral febril con fase prodrómica, seguida de una fase vesiculopustular con una mayor densidad de lesiones alrededor de la(s) vía(s) de entrada asociada a enantema, compromiso palmoplantar y adenopatías. Además, presentaron un cuadro benigno y autolimitado incluso en una población con una alta prevalencia de infección por VIH, dada la adherencia a la terapia antirretroviral, lo que resalta la importancia de la integridad de la respuesta inmune celular para el control de esta infección.

La limitación del estudio radica en la dificultad de generalizar este comportamiento de la infección dado el tamaño de la muestra. Por otra parte, la serie no aporta gran experiencia sobre el curso de la enfermedad en pacientes con inmunosupresión profunda ni el manejo de complicaciones en esta población.

Por otra parte, se ilustran los hallazgos histopatológicos de la biopsia de una lesión, que muestran cómo los cambios citopáticos a nivel del núcleo y el compromiso anexial pueden ser indistinguibles a los ocasionados en una infección por el virus del herpes simple, lo cual debe ser tenido en cuenta por el clínico a la hora de decidir si será una herramienta útil en el diagnóstico diferencial en casos atípicos. Además, la actual ausencia de disponibilidad de realización complementaria de inmunohistoquímica para *Orthopoxvirus* demuestra el escenario limitado que tiene la biopsia de piel y recalca que la mejor estrategia para confirmar la etiología de la infección son los estudios moleculares.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo prospectivo de pacientes diagnosticados con viruela símica (prueba de reacción en cadena de la polimerasa [PCR] positiva en el

hisopado nasofaríngeo o lesión cutánea realizada en el Laboratorio de Salud Pública de la Secretaría de Salud de Bogotá) atendidos entre agosto y octubre de 2022 en el Hospital Militar Central de Bogotá, Colombia. Las variables analizadas fueron edad, sexo, procedencia, conducta sexual, la cual se clasificó de la siguiente manera:

HSH: hombres que tienen sexo con hombres.

HSHM: hombres que tienen sexo con hombres y mujeres.

HSM: hombres que tiene sexo con mujeres.

Además, se identificó si presentaban antecedente de infección por el VIH; si lo presentaban, se incluyó la fecha de diagnóstico, el último conteo de linfocitos T CD4 y de carga viral, si recibía terapia antirretroviral y si tenía antecedente de falla virológica. El conteo de CD4 se clasificó así: <200, entre 200 y 500, >500 células/ μ L. También se estableció si los pacientes tenían como antecedente personal alguna otra infección de transmisión sexual (ITS).

Por otro lado, se incluyeron los criterios tanto clínicos como epidemiológicos establecidos según el INS ⁽³⁾, el tiempo de aparición de las lesiones en la piel después del contacto y de la aparición de la fiebre, la localización de las lesiones, el tiempo de resolución de los síntomas sistémicos, de la proctitis y de la erupción cutánea, el último síntoma sistémico que resolvió y la positividad de la PCR en la muestra de hisopado nasofaríngeo o lesión cutánea. También, se estableció si presentaron alguna complicación.

En cuanto a los criterios clínicos establecidos por el INS, estos son: lesión única o lesiones múltiples en cualquier parte del cuerpo (puede ser de tipo mácula, pápula, vesícula o pústula) o úlcera genital/perianal con o sin proctitis, *acompañada o no de fiebre*, mialgias, linfadenopatía, cefalea u odinofagia; y los epidemiológicos, que incluye tener uno de los siguientes antecedentes en los últimos 21 días: contacto con un caso confirmado o probable de viruela símica, antecedente de contacto estrecho, inclusive el íntimo o sexual, con persona procedente del exterior, nuevas o múltiples parejas sexuales, participación en eventos masivos o sociales, inclusive aquellos donde se tienen relaciones sexuales, antecedente de contacto con animales vivos o muertos potenciales reservorios del virus, paciente que según el criterio del médico especialista (clínico o epidemiólogo) es un caso probable ⁽³⁾.

Excluimos a los pacientes con sospecha clínica y epidemiológica, pero con PCR pendiente o negativa.

Por último, previo a la firma del consentimiento informado se realizó una toma de foto de las lesiones de cada paciente y a uno de ellos biopsia de piel con posterior estudio de patología.

Los datos fueron recolectados y analizados en una hoja de cálculo de Microsoft® Excel.

Consideraciones éticas

El presente estudio no representa un riesgo para los pacientes de acuerdo con la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud y Protección Social (6). No se publicaron ni divulgaron datos identificables de los pacientes. Todas las actividades y procedimientos incluidos en el desarrollo de la investigación fueron realizados por profesionales calificados previo al consentimiento informado firmado.

RESULTADOS

Las características demográficas y clínicas se resumen en la **Tabla 1**. Se seleccionaron 11 pacientes para el análisis, de los cuales el 100% eran hombres con una edad media de 33,9 años y un paciente en edad pediátrica. La PCR fue positiva en nueve muestras de hisopado respiratorio, en 10 muestras de pústulas y en ocho muestras de las costras.

En cuanto a los antecedentes, el 81,8% (n=9) tenían infección por VIH (**Tabla 2**), de los cuales, ocho tenían tratamiento antirretroviral establecido; de estos, el 77,7% (n=7) tenían cargas virales para VIH detectables en sangre, el 22,2% (n=2) presentaban falla virológica en relación con abandonos del tratamiento y el 66% (n=6) tenían antecedente personal de por lo menos otra infección de transmisión sexual, donde predominó la historia de condilomatosis anogenital en el 44,4% (n=4) o de sífilis en el 33,3% de los casos (n=3). Respecto al conteo de linfocitos T CD4, cinco pacientes tenían más de 500 células/ μ L, tres tenían entre 200 y 500 células/ μ L y uno, menos de 200 células/ μ L.

El único paciente que no se encontraba en tratamiento fue el paciente pediátrico (adolescente de 16 años) quien recibió el diagnóstico *de novo* en estadio 3 concomitantemente con el de viruela símica, quien además cursó con síndrome hemofagocítico, infección por citomegalovirus, neumonía multilobar e infección oportu-

nista por *Pneumocystis jirovecii*, que requirieron manejo en unidad de cuidados intensivos.

En cuanto a los criterios diagnósticos establecidos por el INS, solo un paciente había tenido contacto estrecho con un caso confirmado de viruela símica, aunque se observó que siete de ellos habían tenido relaciones sexuales recientes, de los cuales, cinco habían reportado haberlo hecho sin uso de preservativo.

El 63,6% (n=7) eran HSH, el 27,2% (n=3) eran HSHM y solo 1 (9%) refería ser HSM.

En relación con los síntomas, todos presentaron malestar general y linfadenopatías. El 45% presentó proctitis y el síntoma menos común fue el dolor abdominal (9%). Nueve pacientes tuvieron fiebre; de estos, el 88,8% presentó la fiebre antes de la aparición de las lesiones en la piel, las cuales se manifestaron, en promedio, 2,8 días después.

El promedio de días desde el contacto hasta la aparición de las lesiones (de los que referían contacto) fue de 13,7 días y estas se caracterizaban en el 100% por presentar pústulas. La localización más común fue las extremidades superiores, seguidas de las inferiores. Siete pacientes cursaron con lesiones en los genitales y solo dos en la mucosa oral (**Figuras 1 a 11**).

En la histopatología del paciente al que se le tomó la biopsia de piel se observó una piel con espongiosis acompañada de un infiltrado inflamatorio neutrofilico y linfocitocitario, con presencia de células gigantes multinucleadas con moldeo nuclear y marginación de la cromatina e inclusiones eosinófilas citoplasmáticas (**Figuras 12 y 13**).

En general, los síntomas sistémicos desaparecieron rápidamente (promedio de 4,3 días), a diferencia de las lesiones en la piel (promedio de 20 días).

En cuanto al tratamiento, todos los pacientes recibieron tratamiento tópico con ungüentos a base de petrolato (vaselina) o analgésicos (paracetamol o AINE), con respuesta adecuada y resolución espontánea de los síntomas.

Por último, solo dos pacientes (18,1%) cursaron con complicaciones dadas en ambos casos por sobreinfección bacteriana de los tejidos blandos secundaria a la manipulación de las lesiones. Recibieron tratamiento con trimetoprim-sulfametoxazol durante cinco a siete días, con resolución del cuadro.

Paciente	Edad	Procedencia	Antecedente de VIH	Relaciones sexuales HSH/HSM/H SHM	Contacto estrecho	Síntomas	Lesiones en piel	Localización	Sospecha inicial	Confirmación del diagnóstico	Complicaciones
1	37	Bogotá	Sí	HSH	No	Cefalea, linfadenopatías, fiebre, malestar general, mialgias, dolor lumbar y abdominal	Vesículas y pústulas	Tórax, abdomen, dorso, extremidades superiores e inferiores, palmoplantar	Cólico biliar	PCR + en hisopado respiratorio, pústula y costra	Ninguna
2		Bogotá	Sí	HSH	Relaciones sexuales sin uso de preservativo	Linfadenopatías, malestar general, mialgias y proctitis	Vesículas, pústulas y úlcera perianal	Tórax, abdomen, dorso, extremidades superiores e inferiores, palmoplantar	Condilomatosis anal	PCR + en hisopado respiratorio y pústula	Ninguna
3	32	Bogotá	Sí	HSH	No	Cefalea, linfadenopatías, fiebre, malestar general, mialgias, odinofagia	Máculas, vesículas y pústulas	Cara, extremidades superiores e inferiores, palmoplantar y mucosa oral	Candidiasis oral	PCR + en hisopado respiratorio, pústula y costra	Ninguna
4	48	Bogotá	Sí	HSHM	Relaciones sexuales sin uso de preservativo	Cefalea, linfadenopatías, fiebre, malestar general	Vesículas, pústulas y úlcera genital	Cara, tórax, dorso, extremidades superiores e inferiores, genitales, palmoplantar	Viruela símica	PCR + pústula y costra	Celulitis abscedada
5	22	Bogotá	Sí	HSH	Relaciones sexuales con uso de preservativo	Cefalea, linfadenopatías, fiebre, malestar general, mialgias y proctitis	Vesículas y pústulas	Cara, tórax, extremidades superiores e inferiores, genitales, palmoplantar y mucosa oral	Viruela símica	PCR + en hisopado respiratorio, pústula y costra	Ninguna
6	41	Bogotá	Sí	HSH	Relaciones sexuales sin uso de preservativo	Cefalea, linfadenopatías, fiebre, malestar general, mialgias, dolor lumbar y proctitis	Pápulas y pústulas	Tórax, abdomen, extremidades superiores e inferiores, genitales, palmoplantar	Forunculosis	PCR + en hisopado respiratorio, pústula y costra	Ninguna
7	45	Atlántico	Sí	HSH	Relaciones sexuales sin uso de preservativo	Cefalea, linfadenopatías, fiebre, malestar general, mialgias, dolor lumbar y proctitis	Vesículas y pústulas	Tórax, extremidades superiores e inferiores, genitales	Viruela símica	PCR + en hisopado respiratorio, pústula y costra	Ninguna
8	16	Bogotá	Sí	HSH	Relaciones sexuales sin uso de preservativo	Linfadenopatías, fiebre, malestar general, mialgias y proctitis	Pústula y úlcera perianal	Extremidades superiores e inferiores, genitales	Viruela símica	PCR + en hisopado respiratorio, pústula y costra	Ninguna

Tabla 1. Características clínicas y demográficas

Continúa en la siguiente página

Paciente	Edad	Procedencia	Antecedente de VIH	Relaciones sexuales HSH/HSM/H SHM	Contacto estrecho	Síntomas	Lesiones en piel	Localización	Sospecha inicial	Confirmación del diagnóstico	Complicaciones
9	29	Cundinamarca	No	HSM	Relaciones sexuales sin uso de preservativo	Linfadenopatías, fiebre, malestar general y mialgias	Pústulas	Genitales	Chancroide	PCR + hisopado respiratorio y costra	Ninguna
10	33	Meta	No	HSHM	No	Cefalea, linfadenopatías, fiebre, malestar general	Pústulas	Genitales	Viruela símica	PCR + pústula y costra	Ninguna
11	29	Cundinamarca	Sí	HSHM	No	Linfadenopatías, malestar general	Pústulas	Cara, tórax, abdomen, dorso, extremidades superiores	Ectima	PCR + en hisopado respiratorio, pústula y costra	Celulitis

Tabla 1. Características clínicas y demográficas

HSH: hombre que tiene sexo con hombres; HSHM: hombre que tiene sexo con hombres y mujeres; HSM: hombre que tiene sexo con mujeres;

PCR: reacción en cadena de la polimerasa; VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.

Paciente	Años desde el diagnóstico	Último conteo LT CD4 (células/ μ L)	Última carga viral VIH (copias/mL)	Falla virológica	TARV	Antecedente de ITS
1	18	200-500	Indetectable (<40)	No	FTC/TDF + RAL	Hepatitis C, condilomatosis genital
2	0	>500	484	No	ABC/3TC + DTG	Hepatitis B, condilomatosis genital
3	9	<200	376	Sí	ATV/RTV + TDF	Sífilis, condilomatosis genital
4	6	>500	3100	Sí	ABC/3TC + DTG	-
5	3	200-500	Indetectable (<40)	No	ABC/3TC + DTG	Sífilis (dos episodios)
6	21	200-500	102	No	FTC/TDF + DTG	Sífilis
7	21	>500	70	No	FTC/TDF + NVP	Hepatitis B
8	0	200-500	2460000	No	-	-
11	9	>500	1800	No	FTC/TDF + DTG	Condilomatosis genital

Tabla 2. Pacientes VIH positivo y otras infecciones de transmisión sexual
 3TC: lamivudina; ABC: abacavir; DTG: dolutegravir; FTC: emtricitabina; ITS: infección de transmisión sexual; LT: linfocitos T; NVP: nevirapina; RAL: raltegravir; RTV: ritonavir; TDF: tenofovir; TARV: terapia antirretroviral; VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.



Figura 1. A 5 mm de la comisura labial izquierda presenta una vesícula umbilicada.



Figura 2. En la región inguinal bilateral se observan adenopatías inguinales eritematosas. En la pelvis y en el escroto se observan dos pústulas con costra central adherida, sobre una base eritematosa.



Figura 3. En el cuerpo del pene, la pelvis y el escroto presenta múltiples pústulas umbilicadas.

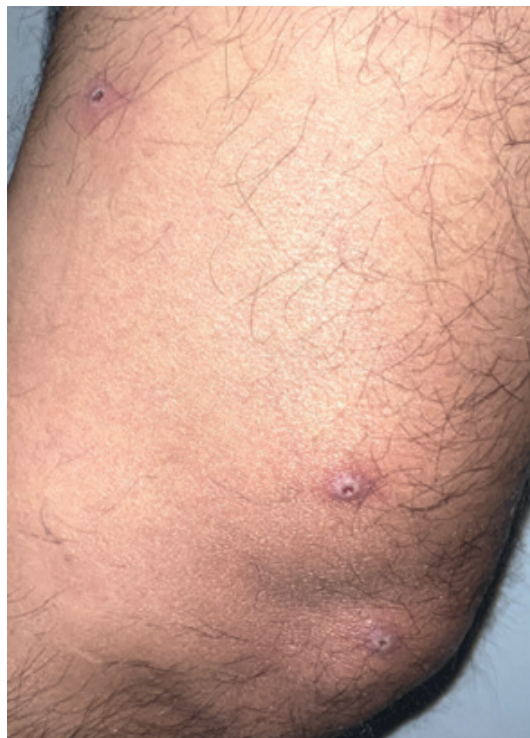


Figura 4. En el muslo distal y la rodilla presenta algunas pústulas umbilicadas con base eritematosa.



Figura 5. En el hombro izquierdo se observa una vesícula umbilicada con base eritematosa.

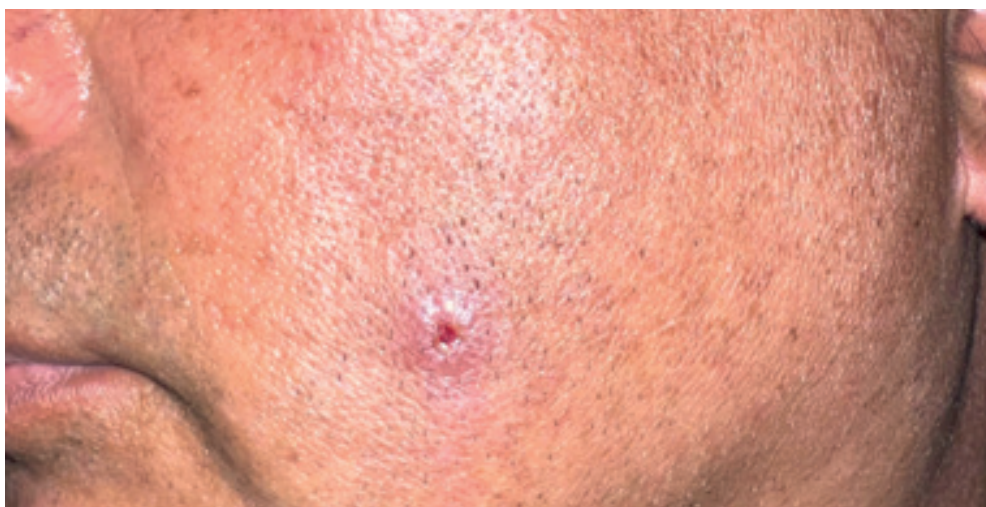


Figura 6. En la mejilla izquierda se observa una placa ulcerada con costra hemática central.



Figura 7. En el glande del pene presenta una pústula.



Figura 8. En el dorso del segundo dedo de la mano izquierda presenta una vesícula con costra hemática central.



Figura 9. En el brazo y el antebrazo presenta tres pústulas umbilicadas con base eritematosa.



Figura 10. En el cuerpo y el glande del pene presenta múltiples vesículas.



Figura 11. En el labio superior presenta una placa eritematosa ulcerada.

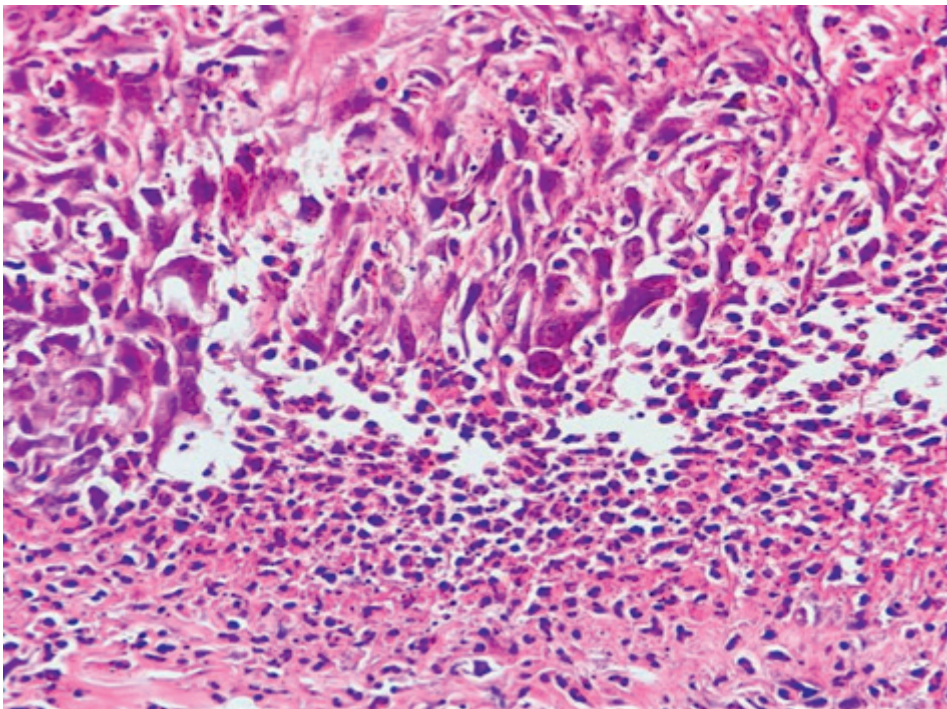


Figura 12. Células multinucleadas con inclusiones eosinófilas.

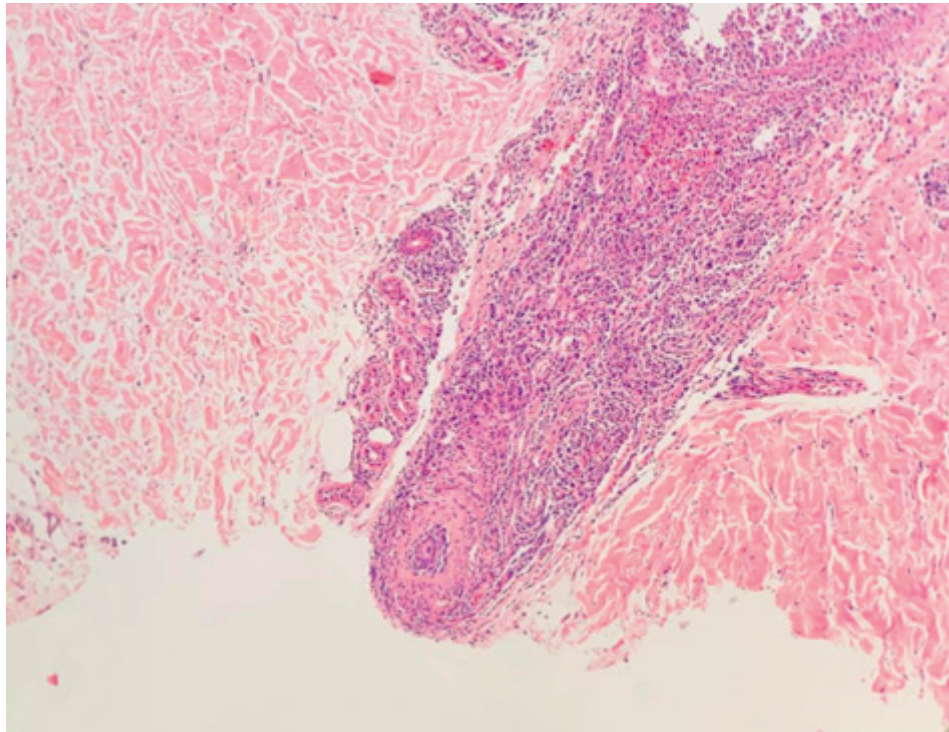


Figura 13. Infiltrado inflamatorio linfocitario y neutrofilico perianaxial.

