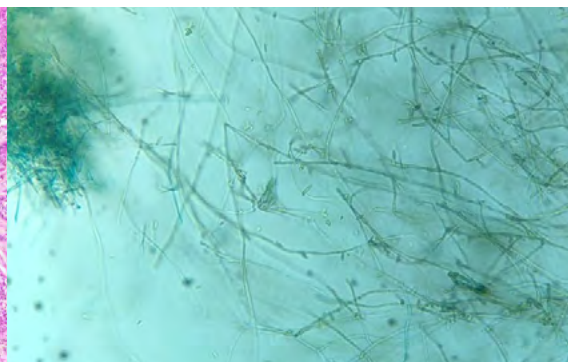
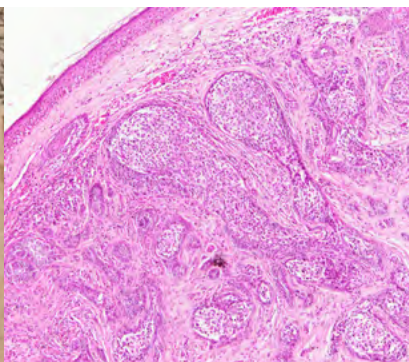




## EDITORIAL

La evolución del dermatólogo y de la dermatología per se

*The evolution of the dermatologist and of dermatology per se*

## ARTÍCULO ORIGINAL / ORIGINAL ARTICLE

Colchicina: El largo recorrido de una droga ancestral hasta sus usos actuales

*Colchicine: The Long Journey of an Ancient Drug to Its Current Uses*

## CASOS CLÍNICOS / CASE REPORTS

Linfadenoma cutáneo: un diagnóstico diferencial raro del carcinoma basocelular. Reporte de caso clínico

*Cutaneous Lymphadenoma: A Rare Differential Diagnosis of Basal Cell Carcinoma. Case Report*

De Cicatriz a Infección: La Cromomicosis Cutánea bajo el Microscopio

*From Scar to Infection: Cutaneous Chromomycosis under the Microscope*

## CASOS CLÍNICOS / CASE REPORTS

Localización inusual de Carcinoma Verrucoso: a propósito de un caso

*Unusual Location of Verrucous Carcinoma: A Case Report*

## DERMATOLOGÍA EN IMÁGENES / IMAGES IN DERMATOLOGY

Lesiones sutiles, un reto diagnóstico: Siringomas Localizados

*Subtle Lesions, a Diagnostic Challenge: Localized Siringomas*

El carcinoma camaleón: Cuando un carcinoma basocelular se disfraza de enfermedad de Bowen

*The Chameleon Carcinoma: When a Basal Cell Carcinoma Disguises Itself as Bowen's Disease*

## CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO

Trazos Serpiginosos en la Dermatología: reporte de un caso de Elastosis Perforante Serpiginosa en una paciente con Síndrome de Down

*Serpiginous Traces in Dermatology: Case Report of Elastosis Perforans Serpiginosa in a Patient with Down Syndrome*



# CDMX IV TeraCILAD 2025

20, 21 Y 22 de Noviembre, 2025  
Cursos pre-congreso: 19 de Noviembre 2025

Información:

[www.teracilad2025.com](http://www.teracilad2025.com)

[teracilad2025@studioeventos.mx](mailto:teracilad2025@studioeventos.mx)



President  
Jorge Ocampo-Candiani

Secretary General  
Mariel Isa Pimentel



WCD2027GUADALAJARA.ORG



DISCOVER THE  
DERMATOLOGY ECOSYSTEM  
FOR A DIVERSE  
AND INCLUSIVE FUTURE



# ENDOCARE

## RENEWAL

# MÁXIMA EFICACIA R

## NUEVO RETINOL PURO EN MICROESPONJAS

RENUEVA • RETEXTURIZA • REJUVENECE

Sérum de textura  
anhidra

Reducción visible  
de arrugas finas

Mejora la textura de  
la piel (más lisa y suave)

Reducción de las  
manchas de la edad

Mejora la apariencia  
y luminosidad de la piel



Retinol puro  
al 0,2%



Hay un  
**UMBRELLA**  
para cada tipo de piel



PROTECTORES SOLARES   
**Umbrella**

# Comité Editorial Editorial Committee

## JEFE EDITOR / CHIEF EDITOR

---

Dra. María Cecilia Briones  
*Dermatóloga – Jefa de la Unidad de Fototerapia del Centro Úraga, Dermatología y Estética*  
[revista@druraga.com](mailto:revista@druraga.com)  
Guayaquil, Ecuador

## JEFE EDITOR ACADÉMICO / ACADEMIC CHIEF EDITOR

---

Dr. Alfredo Chávez Cifuentes  
*Dermatólogo y Jefe de la Unidad de Docencia e Investigación del Centro Úraga, Dermatología y Estética*  
[docencia\\_investigacion@druraga.com](mailto:docencia_investigacion@druraga.com)  
Guayaquil, Ecuador

## EDITORES ASOCIADOS / EDITORS

---

Dr. Juan Carlos Garcés S.  
Guayaquil, Ecuador

Dr. Enrique Loayza S.  
Guayaquil, Ecuador

Dra. Verónica Úraga W.  
Guayaquil, Ecuador

Dr. César Augusto Sandoval  
Guayaquil, Ecuador

Dra. Cristina Solórzano T.  
Guayaquil, Ecuador

## COLABORADORES/COLLABORATORS

---

Dr. Juan José Ambrossi  
Cuenca, Ecuador

Dr. Santiago Palacios  
Quito, Ecuador

## COMITÉ EDITORIAL INTERNACIONAL / INTERNATIONAL EDITORIAL COMMITTEE

---

Dr. Juan Guillermo Chalela Mantilla—CO

Dr. Xavier Alonso—ESP

Dr. Juan Carlos Diez De Medina—BOL

Dr. Manuel Del Solar—PER

Dra. Elda Giansante—VEN

Dr. Jorge Ocampo—MEX

Dr. Ricardo Pérez—VEN

Dr. Martín Sanguenza—BOL

Dr. Fernando Valenzuela—CHI

Dr. Pablo de la Cueva—ESP

Dr. Diego del Ojo—ESP

## DEPARTAMENTO DE ASISTENCIA DE EDICIÓN DE SECCIÓN

---

Lcda. Leonor Moreno  
*Jefe de Área – Secretaria Académica Centro Úraga, Dermatología y Estética*

## DISEÑO EDITORIAL / EDITORIAL DESIGN

---

Daniela Santibáñez B.  
[hola@felizdiseno.com](mailto:hola@felizdiseno.com)

Andrés Roca M.  
[roca@felizdiseno.com](mailto:roca@felizdiseno.com)



Esta obra está bajo una licencia de licencia de [Creative Commons Reconocimiento-CompartirIgual 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/).