DISCUSIÓN

Con la erradicación de la viruela en 1980 y el posterior cese de la vacunación, la viruela símica se ha convertido en el ortopoxvirus más importante para la salud pública. Actualmente, hay dos clados genéticamente diferenciados: el de la cuenca del Congo (África central) y el de África occidental ⁽²⁾. Hasta el momento, el virus del clado del África occidental ha sido el agente etiológico aislado en el brote actual, lo cual fue evidenciado en esta serie de pacientes.

La información disponible indica que el 99% (16.839/17.052) de los casos reportados son hombres y que la edad media es de 36 años. Los varones de entre 18 y 44 años son los mayormente afectados (77%) y menos del 1% (98/17.426) tienen entre 0 y 17 años, lo cual se correlaciona con los resultados de este estudio, en donde el 100% son de sexo masculino, el promedio de edad

fue de 33,9 años y solamente un paciente se encontraba en edad pediátrica ⁽⁷⁾. Por otro lado, el actual brote de viruela símica afecta principalmente a hombres que se identifican como homosexuales, bisexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y que han tenido relaciones sexuales recientes con una o varias parejas, característica que también se observa en casi la totalidad de este grupo de individuos (n=10).

Según la OMS, en cuanto a la transmisión, solo se dispone del 23% (5315/23.290) de los casos reportados y entre ellos, el 91% (4856/5315) informaron de la transmisión a través de encuentros sexuales, lo cual se asemeja a lo encontrado en el estudio ⁽⁷⁾.

Aunque los datos sobre la viruela símica en pacientes con infección por el VIH son limitados, los datos de vigilancia de la Unión Europea, Inglaterra y los Estados Unidos indican que en los pacientes con viruela símica de los que se conoce el estado serológico, entre el 28% y el 51% son seropositivos ⁽⁸⁾. En esta serie se encontró

coinfección del virus de la viruela símica con VIH en el 81,8% (n=9), lo cual es más elevado respecto a lo reportado en la literatura y se encuentra en probable relación con que el Hospital Militar Central posee un programa de atención especializada a pacientes con infección por VIH dirigida por el área de Infectología, donde la institución es el punto de atención primaria para estos pacientes. Con respecto al tratamiento antirretroviral, el 55,5% (n=5) tenía como eje central de tratamiento el tenofovir y el 44,4% (n=4), el dolutegravir, en combinaciones que incluyen tres medicamentos, lo que muestra que todos los pacientes se encontraban en tratamiento con los regímenes preferidos y alternativos recomendados por la guía de práctica clínica basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH/sida en personas adultas, gestantes y adolescentes en Colombia de 2021⁽⁹⁾.

La viruela símica produce síntomas parecidos a los que se observaban en los pacientes de viruela en el pasado, aunque menos graves. Esta presenta un período de incubación de seis a 13 días, aunque varía entre cinco y 21 días, lo cual coincide con lo encontrado en esta serie (promedio de 13,7 días). El virus exhibe un período de invasión entre cero y cinco días, caracterizado por fiebre, cefalea intensa, linfadenopatía, dolor lumbar, mialgias y astenia intensa^(3, 7). Posterior (1-3 días después) a la aparición de la fiebre, aparece la erupción cutánea, caracterizada por evolución secuencial de máculas a pápulas, vesículas, pústulas y costras que se secan y se caen. Las lesiones aparecen simultáneamente y evolucionan a un ritmo similar, con una duración hasta de cuatro semanas^(3, 7). En el grupo reportado, todos los pacientes consultaron con lesiones en estadio vesiculopustular y exhibieron la erupción cutánea en promedio de 2,8 días después de cursar con fiebre.

Según la información que se tiene hasta el momento, estas lesiones tienden a aparecer inicialmente en la cara y se propaga rápidamente por el cuerpo; tienden a concentrarse en el rostro y en las extremidades. Las zonas más afectadas son la cara (en el 95% de los casos), las palmas y las plantas (en el 75% de los casos)⁽⁷⁾. Por el contrario, en los individuos de este estudio, la localización más común fue las extremidades, seguido de los genitales. Además, en la literatura también se han descrito la afectación en la mucosa oral (en el 70% de los casos) y las conjuntivas (20%), así como la córnea⁽⁷⁾, lo cual solo se observó en dos pacientes de este estudio.

En el brote mundial actual de viruela símica se están observando lesiones anogenitales, a menudo sin pró-

dromos; los reportes actuales mencionan una afectación de un 30%-68% de los casos reportados^(10, 11). Sin embargo, todos los pacientes de este grupo presentaron pródromos.

En un estudio de cohortes observacional, prospectivo y multicéntrico realizado en Madrid y Barcelona, España, en donde se describieron 181 pacientes con diagnóstico confirmado de viruela símica, todos los pacientes presentaron lesiones en la piel; 141 (78%) pacientes tenían lesiones en la región anogenital y 78 (43%) en la región oral y perioral. Además, 70 (39%) pacientes tuvieron complicaciones que requirieron tratamiento: 45 (25%) tuvieron proctitis; 19 (10%), amigdalitis; 15 (8%), edema de pene; seis (3%), absceso; y ocho (4%), exantema⁽¹²⁾. Aunque en esta serie de casos no se consideró la proctitis como una complicación, dado que es una manifestación descrita dentro de la historia natural de la enfermedad, se observó este hallazgo en el 45% de los pacientes.

Aunque el diagnóstico es clínico y confirmado por métodos de biología molecular, en la histopatología puede encontrarse edema intracelular severo que resulta en degeneración por balonización y necrosis epidérmica, acompañado de espongirosis, un infiltrado neutrofílico, linfocítico e histiocitario con presencia de las 3 M: multinucleación de la célula, moldeo del núcleo y marginación de la cromatina; indistinguibles de los hallazgos de una infección herpética, tal como se evidenció en el paciente de esta serie⁽¹³⁾.

En lo revisado en la literatura, los autores mencionan que los diagnósticos diferenciales de la viruela símica son extensos^(1, 11), aunque no se encontró reporte de la sospecha diagnóstica inicial; sin embargo, en esta serie, es llamativo encontrar que menos de la mitad de los pacientes (45,4%; n=5) tuvieron como sospecha inicial un caso probable de viruela símica. Del resto de los pacientes (n=6), se sospecharon infecciones bacterianas en la mayoría de los casos (forunculosis, ectima y chancreoide), seguido de impresiones iniciales de condilomatosis genital y candidiasis oral. Hubo un caso con presentación atípica, dado que el síntoma predominante e inicial fue la presencia de dolor abdominal en el cuadrante superior derecho, por lo que fue enfocado como un cólico biliar, quien demostró elevación en las transaminasas (menos de tres veces el valor superior normal reportado por el laboratorio), así como en la LDH, quien posteriormente exhibió la erupción cutánea y la fiebre, lo que llevó a la sospecha de viruela símica.

Relativo al manejo, no se han descrito tratamientos específicos para la viruela símica; sin embargo, como los virus que causan la viruela símica y la viruela son similares, es posible utilizar los medicamentos antivirales desarrollados para proteger contra la viruela con eficacia, como el tecovirimat (aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos [FDA] para tratar la viruela en niños y adultos) y el cidofovir, utilizado en retinitis por citomegalovirus en pacientes con sida ⁽¹⁴⁾. No obstante, dado que en Colombia no hay disponibilidad de estos fármacos, ningún paciente de esta serie recibió manejo antiviral específico y, a pesar de esto, todos los individuos presentaron resolución espontánea, como es esperable para el cuadro ocasionado por el virus del clado de África occidental ⁽¹¹⁾.

La viruela símica es una enfermedad autolimitada, con síntomas que duran de dos a cuatro semanas. Las complicaciones descritas en la literatura son las infecciones bacterianas secundarias, la bronconeumonía, la afectación gastrointestinal, la sepsis, la encefalitis y la infección de la córnea con pérdida de la visión. Las muertes en África occidental están asociadas con edad temprana o infección por VIH no tratada ^(3, 7). En esta serie se evidenció que los pacientes que cursaron con proctitis fueron en quienes más tardó la resolución de los síntomas y que el 18,1% (n=2) presentaron infecciones bacterianas de tejidos blandos, ambos en relación con la manipulación y el trauma a nivel de las lesiones, ambas tratadas de forma exitosa con trimetoprim-sulfametoxazol durante cinco a siete días.

CONCLUSIÓN

En conclusión, reportamos una serie de casos de pacientes diagnosticados con viruela símica quienes exhibieron un comportamiento sociodemográfico similar a lo reportado hasta el momento (sexo masculino identificados como homosexuales o bisexuales), quienes tenían coinfección por VIH y antecedente de otras infecciones de transmisión sexual de forma frecuente: 81,8% (n=9) y 66,6% (n=6), respectivamente. Los datos mencionados sugieren una relación estrecha entre ambos virus, que tienen en común el contagio primordialmente por vía sexual; además, la alta prevalencia de otras ITS en estos pacientes apoya la afirmación de que es la principal vía de transmisión durante este brote. Por otra parte, sugiere que es necesario fortalecer las medidas de educación en relación con el uso regular del preservativo, la adherencia a la terapia antirretroviral, así como en la importancia de limitar el número de pa-

rejas sexuales.

Además, más de la mitad de los pacientes (54,5%) fueron erróneamente diagnosticados con otros cuadros infecciosos, a pesar de que se presentaron al momento de la consulta en la fase vesiculopustular de la enfermedad. Lo anterior indica que es recomendable robustecer la educación médica sensibilizando frente a esta enfermedad emergente, teniéndola presente en pacientes que consulten por lesiones anogenitales y fiebre y que presenten adenopatías a la exploración física, principalmente a nivel inguinal.

Por otra parte, se evidenció una evolución benigna del cuadro con medidas de soporte, que demostró ser autolimitado en la totalidad de los casos, incluso en aquellos pacientes con conteos de linfocitos T CD4 menores de 500 células/ μ L. Solo dos casos presentaron como complicación infecciones bacterianas de los tejidos blandos secundarias a trauma local a nivel de las lesiones; por tanto, sería recomendable indicar a los pacientes que eviten la manipulación de las lesiones mientras cede el cuadro.

Por último, dado que Colombia en el momento no tiene disponibilidad de vacunas ni de fármacos para un manejo antiviral específico, la vigilancia y la rápida detección de nuevos casos, basados en un buen enfoque clínico inicial, son las herramientas fundamentales para contener el brote actual en el país.

Puntos clave

- La viruela símica presenta una evolución benigna solamente con medidas de soporte, que demuestra ser autolimitada en la totalidad de los casos, incluso en aquellos pacientes con conteos de linfocitos T CD₄ menores de 500 células/ μ L; solo dos casos presentaron como complicación infecciones bacterianas de los tejidos blandos secundarias a trauma local a nivel de las lesiones; por tanto, sería recomendable indicar a los pacientes que eviten la manipulación de las lesiones mientras cede el cuadro.
- Esta serie de casos presenta un comportamiento sociodemográfico similar a lo reportado hasta el momento en la literatura (de sexo masculino e identificados como homosexuales o bisexuales), quienes tenían coinfección por VIH y antecedente de otras infecciones de transmisión sexual de forma frecuente: 81,8% (n=9) y 66,6% (n=6), respectivamente. Los datos mencionados sugieren una relación estrecha entre ambos virus que debe considerarse y que tienen en común el contagio, primordialmente por vía sexual; además, la alta prevalencia de otras ITS en estos pacientes apoya la afirmación de que es la principal vía de transmisión durante este brote.
- La enfermedad se caracteriza por una fase prodrómica, con posterior aparición de fiebre, pápulas y pústulas concentradas en el rostro y los genitales asociada a compromiso palmo-plantar y enantema, características clínicas que ha sido común en las series de casos descritas y en esta.

REFERENCIAS

1. Harris E. What to Know About Monkeypox. JAMA. 2022;327(23):2278-9. <https://doi.org/10.1001/jama.2022.9499>
2. Kumar N, Acharya A, Gendelman HE, Byrareddy SN. The 2022 outbreak and the pathobiology of the monkeypox virus. J Autoimmun. 2022;131:102855. <https://doi.org/10.1016/j.jaut.2022.102855>
3. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia de la Viruela Símica. o ed. el 30 de julio de 2022;27. Disponible en: <https://shorturl.at/ghro8>
4. Frey SE, Belshe RB. Poxvirus zoonoses--putting pocks into context. N Engl J Med. 2004;350(4):324-7. <https://doi.org/10.1056/NEJMp038208>
5. World Health Organization. Multi-country outbreak of monkeypox. External situation report #9 [Internet]. WHO; 2 de noviembre de 2022. [Citado el 13 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://t.ly/AyXvR>
6. Ministerio de Salud de Colombia. Resolución 8430 de 1993 [Internet]. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Minsalud. [Citado el 25 de julio de 2021]. Disponible en: <https://rb.gy/r149z5>
7. World Health Organization. Multi-country outbreak of monkeypox - External Situation Report 8 [Internet]. WHO; 20 de octubre de 2022. [Citado el 31 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://shorturl.at/rvHL8>
8. O'Shea J, Filardo TD, Morris SB, Weiser J, Petersen B, Brooks JT. Interim Guidance for Prevention and Treatment of Monkeypox in Persons with HIV Infection - United States, August 2022. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2022;71(32):1023-8. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm7132e4>
9. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Guía de Práctica Clínica (GPC) basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH/SIDA en personas adultas, gestantes y adolescentes. Guía para profesionales de la salud n.º 39-2021. [Internet]. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud; 2021. Disponible en: <https://shorturl.at/opDO6>
10. Patrocinio-Jesus R, Peruzzo F. Monkeypox Genital Lesions. N Engl J Med. 2022;387(1):66-66. <https://doi.org/10.1056/NEJMicm2206893>
11. Thornhill JP, Barkati S, Walmsley S, Rockstroh J, Antinori A, Harrison LB, et al. Monkeypox Virus Infection in Humans across 16 Countries - April-June 2022. N Engl J Med. 2022;387(8):679-91. <https://doi.org/10.1056/NEJMc2213969>

12. Tarín-Vicente EJ, Alemany A, Agud-Dios M, Ubals M, Suñer C, Antón A, et al. Clinical presentation and virological assessment of confirmed human monkeypox virus cases in Spain: a prospective observational cohort study. *Lancet Lond Engl.* 2022;S0140-6736(22)01436-2.
13. Eduardo Calonje (editor). *Mckee's Pathology of the Skin*. 5.^a edición. Vol. 2. Elsevier; 2020.
14. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Guía del paciente para el tratamiento de la viruela símica (mpox en inglés) con tecovirimat (TPOXX) [Internet]. CDC; 18 de septiembre de 2023. [Citado el 14 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://t.cdc.gov/0005Y>

La gran imitadora: características dermatológicas relacionadas con la infección por *Treponema pallidum*, una revisión narrativa de la literatura

Luis Daniel Pérez Cáceres¹; Miguel Mateo Cuervo²



RESUMEN

Introducción: la sífilis es provocada por *Treponema pallidum*, una infección de transmisión sexual. Sus principales manifestaciones ocurren de manera temprana a nivel dermatológico con numerosos hallazgos, la gran mayoría inespecíficos. **Métodos:** se realizó una búsqueda de información en PubMed/Medline, ScienceDirect, JAMA y SciELO. Se obtuvieron 185 referencias, de las cuales se seleccionaron 65, para finalmente condensar la información como revisión narrativa de la literatura. **Resultados:** el chancro sifilítico es la manifestación primaria; sin embargo, también se describen manifestaciones extragenitales que podrían pasar inadvertidas. Los estadios secundarios y terciarios incluyen brotes maculopapulares, placas y formas nodulares, que mimetizan otras dermatosis. **Conclusión:** la sífilis se considera la gran imitadora. Deberá tenerse siempre como diagnóstico diferencial ante erupciones maculopapulares con compromiso palmoplantar, pues de permitir su avance, se genera un compromiso multisistémico considerable.

PALABRAS CLAVE: Chancro; Enfermedades de transmisión sexual; Sífilis cutánea; Sífilis latente; Sífilis; *Treponema pallidum*.

1. Médico, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia - UPTC, Tunja Boyacá. Residente de Dermatología, Fundación Universitaria Sanitas, Bogotá D.C. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0851-8894>
2. Médico dermatólogo, Universidad de Antioquia. Hospital Alma Máter de Antioquia. Docente, Universidad de Antioquia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6301-6590>

Correspondencia: Luis Daniel Pérez Cáceres; **email:** danielrural26@gmail.com

Recibido: 03/06/2022; **aceptado:** 27/12/2023

Cómo citar: Pérez Cáceres LD, Cuervo MM. La gran imitadora: características dermatológicas relacionadas con la infección por *Treponema pallidum*, una revisión narrativa de la literatura. Rev. Asoc. Colomb. Dermatol. Cir. Dermatol. 2023;31(4):290-303.

DOI: <https://doi.org/10.29176/2590843X.1695>

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

THE GREAT IMITATOR: DERMATOLOGIC FEATURES RELATED TO T. PALLIDUM INFECTION, A NARRATIVE REVIEW OF THE LITERATURE

SUMMARY

Introduction: Syphilis is a sexually transmitted infection caused by *Treponema pallidum*. Its main manifestations occur early at the dermatological level with numerous findings, the vast majority nonspecific. **Methods:** Information was searched in PubMed/Medline, ScienceDirect, JAMA and SciELO. 185 references were acquired, of which 65 were selected, to finally condense the information as a narrative review of the literature. **Results:** The syphilitic chancres are the primary manifestation; however, extragenital manifestations that could go unnoticed are also described. The secondary and tertiary stages include maculopapular outbreaks, plaques, and nodular forms, mimicking other dermatoses. **Conclusion:** Syphilis is considered the great imitator. Maculopapular eruptions with palmoplantar involvement should always be considered as a differential diagnosis since, if these are allowed to progress, considerable multisystem involvement is generated.

KEY WORDS: Chancres; Cutaneous syphilis; Latent syphilis; Sexually transmitted diseases; Syphilis; *Treponema pallidum*.

INTRODUCCIÓN

La sífilis comprende un amplio espectro de manifestaciones clínicas en diferentes sistemas, donde la piel es uno de los más representativos ⁽¹⁾. Entre 1527 y 1530 se realizaron las primeras descripciones detalladas de la infección. Durante siglos afectó a todo tipo de población, independientemente de su perfil sociodemográfico, y hasta 1943 se logró un manejo etiológico con el advenimiento de la penicilina. Sin embargo, desde la década del 2000 el número de casos ha venido en aumento, afectando con mayor frecuencia a población de hombres que tienen sexo con hombres, lo que constituye un problema de salud pública ^(2,3).

La infección es provocada por *Treponema pallidum*, subespecie pallidum, y el modo de transmisión más frecuente ocurre a través de la vía sexual luego del contacto directo con lesiones infectadas; sin embargo, se describen también otras vías de transmisión, como la transplacentaria ⁽⁴⁾. Las manifestaciones clínicas dependen del tiempo de evolución e inicialmente ocurre una lesión primaria o chancro sífilítico, para posteriormente entrar en un período de latencia con reactivación y aparición de numerosas manifestaciones clínicas inespecíficas acordes con la etapa secundaria y terciaria, razón por la que se le denomina también *la gran imitadora* y donde su diagnóstico puede constituir un reto para el médico. En la literatura se describen manifestaciones dermatológicas atípicas hasta en tres de cada 10 casos, incluidas las lesiones sugerentes de

múltiples enfermedades sistémicas ⁽⁵⁾. Por tal motivo, a continuación se describen las diferentes manifestaciones clínicas en la piel según el estadio clínico de la sífilis junto con las claves semiológicas para identificarlas y establecer diagnósticos correctos y diferenciarlas de otras dermatopatías.

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda de información en PubMed/Medline, ScienceDirect, JAMA y SciELO. Se tuvo en cuenta como principal fuente de recolección de datos los artículos de revisión narrativos y sistemáticos, los artículos originales, las guías clínicas basadas en la evidencia y algunos reportes de caso, de los que se obtuvo principalmente información sobre diagnósticos diferenciales y causas del subdiagnóstico. La revisión de la literatura se realizó desde el 14 de diciembre de 2021 hasta el 20 de abril de 2022, con fecha de corte de publicación en julio de 2021. Se usaron los siguientes términos DeCS: “Sífilis”, “Sífilis cutánea”, “Serodiagnóstico de la sífilis”, “Sífilis latente”, “Infecciones por VIH” y “Enfermedades bacterianas de transmisión sexual”. Se obtuvieron en total 185 referencias, de las cuales se seleccionaron 64 artículos cuyo enfoque principal fuese el diagnóstico semiológico a nivel cutáneo.