Esta revista está indexada en latindex [Sistema Regional de información en línea](#)

## EDITORIAL

08

### **La evolución del dermatólogo y de la dermatología per se**

*Enrique Úraga P.*

## ARTÍCULO ORIGINAL

10

### **Colchicina: El largo recorrido de una droga ancestral hasta sus usos actuales**

*Verónica Úraga, María Cecilia Briones, Maite Santillán, Enrique Úraga*

## REPORTES DE CASOS

32

### **Linfadenoma cutáneo: un diagnóstico diferencial raro del carcinoma basocelular. Reporte de caso clínico**

*Michelle Mafla, Ivonne Riofrío, Mónica Guevara*

40

### **De Cicatriz a Infección: La Cromomicosis Cutánea bajo el Microscopio**

*Jéssica Sandoval, Fernanda Ron, Cindy Tipán, Estefany Proaño, Wilma Vaca*

50

### **Localización inusual de Carcinoma Verrucoso: a propósito de un caso**

*Lucy Ortiz, Maite Santillán, Paulina Dassum, Cristina Pazmiño, Soonyi Romo, Cristina Solorzano*

## DERMATOLOGÍA EN IMÁGENES

58

### **Lesiones sutiles, un reto diagnóstico: Siringomas Localizados**

*Lesly López, Camila Félix, Yadira Aguilar*

62

### **El carcinoma camaleón: Cuando un carcinoma basocelular se disfraza de enfermedad de Bowen**

*José Plata, Javier Rosero, Santiago Palacios, Gabriela Zumárraga, Johanna Brito, Doménica Lara*

## CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO

66

### **Trazos Serpiginosos en la Dermatología: reporte de un caso de Elastosis Perforante Serpiginosa en una paciente con Síndrome de Down**

*Camila Félix, Lesly López, María Santofimio, Yadira Aguilar, Rosa Pacheco*

## EDITORIAL

09

### **The evolution of the dermatologist and of dermatology per se**

*Enrique Úraga P.*

## ARTÍCULO ORIGINAL

21

### **Colchicine: The Long Journey of an Ancient Drug to Its Current Uses**

*Verónica Úraga, María Cecilia Briones, Maite Santillán, Enrique Úraga*

## CASE REPORTS

36

### **Cutaneous Lymphadenoma: A Rare Differential Diagnosis of Basal Cell Carcinoma. Case Report**

*Michelle Mafla, Ivonne Riofrío, Mónica Guevara*

45

### **From Scar to Infection: Cutaneous Chromomycosis under the Microscope**

*Jéssica Sandoval, Fernanda Ron, Cindy Tipán, Estefany Proaño, Wilma Vaca*

54

### **Unusual Location of Verrucous Carcinoma: A Case Report**

*Lucy Ortiz, Maite Santillán, Paulina Dassum, Cristina Pazmiño, Soonyi Romo, Cristina Solorzano*

## IMAGES IN DERMATOLOGY

60

### **Subtle Lesions, a Diagnostic Challenge: Localized Syringomas**

*Lesly López, Camila Félix, Yadira Aguilar*

64

### **The Chameleon Carcinoma: When a Basal Cell Carcinoma Disguises Itself as Bowen's Disease**

*José Plata, Javier Rosero, Santiago Palacios, Gabriela Zumárraga, Johanna Brito, Doménica Lara*

## WHAT IS THE DIAGNOSIS

69

### **Serpiginous Traces in Dermatology: Case Report of Elastosis Perforans Serpiginosa in a Patient with Down Syndrome**

*Camila Félix, Lesly López, María Santofimio, Yadira Aguilar, Rosa Pacheco*

# — Editorial

## LA EVOLUCIÓN DEL DERMATÓLOGO Y DE LA DERMATOLOGÍA PER SE

---

Para aquellos que alcanzamos a aprender de nuestros maestros, que el diagnóstico se basaba en nuestros conocimientos, en nuestros ojos y con la ayuda de una lupa y que, el tratamiento se establecía de acuerdo con nuestro criterio terapéutico para cada patología, es indudable que el tiempo no ha pasado en vano, poco a poco, la dermatopatología, las técnicas de imágenes, la dermatoscopia, la microscopia confocal, técnicas de laboratorio que permiten diagnósticos precisos de enfermedades infecciosas varias y ni qué decir, de los avances en inmunohistoquímica y en la investigación oncológica y genética, procedimientos todos ellos muy involucrados con la patología dermatológica actual.

La terapia láser por ejemplo, qué se inició con la teoría de la emisión estimulada de Albert Einstein, introducida en 1916 y que en 1963 fue por primera vez utilizada en dermatología por Leonard Goldman, en el tratamiento del melanoma, hoy en día invade no solamente el campo de la terapia de la patología dermatológica sino también el ámbito de la dermatología cosmética y de patologías como el vitíligo, psoriasis, pigmentaciones, envejecimiento cutáneo y tantas otras alteraciones que son patrocinadas cada vez más dentro del campo de la terapia láser. La terapia de luces tiene indudablemente fulgores dermatológicos muy propios, la farmacoterapia cutánea ha evolucionado intensamente y hoy en día vemos a la medicina biológica intentando encontrar toda enfermedad en la cual puede actuar, muchas veces con magníficos resultados y el tiempo dirá su verdadero valor. Dentro del campo de la estética, peeling químicos, radiofrecuencias fraccionadas, fuentes de luz como láseres ablativos y no ablativos, que con el advenimiento de las fototermolisis selectivas ganaron mayor seguridad y eficiencia, las terapias capilares, y todas aquellas terapias encaminadas al mantenimiento y rejuvenecimiento de la piel con todas estas diferentes aparatologías e igualmente variadas sustancias inyectables, como son el ácido hialurónico y bioestimuladores intentan alcanzar el anhelado rejuvenecimiento cutáneo, y, en fin, todos los avances que en uno u otro campo buscan prolongar no sólo la vida de los pacientes sino también su apariencia y alegría de vivir, han hecho que el dermatólogo y el dermatoesteticista tenga que involucrarse cada vez más en el estudio de estos avances si es que desea tener la oportunidad de usarlos en pro de sus pacientes.

Es por ello que los posgrados de dermatología deben alinear en el menú de sus enseñanzas todos estos nuevos advenimientos terapéuticos, si desean obtener dermatólogos alineados con el conocimiento y la investigación, y que, el intrincado camino de la dermatología sea desbrozado con el anhelo de avanzar y con los conocimientos adquiridos, sin olvidar que como decía William Osler *“La medicina es una ciencia de incertidumbre y un arte de la probabilidad.”*

Dr. Enrique Úraga P.

# — Editorial

## THE EVOLUTION OF THE DERMATOLOGIST AND OF DERMATOLOGY PER SE

---

For those of us who had the opportunity to learn from our teachers that diagnosis was based on our knowledge, our eyes, and the aid of a magnifying glass and that treatment was established according to our therapeutic judgment for each condition it is undeniable that time has not passed in vain. Little by little, dermatopathology, imaging techniques, dermoscopy, confocal microscopy, laboratory techniques that allow for accurate diagnosis of various infectious diseases, and, needless to say, advances in immunohistochemistry and oncologic and genetic research have all become deeply involved with current dermatological pathology.

Laser therapy, for example, which began with Albert Einstein's theory of stimulated emission introduced in 1916 and was first used in dermatology by Leonard Goldman in 1963 for the treatment of melanoma, today extends not only into the realm of dermatological pathology therapy but also into the field of cosmetic dermatology and the treatment of conditions such as vitiligo, psoriasis, pigmentation disorders, skin aging, and many other alterations increasingly addressed within the scope of laser therapy. Light-based therapies undoubtedly have distinctive dermatological brilliance. Cutaneous pharmacotherapy has evolved significantly, and today we see biological medicine attempting to find every disease it can act upon—often with excellent results, although time will determine its true value. In the field of aesthetics, chemical peels, fractional radiofrequency, light sources such as ablative and non-ablative lasers—which gained greater safety and efficiency with the advent of selective photothermolysis—hair therapies, and all treatments aimed at skin maintenance and rejuvenation, involving various devices and a wide range of injectable substances such as hyaluronic acid and biostimulators, seek to achieve the longed-for skin rejuvenation. Ultimately, all these advances in one field or another aim not only to prolong patients' lives but also to enhance their appearance and joy of living. This has made it essential for the dermatologist and the aesthetic dermatologist to increasingly engage with the study of these innovations if they wish to have the opportunity to use them for the benefit of their patients.

That is why dermatology postgraduate programs must align all these new therapeutic advancements within their teaching curriculum, if they wish to train dermatologists who are attuned to knowledge and research. The intricate path of dermatology must be cleared with the desire to advance and with the knowledge acquired—without forgetting, as William Osler once said: *"Medicine is a science of uncertainty and an art of probability."*

Dr. Enrique Úraga P.

## ARTÍCULO ORIGINAL

# Colchicina: El largo recorrido de una droga ancestral hasta sus usos actuales

Verónica Úraga,<sup>\*</sup> María Cecilia Briones,<sup>\*</sup> Maite Santillán,<sup>\*\*</sup>  
Enrique Úraga<sup>\*\*\*</sup>

<sup>\*</sup> Dermatóloga del Centro Úraga, Dermatología y Estética  
<sup>\*</sup> Dermatóloga del Centro Úraga, Dermatología y Estética  
<sup>\*\*</sup> Médico Posgradista de Dermatología de la  
Universidad Espíritu Santo  
<sup>\*\*\*</sup> Director del Centro Úraga, Dermatología y Estética

Correspondencia:  
drenriqueuragap@hotmail.com  
Cdl. Bolivariana calle Bombona Mz. M Villa 8.  
0997195999

Palabras clave: Colchicina, Historia, Usos  
terapéuticos actuales, Dermatología

Cómo citar este artículo  
Úraga V., Briones MC., Santillán M., Úraga  
Pazmiño E. Colchicina: El largo recorrido de una  
droga ancestral hasta sus usos actuales – Artículo  
original. Rev Dermatol Cent Úraga. 2025;7(2).

Fecha de recepción: 04/02/2024  
Fecha de aceptación: 05/05/2024

## RESUMEN

La colchicina, un alcaloide natural derivado de plantas de la familia de las liláceas, es una sustancia de uso milenario, con más de 2.000 años de historia en la medicina. Reconocida por sus propiedades antiinflamatorias, actúa a través de múltiples mecanismos, lo que le confiere un valor terapéutico significativo. En la actualidad, ha experimentado un renovado interés clínico, siendo empleada en diversas especialidades médicas, incluyendo la dermatología. En este artículo se presenta un recorrido conciso por la historia de la colchicina, sus principales características, mecanismos de acción, efectos adversos y aplicaciones actuales, con especial énfasis en su utilidad en el tratamiento de enfermedades cutáneas.

## INTRODUCCIÓN

La colchicina es un agente antiinflamatorio y antimitótico usado por décadas en el tratamiento de diversas enfermedades como la gota, la fiebre mediterránea familiar y la pericarditis aguda y recurrente. Es una planta nativa de Europa, siendo su habitat natural praderas húmedas a grandes alturas.

En los últimos años se ha intensificado su uso en varias enfermedades de la piel como en el caso de la psoriasis y las vasculitis, entre otras patologías cutáneas. Se ha discutido y se discute aún sobre la importancia de los efectos secundarios de esta droga que pudieran limitar su uso, siendo quizás el más importante la sobredosis, la cual puede provocar desenlaces fatales, por lo que debe ser usada con cautela, especialmente en pacientes con enfermedades hepáticas o renales.<sup>1</sup>

## ORIGEN DE SU NOMBRE

El nombre de esta planta proviene de la antigua región de Cólquida, hogar de las legendarias hechiceras Medea y Circe en la mitología griega. Esta región corresponde actualmente a la República de Georgia (Figura 1). Según la tradición mitológica, la planta era supuestamente una de las favoritas de la envenenadora Medea, lo que añade un matiz simbólico a su historia.