EPIDEMIOLOGÍA

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la incidencia de la sífilis en la última década del siglo xx disminuyó hasta un 90%; no obstante, desde el 2000, el número de casos ascendió y en tan solo Estados Unidos aumentó de 8000 a casi 20.000⁽⁶⁾, con una incidencia total estimada de 6,3 millones⁽⁷⁾. Los grupos de edad más afectados comprenden entre los 20 y 34 años⁽⁸⁾ y en el caso de los hombres, el factor de riesgo principal es el contacto sexual entre el mismo género, con tasas de infección de hasta 11 por cada 100 hombres con estas conductas⁽⁹⁾. Los países industrializados aportan el mayor número de diagnósticos debido al aumento en la expectativa de vida, por la instauración de la terapia antirretroviral en pacientes coinfectados con VIH⁽¹⁰⁾. Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) informan la mayor tasa de infección por sífilis en población negra sobre la hispana, con tasas en 2018 de 28,1 en comparación con 6,0 por cada 100.000 habitantes⁽¹¹⁾. En 2013, en América Latina se describieron como las regiones más afectadas a São Paulo, Buenos Aires, Guatemala, San Salvador y Acajutla⁽¹²⁾. La mediana de prevalencia en 2018 fue del 6%, con una seroprevalencia mayor del 20% en países como Brasil, Colombia y México⁽¹³⁾. En habitantes de calle, la prevalencia es del 27% y los factores asociados constituyeron el consumo de sustancias psicoactivas y el estrato socioeconómico bajo⁽¹⁴⁾. En Colombia, las cifras son escasas⁽¹⁵⁾, con más datos epidemiológicos en la población gestante, donde también se han informado incrementos de alrededor del 14% y de sífilis congénita del 19% en 2020⁽¹⁶⁾.

LA SÍFILIS Y EL VIH

Según los CDC, más del 40% de los pacientes con sífilis tienen asociada infección por VIH. Wu y colaboradores⁽¹⁷⁾ describen un riesgo de alrededor del 50% de generarse primoinfección por VIH luego de haberse expuesto a la sífilis, donde también es latente el riesgo de tener una carga viral elevada en pacientes con infección por VIH concomitante con sífilis, con hallazgos de 54.000 copias/mL frente a 11.318 copias/mL en quienes no presentan coinfección por *T. pallidum*⁽¹⁸⁾.

Características microbiológicas y fisiopatología

El *T. pallidum* es una bacteria en forma de espiroqueta de aspecto microscópico largo, aunque delgado, lo que limita su identificación mediante observación directa, por lo que se requiere microscopía de campo oscuro, donde se observa un aspecto típico de sacacorcho con espirales de amplitud estrecha⁽¹⁹⁾. Tiene relación genotípica de casi el 99% con otras subespecies, lo que favorece la detección de falsos positivos cuando se realizan pruebas serológicas no treponémicas, que varían, además, en su mecanismo de transmisión^(20, 21). El ingreso hacia el medio intracelular es facilitado por la pérdida en la integridad de la epidermis, en donde en un tiempo comprendido entre 24 y 48 horas se inicia un proceso de división bacteriana con reacción celular plasmática secundaria, facilitado por sus proteínas transmembrana, que cumplen funciones virulentas⁽²²⁾. En las fases primarias hay predominio de linfocitos T CD4, mientras que en las etapas secundarias predominan los linfocitos T CD8, así como las células dendríticas que expresan receptores en común para el VIH, lo que sustenta su relación epidemiológica⁽²³⁾.

Sífilis primaria

Se genera por la invasión de *T. pallidum* en la zona de inoculación primaria. El período de incubación varía entre nueve días hasta tres meses luego de haber mantenido el contacto sexual. Se caracteriza por la aparición de un chancro no doloroso, la gran mayoría de las veces en la zona genital (glande o cuerpo del pene; labios mayores, menores o región perineal), aunque puede aparecer también en las extremidades, la mucosa oral o en cualquier zona anatómica que haya tenido contacto de manera directa con los fluidos que contengan espiroquetas⁽²⁴⁾. Si se identifica la infección mediante pruebas serológicas y se instaura el manejo antibiótico apropiado, los chancros resuelven en término de días; de lo contrario, las lesiones continúan presentes para desaparecer espontáneamente en alrededor de cuatro semanas⁽²⁵⁾.

Características dermatológicas

El chancro suele iniciar como una mácula eritematosa que evoluciona a pápula, para luego erosionar su superficie y generar finalmente una úlcera de aspecto ovalado con bordes bien definidos. En ocho de cada 10 pacientes se acompaña de adenomegalias y linfadenopatías regionales. No obstante, las manifestaciones der-

matológicas sífilíticas primarias pueden ser atípicas e incluyen un gran espectro de lesiones cutáneas, dentro de las cuales se describen chancros en el dorso de la lengua de aspecto pseudotumoral, tromboflebitis, balanitis erosiva, úlceras dolorosas, pruriginosas o exudativas o de evolución crónica que no logran cicatrizar ⁽²⁶⁾. Deberán considerarse como diagnósticos diferenciales: herpes genital, granuloma inguinal, linfogranuloma venéreo, tuberculosis genital primaria, amebiasis, enfermedad de Crohn, enfermedad de Behçet, malignidad, leishmaniasis, traumatismos, entre otros ⁽²⁷⁾. En la **Tabla 1** se resumen las características dermatológicas típicas de la úlcera primaria.

Manifestaciones extragenitales

Alrededor del 5% de los chancros tienen una localización extragenital y la más común es la cavidad oral, con frecuencias que van del 40% al 75%, seguida de los dedos de los miembros superiores e inferiores y los pezones. Cuando las lesiones ocurren en la cavidad bucal, se manifiestan como úlceras solitarias sobre la región labial principalmente, seguida de la mucosa yugal, el pilar amigdalino o paladar, la lengua y, por último, las encías ⁽²⁸⁾. Se asocian a linfadenopatías cervicales; sin embargo, solo el 35% de los pacientes con úlceras en esta zona anatómica corresponden a estadio primario, de modo que el 50% corresponde a sífilis secundaria y alrededor del 9% a sífilis terciaria, en donde en este estadio se acompaña de un importante compromiso destructivo ^(26, 29-31).

Características histopatológicas

La sífilis primaria se observa como una dermatosis ulcerada, delimitada por tejido necrótico secundario al infiltrado mononuclear, que produce la oclusión de los vasos sanguíneos. Como hallazgo más frecuente en la histopatología se ha descrito la infiltración de células plasmáticas en alrededor de nueve de cada 10 casos, seguido de la presencia de queratinocitos necróticos en un 50%. La agregación linfocitaria, la pleocitosis y los macrófagos suelen estar presentes en la zona más basal de la úlcera. La principal localización de la espiroqueta ocurre a nivel de la dermis superficial, con hiperplasia endotelial relacionada con edema endotelial, que es posible observar mediante técnicas de inmunohistoquímica CD138/38. El aumento celular suele estar bien delimitado y desaparece en la periferia de la lesión primaria. En esta etapa no existen secuelas histopatológicas ^(32, 33).

Diagnósticos diferenciales

En la **Tabla 2** se describen los diagnósticos diferenciales del chancro sífilítico ⁽³⁴⁻³⁶⁾.

Bordes	Regulares y bien definidos con respecto a la piel sana
Tamaño, número de lesiones y consistencia	Tamaño variable, entre 0,3 y 3 cm de diámetro, además de ser una lesión única y de consistencia indurada.
Coloración	Rosada, que puede variar a aspecto eritematoso y ocasionalmente tinte oscuro a grisáceo claro.
Superficie	Puede estar cubierta por contenido exudativo, seroso o fibrinoide.
Sensibilidad	Son indoloras; ocasionalmente pueden tornarse hipersensibles cuando se asocian a sobreinfección.
Secuelas	No suelen dejar lesiones cicatriciales; desaparecen entre 21 y 30 días.

Tabla 1. Características semiológicas del chancro sífilítico

Adaptada de: Dourmishev LA, et al. Clin Dermatol. 2005;23(6):555-64 ⁽²⁶⁾.

	Sífilis	Chancroide	Granuloma inguinal	Herpes	Linfogranuloma venéreo
Agente etiológico	<i>T. pallidum</i>	<i>H. ducreyi</i>	<i>K. granulomatis</i>	Virus del herpes simple 1 y 2	<i>C. trachomatis</i>
Período de incubación	10-90 días	3-7 días	2-3 semanas	7-10 días	3-30 días
Lesión primaria	Pápula única con posterior ulceración central	Pápula con posterior ulceración	Pápula firme o nódulo subcutáneo	Vesículas múltiples, hipersensibles	Pápula, pústula o vesícula de pequeño tamaño
Lesión secundaria o evolución	Úlcera única, no dolorosa, de bordes bien definidos, indurada, con elevación en la periferia. Puede haber eritema adyacente, aunque de fondo limpio	Úlcera única de tamaño considerable, muy hipersensible, con exudado purulento y áreas necróticas, recuerda una apariencia serpiginosa	Pápulas eritematosas no dolorosas que confluyen y se ulceran. Muy friables y con tejido de granulación. Genera destrucción tisular local	Tienden a coalescer hasta formar lesiones agrupadas que se erosionan; el fondo es eritematoso y no exudativo	Úlcera circunferencial, no dolorosa, blanda y pequeña; suele cicatrizar de manera espontánea
Aspectos adicionales	Adenopatías unilaterales o bilaterales, indoloras, regionales cercanas al sitio de la lesión primaria	Adenopatía unilateral dolorosa de aspecto inflamatorio con exudado purulento asociado	No suele presentar adenopatías	Puede haber adenopatías inguinales muy dolorosas y edema de los genitales externos	Adenopatías inguinales que suelen coalescer, muy dolorosas al tacto. Genera proctitis

Tabla 2. Úlceras anogenitales y sus diferencias

Adaptada de: Murillo E; 2018⁽³⁴⁾; Roett MA; 2020⁽³⁵⁾; World Health Organization; 2021⁽³⁶⁾.

Manejo

Las guías canadienses, europeas y estadounidenses recomiendan como agente antimicrobiano de primera línea la penicilina G benzatínica. La dosis recomendada es de 2.400.000 UI por vía intramuscular en dosis única. De no encontrarse disponible, la segunda línea será la penicilina procaínica, con esquema de 10 a 14 días. Otros antibióticos diferentes a la penicilina han sido estudiados, entre ellos las tetraciclinas, de las cuales la doxiciclina es la de preferencia por su mejor distribución, con una tasa de éxito en términos de disminución de títulos serológicos similar a la de la penicilina⁽³⁷⁾. Otras opciones terapéuticas son las cefalosporinas de espectro extendido, especialmente en pacientes con trastornos de la coagulación; sin embargo, requieren de mayores dosis, lo que disminuye su adherencia⁽³⁸⁾.

Sífilis secundaria

Se produce por la diseminación hematógena de *T. pallidum* desde el sitio primario. Suele manifestarse entre el primer y el cuarto mes, luego de la aparición del chancro sífilítico. Se caracteriza por una erupción eritematosa macular difusa y asintomática, localizada en el tórax, el abdomen y típicamente con presencia en las palmas o las plantas, donde produce pápulas y pequeñas placas con descamación en collarite (**Figura 1**)⁽³⁹⁾. Las lesiones también pueden ser papulares, pustulosas, hiperqueratósicas y escamosas e incluso comprometer las mucosas con presencia de excrecencias epidérmicas o de aspecto verrugoso (condiloma lata)⁽⁴⁰⁾. En esta etapa no solo hay compromiso dermatológico, sino también síntomas sistémicos y linfadenopatía difusa, que cons-



Figura 1. Clavos sifilíticos o denominados también como collarete de Biett. Obsérvese la erupción maculopapular plantar con escamas, algunas de ellas en collarete.

tituyen una diferencia principal con respecto a la etapa primaria ⁽⁴¹⁾. Si no se instaura el tratamiento antibiótico correcto, las lesiones también pueden desaparecer sin presencia de cicatrices, aunque con una evolución más lenta. El diagnóstico en esta etapa puede ser retardador por las manifestaciones inespecíficas, por lo que debe sospecharse en todo paciente con factores de riesgo que consultan por exantema de curso subagudo, con compromiso de palmas y plantas ⁽⁴²⁾.

Características dermatológicas y diagnósticos diferenciales

En las **Tablas 3 y 4** se describen las características semiológicas encontradas en la sífilis secundaria en fase temprana y tardía, así como sus diagnósticos diferenciales. Se definen como *fase temprana* aquellas manifestaciones dermatológicas que ocurren dentro del primer año luego del inicio del período latente y *fase tardía* a las erupciones dermatológicas que aparecen después de este período y antes del inicio de la sífilis terciaria ^(43, 44).

Otras manifestaciones

La alopecia sifilítica es infrecuente, se presenta en tan solo el 4% de los casos y suele confundirse frecuentemente con procesos micóticos o trastornos psiquiátricos como la tricotilomanía. Se describen dos subtipos: la forma sintomática, en la que la alopecia se asocia a lesiones cutáneas, y la forma esencial, donde estas últimas están ausentes ⁽⁴⁴⁾. Existen tres patrones y el más frecuente es el apollillado o del *barbero aficionado*, caracterizado por el patrón alopecico parcheado, de predominio en la región parietooccipital; los otros patrones son el difuso, con pérdida generalizada de pelo, y el patrón mixto, en el que se encuentran placas definidas, aunque englobadas dentro de una variante difusa ⁽⁴⁵⁾. La sífilis rupioide o lúes maligna se caracteriza por la aparición de múltiples pápulas pleomórficas de disposición ovalada, nódulos ulcerados o papulopustulosas, que clásicamente se muestran con superficie de aspecto costroso u ostráceo (simulan una concha de ostra) que exponen olor fétido, así como placas verrugosas de aspecto tumoral. La histopatología no suele mostrar espiroquetas, por lo que su confirmación es difícil de conseguir. Mimetiza a la psoriasis rupioide, la artritis reactiva o la histoplasmosis diseminada ^(46, 47).

Lesión	Forma/característica	Color	Localización	Diagnóstico diferencial
Brote macular (Figura 2)	Elíptica u ovalada, plana	Rosado; se tornan eucrómico en la periferia	Brote difuso, por lo general respeta la cara	Pitiriasis rosada, exantema viral, eritema multiforme
Brote papular	Redondas e induradas	Eucrómicas o eritematosas	De preferencia en el tórax, aunque puede aparecer en cualquier zona	Psoriasis, linfoma cutáneo de células T, liquen plano, dermatitis seborreica
Folicular o pseudovesicular	Pápulas redondeadas, foliculares, que coalescen. Pueden ser pruriginosas y con descamación	Eritematosas y marrón	Sobre los folículos pilosos y <i>ostium</i> de las glándulas sudoríparas. Se observa en dorso, cara anterior del tórax, muslos y extremidades superiores	Liquen plano, tiña, dermatitis seborreica, queratosis pilar
Liquenoide	Placas redondeadas, bordes poco definidos, superficie plana y brillante. Poco pruriginosas	Eritematosas	Difusa, de predominio en dorso, brazos y tórax anterior	Liquen plano
Vesicular	Redondeadas, contienen líquido cetrino en su interior. Evoluciona a otra lesión dermatológica	Base eritematosa	Difusas	Eritema multiforme, psoriasis, pitiriasis, urticaria pigmentosa, lepra, micosis fungoide
Psoriasiforme	Distribución geográfica, con bordes muy bien definidos y escama micácea. No hay sangrado cuando se retira la escama	Eritematosa	Plantas y palmas, codos, rodillas	Psoriasis
Corimbiforme	Placas con pápulas, vesículas o pústulas en la periferia formando <i>racimos</i>	Suelen ser eritematosas; pueden ser algo marrones	Difusa	Ninguna

Tabla 3. Hallazgos semiológicos en la fase secundaria temprana y diagnóstico diferencial
Adaptada de: Çakmak SK, et al.; 2019⁽²⁷⁾; Ivars-Lleó M, et al.; 2015⁽⁴⁰⁾; Musher DM, et al.; 2005⁽⁴³⁾.



Figura 1. Sífilis secundaria. Paciente con erupción macular en la cara anterior del abdomen hacia los flancos, con placas ligeramente sobreelevadas. Obsérvese la distribución difusa.

Características histopatológicas

La presencia de células plasmáticas constituye el hallazgo histopatológico más frecuente en la sífilis secundaria en un 86%, seguida de acantosis irregular, apoptosis de los queratinocitos, degeneración vacuolar de la capa basal, infiltración neutrofilica en la capa córnea y, con menor frecuencia, inflamación intersticial, en un 13%. La principal localización de *T. pallidum* se da en la unión dermoepidérmica, relacionada con la presencia de receptores en la matriz extracelular. Los hallazgos evidenciados en una sola muestra pueden ser múltiples, por lo que la combinación de varios de estos aumenta el rendimiento diagnóstico, de los cuales, los principales marcadores de sífilis son la infiltración de células plasmáticas, el alargamiento de las crestas dérmicas y la dilatación endotelial ⁽⁴⁸⁾.

Manejo

La OMS recomienda el mismo esquema antibiótico que es usado en la etapa primaria. Cuando la penicilina G benzatínica no sea viable terapéuticamente y deba recurrirse a esquemas alternativos, se preferirá la doxiciclina sobre la ceftriaxona, debido a su menor costo y a la facilidad de poder administrarse por vía oral. Cuando se desconozca el tiempo de evolución de la sífilis, deberá tratarse con el régimen antibiótico de la sífilis terciaria, que se describirá a continuación ⁽⁴⁹⁾.

Sífilis terciaria

Es una fase avanzada e inusual de la infección, que se presenta en un 25% de los pacientes con sífilis primaria que no recibieron manejo antibiótico. Su incidencia ha venido en descenso debido a la disponibilidad de la penicilina; sin embargo, aún se reportan casos aislados, especialmente en aquellas poblaciones con difícil acceso a los servicios de salud ⁽⁵⁰⁾, favorecido también por el error diagnóstico y el subdiagnóstico. Ocurre por una respuesta inmunológica hiperactiva a escasas espiroquetas en pacientes que ya tienen una sensibilización al *Treponema*. deberá sospecharse en todo paciente con lesiones papulonodulares de evolución crónica, de distribución difusa y compromiso preferencial en la cara, las mucosas, las palmas y las plantas ⁽⁵⁾.

Características dermatológicas

Debido a la diseminación multiorgánica de *T. pallidum*, las manifestaciones clínicas ocurren en múltiples sistemas: oftalmológico, sistema nervioso central, cardiovascular, músculo-esquelético, hepático y mucocutáneo ⁽⁵¹⁾. Se han descrito dos grandes tipos: la forma nodular y la gomosa. En la primera, las lesiones son de fondo eritematoso, superficiales, no dolorosas a la palpación, de consistencia pétreas y de localización difusa, aunque de predominio en la zona facial, la región dorsal alta (principalmente interescapular) e incluso las extremidades. Los nódulos pueden coalescer y causar lesiones de mayor tamaño generando patrones arqueados. Por su parte, la forma gomosa se manifiesta como

Lesión	Forma/característica	Color	Localización	Diagnóstico diferencial
Papular extensa	Redondeada de gran tamaño y de consistencia dura. Se aplanan progresivamente y coalesce con formación final de placas	Rosada	Generalmente en zonas fotoexpuestas	-
Anular	Anillo, inicialmente como pápula única que luego se vuelve placa de bordes eritematosos e infiltrados, aunque en zona central lisa	Base eritematosa	Comisuras labiales y en alas nasales, que respetan la mucosa oral	Lupus cutáneo subagudo, sarcoidosis, granuloma anular, tiña corporal, poroqueratosis actínica
Condiloma plano	Pápulas exofíticas, aspecto de coliflor con múltiples lobulaciones	Blanquecina, rosácea o grisácea	Área genital y zonas adyacentes	Carcinoma de células escamosas, condiloma acuminado
Pustular	Pápula, luego pústula y finalmente placas ulceronecroticas en forma de sacabocado con halo que lo rodea. Forma costras	Eritematoso o violáceo	Área nasal, flancos, palmas y plantas	Acné vulgar, varicela, foliculitis, rosácea papulopustular, pénfigo vulgar
Noduloulcerativa o sífilis maligna	Papulonodular dolorosas asociadas a úlceras	Eritematosa o violácea	Generalizada	Ectima, pioderma gangrenoso, vasculitis cutánea
Frambuesiforme	Aspecto vegetante, placas con pústulas con líquido seroso que al romperse tiene un olor fétido	Violácea	Boca, nariz, área axilar y genital	Condiloma gigante

Tabla 4. Hallazgos semiológicos en la fase secundaria tardía y diagnóstico diferencial

Adaptada de: Çakmak SK, et al.; 2019 ⁽²⁷⁾; Ivars-Lleó M, et al.; 2015 ⁽⁴⁰⁾; Musher DM, et al.; 2005 ⁽⁴³⁾.

placas infiltradas en el tejido celular subcutáneo, ulceradas, en forma de sacabocado, no dolorosas, con superficie costrosa, de coloración parda a rojiza, algunas de ellas con necrosis perilesional, que pueden simular procesos infecciosos o neoplásicos (**Figura 3**)⁽⁵²⁾. La destrucción tisular en estos casos es importante y es más acelerada en pacientes coinfectados con VIH ^(53, 54). Otras manifestaciones constituyen las erupciones papulono-

dulares de fondo eritematoso a violáceo, con bordes irregulares y distribución desorganizada, que pueden coalescer hasta conformar una lesión única de extensión considerable ⁽⁵⁰⁾. La presencia de cicatrices atróficas asociada a hiperpigmentación y el desprendimiento epidérmico constituyen una diferencia esencial con respecto a la sífilis secundaria ⁽⁵⁵⁾.



Figura 3. Placa ulcerada que hizo sospechar pioderma gangrenoso frente a carcinoma de células escamosas. Se realizó estudio histopatológico que mostró hallazgos de sífilis terciaria. A la derecha se observa el control luego de recibir manejo con penicilina G benzatínica. Fotografía reproducida con autorización de Moon J, et al. *Ann Dermatol.* 2018;30(6):749-51 ⁽⁵²⁾.

Hallazgos histopatológicos

Las gomas se producen como consecuencia de la necrosis ⁽⁵⁶⁾. Por lo tanto, el estudio histopatológico suele reportar atrofia epidérmica, lesiones nodulares con infiltración celular, presencia de linfocitos, plasmocitos, células gigantes multinucleadas y, como característica principal, la presencia de necrosis vascular, donde el hallazgo patognomónico es la presencia de inflamación granulomatosa acompañada de espiroquetas ^(52,54). La sensibilidad y especificidad para la detección de *T. pallidum* aumenta con tinciones de inmunohistoquímica en comparación con la tinción de Warthin-Starry; sin embargo, pueden no estar fácilmente disponibles. En la tinción de Warthin-Starry, las muestras, luego de incluidas, se extienden en nitrato de plata, seguida de lavados, para posteriormente realizar la tinción usando como reactivos nitrato de plata al 1% e hidroquinona al 0,13%, y en caso de teñirse de negro, se interpretará como positivo para espiroquetas con alrededor del 99% de reproducibilidad ⁽⁵⁷⁾.

Diagnósticos diferenciales

Deberán ser tenidos en cuenta con un amplio espectro de enfermedades dermatológicas y sistémicas. Cuando las lesiones no son ulceradas, deben considerarse las neoplasias y la sarcoidosis como diagnóstico diferencial, mientras que ante la presencia de úlceras, las

micobacterias atípicas y las micosis profundas deberán ser tenidas en cuenta ⁽⁵⁸⁾. Los principales diagnósticos diferenciales relacionados con las lesiones gomasas son la tuberculosis cutánea, la leishmaniasis y la vasculitis ⁽²⁶⁾.

Manejo

El régimen antibiótico para todo paciente sin historia de alergia a la penicilina es igual que en las fases primaria y secundaria, incluidos aquellos pacientes con manifestaciones gomasas, cardiovasculares y psiquiátricas. En esta etapa, la indicación es de tres dosis de penicilina G benzatínica de 2.400.000 UI, en intervalos de una semana cada una. La doxiciclina es la opción de primera línea en pacientes con historia de alergia a la penicilina; sin embargo, previo a usar regímenes alternativos, deberá considerarse la desensibilización. Todo paciente con diagnóstico de sífilis terciaria, antes de recibir el manejo antibiótico, deberá ser sometido a evaluación y análisis del líquido cefalorraquídeo y en caso de confirmarse neurosífilis, el manejo deberá ser guiado para esta, donde la primera línea terapéutica es la bencilpenicilina en 18 a 24 millones de unidades diarias por vía endovenosa o 3 a 4 millones de unidades cada cuatro horas durante 10 a 14 días, teniendo como opciones terapéuticas alternativas la ceftriaxona y la penicilina procaínica ^(38, 59).

DIAGNÓSTICO

El testeo deberá ser realizado en todo paciente sexualmente activo con úlceras genitales no dolorosas, eritema maculopapular difuso y simétrico, manifestaciones neurológicas sugerentes de neurosífilis, cualquier hallazgo sugerente de fase avanzada o en aquellos asintomáticos con factores de riesgo ⁽⁶⁰⁾. Los métodos diagnósticos son múltiples, entre ellos la serología, la detección directa a través de microscopia, la amplificación del material genético o el examen histopatológico. En cuanto a la detección serológica, se agrupan clásicamente en pruebas no treponémicas (VDRL, RPR) y pruebas treponémicas (FTA-Abs, microaglutinación de anticuerpos para *T. pallidum* [MHA-TP], entre otras). El algoritmo más usado es el que se inicia con la realización de una prueba no treponémica, en donde si se obtiene un resultado reactivo, no confirma la infección, por lo que deberá realizarse un nuevo testeo con una prueba treponémica para disminuir el riesgo de falsos positivos; sin embargo, a pesar de este, el algoritmo clásico se está virando al uso de ambas pruebas diagnósticas de manera simultánea. Luego de instaurar el manejo antibiótico correcto, los títulos de anticuerpos detectados mediante pruebas no treponémicas disminuyen de manera abrupta, aunque ocurre lo contrario con las pruebas treponémicas, en donde la serorreversión se da en tan solo el 24% ⁽⁶¹⁾.

La presencia de falsos negativos ocurre en alrededor de un 20% a un 30% de los pacientes, debido a la positividad de los títulos luego de cuatro semanas desde la aparición de las manifestaciones dermatológicas. Dado

que la espiroqueta no es susceptible de cultivar, se han desarrollado otros métodos de visualización directa, como la microscopia de campo oscuro y la prueba de anticuerpos fluorescentes directos. La reacción en cadena de la polimerasa es otra opción diagnóstica, con una sensibilidad del 87% frente al 66% que ofrece la microscopia de campo oscuro ⁽⁶²⁾. Si bien estos testeos pueden ser sensibles y específicos, por su baja distribución no los convierten en la primera opción para el diagnóstico confirmatorio ⁽⁶³⁻⁶⁵⁾.

CONCLUSIONES

La sífilis genera un compromiso multisistémico; sin embargo, sus principales manifestaciones ocurren en la piel. Los hallazgos son inespecíficos y suelen mimetizar a otras enfermedades dermatológicas e incluso patologías sistémicas inmunitarias o neoplásicas. Su correcta identificación constituye un reto para el médico general y deberá tenerse en cuenta como diagnóstico diferencial ante cualquier paciente con factores de riesgo que consulte por manifestaciones dermatológicas de evolución subaguda a crónica. El diagnóstico es fácil de obtener mediante pruebas serológicas y cuando existan dudas diagnósticas, la histopatología constituye una herramienta clave. Las tasas de curación con el manejo antibiótico correcto son de incluso el 100%, sin dejar secuelas en las fases tempranas. De permitirse su avance, se producirá compromiso tisular generalizado con gran capacidad destructiva, que constituye un importante problema en salud pública con consecuencias también económicas sobre el sistema de salud.

Puntos clave

- La sífilis es provocada por *Treponema pallidum*, una infección de transmisión sexual. Sus principales manifestaciones ocurren de manera temprana a nivel dermatológico con numerosos hallazgos, la gran mayoría inespecíficos.
 - Se le denomina la gran imitadora y su diagnóstico puede constituir un reto para el médico.
 - El diagnóstico es fácil de obtener mediante pruebas serológicas e histopatología, que constituye una herramienta clave.
 - Las tasas de curación con el manejo antibiótico correcto pueden llegar a ser del 100% y no deja secuelas en las fases tempranas.
-

REFERENCIAS

1. Peeling R, Mabey D, Kamb M, Cheng X, Radolf J, Benzaken A. Syphilis. *Nat Rev Dis Primers*. 2017;3(17073):1-21. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2017.73>
2. Ros-Vivancos C, González-Hernández M, Navarro-Gracia JF, Sánchez-Payá J, González-Torga A, Portilla-Sogorb J. Evolución del tratamiento de la sífilis a lo largo de la historia. *Rev Esp Quimioter*. 2018;31(6):485-92.
3. Willeford WG, Bachmann LH. Syphilis ascendant: a brief history and modern trends. *Trop Dis Travel Med Vaccines*. 2016;2:20. <https://doi.org/10.1186/s40794-016-0039-4>
4. Neira-Varillas M, Donaires-Toscano L. Sífilis materna y complicaciones durante el embarazo. *An Fac Med*. 2019;80(1):68-72. <https://doi.org/10.15381/anales.v80i1.15875>
5. Balagula Y, Mattei PL, Wisco OJ, Erdag G, Chien AL. The great imitator revisited: the spectrum of atypical cutaneous manifestations of secondary syphilis. *Int J Dermatol*. 2014;53:1434-1441. <https://doi.org/10.1111/ijd.12518>
6. Patton ME, Su JR, Nelson R, Weinstock H. Primary and secondary syphilis - United States, 2005-2013. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2014;63(18):402-6.
7. Rowley J, Vander-Hoorn S, Korenromp E, Low N, Unemo M, Abu-Raddad LJ, et al. Chlamydia, gonorrhoea, trichomoniasis and syphilis: global prevalence and incidence estimates, 2016. *Bull World Health Organ*. 2019;97(8):548-62P. <https://doi.org/10.2471/BLT.18.228486>
8. Cáceres K. Situación epidemiológica de sífilis. *Rev Chil Infectol*. 2018;35(3):284-96. <http://dx.doi.org/10.4067/s0716-10182018000300284>
9. World Health Organization. The Global Health Observatory: data on syphilis, men who have sex with men and syphilis. Julio de 2021. Disponible en: <https://t.ly/SrZ4O>
10. Wandeler G, Johnson LF, Egger M. Trends in life expectancy of HIV-positive adults on antiretroviral therapy across the globe: comparisons with general population. *Curr Opin HIV AIDS*. 2016;11(5):492-500. <https://doi.org/10.1097/COH.000000000000298>
11. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Disease Surveillance 2018. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services; 2019. <https://doi.org/10.15620/cdc.79370>
12. Zoni AC, González MA, Sjögren HW. Syphilis in the most at-risk populations in Latin America and the Caribbean: a systematic review. *Int J Infect Dis*. 2013;17(2):e84-92. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2012.07.021>
13. World Health Organization. Prevalence of syphilis among key populations. En: Report on global sexually transmitted infection surveillance. Ginebra: WHO; 2018. Disponible en: <https://t.ly/J1tTY>
14. Blandón-Buelvas M, Palacios-Moya L, Berbesí-Fernández D. Infección activa por sífilis en habitantes de calle y factores asociados. *Rev Salud Pública*. 2019;21(3):1-5. <https://doi.org/10.15446/rsap.V21n3.61039>
15. Galindo J, Miranda CA, Rivas JC. Neurosífilis: un problema antiguo que no pierde actualidad. *Rev Colomb Psiquiat*. 2017;46(S1):69-76. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2017.05.002>
16. Instituto Nacional de Salud. Comportamiento de sífilis gestacional y sífilis congénita. Boletín Epidemiológico Semanal, semana epidemiológica 30 - 19 al 25 de julio de 2020. Ministerio de Salud Colombia. Disponible en: <https://t.ly/busW->
17. Wu MY, Gong HZ, Hu KR, Zheng HY, Wan X, Li J. Effect of syphilis infection on HIV acquisition: a systematic review and meta-analysis. *Sex Transm Infect*. 2020;97(7):525-33. <https://doi.org/10.1136/sextrans-2020-054706>
18. Jarzebowski W, Caumes E, Dupin N, Farhi D, Lascoux AS, Piketty C, et al. Effect of early syphilis infection on plasma viral load and CD4 cell count in human immunodeficiency virus-infected men: results from the FHDH-ANRS CO4 cohort. *Arch Intern Med*. 2012;172(16):1237-43. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2012.2706>
19. Liu J, Howell JK, Bradley SD, Zheng Y, Zhou ZH, Norris SJ. Cellular Architecture of *Treponema pallidum*: Novel Flagellum Periplasmic Cone, and Cell Envelope as Revealed by Cryo-Electron Tomography. *J Mol Biol*. 2010;403(4):546-61. <https://doi.org/10.1016/j.jmb.2010.09.020>
20. Smajs D, Norris SJ, Weinstock GM. Genetic diversity in *Treponema pallidum*: Implications for pathogenesis, evolution and molecular diagnostics of syphilis and yaws. *Infect Genet Evol*. 2012;12(2):191-202. <https://doi.org/10.1016/j.meegid.2011.12.001>
21. Giacani L, Lukehart SA. The endemic treponematoses. *Clin Microbiol Rev*. 2014;27(1):89-115. <https://doi.org/10.1128/CMR.00070-13>
22. Seña AC, White BL, Sparling PF. Novel *Treponema pallidum* serologic tests: a paradigm shift in syphilis screening for the 21st century. *Clin Infect Dis*. 2010;51(6):700-8. <https://doi.org/10.1086/655832>

23. Salazar JC, Cruz AR, Pope CD, Valderrama L, Trujillo R, Saravia NG, et al. *Treponema pallidum* Elicits Innate and Adaptive Cellular Immune Responses in Skin and Blood during Secondary Syphilis: A Flow-Cytometric Analysis. *J Infect Dis*. 2007;195(6):879-87. <https://doi.org/10.1086/511822>
24. Tudor ME, Aboud AM, Gossman W. Syphilis. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022. PMID: 30521201. Bookshelf ID: NBK534780
25. Ghanem KG, Ram S, Rice PA. The Modern Epidemic of Syphilis. *N Engl J Med*. 2020;382(9):845-54. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1901593>
26. Dourmishev LA, Dourmishev AL. Syphilis: Uncommon presentations in adults. *Clin Dermatol*. 2005;23(6):555-64. <https://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2005.01.015>
27. Çakmak SK, Tamer E, Karadag AS, Waugh M. Syphilis: A great imitator. *Clin Dermatol*. 2019;37(3):182-91. <https://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2019.01.007>
28. Apoita Sanz M, González-Navarro B, Jané-Salas E, Mari-Roig A, Estrugo-Devesa A, López-López J. Sífilis: manifestaciones orales, revisión sistemática. *Av Odontostomatol*. 2020;36(3):161-73. <https://dx.doi.org/10.4321/s0213-12852020000300005>
29. Watts PJ, Greenberg HL, Khachemoune A. Unusual primary syphilis: Presentation of a likely case with a review of the stages of acquired syphilis, its differential diagnoses, management, and current recommendations. *Int J Dermatol*. 2016;55(7):714-28. <https://doi.org/10.1111/ijd.13206>
30. Leuci S, Martina S, Adamo D, Ruoppo E, Santarelli A, Sorrentino R, et al. Oral Syphilis: a retrospective analysis of 12 cases and a review of the literature. *Oral Dis*. 2013;19:738-46. <https://doi.org/10.1111/odi.12058>
31. Drago F, Ciccarese G, Cogorno L, Tomasini CF, Cozzani EC, Riva SF, et al. Primary syphilis of the oropharynx: an unusual location of a chancre. *Int J STD AIDS*. 2015;26(9):679-81. <https://doi.org/10.1177/0956462414551235>
32. Hernández C, Fúnez R, Repiso B, Frieyro M. Utilidad de la inmunohistoquímica con anticuerpos antitreponema en el diagnóstico de la sífilis. *Actas Dermosifiliogr*. 2013;104(10):926-8. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2012.12.011>
33. Leng L, Gong HZ, Wang T, Zheng HY, Li J. Primary Syphilis: a histological and immunohistochemical evaluation. *Research Square*. 2020. <https://doi.org/10.21203/rs.2.24783/v1>
34. Murillo E. Protocolo diagnóstico y tratamiento de las úlceras genitales. *Medicine*. 2018;12(59):3474-9.
35. Roett MA. Genital Ulcers: Differential Diagnosis and Management. *Am Fam Physician*. 2020;101(6):355-61.
36. World Health Organization. Genital ulcer disease syndrome. En: Guidelines for the management of symptomatic sexually transmitted infections. Geneva: WHO; 2021. pp. 63-75. Disponible en: <https://t.ly/HTMN1>
37. Wong T, Singh AE, De P. Primary syphilis treatment response to doxycycline/tetracycline versus benzathine penicillin. *Am J Med*. 2008;121(10):903-8. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2008.04.042>
38. Janier M, Unemo M, Dupin N, Tiplica GS, Potočník M, Patel R. 2020 European guideline on the management of syphilis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2021;35(3):574-88. <https://doi.org/10.1111/jdv.16946>
39. Diaz Cuero YV, Vidal Cagigas A. Sífilis secundaria: reporte de 2 casos. *Rev Asoc Colomb Dermatol*. 2019;27:2(abril-junio):143-6.
40. Ivars-Lleó M, Clavo Escribano P, Menéndez-Prieto B. Manifestaciones cutáneas atípicas en la sífilis. *Actas Dermosifiliogr*. 2015;107(4):275-83. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2015.11.002>
41. Hook EW. Syphilis. *Lancet*. 2017;389(10078):1550-7. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32411-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32411-4)
42. Dombrowski JC, Celum C, Baeten J. Syphilis. En: Sanford CA, Pottinger PS, Jong EC (editores). *The Travel and Tropical Medicine Manual*. 5.ª edición. Washington: Elsevier; 2017. pp. 535-44. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-37506-1.00043-X>
43. Musher DM, Baughn RE. Secondary Syphilitic Lesions. *Clin Microbiol Rev*. 2005;18(1):205-16. <https://doi.org/10.1128/CMR.18.1.205-216.2005>
44. Hernández-Bel P, Unamuno B, Sánchez-Carazo JL, Febrer I, Alegre V. Alopecia sifilítica: presentación de 5 casos y revisión de la literatura. *Actas Dermosifiliogr*. 2013;104(6):512-7. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2012.02.009>
45. Tognetti L, Cinotti E, Perrot JL, Campoli M, Rubegni P. Syphilitic alopecia: uncommon trichoscopic findings. *Dermatol Pract Concept*. 2017;7(3):55-9. <https://doi.org/10.5826/dpc.0703a12>
46. Krase IZ, Cavanaugh K, Curiel-Lewandrowski C. A case of rupioid syphilis. *JAAD Case Rep*. 2016;2(2):141-3. <https://doi.org/10.1016/j.jdc.2016.01.006>
47. Braue J, Hagele T, Yacoub AT, Mannivanan S, Glass F, Sokol L, et al. A Case of Rupoid Syphilis Masquerading as Aggressive Cutaneous Lymphoma. *Mediterr J Hematol Infect Dis*. 2015;7(1):2015026. <https://doi.org/10.4084/mjhid.2015.026>

48. Liu XK, Li J. Histologic Features of Secondary Syphilis. *Dermatology*. 2020;236(2):145-50. <https://doi.org/10.1159/000502641>
49. World Health Organization. WHO guidelines for the treatment of *Treponema pallidum* (syphilis). Ginebra, Suiza: 2016. Disponible en: <https://t.ly/iYxEA>
50. Pereira TM, Fernandes JC, Vieira AP, Basto AS. Tertiary syphilis. *Int J Dermatol*. 2007;46(11):1192-5. <https://doi.org/10.1111/j.1365-4632.2007.03438.x>
51. Kennedy JL, Barnard JJ, Prahlow JA. Syphilitic coronary artery ostial stenosis resulting in acute myocardial infarction and death. *Cardiology*. 2006;105(1):25-9. <https://doi.org/10.1159/000088337>
52. Moon J, Yu DA, Yoon HS, Cho S, Park HS. Syphilitic Gumma: A Rare Form of Cutaneous Tertiary Syphilis. *Ann Dermatol*. 2018;30(6):749-51. <https://doi.org/10.5021/ad.2018.30.6.749>
53. Musher DM, Hamill RJ, Baughn RE. Effect of human immunodeficiency virus (HIV) infection on the course of syphilis and on the response to treatment. *Ann Intern Med*. 1990;113(11):872-81. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-113-11-872>
54. Charlton OA, Puri P, Davey L, Weatherall C, Konecny P. Rapid progression to gummatous tertiary syphilis in a patient with HIV. *Australas J Dermatol*. 2019;60(1):e48-e50. <https://doi.org/10.1111/ajd.12860>
55. Semblano MJ, Cardoso A, Macêdodo BA, Haber A, Guimarães M. Nodular tertiary syphilis in an immunocompetent patient. *An Bras Dermatol*. 2016;91(4). <https://doi.org/10.1590/abd1806-4841.20163837>
56. Berger JR, Waskin H, Pall L, Hensley G, Ihmedian I. Syphilitic cerebral gumma with HIV infection. *Neurology*. 1992;42(7):1282. <https://doi.org/10.1212/WNL.42.7.1282>
57. Bancroft JD, Stevens A (editores). *Theory and Practice of Histological Techniques*. 4.^a edición. Nueva York: Churchill Livingstone Inc.; 1996.
58. Belmonte LP, Táquez AE, Cerón CA, Gauto M, Menezes MV, Miranda A, et al. Lesiones atípicas de sífilis terciaria. *Rev Asoc Colomb Dermatol*. 2012;20:4(octubre-diciembre):370-3.
59. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. Tertiary Syphilis: CDC. Julio de 2022. Disponible en: <https://t.ly/cwoLM>
60. Cantor AG, Pappas M, Daeges M, Nelson HD. Screening for Syphilis: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*. 2016;315(21):2328-37. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.4114>
61. Zhamungui-Sánchez EF, Herrera-Escobar EC, Landázuri-González CR, Vinuesa-Mora PA. Análisis de técnicas treponémicas y no treponémicas en el tamizaje serológico de sífilis. *Rev Cuba Hematol Inmunol Hemoter*. 2017;33(3):75-83.
62. Gayet-Ageron A, Sednaoui P, Lautenschlager S, Ferry T, Toutous-Trellu L, Cavassini M, et al. Use of *Treponema pallidum* PCR in Testing of Ulcers for Diagnosis of Primary Syphilis. *Emerg Infect Dis*. 2015;21(1):127-9. <https://doi.org/10.3201/eid2101.140790>
63. Henao-Martínez AF, Johnson SC. Diagnostic tests for syphilis: New tests and new algorithms. *Neurol Clin Pract*. 2014;4(2):114-22. <https://doi.org/10.1212/01.CPJ.0000435752.17621.48>
64. Zhou C, Zhang X, Zhang W, Duan J, Zhao F. PCR detection for syphilis diagnosis: Status and prospects. *J Clin Lab Anal*. 2019;33(5):e22890. <https://doi.org/10.1002/jcla.22890>
65. Cruz AR. Diagnóstico de sífilis: al derecho y al revés. *Rev Asoc Colomb Dermatol*. 2019;27(enero-marzo);6-11.

Sífilis variedad ulcerativa (sífilis maligna) en un paciente con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. A propósito de un caso

Hugo Páez¹; Camila Ramírez²; Felipe Casallas³; Oscar Briceño⁴



RESUMEN

Presentamos el caso de un paciente masculino de 59 años con diagnóstico de infección por VIH desde el 2008, que se encuentra en terapia antirretroviral de forma intermitente con dolutegravir más lamivudina/abacavir, en estadio C₃ (carga viral en 29.855 y CD₄ en 40), quien ingresa por un cuadro clínico de dos meses de evolución consistente en la aparición de lesiones nodulares ulceradas cutáneas no pruriginosas en la cara y los miembros inferiores asociado a pérdida de la agudeza visual en el ojo izquierdo. A la exploración física, se observan lesiones ulceradas de bordes necróticos e hiperqueratósicos, por lo que se solicitaron estudios de extensión en los cuales presentaba un VDRL reactivo, motivo por el cual se solicitó biopsia cutánea ante la sospecha de sífilis maligna, además de punción lumbar y valoración oftalmológica, que confirmó neurosífilis y panuveítis. Finalmente, el reporte de la biopsia cutánea evidenció lesiones compatibles con sífilis maligna, por lo que recibió manejo con penicilina benzatínica en única dosis y penicilina cristalina ante el compromiso en el sistema nervioso central y en el ojo, con resolución completa de la sintomatología.