A lo largo de distintas regiones geográficas, esta especie vegetal ha sido conocida por una variedad de nombres populares, que reflejan tanto su aspecto como sus propiedades percibidas. Entre los más comunes se encuentran: cólchico, acefrán, azafrán silvestre, azafrán de los prados, azafrán bastardo, mysteria, bombilla maravilla, cholquico, cólchico oficial, mataperros, narciso de otoño, crocus de otoño, quitameriendas, ahuyenta-

Figura 1. El reino de la Cólquida, identificado en color verde.  
(Tomado de Wikipedia)



pastores, despachapastores, cebolla montés, villorita y yerba sembradera, entre otros.

## HISTORIA DE LA COLCHICINA

La planta medicinal conocida como *Colchicum autumnale* posee una historia extensa y fascinante que se remonta a tiempos remotos. Ya en el año 1550 a. C., fue mencionada en los papiros egipcios de Ebers como un tratamiento para enfermedades reumatológicas, destacándose por sus propiedades analgésicas y antiinflamatorias (Figura 2). De las aproximadamente 700 plantas medicinales descritas en dicho compendio, solo 18 siguen en uso en la medicina contemporánea, siendo la colchicina una de las pocas que ha resistido más de 40 siglos de evaluación médica.

En el año 77 d.C., el médico y botánico griego Dioscórides distinguió entre el cólquico de menor toxicidad, utilizado con fines nutritivos, afrodisíacos y terapéuticos, y el bulbo silvestre *Colchicum autumnale*, que es precisamente la especie objeto de estudio en la actualidad. Asimismo, en los escritos de Plinio el Viejo (23–79 d.C.) y de Galeno, uno de los médicos más influyentes de la historia de la medicina, ya se reconocía a la colchicina como una sustancia venenosa. No obstante, entre los años 129 y 200 d.C., la planta ya se empleaba con eficacia en el tratamiento de la gota, aunque sus efectos tóxicos en dosis elevadas también eran bien conocidos.

Más adelante, Alejandro de Tralles (525–605 d.C.) documentó el uso específico de la colchicina en los episodios agudos de gota, señalando además sus efectos secundarios sobre el aparato digestivo, como la irritación gástrica e intestinal. Pese a estos antecedentes, en el siglo XVI su uso decayó notablemente debido al escepticismo de la comunidad médica y de los humanistas del Renacimiento, quienes cuestionaron sus propiedades terapéuticas y la clasificaron como veneno. Fue incluso proscrita por la Escuela Francesa de Medicina entre los siglos XVI y XIX.

El resurgimiento de la colchicina tuvo lugar en el siglo XVIII gracias al médico vienés Anton von Störk, quien en 1764 rehabilitó su uso medicinal. Posteriormente, en 1783, Husson desarrolló un remedio secreto contra la gota conocido como Eau Medicinale, cuyo ingrediente principal

Figura 2. Los famosos papiros de Ebers.



era precisamente la colchicina. Este preparado llegó a Estados Unidos en 1798, introducido por Benjamín Franklin, quien padecía de gota y experimentó una notable mejoría durante su estancia como embajador en Francia.

En el ámbito científico, los farmacéuticos Pierre-Joseph Pelletier y Joseph Bienaimé Caventou lograron aislar por primera vez el compuesto alcaloide de la colchicina en 1820. Más tarde, en 1833, Geiger y Hesse consiguieron separarla con mayor pureza, y en 1884 los químicos Laborde y Houdé cristalizaron la molécula de forma reproducible. Sin embargo, su fórmula química no fue determinada con precisión sino hasta 1945, cuando fue finalmente establecida por Dewar.

Uno de los hallazgos más relevantes en torno a esta sustancia se produjo en 1899, cuando el patólogo siciliano Biaggio Pernice descubrió su acción antimitótica, propiedad que ha sido ampliamente estudiada hasta la actualidad por su potencial aplicación en la investigación oncológica.<sup>2-4</sup>

### NOMBRE QUÍMICO, ESTRUCTURA Y FÓRMULA QUÍMICA DE LA COLCHICINA<sup>5</sup>

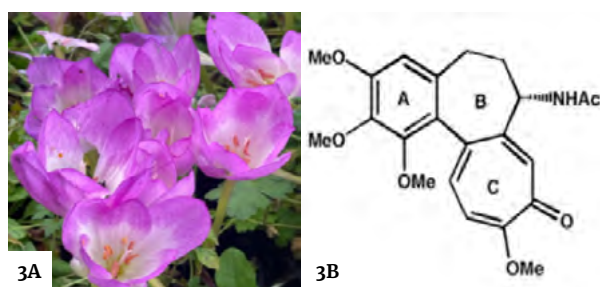
**Nombre químico:** N-[(7S)-5, 6, 7, 9-tetrahidro-1, 2, 3, 10-tetrametoxi-9-oxobenzo(a)heptalen-7-il-acetamida.

#### Estructura y fórmula química (Figura 3 A-B)

La colchicina y sus análogos naturales constan de tres núcleos condensados con diversos grupos funcionales (Figura 3B):

- Un anillo aromático de seis miembros con grupos hidroxilo libres o alquilados (anillo A).
- Un anillo cicloheptadieno con un grupo acetamido, amino o alquilamino (anillo B).

Figura 3A: Fotografía de la lilácea. Figura 3B: El complejo formado por 3 anillos con varios componentes químicos, los cuales se unen y modifican permitiendo que la colchicina se una a la tubulina.



- Un anillo aromático de siete miembros con grupos carbonilo y metoxi, raramente hidroxilo, (el anillo C de la tropolona).

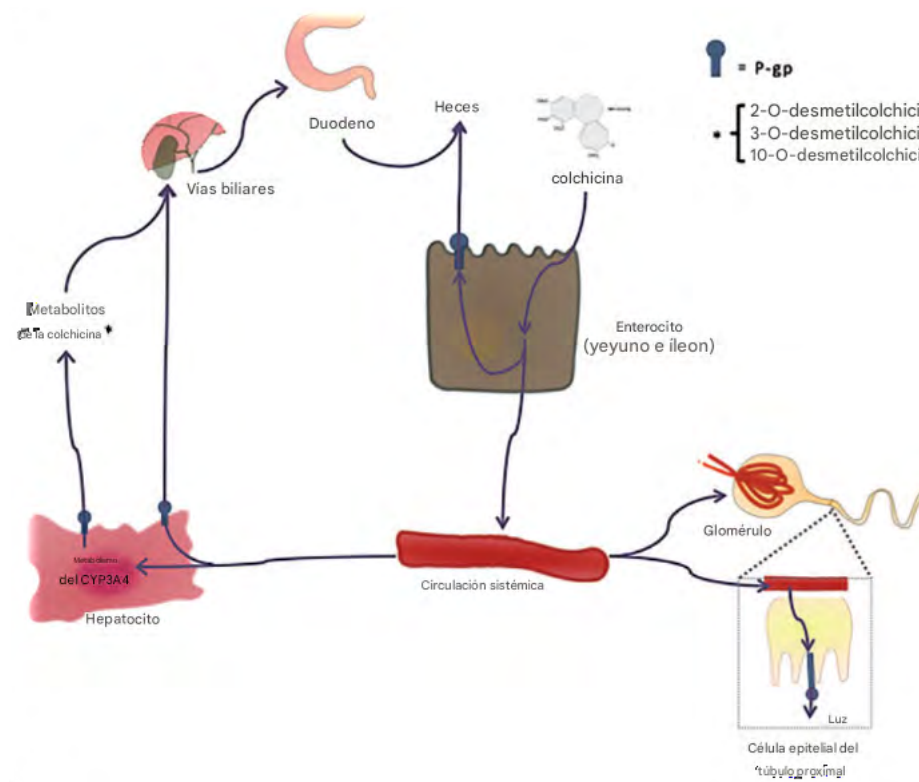
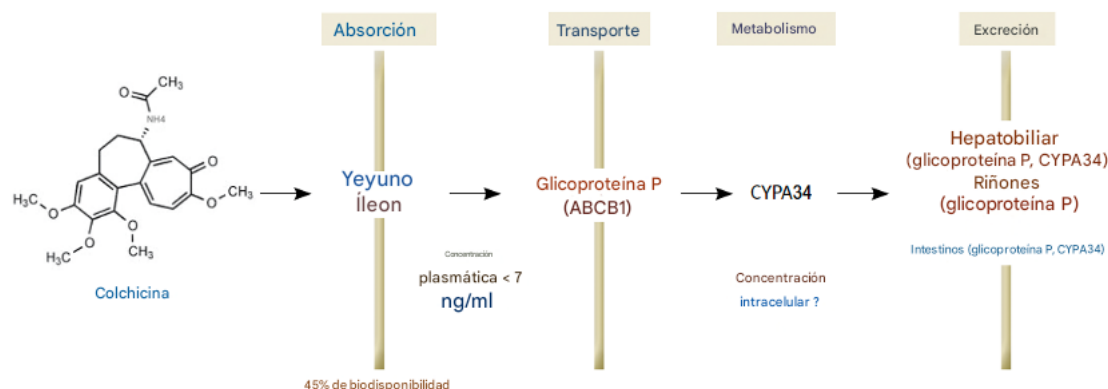
La presencia de un azúcar en el anillo A da lugar al colchicosido, un análogo de la colchicina, que no es capaz de formar un complejo con la tubulina tal y como ocurre si se sustituye el anillo C en lumicolchicina y colchinol o si se modifica la estructura de la tropolona que conduce a isocolchicina, sin embargo, variaciones en el anillo B no impiden que la colchicina se una a la tubulina.<sup>6</sup>

### ABSORCIÓN Y EXCRECIÓN DE LA COLCHICINA<sup>7</sup>

La colchicina es un sustrato tanto del citocromo P450 como de la glicoproteína P. Su administración se realiza por vía oral, siendo absorbida principalmente a nivel del yeyuno e íleon. En el epitelio intestinal, la glicoproteína P presente en los enterocitos tiene la capacidad de secretar colchicina inalterada de regreso al lumen intestinal, donde puede ser finalmente excretada.

La fracción del fármaco que atraviesa la barrera intestinal accede a la circulación sistémica y es filtrada por los glomérulos renales, siendo parcialmente eliminada a través del túbulo proximal del riñón. A nivel hepático, la colchicina es metabolizada en tres principales metabolitos por acción del sistema enzimático CYP3A4, una isoenzima perteneciente a la familia del citocromo P450. Esta enzima, de gran importancia fisiológica, se encuentra predominantemente en el hígado y en el intestino, y está codificada por el gen CYP3A4 en seres humanos. Su función principal es oxidar pequeñas moléculas orgánicas extrañas, como toxinas o fármacos (xenobióticos), para facilitar su eliminación del organismo.

Tanto los metabolitos derivados de la desmetilación como parte de la colchicina inalterada son finalmente secretados a través de la bilis mediante la acción de la glicoproteína hepática P, y se dirigen hacia el duodeno para su excreción intestinal final.

Figura 4. Gráfico que esquematiza la absorción y excreción de la colchicina (Tomado y modificado de: Slobodnick et al.<sup>1</sup>)Figura 5. Gráfico que esquematiza la farmacocinética de la colchicina y las proteínas involucradas en su transporte y metabolismo (Tomado y modificado de: Gül<sup>2</sup>)

### CAUSALES DE ALTERACIÓN EN EL METABOLISMO Y EXCRECIÓN DE LA COLCHICINA

En primer lugar es importante establecer que la vida media de eliminación de la colchicina oscila entre 26 y 31 horas.<sup>9</sup> En segundo lugar recordemos que hasta el 20% de la colchicina se excreta en la orina mientras que la mayoría de esta droga entra a la recirculación enterohepática para ser excretada por la bilis a través de las heces.<sup>10</sup> En los casos de insuficiencia hepática severa el aclaramiento aumenta

mientras que la vida media disminuye, al contrario de lo que ocurre en la insuficiencia renal grave en la cual el aclaramiento disminuye en un 75%, siendo importante anotar que la colchicina no se elimina con la hemodiálisis.

### DISTRIBUCIÓN DE LA COLCHICINA

La colchicina administrada por vía oral alcanza una biodisponibilidad del 45% logrando la mayor concentración plasmática entre las 24 y 48 horas posteriores, con una vida media de distribución de 1 a 2.7 horas.<sup>11</sup> En el plasma

la colchicina se une en un aproximado de 40% con la albúmina, alcanzando concentraciones elevadas en hígado, riñón, bazo y tracto gastrointestinal.<sup>12</sup>

Es importante hacer notar que en casos de administración crónica de esta droga, la misma puede atravesar la barrera placentaria e igualmente que la colchicina se deposita en los leucocitos en una cantidad mayor que la plasmática y que permanece en ellos hasta días después de su administración oral.