PALABRAS CLAVE: Penicilina; Sífilis; Úlceras cutáneas; VIH.

1. Médico internista e infectólogo. Especialista en Tuberculosis Multidrogorresistente. Hospital Simón Bolívar, Bogotá D.C. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4690-9055>
2. Médica hospitalaria en Infectología, Hospital Simón Bolívar. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5491-384X>
3. Médico hospitalario en Infectología, Hospital Simón Bolívar. ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-4622-6847>
4. Médico internista. Magíster en VIH. Grupo de infectología del Hospital Simón Bolívar. ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-3207-2693>

Correspondencia: Hugo Páez; **email:** hugopaez10@hotmail.com

Recibido: 25/04/2023; **aceptado:** 29/12/2023

Cómo citar: Páez H, Ramírez C, Casallas F, Briceño O. Sífilis variedad ulcerativa (sífilis maligna) en un paciente con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. A propósito de un caso. Rev. Asoc. Colomb. Dermatol. Cir. Dermatol. 2023;31(4):304-311.

DOI: <https://doi.org/10.29176/2590843X.1798>

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

MALIGNANT SYPHILIS IN A PATIENT WITH HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS INFECTION. A CASE REPORT

SUMMARY

We present the case of a 59-year-old male patient diagnosed with HIV infection since 2008 on intermittent antiretroviral therapy with dolutegravir, lamivudine, abacavir, stage C3 (viral load 29,855 and CD4 count 40) who was admitted for a clinical picture of two months of evolution consisting of the appearance of non-pruritic nodular ulcerated cutaneous lesions on the face and lower limbs associated with loss of visual acuity in the left eye. On physical examination presented ulcerated lesions with necrotic and hyperkeratotic edges, for this reason extension studies were requested. The patient presented reactive VDRL, which is why a skin biopsy was requested, due to the suspicion of malignant syphilis, as well as lumbar puncture and ophthalmological assessment, which confirmed neurosyphilis and panuveitis. Finally, the skin biopsy report showed lesions compatible with malignant syphilis, for which he was treated with single-dose benzathine penicillin G and crystalline penicillin due to central nervous system and eye involvement, with complete resolution of the symptoms.

KEY WORDS: HIV; Penicillin; Skin ulcers; Syphilis.

INTRODUCCIÓN

La sífilis es una enfermedad infectocontagiosa de alta prevalencia a nivel mundial especialmente en pacientes homosexuales y con diagnóstico de VIH. Su incidencia es mayor en África, Europa, parte baja del oeste pacífico y el continente americano, donde Estados Unidos es el país con más casos reportados ⁽¹⁾. Es producida por el microorganismo *Treponema pallidum*, subespecie *Pallidum*, perteneciente al orden de las espiroquetas, con un tamaño de 6 a 9 micras; su transmisión es sexual, con diseminación linfática y hematológica ^(1,2).

Respecto a la clínica, se divide en un estadio temprano, el cual incluye sífilis primaria o chancro duro en el que se evidencia un lesión ulcerada, única, no dolorosa, de bordes limitados y fondo limpio asociado a adenopatías inguinales; la sífilis secundaria se manifiesta como un *rash* maculopapular con afectación palmoplantar asociado o no a síntomas sistémicos, elevación de las transaminasas, síndrome nefrótico y meningitis aséptica. La sífilis latente es un estadio asintomático menor de un año de evolución con pruebas serológicas positivas. El estadio temprano es el más contagioso, aunque de menor morbilidad ⁽¹⁾. Por último se encuentra el estadio tardío, en el cual se evidencia compromiso cardiovascular, donde la aorta es el vaso más afectado por aortitis y endarteritis. La afectación ósea es principalmente en

la tibia, con periostitis en los huesos largos. El compromiso cutáneo, además de la roséola sifilítica, es las gomas, que son lesiones necróticas, blandas, que incluso pueden llegar a aparecer en el sistema nervioso central (SNC). El daño oftalmológico se manifiesta como uveítis o retinitis y, finalmente, el meníngeo, con neurosífilis, vasculitis sifilítica y meningoencefalitis crónica ^(2,3).

La sífilis maligna es una forma de secundarismo sifilítico, previamente considerada como una manifestación de la sífilis terciaria, descrita por primera vez en 1859 en personas inmunocomprometidas; sin embargo, no fue hasta 1988 que se designó como una manifestación cutánea en pacientes con VIH positivo, en quienes encontraron lesiones ulceradas necróticas y costrosas acompañadas de síntomas sistémicos como malestar general y fiebre, con biopsias positivas para vasculitis leucocitoclástica, con espiroquetas en las tinciones especiales ⁽⁴⁾.

La sífilis maligna es más prevalente en pacientes infectados por VIH o con algún grado de inmunodeficiencia. Su incidencia es desconocida debido a que la literatura es escasa, por lo que es difícil determinar su frecuencia y patogenia. El primer caso reportado fue el de un varón joven con infección por VIH; sin embargo, el estado inmunológico de estos pacientes parece no estar determinado para el desarrollo de esta entidad, dado

que el 80% de los pacientes tienen más de 200 CD4, lo que evidencia la relación entre el *T. pallidum* con el VIH o un defecto inmunológico funcional, mas no un déficit de CD4⁽⁵⁾.

Clínicamente se distingue por lesiones papulares y nodulares ulceradas con una superficie necrótica o hiperqueratósicas de aspecto ostráceo, que afecta principalmente el tronco, las extremidades, seguido de la cara, las palmas, las plantas y el cuero cabelludo, dejando cicatrices varioliformes, donde es frecuente la asociación con la fiebre y los síntomas constitucionales en los casos de mayor agresividad^(5,6). Su diagnóstico diferencial debe ser con otras dermatosis infecciosas, principalmente infecciones por el virus de la familia del herpes, ectima gangrenosa, micosis profundas, micobacteriosis y leishmaniasis, además con dermatosis de origen linfoproliferativo, como los linfomas cutáneos de células T, la papulosis y la ptirosis liquenoide, y otras como el síndrome de Reiter^(5,7).

El diagnóstico de todos los estadios, incluida la sífilis maligna, es mediante la medición de pruebas serológicas, como las pruebas treponémicas, las cuales son anticuerpos circulantes IgG e IgM dirigidos contra la espiroqueta, son positivas después de dos semanas de contraerse la infección y se mantienen positivas de forma indefinida. En cuanto a estas pruebas, están FTA-Abs, EIA, CIA y TPPA. Por el contrario, las pruebas no treponémicas son los anticuerpos IgG e IgM dirigidos contra la lecitina, el colesterol y la cardiolipina producidas cuando se destruye la espiroqueta; estas pruebas son positivas a las cuatro semanas del contagio, las cuales se reportan en diluciones y, a diferencia de las pruebas treponémicas, se negativizan después del tratamiento. Ejemplos de estas pruebas son la VDRL (que es más sensible en el LCR), la RPR y la TRUST. Dado que estas últimas son dirigidas contra la lecitina, el colesterol y la cardiolipina, podemos encontrar falsos positivos, como lo es el embarazo, el síndrome antifosfolípido, el lupus eritematoso sistémico e inclusive causas infecciosas como el paludismo y la brucelosis. También pueden causar falsos negativos dado el efecto prozona secundario a la aglutinación del *Treponema* en la muestra⁽⁸⁾.

El algoritmo diagnóstico tradicional es con la realización de una prueba no treponémica y en caso de positividad se confirmará con una prueba treponémica o puede aplicarse el algoritmo inverso e iniciar con una prueba treponémica; si esta es negativa, se descarta la infección, y en caso de ser positiva, se solicitará una prueba no treponémica. Si esta es negativa, podemos

decir que se trata de una sífilis pasada o un efecto prozona^(4,8).

El diagnóstico histopatológico de la sífilis maligna es variable, dado que no en todas las muestras se obtendrán espiroquetas, solo en un 40% de los casos, por lo que es similar a los hallazgos en la sífilis secundaria. La epidermis puede visualizarse normal, con úlceras o necrosis; en la dermis se observa un infiltrado de células plasmáticas, linfocitos, histiocitos, infiltrado de tipo liquenoide, nodular, granulomatosis, que puede asemejar sarcoidosis, así como vasculitis⁽⁸⁾. Las lesiones ulceradas podrían estar provocadas por la afectación, lo que puede producir infartos en las arterias de mediano calibre⁽⁶⁾.

Los criterios diagnósticos clásicos son lesiones cutáneas macro y microscópicamente compatibles, títulos de VDRL elevados, con rápida resolución clínica con el tratamiento. En aquellos que tengan síntomas visuales o neurológicos, deberá realizarse siempre punción lumbar^(6,7).

El tratamiento de elección para los estadios tempranos es la penicilina benzatínica en dosis de 2.400.000 por vía intramuscular (IM), en dosis única, o ceftriaxona en 1 gramo, por vía intravenosa (IV) o IM, por un total de 10 días. En pacientes con sífilis de tiempo indeterminado latente tardía se requieren tres dosis de penicilina benzatínica en dosis de 2.400.000 IM una dosis semanal; cuando haya afectación a nivel del SNC, ocular o auditivo, se iniciará penicilina cristalina en una dosis de 18 a 24 millones cada 24 horas o en infusión continua durante 14 días^(5,7,9).

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un paciente masculino de 59 años con diagnóstico de VIH desde el 2008, en terapia antirretroviral de forma intermitente con dolutegravir más lamivudina/abacavir, en estadio C3 (carga viral en 29.855 y CD4 en 40), quien ingresa por un cuadro clínico de dos meses de evolución consistente en aparición de lesiones cutáneas ulceradas no pruriginosas en la cara y los miembros inferiores asociado a pérdida de la visión del ojo izquierdo.

Presentaba cavidad oral con lesiones blanquecinas en la lengua y el paladar; en la piel se evidenciaban lesiones ulcerativas gigantes con hipertrofia y necrosis central en la cara (región cigomática izquierda, labio inferior (**Figura 1**), lesión en la región posterior del miembro inferior izquierdo (**Figura 2**) y región dorsal izquierda (**Figura 3**), sin secreción ni olor fétido. Examen neurológico normal.

Por lo anterior, dadas las características de las lesiones, su ubicación y la alteración visual, se solicitó prueba no treponémica (VDRL), la cual fue reactiva en 8 DILS, por lo que el paciente fue valorado por oftalmología, donde confirmaron panuveítis además con compromiso del SNC dado por punción lumbar con pleocitosis linfocitaria, sin hipogluorraquia e hiperproteíorraquia (glóbulos blancos: 10; rojos: 1; glucosa: 48; proteínas: 74), VDRL en LCR positivo, con FILM array negativo, que



Figura 1. Lesión en la región cigomática izquierda.

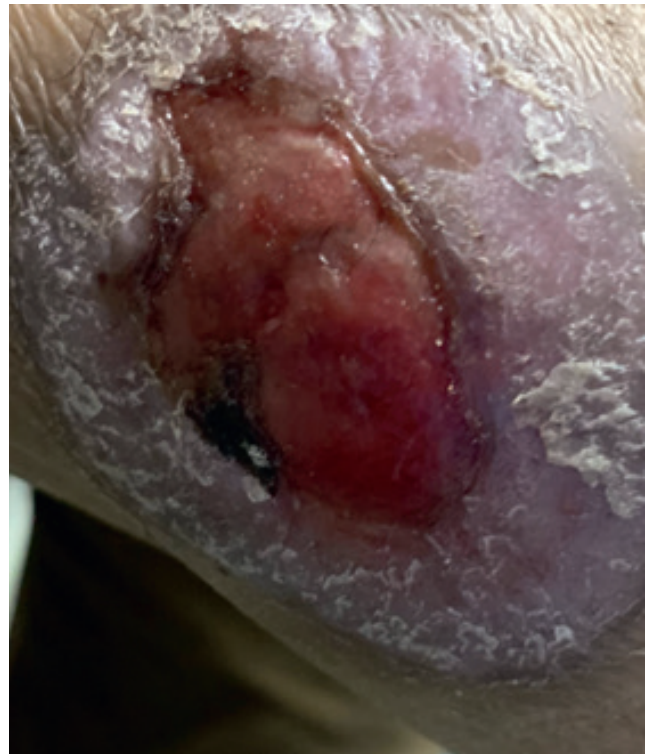


Figura 2. Lesión en la región posterior del miembro inferior izquierdo.



Figura 3. Lesión en región dorsal izquierda.

descartó infección viral o bacteriana común, antígeno de *Cryptococcus* y estudios para *Mycobacterium tuberculosis* negativos (ADA y PCR en LCR). Se inició manejo con penicilina cristalina en una dosis de 4.000.000 IV cada cuatro horas, y ante la sospecha diagnóstica de sífilis maligna, se solicitó biopsia cutánea. Se descartó linfoma cutáneo, marcadores tumorales negativos (antígeno carcinoembrionario, alfafetoproteína, CA 19-9), con tomografía axial computarizada (TAC) de tórax y abdomen con contraste normal.

Finalmente, la biopsia cutánea confirmó sífilis maligna (biopsia cervical izquierda y preauricular), por lo que se dio manejo con penicilina benzatínica en una dosis semanal por tres dosis de 2.400.000 IM y además completó 21 días de terapia con penicilina cristalina ante el compromiso oftalmológico y en el SNC, con lo cual presentó mejoría clínica significativa.

Después de tres semanas de tratamiento se evidenció la involución de la lesión (Figura 4).

DISCUSIÓN

La sífilis maligna es una forma infrecuente de sífilis secundaria, con pocos datos en la literatura acerca de su incidencia; sin embargo, se sabe que es más prevalente en hombres, principalmente HsH con coinfección por VIH sin predilección racial, con un período de incubación de cuatro semanas⁽¹⁰⁾. Clásicamente tiene manifestaciones cutáneas diversas que inician como pápulas que posteriormente se convierten en nódulos con pústulas para finalmente desarrollar necrosis central con gran ulceración, que afecta la cara, el cuero cabelludo, el tronco y las extremidades^(10, 11).

Los pacientes pueden presentar síntomas sistémicos como fiebre, artralgias, mialgias, adenopatías generalizadas o concomitantemente presentar hepatitis, afectación ocular, compromiso pulmonar o del SNC con o sin compromiso de las mucosas, como en el caso mencionado, donde el paciente presentó panuveítis y neurólúes. Es más frecuente en pacientes con VIH o con algún grado de inmunosupresión^(10, 11).

Su fisiopatología es secundaria a una respuesta exagerada del sistema inmune frente al *Treponema*, con defectos en la función de los macrófagos y de la respuesta innata⁽⁹⁻¹²⁾.



Figura 4. Lesión en la región cigomática izquierda después del tratamiento.

El diagnóstico es clínico, serológico (pruebas treponémicas y no treponémicas) e histopatológico, en donde se evidencia edema, proliferación endotelial, acumulación fibrinoide en los vasos con oclusión que genera infarto y necrosis de la dermis y la epidermis ⁽¹³⁾. En el caso expuesto se confirmó mediante VDRL reactiva asociada a biopsia cutánea, que confirmó el compromiso por sífilis en las lesiones cutáneas.

El tratamiento de elección es una dosis de 2.400.000 IM de penicilina benzatínica; en caso de alergia, se recomienda la ceftriaxona. Cuando hay compromiso en el SNC, la indicación es penicilina cristalina. Nuestro paciente presentó mejoría clínica y paraclínica posterior al manejo con penicilinas, que dejó solo una lesión pigmentada residual.

CONCLUSIONES

En conclusión, la sífilis maligna es una entidad poco frecuente que se asocia al paciente inmunocomprometido. A pesar de la severidad de las lesiones, tiene buen pronóstico con el tratamiento, por lo que siempre debe tenerse en cuenta como un diagnóstico diferencial en un paciente con grandes lesiones ulceradas asociado a pruebas serológicas para sífilis positivas, con o sin compromiso del sistema nervioso central.

Puntos clave

- La sífilis es una enfermedad infectocontagiosa de alta prevalencia a nivel mundial.
 - Es producida por el microorganismo *Treponema pallidum*, perteneciente al orden de las espiroquetas.
 - La sífilis se divide en estadio primario, secundario y terciario, además de su forma latente temprana y tardía.
 - La sífilis maligna es una forma de secundarismo sífilítico, más frecuente en pacientes con diagnóstico de VIH. Clínicamente se distingue por lesiones papulares y nodulares ulceradas con una superficie necrótica o hiperqueratósicas de aspecto ostráceo.
 - El diagnóstico de todos los estadios, incluida la sífilis maligna, es mediante la medición de pruebas serológicas, como las pruebas treponémicas y las pruebas no treponémicas.
 - El tratamiento de elección es la penicilina.
-

REFERENCIAS

1. Peeling R, Mabey D, Kamb M, Chen X, Radolf J, Benzaken A. Syphilis. Nat Rev Dis Primers. 2017;3:17073. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2017.73>
2. Hook EW Syphilis. Lancet. 2017;389(10078):1550-7. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32411-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32411-4)
3. Morales-Múnera CE, Fuentes-Finkelstein PA, Vall Mayans M. FR - Sífilis: actualización en el manejo diagnóstico y terapéutico. Actas Dermo-Sifiliogr. 2015;106(1):68-9. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2014.06.007>
4. Ibarra-Morales D, Pérez-Leal N, Jiménez-Mendoza D, Trujillo-Novoa S, Sierragarduño M, Torres-Camacho P, Arellano-Mendoza M. Sífilis maligna que semeja un eritema polimorfo en un paciente con síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Med Int Méx. 2020;36(1):101-6.
5. Fustà-Novell X, Morgado-Carrasco D, Barreiro-Capurro A, Manzardo C, Alsina-Gibert M, Fuertes-de Vega I, et al. Sífilis maligna, una presentación de sífilis a tener en cuenta. Actas Dermo-Sifiliogr. 2019;110(3):s0001731018303545. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2018.02.024>
6. Vinay K, Kanwar AJ, Narang T, Saikia UN. Malignant syphilis. Int J Infect Dis. 2013;17(10):e930-1. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2013.03.020>
7. Garbarino MC, Trila C, Heffner L, Cantón ME, Quadrana F, Zylberman M. Sífilis maligna en paciente con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. Medicina (Buenos Aires). 2020;80(6):714-7.
8. Arando Lasagabaster M, Otero Guerra L. Sífilis. Enf Infec Microbiol Clin. 2019;37(6):398-404. <https://doi.org/10.1016/j.eimc.2018.12.009>
9. Corti M, Palmieri O, Maronna E. Sífilis secundaria maligna, forma clínica rupioide, en una enferma VIH positiva. Rara presentación de la lúes secundaria. Presentación de un caso y revisión de la literatura. Rev Argent Dermatol. 2014;95(3):22-6.
10. Romero-Jiménez MJ, Suárez Lozano I, Fajardo Picó JM, Barón Franco B. Sífilis maligna en el paciente infectado por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH): descripción de un caso y revisión de la literatura. An Med Interna. 2003;20(7):373-6.
11. Fernández-Guarino M, Fernández de la Mora A, González García C, Harto Castaño A, Moreno Izquierdo R, Jaén Olasolo P. Sífilis maligna en paciente infectado por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Actas Dermo-Sifiliogr. 2006;97(6):400-3.

12. Wappner D, Carbia S, Gioseffi L, Schroh R, Losso MH. Answer to photo quiz. *Clin Infect Dis.* 1997;25(6):1343, 1447. <https://doi.org/10.1086/516143>
13. Maldonado P, Sendagorta E, Zamora F, Merino MJ, Pinto PH. Pathologically confirmed malignant syphilis using immunohistochemical staining: report of 3 cases and review of the literature. *Sex Transm Dis.* 2014;41(2):94-7. <https://doi.org/10.1097/OLQ.000000000000084>

Leishmaniasis cutánea localizada, tratamiento intralesional

Ismar Jeniree Marte Colina¹; María Gabriela Manzanero Arcila²; Mary Lisbeth Soto Pernia³; Sandra Carlina Vivas Toro⁴



RESUMEN

La leishmaniasis cutánea es una dermatosis infecciosa causada por protozoarios del género *Leishmania* spp. La Organización Mundial de la Salud reporta de 700.000 a 1.000.000 casos al año. Sus formas clínicas abarcan leishmaniasis cutánea, leishmaniasis mucocutánea y leishmaniasis visceral y el diagnóstico se establece mediante histopatología, dermatoscopia, prueba de Montenegro y serología. Se presenta el caso de un paciente masculino de 38 años, con antecedente epidemiológico de visita reciente a zona endémica de leishmaniasis. Fototipo cutáneo IV/VI, quien presenta dermatosis en la región malar, caracterizada por placa eritematosa de bordes regulares, bien definidos, con hematocrota en su superficie, sin salida de secreción pruriginosa y de meses de evolución. Por los hallazgos clínicos, epidemiológicos e histopatológicos se establece el diagnóstico definitivo de leishmaniasis cutánea localizada y se inicia el tratamiento con antimonio de meglumina, con esquema de aplicación de 3 mL intralesionales una vez por semana, con intervalos de una semana entre aplicaciones, durante un período de ocho semanas. La evolución fue satisfactoria a los seis meses de tratamiento.

PALABRAS CLAVE: Leishmaniasis; Leishmaniasis cutánea; Leishmaniasis infecciosa.