### ACCIONES DE LA COLCHICINA

Sus acciones se pueden resumir en seis acápites:

- Acción sobre los microtúbulos
- Acción sobre los neutrófilos
- Acción antiinflamatoria
- Acción sobre los macrófagos
- Acción antifibrótica
- Acción inmunosupresora

### MECANISMOS DE LA ACCIÓN ANTIINFLAMATORIA DE LA COLCHICINA<sup>13</sup>

En forma resumida podemos decir que este medicamento tiene múltiples acciones ya que actúa interviniendo en:

- La migración celular.
- La liberación de citocinas y el tráfico intracelular.
- La alteración de las actividades de las células inflamatorias.
- Alterando la expresión de L-selectina de los neutrófilos y la distribución de E-selectina de las células endoteliales inhibiendo así la adhesión, extravasación y reclutamiento de neutrófilos.
- Se concentra en los leucocitos e interfiere con su migración y desgranulación modulando su actividad inflamatoria.

La esquematización presenta una descripción general de los mecanismos de acción de la colchicina.

Figura 6. Graficación de las actividades de la colchicina (Tomado y modificado de: Sardana et al.<sup>3</sup>)

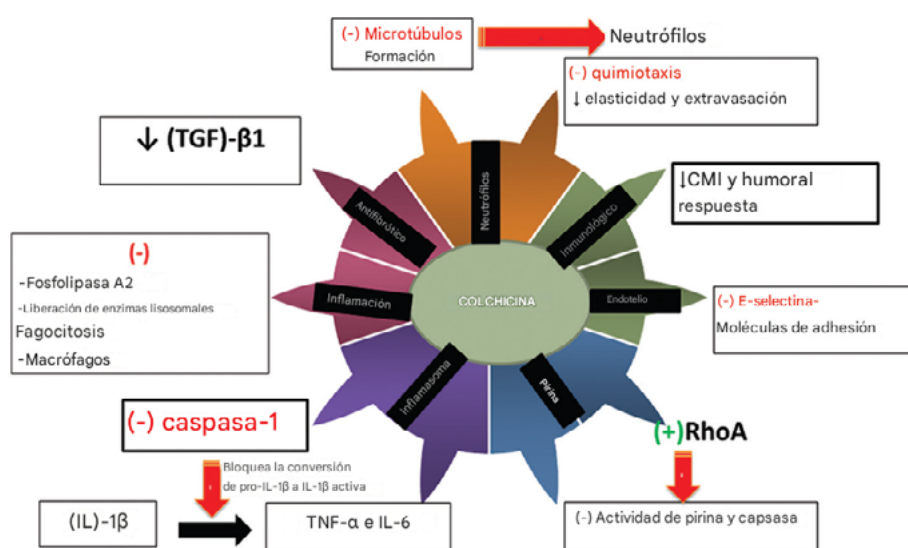


Figura 7A: Estomatitis aftosa recurrente. Figura 7B: Vasculitis leucocitoclástica y vasculitis urticarial. Figura 7C: Pustulosis palmoplantar.



## INDICACIONES DE LA COLCHICINA EN DERMATOLOGÍA

Si bien los usos clínicos de la colchicina poseen siglos de historia, estos usos se han expandido en los últimos años en diferentes patologías y dentro de ellas las enfermedades dermatológicas constituyen un grupo de crecimiento progresivo, siendo las más citadas (figura 7), las que constan a continuación:

## NIVELES DE EVIDENCIA DE LA COLCHICINA EN DERMATOPATÍAS PUBLICADOS EN EL AÑO 2023<sup>15</sup>

Se establecieron cuatro niveles de evidencia para estas enfermedades en base a:

- **Nivel I:** al menos un ensayo controlado aleatorizado o metaanálisis.
- **Nivel II:** al menos 1 estudio controlado sin aleatorización/estudio cuasiexperimental.
- **Nivel III:** estudios descriptivos no experimentales.
- **Nivel IV:** informes/opiniones de grupos de expertos/conferencias de consenso.

|                          | ENFERMEDAD                   | NIVEL DE EVIDENCIA |
|--------------------------|------------------------------|--------------------|
| Dermatosis neutrofilicas | Pustulosis palmoplantar      | <b>Nivel I</b>     |
|                          | Pioderma gangrenoso          | Nivel IV           |
|                          | Síndrome de Sweet            | Nivel IV           |
|                          | Aftas recurrentes            | <b>Nivel I</b>     |
| Dermatosis fibrosantes   | Esclerodermia                | Nivel IV           |
| Vasculitis               | Vasculitis leucocitoclastica | Nivel IV           |
|                          | Enfermedad de Behcet         | Nivel II           |
| Dermatosis precancerosas | Queratosis actínicas         | <b>Nivel I</b>     |

Tabla 1. Graficación de las principales dermatosis evaluadas según el nivel de evidencia (Tomado de: Huber et al.<sup>4</sup>).

## RESULTADOS DEL TRATAMIENTO CON COLCHICINA EN DIVERSAS ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS

Dado que existen múltiples reportes de tratamiento de las dermatopatías con este medicamento, se ha realizado una

búsqueda bibliográfica de las mismas y cuyo resultado se expone a continuación.