1. Médico residente de tercer año, Posgrado de Dermatología, Universidad de Carabobo, Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, Valencia, Estado Carabobo, Venezuela. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5994-049X>
2. Médico residente de segundo año, Posgrado de Dermatología, Universidad de Carabobo, Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, Valencia, Estado Carabobo, Venezuela. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9211-4827>
3. Médico residente de segundo año, Posgrado de Dermatología, Universidad de Carabobo, Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, Valencia, Estado Carabobo, Venezuela. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4236-4083>
4. Médico internista, dermatóloga. Magíster en Investigación Educativa. Doctorado en Salud Pública. Profesora ordinaria, Universidad de Carabobo. Jefa, Servicio de Dermatología, Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”. Coordinadora, Programa de Posgrado de Dermatología, Universidad de Carabobo. Miembro, Sociedad Venezolana de Dermatología; Sociedad Internacional de Dermatoscopia. ORCID: <https://orcid.org/0000-000152311749>

Correspondencia: Ismar Jeniree Marte Colina; **email:** ismarmarte@gmail.com

Recibido: 18/05/2023; **aceptado:** 03/11/2023

Cómo citar: Marte Colina IJ, Manzanero Arcila MG, Soto Pernia ML, Vivas Toro SC. Leishmaniasis cutánea localizada, tratamiento intralesional. Rev. Asoc. Colomb. Dermatol. Cir. Dermatol. 2023;31(4):312-317.

DOI: <https://doi.org/10.29176/2590843X.1810>

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

LOCALIZED CUTANEOUS LEISHMANIASIS, INTRALESIONAL TREATMENT

SUMMARY

Cutaneous leishmaniasis is an infectious dermatosis caused by protozoa of the genus *Leishmania* spp. The World Health Organization reports 700,000-1,000,000 cases per year. Its clinical forms include cutaneous leishmaniasis, mucocutaneous leishmaniasis and visceral leishmaniasis, and the diagnosis is established by histopathology, dermoscopy, Montenegro skin test, and serology. The case of a 38-year-old male with an epidemiological history is presented: recent visit to an endemic area for Leishmaniasis. Skin phototype IV/VI, presenting dermatosis in the malar region characterized by erythematous plaque with regular well-defined borders and a hematocyst on its surface, without outflow of pruritic secretion of months of evolution. By clinical, epidemiological, and histopathological definition, a definitive diagnosis of localized cutaneous leishmaniasis was established, and treatment with meglumine antimoniate was initiated with a once weekly application schedule of 3 mL intralesionally, with intervals of one week between applications, for a period of 8 weeks, with satisfactory evolution after 6 months of treatment.

KEY WORDS: Leishmaniasis; Cutaneous leishmaniasis; Infectious leishmaniasis.

CASO CLÍNICO

Se trata de un paciente masculino de 38 años, natural de Venezuela, procedente del Norte de Santander, Colombia, sin antecedentes patológicos relevantes, quien desde mayo de 2022, después de una picadura de insecto, presentó una lesión ulcerada en la cara, por lo que acude en múltiples oportunidades al servicio de medicina general, donde fue tratado con antimicóticos, aunque sin mejoría clínica. Por tal motivo, en julio del mismo año acude al Servicio de Dermatología de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”.

A la exploración física se evidencia fototipo cutáneo IV/VI, con dermatosis localizada en la región malar izquierda y caracterizada por una placa eritematosa de bordes regulares, bien definidos, con escamas y hematocstras en su superficie, sin salida de secreción, indolora, pruriginosa y de meses de evolución (**Figura 1**). A la dermatoscopia con luz polarizada se aprecia eritema generalizado, estructuras vasculares (vasos lineales irregulares), patrones blancos en forma de estrella de tonalidad amarillenta en el centro de la lesión e hiperqueratosis central. Se le realizó prueba de Montenegro, con un resultado positivo de 9 milímetros; los paraclínicos se encontraban dentro de los límites normales. En la dermatopatología se reportó lámina histológica de piel, teñida con H-E, aumento de 10 x y 40 x, respectivamente, modificada en su estructura, donde se evi-

denció hiperqueratosis con ortoqueratosis alternante, hipogranulosis y acantosis pseudoepiteliomatosa; en la dermis se observó infiltrado perivascular superficial y profundo a predominio de linfocitos e histiocitos y patrón granulomatoso con granulomas *messy*. En tinción de Giemsa 20x se evidenciaron microorganismos de 2 a 3 micras intra y extracitoplasmáticas, compatibles con *Leishmania* spp. (**Figura 2**). Por los hallazgos clínicos, epidemiológicos e histológicos, se estableció el diagnóstico definitivo de leishmaniasis cutánea localizada. Se inició el tratamiento con antimonio de meglumina, en 3 mL intralesionales, una vez por semana, con intervalos de una semana entre aplicaciones, durante un período de ocho semanas, con mejoría clínica satisfactoria (**Figura 3**).

DISCUSIÓN

La leishmaniasis continúa siendo un importante problema de salud en cuatro regiones ecoepidemiológicas del mundo: las Américas, África Oriental, África del Norte y Asia Occidental y Sudoriental. A nivel mundial, la leishmaniasis se encuentra entre las diez principales enfermedades tropicales desatendidas con más de 12 millones de personas infectadas. De los nueve países que reportan el 85% de los casos de leishmaniasis cutánea, tres están en las Américas: Brasil, Colombia y Perú ⁽¹⁾.



Figura 1. Placa eritematosa de bordes regulares, bien definidos, con escamas y hematocostras en su superficie.

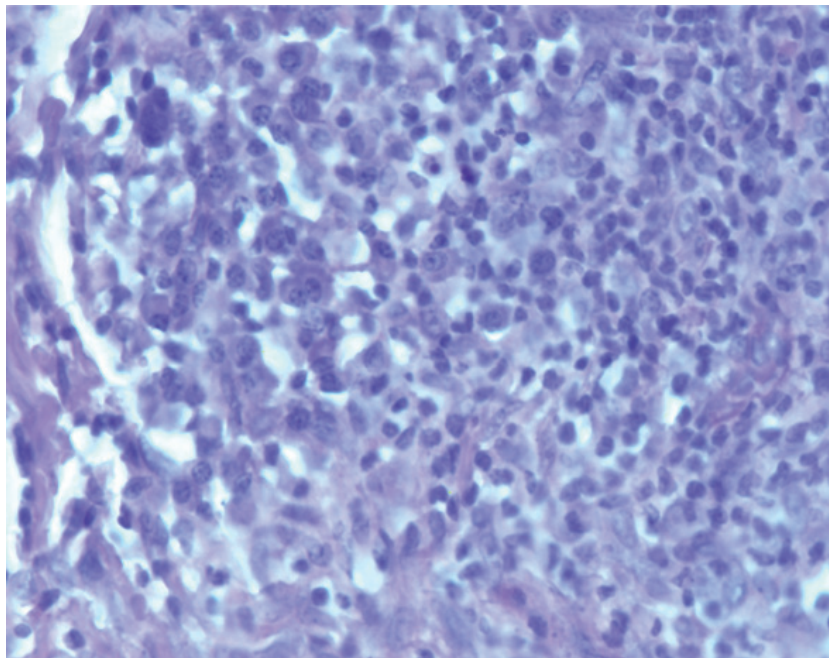


Figura 2. Tinción de Giemsa 20x. Se evidencia microorganismos de 2 a 3 micras intra y extracitoplasmáticas, compatibles con *Leishmania* spp.

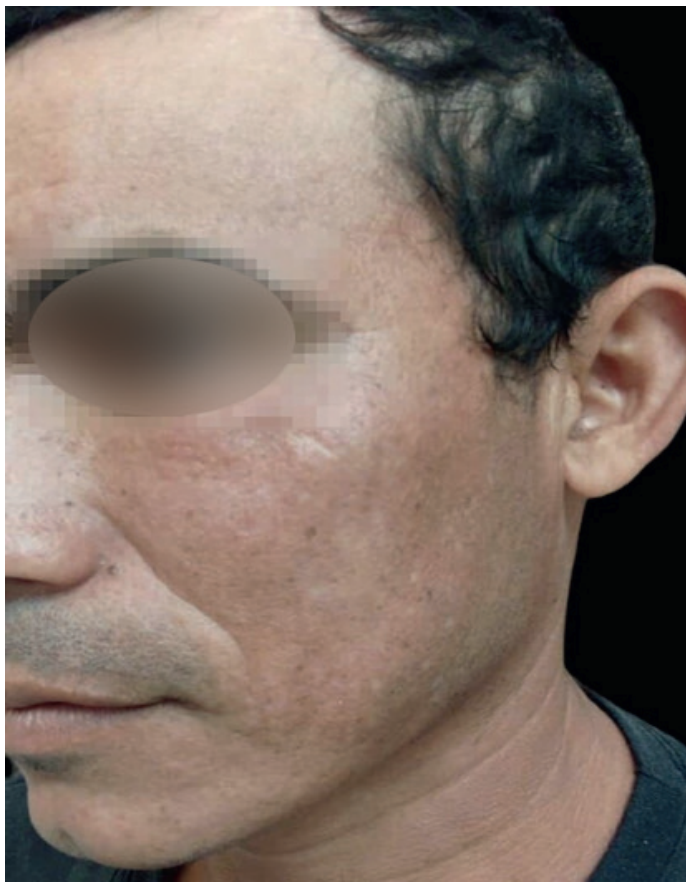


Figura 3. Evolución clínica satisfactoria posterior al tratamiento.

La leishmaniasis es una enfermedad crónica causada por un protozoo flagelado perteneciente al género *Leishmania*. Es un parásito intracelular obligado, del cual existen más de 20 especies y que se transmite por la picadura de flebotomos hembra infectados de los géneros *Phlebotomus* y *Lutzomyia*. Es una enfermedad fundamentalmente zoonótica y son los cánidos y los roedores el reservorio principal, con la excepción de la producida por *Leishmania donovani* y *Leishmania tropica*, cuyo reservorio principal es el ser humano ⁽²⁾.

Clásicamente, la leishmaniasis cutánea se ha clasificado en *localizada*, *difusa*, *diseminada* y *recidivante*. Se resalta que algunas especies se asocian con mayor frecuencia a una de estas manifestaciones, por lo que pueden ser más frecuentes en algunas zonas geográficas, dependiendo de la distribución ⁽³⁾.

En el sitio de inoculación del parásito se forma una pápula, que típicamente progresa a una placa o nódulo con tendencia a la ulceración. Frecuentemente aparece en sitios expuestos, como la cara, como es el caso de

nuestro paciente, o las extremidades. Las lesiones de leishmaniasis cutánea pueden ser solitarias o múltiples y diseminarse a través de los vasos linfáticos, lo que causa adenopatías, lesiones satélites e incluso lesiones de distribución esporotricoides. Existen otras formas de presentación atípica, más frecuentes en el Nuevo Mundo, como las lesiones eccematosas, erisipeloides, lupoides, anulares, verrucosas, que pueden simular otras dermatosis, en las que el diagnóstico suele ser difícil y tardío, lo que puede resultar en una mayor resistencia al tratamiento. Las lesiones pueden ser autorresolutivas en un plazo de meses y curan dejando cicatriz. No obstante, algunas se vuelven crónicas o diseminadas ⁽²⁾.

La forma crónica recidivante es típica de *L. tropica*, que se presenta en forma de pápulas en la periferia de la cicatriz de la úlcera previa. La cronicidad de las lesiones se ha relacionado, entre otros factores, con una mayor actividad de la arginasa en los leucocitos polimorfonucleares. Por otro lado, existe una forma difusa, producida por *L. aethiopica*, *L. mexicana* o *L. amazonensis*, que se presenta en forma de múltiples pápulas o nódulos,

no ulcerados, que afectan a la mayor parte de la piel. Las lesiones contienen numerosos parásitos y pueden afectar intensamente a la cara, lo que le confiere un aspecto leonino, de forma análoga a la lepra lepromatosa^(2,3).

Así mismo, la afectación mucosa puede coexistir con la afectación cutánea o aparecer tras la resolución de esta, incluso años después, conformando un cuadro de presentación mucocutáneo, donde la vía de diseminación es hemática o linfática. En los países endémicos, la prevalencia de afectación mucosa puede ser de hasta el 20%. La mayoría de los casos se producen por *L. braziliensis*, aunque también pueden producirse por *L. amazonensis*, *L. guyanensis* y *L. panamensis*. Las mucosas más afectadas son la nasal y la oral, aunque las lesiones pueden extenderse hasta la orofaringe y la laringe, con posible afectación del cartílago nasal y las cuerdas vocales. Aparece en forma de lesiones ulceradas, que son desfigurantes y potencialmente mortales, por lo que el tratamiento sistémico es fundamental para el control de la infección⁽²⁾.

En ese mismo orden de ideas, es importante resaltar que existen pocos medicamentos para el tratamiento de la leishmaniasis. Además, la aparición de cepas resistentes a los medicamentos convencionales, las coinfecciones como VIH/*Leishmania* spp., el pequeño arsenal terapéutico y la baja inversión para el descubrimiento y desarrollo de nuevos medicamentos obligan a los investigadores y agencias mundiales de salud a buscar nuevas estrategias para combatir y controlar esta importante enfermedad desatendida⁽⁴⁾.

Entre las estrategias de tratamiento para esta enfermedad se incluyen la administración de láser de CO₂ y la termoterapia basada en el principio de destruir directamente los parásitos, que es una forma sencilla de aplicar calor externo sobre los tejidos infectados por *Leishmania*. Por su parte, la crioterapia, también conocida como *criocirugía*, se evaluó por primera vez en pacientes de Arabia Saudita infectados con *L. major* y obtuvo el 100% de curación utilizando una criomáquina de CO₂. Las terapias farmacológicas tópicas derivadas del óxido nítrico (NO) son una estrategia promisoría utilizada contra algunas especies de *Leishmania* de las Américas (*L. braziliensis* y *L. panamensis*). Una crema de S-nitroso-N-acetilpenicilamina (SNAP), compuesto generador de NO, demostró, después de 30 días de tratamiento, la cicatrización de todas las lesiones y la formación de nueva piel en los pacientes que presentaban leishmaniasis cutánea⁽⁴⁾.

Desde 2013, las guías de la Organización Panamericana de la Salud recomiendan el uso de terapia antimonial intralesional cuando no está indicado el tratamiento sistémico o si se requiere tratamiento local para la leishmaniasis cutánea. La administración intralesional de fármacos para reducir los efectos adversos manteniendo la eficacia y seguridad de la forma de uso convencional (infusión intramuscular o endovenosa) ha cobrado protagonismo. Los antimoniales pentavalentes intralesionales lograron tasas de curación superiores al 90% frente a las especies del parásito de Asia y el Mediterráneo (*L. major* y *L. tropica*)^(5,6).

Para las especies de *Leishmania* del Nuevo Mundo, los ensayos clínicos abiertos de fase II mostraron tasas de curación elevadas (87%-91,6%) después de 180 días de tratamiento. Los efectos secundarios más comunes observados fueron infección bacteriana secundaria, eritema, prurito local y dolor durante la administración, que tienden a desaparecer a los pocos días de finalizar el tratamiento. El paciente del caso descrito no presentó reacciones adversas^(7,8).

Por tratarse de una enfermedad tropical frecuente en nuestro medio, debe hacerse énfasis en el diagnóstico oportuno por parte de los médicos que se encuentran en los servicios de atención primaria de salud, para limitar el progreso de la enfermedad, aliviar los signos y síntomas y mejorar la calidad de vida de los pacientes, ya que, si no reciben tratamiento, las formas cutánea y mucosa pueden conducir a la deformidad y la desfiguración del paciente.

Puntos clave

- La leishmaniasis continúa siendo un importante problema de salud.
 - A nivel mundial, la leishmaniasis se encuentra entre las diez principales enfermedades tropicales desatendidas, con más de 12 millones de personas infectadas.
 - La leishmaniasis es una enfermedad crónica causada por un protozoo flagelado perteneciente al género *Leishmania*.
 - Es un parásito intracelular obligado del cual existen más de 20 especies y que se transmite por la picadura de flebótomos.
-

REFERENCIAS

1. World Health Organization. Leishmaniasis [Internet]. 2023 [citado el 30 de abril de 2023]. Disponible en: <https://bit.ly/3fjkKgA>
2. Abadías-Granado I, Diago A, Cerro P, Palma-Ruiz A, Gilaberte Y. Leishmaniasis cutánea y mucocutánea. *Actas Dermo-Sifiliogr.* 2021;112(7):601-18. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2021.02.008>
3. Gallo S, Jaramillo F, Van den Enden L, Galvis W. Leishmaniasis cutánea crónica en el nuevo mundo. *Rev Asoc Colomb Dermatol.* 2022;30(2):138-47. <https://doi.org/10.29176/2590843X.161>
4. Mendes B, Oliveira J, Fortes RC, Coura W, de Oliveira R, Barbosa A. Recent advances and new strategies on leishmaniasis treatment. *App Microbiol Biotechnol.* 2020;104(21):8965-77. <https://doi.org/10.1007/s00253-020-10856-w>
5. Organización Panamericana de la Salud. Leishmaniasis en las Américas. Recomendaciones para el tratamiento. OPS: Washington; 2013. Pp. 1-60.
6. Bashir U, Tahir M, Anwar MI, Manzoor F. Comparison of intralesional meglumine antimoniate along with oral itraconazole to intralesional meglumine antimoniate in the treatment of cutaneous leishmaniasis. *Pak J Med Sci.* 2019;35:1669-73. <https://doi.org/10.12669/pjms.35.6.363>
7. Ramalho DB, Silva RED, Senna MCR, Moreira HAS, Pedras MJ, Avelar DM, et al. Meglumine antimoniate intralesional infiltration for localised cutaneous leishmaniasis: a single arm, open label, phase II clinical trial. *Mem Inst Oswaldo Cruz.* 2018;113:e180200. <https://doi.org/10.1590/0074-02760180200>
8. Arboleda M, Barrantes S, Úsuga LY, Robledo SM. Successful treatment of cutaneous leishmaniasis with intralesional meglumine antimoniate: a case series. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2019;16:e20180211. <https://doi.org/10.1590/0037-8682-0211-2018>

Liquen plano penfigoide: una entidad clinicopatológica poco frecuente

Paula A. Aristizábal¹; Janine Orejuela-Eraza²; Juan David Ruiz Restrepo³



RESUMEN

El liquen plano penfigoide es una dermatosis autoinmune adquirida infrecuente, con características de liquen plano y de penfigoide ampolloso, que afecta principalmente a los jóvenes. La teoría más aceptada sobre su origen es la *propagación de epítomos*, en donde el proceso inflamatorio liquenoide daña la membrana basal epidérmica y expone autoantígenos. Clínicamente presenta lesiones liquenoides clásicas y ampollas tensas sobre la piel leisional, como la piel perilesional y la piel sana; en el estudio histopatológico se encuentra una reacción liquenoide con formación de ampolla subepidérmica y presencia de eosinófilos; en la inmunofluorescencia directa hay depósito de IgG o C3 en la membrana basal. Su tratamiento se orienta a controlar el liquen plano para frenar la estimulación antigénica que lleva a la formación de autoanticuerpos contra los componentes de la membrana basal. Para esto se usan principalmente los esteroides tópicos o sistémicos, según si las lesiones son localizadas o generalizadas respectivamente.

PALABRAS CLAVE: Dermatitis autoinmune; Liquen plano penfigoide; Liquen plano; Penfigoide ampolloso

1. Centro de Investigaciones Dermatológicas - CIDERM. Sección de Dermatología, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7817-1024>
2. Médica, residente de Patología, Departamento de Patología, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4173-5364>
3. Dermatopatólogo, Sección de Dermatología, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2370-2916>

Correspondencia: Paula A Aristizábal; **email:** paula.aristizabal@udea.edu.co.

Recibido: 12/12/2023x; **aceptado:** 22/12/2023

Cómo citar: Aristizábal PA, Orejuela-Eraza J, Ruiz Restrepo JD. Liquen plano penfigoide: una entidad clinicopatológica poco frecuente. Parte II. Rev. Asoc. Colomb. Dermatol. Cir. Dermatol. 2023;31(4): 318-322.

DOI: <https://doi.org/10.29176/2590843X.1901>

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

LICHEN PLANUS PEMPHIGOIDES: A RARE CLINICOPATHOLOGICAL ENTITY

SUMMARY

Lichen planus pemphigoid is a rare acquired autoimmune dermatosis with characteristics of lichen planus and bullous pemphigoid, which mainly affects young people. The most accepted theory about its origin is “epitope spreading,” where the lichenoid inflammatory process damages the epidermal basement membrane, exposing autoantigens. Clinically, it presents classic lichenoid lesions and tense blisters on the lesional skin, as well as on the perilesional skin and healthy skin. In the histopathological study, a lichenoid reaction is found with the formation of a subepidermal blister and the presence of eosinophils. In the direct immunofluorescence there is a deposit of IgG and C3 in the basement membrane. Its treatment is aimed at controlling lichen planus to stop the antigenic stimulation that leads to the formation of autoantibodies against components of the basement membrane. For this, topical or systemic steroids are mainly used, depending on whether the lesions are localized or generalized, respectively.

KEY WORDS: Autoimmune dermatosis; Bullous pemphigoid; Lichen planus pemphigoides; Lichen planus.

INTRODUCCIÓN

El liquen plano penfigoide (LPP) es una dermatosis autoinmune adquirida poco común, en la cual se presentan características clínicas, histológicas e inmunopatológicas tanto del liquen plano (LP) como del penfigoide ampolloso (PA)⁽¹⁾. Se desarrolla principalmente en niños y adultos jóvenes y se caracteriza por la presencia de lesiones liquenoides clásicas de distribución predominantemente acral y ampollas tensas tanto en la piel lesional, como en la piel perilesional y en la piel sana⁽²⁾, de tal manera que su principal diagnóstico diferencial es el liquen plano ampolloso (LPA).

EPIDEMIOLOGÍA

El LPP es una enfermedad autoinmune rara y de la cual se desconoce su prevalencia exacta. Se estima que tienen una incidencia entre 0,3 y 1 caso por cada 1.000.000 habitantes^(3,4). Su edad media de aparición es de 46 años, con un rango entre los 4 y 85 años⁽²⁾; sin embargo, hay algunos casos reportados en niños con una edad media de 12 años⁽⁵⁾. La proporción hombre:mujer muestra un ligero predominio femenino en los adultos, de aproximadamente 0,8 hombres por cada mujer⁽²⁾; no obstante, en niños y adolescentes esta se invierte, con una proporción de 2,25-3,3 hombres por cada mujer^(2,5,6).