Diversas enfermedades dermatológicas han sido evaluadas recientemente en relación con la eficacia del tratamiento con colchicina. En el año 2023, se publicaron datos que clasifican estas patologías según niveles de evidencia científica, lo cual permite establecer un panorama más claro sobre sus posibles indicaciones terapéuticas y respaldo clínico. A continuación, se detalla el gráfico de las principales dermatosis evaluadas:

**Pustulosis palmoplantar:** Su acción en este caso se la conoce desde hace más de 30 años, su dosis fluctúa entre 0,5 a 1-2 mg/d, repartidos en tres tomas, resultados muy buenos a moderados pero con efectos secundarios a veces altos según un estudio publicado de una revisión de Cochrane en el 2006.<sup>16</sup>

**Pioderma Gangrenoso:** reportes individuales y series de casos exitosos con 2-4 mg/d x 2-4 meses. Parren et al. reportan un caso de pioderma gangrenoso en pene tratado con éxito con bajas dosis de colchicina.<sup>17</sup>

**Síndrome de Sweet:** La colchicina ha sido usada en esta enfermedad como un ahorrador de esteroides. Un análisis retrospectivo en 20 pacientes con esta enfermedad demostró una mejoría de 90%, con una dosis de 1-1,5 mg/d x 10-21 días con mejoría lesional cutánea, de la fiebre y de la artralgia. La colchicina ha sido usada en esta enfermedad en pocos casos, como un ahorrador de esteroides.<sup>18</sup>

**Estomatitis aftosa recurrente:** En un estudio publicado por Cabras al en el 2020 reportó que la colchicina tenía un porcentaje de resultados similar al de una dosis de prednisona con 5 mg diarios por 12 semanas, pero que estos resultados eran inferiores frente a los alcanzados con clofacimina, talidomida o dapsona.<sup>19</sup>

**Esclerodermia:** Reporte de resultados con más elasticidad de piel, apertura bucal y movilidad digital con 1,2mg/d con un periodo de tratamiento de +/- 40 meses.<sup>20</sup>

**Vasculitis de pequeños y medianos vasos:** hasta el momento los estudios no arrojan resultados significativos.

**Enfermedad de Behcet:** en un estudio realizado en Turquía en 116 pacientes, se administró colchicina 1-2mg/d con reducción significativa de nuevas lesiones en genitales, pero no orales y esto se observó solo en pacientes del sexo femenino.<sup>21</sup>

**Queratosis actínicas hipertróficas:** crema al 1% BID/10 d con reducción de las lesiones tras 60 días de terapia y sin recaída en un seguimiento de dos meses.<sup>22</sup>

**Psoriasis:** colchicina tópica al 1% o sistémica (0,02mg / kg/d), con buen resultado solo en psoriasis leve. Existen reportes de uso combinado de biológicos con colchicina en pacientes que no responden adecuadamente con monoterapia, dicha combinación ha dado resultados en estos casos y podría ser una opción de terapia beneficiosa.<sup>15,23</sup>

**Hidradenitis ecrina neutrofilica:** solo reportes de buenos resultados en cortos períodos.

**Hidradenitis supurativa:** monoterapia sin resultado. Combinada con minociclina (100mg/d + 0,5mg de colchicina BID x 3 meses) o doxiciclina (100 mg/día más colchicina 1mg/día), con buenos resultados. Mejorando no solo la parte clínica sino también la calidad de vida de estos pacientes, ya sea cómo monoterapia o en combinación con doxiciclina bien sea en dosis antimicrobiana o submicrobiana.<sup>1,24</sup>

**Acné vulgar y acné fulminans:** 1mg/d x 2 meses, mejoría de 70% en acné nodular/quístico inflamatorio, siendo un agente de 3era línea. Por otra parte en el acné fulminans tratado con isotretinoína con respuesta deficiente, la adición de colchicina a dosis de 1 mg por día por dos meses, ha demostrado excelentes resultados especialmente en el reporte de Durdu en 12 pacientes con este cuadro, el inconveniente estriba en efectos colaterales gastrointestinales en algunos casos.<sup>1,25</sup>

**Urticaria crónica:** Pocos estudios al momento. Se reporta respuesta total o parcial, pero su uso permanece controvertido. Nobuya Abe et al. presentan un caso de urticaria crónica espontánea refractaria al tratamiento con antihistamínicos y Dupilumab, los autores administraron colchicina 0,5 mg dos veces al día con sorprendentes resultados y desaparición de las lesiones.<sup>26</sup>

**Eritema Elevatum Diutinum:** reportes aislados de ciclos cortos de 0,5 mg BID con éxito.

**Eritema nudoso:** Reporte de tratamiento de esta enfermedad en 12 pacientes refractarios a los tratamientos con hidroxicloroquina, dapsona y yoduro de potasio. Se administró colchicina y se obtuvo muy buena respuesta con un tiempo de tratamiento entre 2 y 3 meses, en dos de los casos se lo combinó con dapsona en un paciente y prednisona en otro.<sup>27</sup>

**Amiloidosis cutánea:** formas macular y papular 0,5mg/ BID x 3 meses, con mejoría del prurito y pápulas. Reportes escasos y contradictorios.

**Sarcoidosis cutánea:** colchicina sistémica + crema de esteroides, con buen resultado en 3 casos. Se encuentran reportes solitarios de tratamiento con colchicina en variadas enfermedades cutáneas.

Por ejemplo tenemos un artículo de Ya Thang Yang de un caso de granuloma facial con excelente respuesta a la colchicina.<sup>28</sup> O en el caso de granuloma anular generalizado en el cual Greensait et al.<sup>29</sup> nos presentan un estudio de 12 casos de pacientes con granuloma anular diseminado en el cual compararon la eficacia de la colchicina versus la minociclina y versus la pentoxifilina a pesar de que clásicamente los medicamentos usualmente usados en esta patología son la Hidroxicloroquina, la dapsona, el MTX y la fototerapia, siendo la más eficiente la Hidroxicloroquina pero con muchos más meses de tratamiento y en segundo lugar y muy cercano, la colchicina con menos meses de tratamiento.

De igual forma este medicamento ha sido probado en la dermatosis perforante adquirida, enfermedad poco común, en la cual la prednisona tiene el primer lugar en su terapia. Kharghoria<sup>30</sup> y colaboradores presentan un caso de un paciente que había estado en tratamiento con esteroides orales previamente sin resultados, se le añadió colchicina 1g diario y tuvo una excelente respuesta.

En el mismo rango de presentaciones se reporta un caso de pustulosis exantemática aguda generalizada, en la cual los autores se preguntan si la colchicina puede ser una opción

terapéutica luego que observaron los resultados de la colchicina en un paciente que presentaba una erupción al quinto día de estar tomando hidroxyclorequina por COVID.<sup>31</sup>

Otros reportes esporádicos del uso de la colchicina en dermatosis variadas son<sup>22</sup>:

- Dermatitis purpúrica pigmentada granulomatosa: 1 solo caso sin respuesta a otras terapias y curó en 3 meses con 1 mg /d de C.
- Dermatitis ampollar por IgA lineal: terapia exitosa en niños y adultos, con dosis de 0,5 a 1,5 mg/d.
- Pénfigos IgA y foliáceo: reportes aislados de terapia exitosa con Colchicina con 1,5 mg/d.
- Penfigoide ampollar: se recomienda como terapia de control en un estudio de 15 pacientes.
- Epidermolisis ampollosa: en sus diferentes formas clínicas con dosis de 0,5 a 2 mg /d con éxito.
- Dermatitis herpetiforme: un solo reporte de dosis de 0,6 mg 4 v x d, pero presentaron diarrea como complicación.

### VÍAS DE ADMINISTRACIÓN DE LA COLCHICINA<sup>32</sup>

La colchicina se administra principalmente por vía oral, disponible en presentaciones como tabletas o gotas. La vía intravenosa está indicada solo en situaciones donde se requiere una respuesta terapéutica rápida; sin embargo, esta vía conlleva un mayor riesgo de toxicidad sistémica debido a la ausencia de metabolismo de primer paso y de síntomas gastrointestinales que adviertan sobre una sobredosis.

También se han desarrollado formulaciones tópicas, como gel hidrofilico al 1% y cremas con concentraciones de 0,5% a 1%, generalmente aplicadas dos veces al día (BID).

### RECOMENDACIONES POSOLÓGICAS DE LA COLCHICINA<sup>32</sup>

Se recomienda emplear dosis fraccionadas bajas para mejorar la tolerancia gastrointestinal. La dosificación una vez al día (QD) facilita el cumplimiento del tratamiento. Es fundamental realizar ajustes de dosis en pacientes con insuficiencia renal moderada a grave, así como en personas

adultas mayores. Asimismo, debe vigilarse la posible aparición de interacciones medicamentosas. El uso de colchicina está contraindicado en pacientes con aclaramiento de creatinina menor a 10 ml/min y en aquellos con disfunción hepatobiliar grave.

### DOSIS ÓPTIMA EN DERMATOLOGÍA

En la literatura dermatológica, la mayoría de los estudios recomienda una dosis diaria de colchicina que varía entre 0,5 mg y 2 mg. Esta puede administrarse una (QD), dos (BID) o tres (TID) veces al día, según el caso clínico y la tolerancia individual del paciente. El uso prolongado se considera seguro, respaldado por su empleo continuo en pacientes con fiebre mediterránea familiar, quienes la reciben durante toda su vida.

### INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS DE LA COLCHICINA

En la siguiente tabla se presenta los medicamentos que son inhibidores potentes y moderados del citocromo P4 50 así como los inhibidores de la glicoproteína P<sup>7</sup>

| INHIBIDORES POTENTES DEL CITOCROMO P450 | INHIBIDORES MODERADOS DEL CITOCROMO P450 | INHIBIDORES DE LA GLICOPROTEÍNA-P |
|-----------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------|
| Claritromicina                          | Cimetidina                               | Amiodarona                        |
| Cobicistat                              | Ciprofloxacino                           | Carvedilol                        |
| Diltiazem                               | Ciclosporina                             | Claritromicina                    |
| Itraconazol                             | Eritromicina                             | Itraconazol                       |
| Ketoconazol                             | Fluconazol                               | Quinidina                         |
| Ritonavir                               | Fluvoxamina                              | Ranolazina                        |
| Telitromicina                           | Imatinib                                 | Ritonavir                         |
| Voriconazol                             | Verapamilo                               | Verapamilo                        |

Tabla 2. Medicamentos agrupados según el tipo de inhibición que pueden aumentar la concentración plasmática de colchicina (Tomado de: Robinson et al<sup>3</sup>).

Entre los medicamentos que pueden elevar la concentración plasmática de colchicina se encuentran diversos fármacos de uso común que interfieren en su metabolismo. Dentro del grupo de los antibióticos destacan la claritromicina y la eritromicina; entre los antifúngicos, el fluconazol, itraconazol y ketoconazol son los principales implicados. Asimismo, los bloqueadores de los canales de calcio como el diltiazem y el verapamilo también

pueden potenciar su efecto. En el grupo de los inmunosupresores, se debe tener precaución con la ciclosporina y el tacrolimus. Finalmente, en el grupo de las estatinas, tanto la atorvastatina como la simvastatina pueden aumentar el riesgo de toxicidad por colchicina debido a su interacción farmacológica.

## EFFECTOS ADVERSOS Y TOXICIDAD DE LA COLCHICINA<sup>1</sup>

Los efectos secundarios más comunes de la colchicina se presentan a nivel gastrointestinal, incluyendo náuseas, vómitos y diarrea, los cuales afectan aproximadamente entre el 5% y el 10% de los pacientes tratados. Entre las reacciones adversas menos frecuentes se encuentran la elevación de las transaminasas hepáticas, la miotoxicidad y la alopecia. Es importante tener en cuenta que la dosis necesaria para causar morbilidad o mortalidad puede variar entre individuos y suele manifestarse clínicamente dentro de las primeras 24 horas tras la ingestión, con la aparición de disfunción orgánica generalizada.

## TOXICIDAD POR ADMINISTRACIÓN DE COLCHICINA<sup>33</sup>

Entre los años 1968 y 2021 se han reportado únicamente cuatro casos de manifestaciones dermatológicas atribuidas a toxicidad por colchicina. Las lesiones predominantes fueron de tipo ampollar, incluyendo cuadros como necrólisis epidérmica tóxica, eritema multiforme y síndrome de Sweet. También se registró un caso aislado de alopecia. Cabe destacar que todos los casos correspondieron a sobredosis del fármaco y, en algunos, se identificó la ingesta concomitante de alopurinol. La escasa cantidad de reportes sugiere que estas complicaciones dermatológicas son infrecuentes y poco observadas en la práctica clínica habitual.

## FASES DE LA INTOXICACIÓN POR COLCHICINA<sup>34</sup>

Se reportan tres fases que están relacionadas con el tiempo transcurrido desde el momento de la ingestión de la colchicina y que son: la primera fase, de 0 a 24 horas, llamada gastrointestinal. La segunda fase de 1 a 7 días y que se manifiesta por fallo multiorgánico y la tercera fase, con más de siete días, calificada de recuperación o

|                                                        |                                                                                                                                                                                                                                       |
|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Fase I (0-24h):</b><br>gastrointestinal             | Náuseas, vómitos, dolor