ETIOPATOGENIA

La patogénesis del LPP aún no se comprende plenamente⁽⁶⁾ y se ha postulado que el LPP podría ser una variante del PA o tratarse de una asociación entre el LP y el PA⁽⁶⁾. Independientemente de esto, los mecanismos patogénicos que finalmente resultan en la escisión subepidérmica pueden ser similares o compartidos entre las diferentes dermatosis ampollas autoinmunes⁽²⁾.

La teoría más aceptada sobre su origen es a través del fenómeno de *propagación de epítomos*, en donde el proceso inflamatorio primario que ocurre en el LP daña la membrana basal epidérmica, lo que produce la liberación y exposición de antígenos de esta zona, específicamente componentes del colágeno tipo XVII (BP180) y el BP230, entre otros, que son proteínas estructurales de los hemidesmosomas en la unión dermoepidérmica^(2,5,7). Esto promueve una respuesta autoinmune secundaria que lleva a la formación de autoanticuerpos IgG contra estas proteínas y, posteriormente, a la formación de ampollas debido a las funciones efectoras de la porción Fc^(2,5,6). Lo anterior también se respalda sobre la evolución natural de las lesiones cutáneas, dado que las liquenoides típicamente preceden a las ampollas⁽²⁾. Además, el depósito de C3 en la unión dermoepidérmica encontrado en algunas biopsias de piel indica una participación del complemento en su patogénesis⁽²⁾.

La mayoría de los casos de LPP son idiopáticos. Sin embargo, esta entidad también se ha asociado con el consumo de medicamentos como los inhibidores de la

enzima convertidora de la angiotensina, la simvastatina, el pembrolizumab, entre otros; infecciones virales (varicela y virus de la hepatitis B); fototerapia; y neoplasias malignas como el cáncer de colon ⁽⁴⁻⁶⁾.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

El LPP es una entidad clínica heterogénea que presenta dos tipos de lesiones cutáneas fundamentales: las lesiones liquenoides características del LP y las ampollas tensas típicas del PA. También puede afectar mucosas, con estrías blancas, erosiones y ampollas ⁽⁶⁾, y las uñas con surcos longitudinales, atrofia, distrofia e incluso onicomadesis ⁽²⁾.

El brote cutáneo suele iniciar con las lesiones liquenoides consistentes en pápulas y placas poligonales, purpúricas y pruriginosas, que tienen superficie brillante con estrías de Wickham y se localizan preferentemente en las superficies extensoras de las extremidades; también hay casos reportados en la literatura con presentaciones generalizadas y eritodérmicas ^(1,2). Semanas a meses después, aunque pueden presentarse de forma simultánea, inician las ampollas tensas de contenido seroso, que al romperse dejan erosiones redondeadas, que afectan tanto la piel con lesiones liquenoides como la piel perilesional y la piel sana. Estas ampollas pueden presentarse en cualquier sitio de la superficie cutánea y mucosa; sin embargo, tienen predominio por las extremidades, especialmente las piernas. En los niños con frecuencia hay compromiso palmoplantar, en tanto que en los adultos las palmas y las plantas suelen respetarse ⁽⁶⁾.

DIAGNÓSTICO

La prueba de referencia para el diagnóstico del LPP requiere una adecuada correlación clínica, histopatológica e inmunopatología ⁽²⁾. Maggard y colaboradores sugieren que deben cumplirse tres requisitos para considerar su diagnóstico: 1) Lesiones liquenoides clínica e histológicamente; 2) Tinción lineal a lo largo de la membrana basal de IgG o C3 en estudios de inmunofluorescencia o pruebas serológicas para autoanticuerpos contra BP180 y BP230; y 3) Descartar otros diagnósticos diferenciales ⁽⁷⁾.

Histológicamente se caracteriza por una combinación de LP y PA. La lesión ampollosa muestra la separación subepidérmica con múltiples eosinófilos en el líquido de la ampolla y la lesión liquenoide usualmente tiene hiperqueratosis focal, hipergranulosis, infiltrado linfocítico en forma de banda subepidérmica y dermatitis de interfase con cambio vacuolar en la unión dermoepidérmica y queratinocitos apoptóticos (cuerpos de Civatte) ⁽²⁾. En ciertos casos hay un infiltrado liquenoide en los márgenes de la ampolla ⁽⁸⁾. En la dermis se observa un infiltrado perivascular leve de linfocitos con o sin neutrófilos y eosinófilos ⁽⁸⁾.

La *inmunofluorescencia directa* de las lesiones ampollosas será positiva para el depósito de IgG o C3 en la zona de unión dermoepidérmica ⁽²⁾. Por el contrario, las lesiones liquenoides pueden mostrar una banda irregular de fibrinógeno en la unión dermoepidérmica y cuerpos coloides en la dermis papilar ⁽²⁾.

	LPP	LPA
Edad	Niños y jóvenes	Adultos
Sexo	En niños predomina en hombres; en adultos predomina en mujeres	Predomina en mujeres
Etiopatogenia	Anticuerpos contra componentes de la membrana basal	Daño intenso de la membrana basal
Clínica	Ampollas tensas en la piel lesional, perilesional y sana	Ampollas tensas solo en las lesiones liquenoides
Histopatología	Presencia de eosinófilos	Predominan los cuerpos de Civatte y los cuerpos coloides
IDF	Depósito de IgG y C3 en la membrana basal	Negativa

Tabla 1. Principales características del liquen plano penfigoide y el liquen plano ampoloso
IDF: inmunofluorescencia directa; LPA: liquen plano ampoloso; LPP: liquen plano penfigoide.

Diagnósticos diferenciales

El principal diagnóstico diferencial es el LPA (**Tabla 1**), el cual comúnmente se diagnostica erróneamente como LPP ⁽⁹⁾. Dentro de sus diferencias tenemos que el LPP ocurre en pacientes más jóvenes y que las ampollas aparecen en la piel normal que no alberga lesiones de LP; por otro lado, en el LPA las ampollas se desarrollan solo en las pápulas liquenoides, probablemente como resultado de un daño basal inusualmente grave y el edema dérmico acompañante ^(8, 9). Además, la afectación ungueal y las lesiones en las mucosas presentes en el LPA también ayudarán a hacer la distinción ^(8, 9). En cuanto a la histopatología, los cuerpos de Civatte y los coloides son más prominentes en el LPA, el infiltrado inflamatorio tendrá un predominio de eosinófilos en el LPP y la inmunofluorescencia para el LPA será negativa ⁽⁹⁾.

Dentro del PA, otro diagnóstico que debe tenerse en cuenta, no habrá lesiones de LP y pese a que los antígenos del PA y del LPP son los mismos, los epítomos objetivos son diferentes para cada entidad ⁽¹⁰⁾. Además del PA y el LPA, otras dermatosis forman parte del diagnóstico diferencial; por ejemplo, el lupus eritematoso cutáneo subagudo atípico puede presentarse con características clínicas similares al LPP, lo que subraya la importancia de un estudio inmunológico completo para demostrar la presencia de autoanticuerpos ⁽²⁾.

TRATAMIENTO

Por tratarse de una entidad poco frecuente, no hay evidencia científica basada en ensayos clínicos controlados. La mayoría de los autores sugieren enfocar el manejo en el tratamiento del LP con el objetivo de suprimir el estímulo antigénico producto del daño inflamatorio en la membrana basal ⁽²⁾.

En la enfermedad localizada se aconseja como primera línea el uso de esteroides tópicos y en la enfermedad generalizada, el tratamiento con esteroides sistémicos, de los cuales el más usado es la prednisona en una dosis de 0,5 a 1 mg/kg/día. En la enfermedad refractaria se recomienda asociar al tratamiento dapsona o isotretinoína por su mejor perfil de seguridad; sin embargo, otros autores prefieren el uso de la ciclosporina ^(1, 2, 6). También se ha descrito el tratamiento con tetraciclinas, nicotinamida, hidroxiclороquina y otros medicamentos inmunosupresores como la azatioprina, el micofenolato de mofetilo y el metotrexato ⁽²⁾.

CONCLUSIONES

El LPP es una dermatosis autoinmune adquirida rara con características del LP y el PA, que debe sospecharse especialmente en niños y adultos jóvenes con lesiones liquenoides y ampollas tensas. El diagnóstico se establece con la correlación entre los hallazgos clínicos, histológicos y la inmunofluorescencia directa y su tratamiento debe encaminarse a controlar el liquen plano, principalmente con esteroides tópicos o sistémicos.

Puntos clave

- El LPP es una dermatitis autoinmune adquirida que afecta principalmente a jóvenes y que presenta características tanto de LP como de PA.
 - Los pacientes presentan lesiones liquenoides clásicas y ampollas tensas que se forman sobre la piel lesional, perilesional y sana.
 - El tratamiento del LPP busca controlar el LP y frenar la estimulación antigénica que lleva a la formación de anticuerpos contra componentes de la membrana basal.
-

REFERENCIAS

1. Weston G, Payette M. Update on lichen planus and its clinical variants. *Int J Womens Dermatol.* 2015;1(3):140-9. <https://doi.org/10.1016/j.ijwd.2015.04.001>
2. Hübner F, Langan EA, Recke A. Lichen Planus Pemphigoides: From Lichenoid Inflammation to Autoantibody-Mediated Blistering. *Front Immunol.* 2019;10:1389. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2019.01389>
3. Nanda A, Dvorak R, Al-Saeed K, Al-Sabah H, Al-saleh QA. Spectrum of autoimmune bullous diseases in Kuwait. *Int J Dermatol.* 2004;43(12):876-81. <https://doi.org/10.1111/j.1365-4632.2004.02292.x>
4. Ch'en PY, Song EJ. Lichen planus pemphigoides successfully treated with dupilumab. *JAAD Case Rep.* 2022;31:56-8. <https://doi.org/10.1016/j.jdc.2022.11.011>
5. Egiebor E, Rohan C, Shamma HN. Lichen planus pemphigoides temporally associated with molluscum contagiosum virus treatment. *JAAD Case Rep.* 2023;35:115-7. <https://doi.org/10.1016/j.jdc.2023.03.010>
6. Zaraa I, Mahfoudh A, Sellami MK, Chelly I, El Euch D, Zitouna M, et al. Lichen planus pemphigoides: four new cases and a review of the literature. *Int J Dermatol.* 2013;52(4):406-12. <https://doi.org/10.1111/j.1365-4632.2012.05693.x>
7. Maggard R, Culton DA, Blake A, Googe P, Miedema J. What is Lichen planus pemphigoides? A highlight of three cases with discussion of differential diagnosis and suggestion of simple classification guidelines. *An Bras Dermatol.* 2023;98(3):378-81. <https://doi.org/10.1016/j.abd.2022.08.007>
8. Patterson JW. *Weedon's Skin Pathology*. 4.^a edición [Internet]. Elsevier; 2014.
9. Tripathy DM, Vashisht D, Rathore G, Sengupta P. Bullous Lichen Planus vs Lichen Planus Pemphigoides: A Diagnostic Dilemma. *Indian Dermatol Online J.* 2022;13(2):282-4. https://doi.org/10.4103/idoj.idoj_275_21
10. Liu SS, Howard T, Fattah YH, Adams A, Hanly AJ, Karai LJ. Lichen Planopilaris Pemphigoides: A Novel Bullous Dermatitis Due to Programmed Cell Death Protein-1 Inhibitor Therapy. *Am J Dermatopathol.* 2023;45(4):246-9. <https://doi.org/10.1097/DAD.0000000000002392>

Prioridad en la lealtad profesional del médico

José María Maya¹



ANÁLISIS CASO DE ÉTICA N.º 26

El Código Internacional de Ética para los profesionales de la salud ocupacional de ética plantea en su Artículo 1:

El objetivo de la práctica de la salud ocupacional es promover y proteger la salud de los trabajadores, mantener y mejorar su capacidad y habilidad para el trabajo, contribuir al establecimiento y mantenimiento de un ambiente seguro y saludable para todos, así como promover la adaptación del trabajo a las capacidades de los trabajadores, teniendo en cuenta su estado de salud⁽¹⁾.

A partir de lo anterior, los deberes de los profesionales de la salud ocupacional incluyen la protección de la vida y la salud de los trabajadores, el respeto a la dignidad humana y la promoción de los más elevados principios éticos en las políticas y programas de salud ocupacional. También son parte de estas obligaciones la integridad en la conducta profesional, la imparcialidad y la protección de la confidencialidad de los datos sobre la salud y la privacidad de los trabajadores.

El médico de nuestro caso tenía la obligación de informar a los trabajadores sobre los riesgos ocupacionales a los que estaban expuestos de una manera objetiva y comprensible, sin ocultar ningún hecho y destacando las medidas de prevención⁽²⁾. Además de lo anterior, como la información sobre la asociación entre el nuevo insumo utilizado en la empresa y las dermatosis sufridas por los trabajadores fue el resultado de una investigación en la que los trabajadores participaron como sujetos de esta, era su obligación que la participación en la investigación debía estar sujeta al consentimiento informado del trabajador y debería realizarse de acuerdo con los más altos estándares⁽³⁾ y, al final, compartirse con ellos y explicarles los resultados con miras a evitar nuevos problemas o el deterioro de las lesiones presentadas.

La información que el médico compartió con su jefe directo y a través de él con el comité de gerencia fue una medida prudente, razonable y acorde con sus obligaciones contractuales. El dilema surge cuando recibe la orden de la gerencia de no revelar a los trabajadores la información obtenida para evitar que ellos soliciten el retiro del insumo y el regreso al producto anterior que no acarrearía problemas de salud para los trabajadores. El médico quedó ante el dilema de proteger a sus trabajadores o proteger las finanzas de la empresa que se afectaban con el

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: 26/12/2023; **aceptado:** 26/12/2023

Cómo citar: Maya JM. Prioridad en la lealtad profesional del médico. Parte II. Rev. Asoc. Colomb. Dermatol. Cir. Dermatol. 2023;31(4):323-324.

DOI: <https://doi.org/10.29176/2590843X.1911>

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

mayor valor del insumo de origen alemán que habían utilizado siempre. Además, en este caso, la empresa no se ponía en riesgo de quiebra, porque había logrado salir adelante asumiendo el costo mayor del anterior insumo; lo que se afectaba era su mayor rentabilidad, por lo que el gerente y el grupo directivo proponían “sacrificar” la salud de sus trabajadores en aras de obtener unas mayores utilidades.

En el caso hipotético de que la empresa quedara en riesgo de quiebra, la protección de los trabajadores debería seguir siendo una prioridad y tocaría, para mantener en pie la empresa, echar mano de otras estrategias para disminuir costos, aumentar la eficiencia y lograr obtener un margen de rentabilidad razonable, pero en ningún momento poner en riesgo la salud de los trabajadores.

El médico consulta a su profesor de ética para que le ayude a tomar la mejor decisión, entendiendo por esta la que evita hacer o mantener el daño a los seres humanos que como trabajadores de la empresa están bajo su cuidado. Siguiendo los principios éticos de no *maleficencia* y *beneficencia* ⁽³⁾, el profesor le recomienda, por un lado, plantear a su jefe y al equipo directivo de la empresa su obligación ética y legal de informar a los trabajadores la causa de su problema de salud y la prioridad que tiene la protección de los trabajadores frente a los mayores excedentes de la empresa, los cuales se verán afectados al surgir como obligación el reemplazo del insumo que produce dicho problema. En caso de que la empresa no acepte la legitimidad de su planteamiento ni su decisión de comunicar a los trabajadores el resultado de la investigación y la búsqueda de la acción necesaria para prevenir que se siga presentando el problema (retiro del nuevo insumo), queda a la conciencia y resultado de la reflexión ética del médico tomar la decisión. Lo recomendado y después de una nueva y aconsejable conversación con el equipo directivo de la empresa para reiterar su posición es comunicar a los trabajadores la información correcta y las medidas sugeridas para evitarles este problema de salud sin permitirles que sus juicios y declaraciones se vean influenciados por conflictos de intereses, particularmente en este caso de los empleadores.

El médico le comenta al profesor su temor de perder el puesto en la empresa si adopta su recomendación, frente a lo cual el profesor le manifiesta que en ocasiones actuar de acuerdo con los valores y principios éticos puede acarrear consecuencias negativas, pero que no hacerlo también afectará su tranquilidad, felicidad y sentido de responsabilidad. En ejercicio de su autonomía y libertad le sugiere adoptar la que considere la mejor decisión siguiendo el principio de *tratar a los demás como quisiera ser tratado* y aceptar las consecuencias que ello le acarree buscando nuevas y legítimas opciones en su vida profesional. El médico de salud ocupacional, después de reflexionar al respecto, decide actuar de acuerdo con lo que considera correcto y legítimo, es decir, protegiendo la salud de sus trabajadores.

REFERENCIAS

1. Internaciotal Commission on Occupational Health. International code of ethics for occupational professionals. 3.^a edición. Roma; 2014 Disponible en: <https://shorturl.at/hQRY1>
2. Vélez 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.112.
3. Maya JM. Bioética general. En: Ochoa-Jaramillo FL, Osorio JW, Taborda-Álzate M (editores). Bioética plural. Medellín: Universidad CES; 2002.

Índice anual

EDITORIAL

Peñaranda Contreras, E. ¿Cómo liderar y consolidar un servicio y un equipo de dermatología? Una visión personal. *Rev. Asoc. Colomb. Dermatol. Cir. Dermatol.* Vol. 31(1): enero-marzo, 2023, 6-8. <https://doi.org/10.29176/2590843X.1875>

Vasco Ramírez, M; Pérez Valencia, D. Dermatología e inteligencia artificial: oportunidades, temores y un futuro colaborativo. *Rev. Asoc. Colomb. Dermatol. Cir. Dermatol.* Vol. 31(2): abril-junio, 2023, 96-99. <https://doi.org/10.29176/2590843X.1892>

Velásquez Lopera, MM. Enfermedades inmunomediadas. Horizontes terapéuticos. *Rev. Asoc. Colomb. Dermatol. Cir. Dermatol.* Vol. 31(3): julio-septiembre, 2023, 172-173. <https://doi.org/10.29176/2590843X.1907>

Arenas Soto, CM. Viruela símica, un desafío inesperado: más allá de las lesiones cutáneas. *Rev. Asoc. Colomb. Dermatol. Cir. Dermatol.* Vol. 31(4): octubre-diciembre, 2023, 266. <https://doi.org/10.29176/2590843X.1908>

ARTÍCULO DE REFLEXIÓN

Sánchez, J; García, E; Tamayo, L; Velásquez, M; Santos, L; Gaitán, J; et al. Barreras en el manejo de la urticaria crónica espontánea en la atención primaria. Desafíos y posibles soluciones. *Rev. Asoc. Colomb. Dermatol. Cir. Dermatol.* Vol. 31(2): abril-junio, 2023, 105-110. <https://doi.org/10.29176/2590843X.1793>

HAGA USTED EL DIAGNÓSTICO - PARTE I

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

Arenas-Sepúlveda, J; Correa-Londoño, LA; Mejía-Barreneche, MN; Peña-Mejía, LA. ¿Reconoce esta clave diagnóstica? *Rev. Asoc. Colomb. Dermatol. Cir. Dermatol.* Vol. 31(2): abril-junio, 2023, 100-1. <https://orcid.org/0000-0001-5931-4563>

Rojas-López, RF; Conde Hurtado, DI; López Molinares, LI; Gaona Morales, DR. ¿Reconoce esta clave diagnóstica? *Rev. Asoc. Colomb. Dermatol. Cir. Dermatol.* Vol. 31(3): julio-septiembre, 2023, 174-175. <https://doi.org/10.29176/2590843X.1849>

Aristizábal, PA; Orejuela-Erazo, J; Ruiz Restrepo, JD. ¿Reconoce esta clave diagnóstica? *Rev. Asoc. Colomb. Dermatol. Cir. Dermatol.* Vol. 31(4): octubre-diciembre, 2023, 267-268. <https://doi.org/10.29176/2590843X.1900>

CASO DE ÉTICA - PARTE I

Maya, JM. El colega como paciente. *Rev. Asoc. Colomb. Dermatol. Cir. Dermatol.* Vol. 31(1): enero-marzo, 2023, 11-13. <https://doi.org/10.29176/2590843X.1819>

Maya, JM. Confidencialidad en el manejo de información sensible en investigación. *Rev. Asoc. Colomb. Dermatol. Cir. Dermatol.* Vol. 31(2): abril-junio, 2023, 102-4. <https://doi.org/10.29176/2590843X.1887>

Maya, JM. Objeción de conciencia institucional. *Rev. Asoc. Colomb. Dermatol. Cir. Dermatol.* Vol. 31(3): julio-septiembre, 2023, 176-178. <https://doi.org/10.29176/2590843X.1898>

Maya, JM. Prioridad en la lealtad profesional del médico. *Rev. Asoc. Colomb. Dermatol. Cir. Dermatol.* Vol. 31(4): octubre-diciembre, 2023, 269-271. <https://doi.org/10.29176/2590843X.1910>

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

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.* Vol. 31(1): enero-marzo, 2023, 14-22. <https://doi.org/10.29176/2590843X.1737>

García-Blanco, L; Sotomayor-Tacuri, F; Arias, DA; Tejeda-Muñoz, P; Fajardo-Murcia, DC; Claros-Giraldo, LM; et al. Calidad de vida de niños con vitiligo y sus cuidadores, un estudio en un centro pediátrico de referencia del suroccidente colombiano. *Rev. Asoc. Colomb. Dermatol. Cir. Dermatol.* Vol. 31(3): julio-septiembre, 2023, 189-211. <https://doi.org/10.29176/2590843X.1789>

Rodríguez-Galvis, MC; Chacón-Jaramillo, PA; Forero-Ángel, C; Hernández, J. Viruela símica, características demográficas y clínicas. Serie de casos. *Rev. Asoc. Colomb. Dermatol. Cir. Dermatol.* Vol. 31(4): octubre-diciembre, 2023, 272-289. <https://doi.org/10.29176/2590843X.1881>

ARTÍCULO DE REVISIÓN

- Córdoba González, Y; Rodríguez-Gómez, R. Materiales de relleno usados en rinoplastia no quirúrgica: revisión de la literatura. *Rev. Asoc. Colomb. Dermatol. Cir. Dermatol.* Vol. 31(1): enero-marzo, 2023, 23-35. <https://doi.org/10.29176/2590843X.1655>
- Gallego Vidales, LY; Valbuena Mesa, MC. Células de Langerhans. *Rev. Asoc. Colomb. Dermatol. Cir. Dermatol.* Vol. 31(2): abril-junio, 2023, 111-21. <https://doi.org/10.29176/2590843X.1680>
- Beuth-Ruiz, S. El vitíligo y su patogenia autoinmune multifactorial: de cara al presente y futuro. *Rev. Asoc. Colomb. Dermatol. Cir. Dermatol.* Vol. 31(3): julio-septiembre, 2023, 179-188. <https://doi.org/10.29176/2590843X.1748>
- Pérez Cáceres LD, Cuervo MM. La gran imitadora: características dermatológicas relacionadas con la infección por *Treponema pallidum*, una revisión narrativa de la literatura. *Rev. Asoc. Colomb. Dermatol. Cir. Dermatol.* Vol. 31(4): octubre-diciembre, 2023, 290-303. <https://doi.org/10.29176/2590843X.1695>

REPORTE DE CASO

- Torres-Gómez, V; Pedrosa, DM; Uribe-Pérez, CJ. Disqueratoma de Warty, una lesión poco frecuente. *Rev. Asoc. Colomb. Dermatol. Cir. Dermatol.* Vol. 31(1): enero-marzo, 2023, 36-40. <https://doi.org/10.29176/2590843X.1692>
- Galvis-Franco, W; Jaramillo-Ayerbe, F; Van den Enden-Medina, L; Aguilar-Medina, N. Lobomycosis (lacaziosis): cuatro casos nuevos en la Orinoquía y el Pacífico Colombiano. *Rev. Asoc. Colomb. Dermatol. Cir. Dermatol.* Vol. 31(1): enero-marzo, 2023, 41-49. <https://doi.org/10.29176/2590843X.1735>
- González, G; Herrera, HE; Acosta-de Haart, A; Pérez-Cely, HC. Fibroxantoma atípico: serie de casos. *Rev. Asoc. Colomb. Dermatol. Cir. Dermatol.* Vol. 31(1): enero-marzo, 2023, 50-58. <https://doi.org/10.29176/2590843X.1736>
- 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.* Vol. 31(1): enero-marzo, 2023, 59-64. <https://doi.org/10.29176/2590843X.1708>
- Gómez Restrepo, S; Ramírez, AF; Ramírez, JP; Jaramillo, R. Angiosarcoma de la cara: radioterapia como alternativa terapéutica. *Rev. Asoc. Colomb. Dermatol. Cir. Dermatol.* Vol. 31(2): abril-junio, 2023, 122-8. <https://doi.org/10.29176/2590843X.1687>
- Arbeláez Eslait, SA; Atehortúa, KE; Arbeláez Bolaños, S; Eslait Merchán, C; Londoño Daguer, V; Mestre Daza, A; et al. Carcinoma espinocelular infiltrante: reporte de caso. *Rev. Asoc. Colomb. Dermatol. Cir. Dermatol.* Vol. 31(2): abril-junio, 2023, 129-37. <https://doi.org/10.29176/2590843X.1503>
- Franco, MD; Giraldo Parra, MJ. Alopecia areata universal tratada exitosamente con baricitinib. *Rev. Asoc. Colomb. Dermatol. Cir. Dermatol.* Vol. 31(3): julio-septiembre, 2023, 212-217. <https://doi.org/10.29176/2590843X.1824>
- Arango Bedoya, LM; Zuluaga Lotero, D; Naranjo Bustamante, N. ¿Leishmaniasis o esporotricosis? La delgada línea del síndrome verrucoso tropical: reporte de caso. *Rev. Asoc. Colomb. Dermatol. Cir. Dermatol.* Vol. 31(3): julio-septiembre, 2023, 218-223. <https://doi.org/10.29176/2590843X.1804>
- Camardella, IR; Boulet, MJ; Cantú Parra, L; Innocenti Badano, AC. Úlcera de Marjolin: reporte de un caso. *Rev. Asoc. Colomb. Dermatol. Cir. Dermatol.* Vol. 31(3): julio-septiembre, 2023, 224-228. <https://doi.org/10.29176/2590843X.1802>
- Páez, H; Ramírez, C; Casallas, F; Briceño, O. Sífilis variedad ulcerativa (sífilis maligna) en un paciente con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. A propósito de un caso. *Rev. Asoc. Colomb. Dermatol. Cir. Dermatol.* Vol. 31(4): octubre-diciembre, 2023, 304-311. <https://doi.org/10.29176/2590843X.1798>
- Marte Colina, IJ; Manzanero Arcila, MG; Soto Pernia, ML; Vivas Toro, SC. Leishmaniasis cutánea localizada, tratamiento intralesional. *Rev. Asoc. Colomb. Dermatol. Cir. Dermatol.* Vol. 31(4): octubre-diciembre, 2023, 312-317. <https://doi.org/10.29176/2590843X.1810>

HAGA USTED EL DIAGNOSTICO PARTE 2

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

Arenas-Sepúlveda, J; Correa-Londoño, LA; Mejía-Barreneche, MN; Peña-Mejía, LA. Hamartoma ecрино angiomatoso una rara entidad. Rev. Asoc. Colomb. Dermatol. Cir. Dermatol. Vol. 31(2): abril-junio, 2023, 138-41. <https://doi.org/10.29176/2590843X.1808>

Rojas-López, RF; Conde Hurtado, DI; López Molinares, LI; Gaona Morales, DR. Hipoqueratosis acral circunscrita. Rev. Asoc. Colomb. Dermatol. Cir. Dermatol. Vol. 31(3): julio-septiembre, 2023, 229-234. <https://doi.org/10.29176/2590843X.1915>

Aristizábal, PA; Orejuela-Erazo, J; Ruiz Restrepo, JD. Liquen plano penfigoide: una entidad clinicopatológica poco frecuente. Rev. Asoc. Colomb. Dermatol. Cir. Dermatol. Vol. 31(4): octubre-diciembre, 2023, 318-322. <https://doi.org/10.29176/2590843X.1901>

ÉTICA - PARTE 2

Maya, JM. El colega como paciente. Rev. Asoc. Colomb. Dermatol. Cir. Dermatol. Vol. 31(1): enero-marzo, 2023, 70-72. <https://doi.org/10.29176/2590843X.1820>

Maya, JM. Confidencialidad en el manejo de información sensible en investigación. Rev. Asoc. Colomb. Dermatol. Cir. Dermatol. Vol. 31(2): abril-junio, 2023, 142-4. <https://doi.org/10.29176/2590843X.1888>

Maya, JM. Objeción de conciencia institucional. Rev. Asoc. Colomb. Dermatol. Cir. Dermatol. Vol. 31(3): julio-septiembre, 2023, 235-237. <https://doi.org/10.29176/2590843X.1899>

Maya, JM. Prioridad en la lealtad profesional del médico. Rev. Asoc. Colomb. Dermatol. Cir. Dermatol. Vol. 31(4): octubre-diciembre, 2023, 323-324. <https://doi.org/10.29176/2590843X.1911>

Listado de pares revisores

REVISTA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE DERMATOLOGÍA Y CIRUGÍA DERMATOLÓGICA, 2022-2023

Laura Álvarez	Héctor Pérez
Claudia Arenas	Flavia Pozzobon
Shirley Ariza	Gerzaín Rodríguez
Heliana Botello	Mauricio Torres
Fernando Bulla	Óscar Valencia
Laura Camacho	Margarita Velásquez
Paola Cárdenas	
Héctor Castellanos	
Juan Raúl Castro	
Susana Chiquito	
Isabel Cuellar	
Miguel Cuervo	
Victoria Dávila	
Claudia Díaz	
Luis Gamboa	
César González	
Piedad Guavita	
Ángela Londoño	
Natalia Mejía	
Esperanza Meléndez	
Julia Mesa	
Natalia Montoya	
Víctor Muñoz	
Mónica Novoa	
María Fernanda Ordóñez	

Reglamento de publicaciones

Instrucciones para 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/asocolderma>

Para ello, es necesario registrarse e iniciar sesión.

Periodicidad

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.

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) (<https://decs.bvsalud.org/es/>), 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 (<https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>), 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 (<https://revista.asocolderma.org.co/index.php/asocol-derma/et>).

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) (<https://decs.bvsalud.org/es/>), 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) (<https://decs.bvsalud.org/es/>), 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) (<https://decs.bvsalud.org/es/>), 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.

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

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.

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

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) (<https://decs.bvsalud.org/es/>), y en inglés, que aparez-

can 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 https://asocolderma.org.co/sites/default/files/guia_revision_pares_asocolderma.docx

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 con-

tenido 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 INFORMADO

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 o siglas se puede utilizar una vez se utilice la palabra o concepto, seguido de las siglas correspondientes entre paréntesis. Ejemplo: hipertensión arterial (HTA). 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.

<https://asocolderma.org.co/sites/default/files/formato-reportede-caso.o.docx>

<https://asocolderma.org.co/sites/default/files/formato-haga-usted-el-diagnostico.o.docx>

<https://asocolderma.org.co/sites/default/files/formato-articulo-de-revision.o.docx>

<https://asocolderma.org.co/sites/default/files/formato-articulo-de-reflexion.o.docx>

[to - articulo de reflexion o.docx](https://asocolderma.org.co/sites/default/files/formato-articulo-de-reflexion.o.docx)

<https://asocolderma.org.co/files/formato-articulodeinvestigaciondocx>

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

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.

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.

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.

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 recordatorio, 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.

<https://asocolderma.org.co/sites/default/files/formato-reportede-caso-o.docx>

<https://asocolderma.org.co/sites/default/files/formato-haga-usted-el-diagnostico-o.docx>

<https://asocolderma.org.co/sites/default/files/formato-articulo-de-revision-o.docx>

<https://asocolderma.org.co/sites/default/files/formato-articulo-de-reflexion-o.docx>

<https://asocolderma.org.co/files/formato-articulodeinvestigaciondocx>

DIRECTRICES ÉTICAS PARA PUBLICACIÓN

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

Los trabajos presentados deben acatar las normas del comité de ética, encargado de supervisar los estudios de investigación de la institución en donde se realizó el estudio, y los enunciados en la declaración de Helsinki de 1975, modificada en Seúl, Corea, en 2008 (<https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>), 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. Debe adjuntarse al manuscrito la aprobación del comité institucional de ética en investigación.

DIRECTRICES

El autor que somete un manuscrito para publicación debe asegurar que el trabajo es original y que cuenta con el consentimiento y la aprobación de los demás autores para el envío y su publicación.

El manuscrito debe ser inédito, es decir, no haber sido publicado en otras revistas total o parcialmente. Tampoco debe haber sido presentado al mismo tiempo a otra revista.

El manuscrito respeta la confidencialidad de la información y, en el caso de una investigación, da fe de que esta fue aprobada por un comité de ética en investigación debidamente conformado.

Los autores deben declarar que tienen el consentimiento informado del paciente o su representante legal, si se trata de niños o sujetos con discapacidad intelectual, para la publicación del caso y sus fotografías, donde debe protegerse la identidad y el anonimato.

Un autor es aquel que ha hecho una contribución científica e intelectual significativa en la conceptualización, planificación, interpretación de los resultados, redacción del manuscrito y aprobación de la versión sometida a publicación. Quien no cumpla con los requisitos de contribución puede incluirse en la sección de agradecimientos.

Las fuentes utilizadas deberán citarse de manera clara y teniendo en cuenta las normas técnicas adoptadas por la Revista. Las políticas antifraude y de buenas prácticas de publicación incluyen que no deben copiarse fragmentos de otras obras publicadas, ni de otros autores (plagio), o del mismo autor (autoplagio); en caso de detectarse mala práctica, el trabajo será rechazado; en caso de identificar plagio en un artículo ya publicado, este se retirará de la Revista electrónica.

Las figuras y tablas deben ser originales de los autores o contar con el permiso para adaptación o reproducción, en caso de que estas sean tomadas de la literatura.

Todos los datos incluidos en el manuscrito que procedan de trabajos previos deben tener una referencia, incluidos los que provengan de otros trabajos de los mismos autores.

Los autores confirman la veracidad de los datos que se presentan y dan soporte a los resultados y conclusiones.

El manuscrito no debe omitir citas relevantes de investigaciones previas originales y relacionadas con el tema, ni citar artículos que no fueron consultados.

Cuando se cita varias veces a un mismo autor (o autores) de una misma fuente, en la lista de referencias debe quedar claro que es de la misma publicación.

La citación de fuentes secundarias, o la cita de cita, debe emplearse con moderación y fundamentalmente cuando no es posible acceder al texto original.

Es una falta a la ética la citación por complacencia, denominada citas de intercambio, fruto de acuerdos para citación recíproca. Todas las citas deben estar bien justificadas y fundamentadas en la calidad y pertinencia científica.

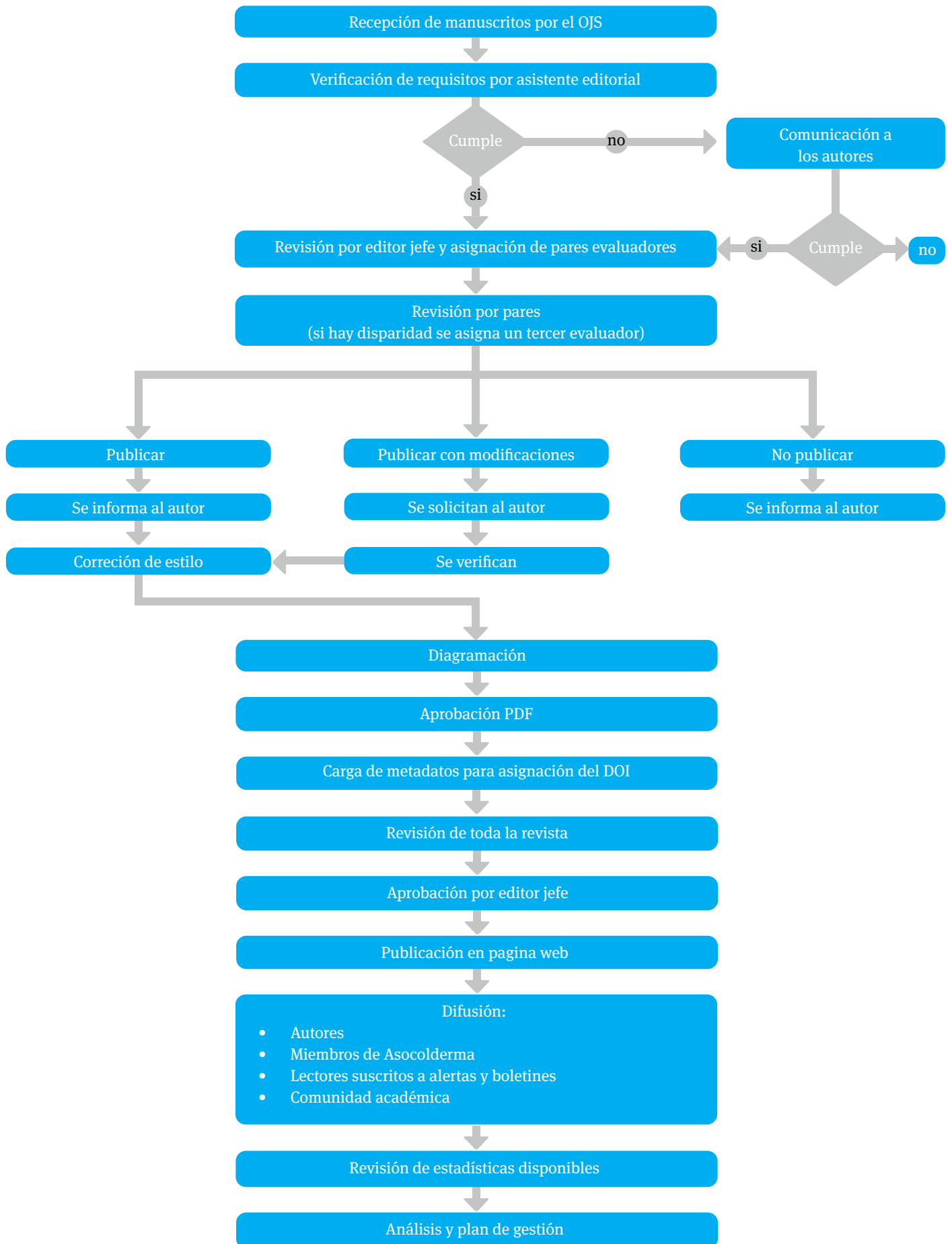
El plagio, es decir, la copia de los planteamientos, procedimientos o resultados de otros autores presentándolos como propios, es una falta ética y es una violación contra la propiedad intelectual del autor o investigador original.

El autoplagio es la copia de fragmentos o parafraseo de artículos previamente publicados por los autores sin la citación respectiva. Citar trabajos previos de los autores es válido, mientras estén debidamente adjuntada la referencia.

Las referencias deben ser completas. Las citas inexactas reflejan la posible no lectura de una bibliografía que se supone consultada.

No es ético traducir textos de publicaciones en otros idiomas y presentarlos como propios. Puede realizarse la traducción, pero acompañada de la cita respectiva, que dé el crédito al autor de la afirmación o texto traducido. No es válido el uso de fragmentos completos.

Infografía de flujo editorial



Instructions for authors

Instructions for authors

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

The abbreviated title of the Journal of the Colombian Association of Dermatology and Dermatological Surgery is *rev asoc colomb dermatol cir dermatol.*, which should be used in footnotes, figure legends, and references.

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

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

Periodicity

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

Publication language

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

Financing model

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

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

Information for authors

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

Type of articles published in the Journal

1. Research article

It must be an original work derived from research that contributes to the construction of scientific knowledge by reporting relevant information on new available data. It should contain the following sections: introduction, materials and methods, results, discussion, conclusions, references, and key points. It should have a structured abstract (introduction, materials and methods, results, and discussion) no longer than 250 words, in both Spanish and English, and three to twelve keywords should be indicated (using some that are not part of the title) in Spanish, which should be included in the Descriptors of Health Sciences (DeCS) (<https://decs.bvsalud.org/en/>), 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 (<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>), 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 (<https://revista.asocolderma.org.co/index.php/asocolderma/et>).

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) (<https://decs.bvsalud.org/en/>), and in English, which should appear in the Medical Subject Headings (MeSH) list (<http://www.nlm.nih.gov/mesh>).

lud.org/en/), 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) (<https://decs.bvsalud.org/en/>), 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) (<https://decs.bvsalud.org/en/>), 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 (<https://revista.asocolderma.org.co/index.php/asocolderma/et>).

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

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) (<https://decs.bvsalud.org/en/>), 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 images

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 https://asocolderma.org.co/sites/default/files/peer_review_guidelines_-_asocolderma.docx

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.

Em acipsae consed mos dolore vollestectem nullam, cum faccus dolore dolute opta quibeat emporporpos enditae cus estiae omnit, ad mos il maionet et ellesseque es am, alicias rem ut exerian dusaperrumet ilit, apite et el iusam, cor a cus si apitatus remperunt

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.

<https://asocolderma.org.co/sites/default/files/formato-reporte-de-caso-o.docx>

<https://asocolderma.org.co/sites/default/files/formato-haga-usted-el-diagnostico-o.docx>

<https://asocolderma.org.co/sites/default/files/formato-articulo-de-revision-o.docx>

<https://asocolderma.org.co/sites/default/files/formato-articulo-de-reflexion-o.docx>

<https://asocolderma.org.co/files/formato-articulodeinvestigaciondocx>

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.

<https://asocolderma.org.co/sites/default/files/formato-reporte-de-caso-o.docx>

<https://asocolderma.org.co/sites/default/files/formato-haga-usted-el-diagnostico-o.docx>

<https://asocolderma.org.co/sites/default/files/formato-articulo-de-revision-o.docx>

<https://asocolderma.org.co/sites/default/files/formato-articulo-de-reflexion-o.docx>

<https://asocolderma.org.co/files/formato-articulodeinvestigaciondocx>

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 (<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>), 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 cita-

tion”, 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

Víruela símica, un desafío inesperado: más allá de las lesiones cutáneas

HAGA USTED EL DIAGNÓSTICO PARTE I

¿Reconoce esta clave diagnóstica?

ÉTICA PARTE I

Prioridad en la lealtad profesional del médico

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

Víruela símica, características demográficas y clínicas. Serie de casos

ARTÍCULO DE REVISIÓN

La gran imitadora: características dermatológicas relacionadas con la infección por *Treponema pallidum*, una revisión narrativa de la literatura

REPORTE DE CASO

Sífilis variedad ulcerativa (sífilis maligna) en un paciente con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. A propósito de un caso

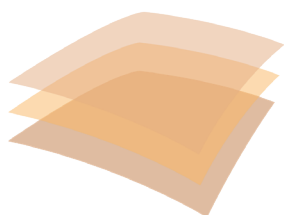
Leishmaniasis cutánea localizada, tratamiento intralesional

HAGA USTED EL DIAGNÓSTICO PARTE II

¿Reconoce esta clave diagnóstica?

ÉTICA PARTE II

Prioridad en la lealtad profesional del médico

ÍNDICE ANUAL**LISTADO DE PARES REVISORES 2022-2023**

AsoColDerma
Asociación Colombiana de Dermatología
y Cirugía Dermatológica

Revista de la Asociación Colombiana de Dermatología
y Cirugía Dermatológica.

Indizada en:



Avalada en:

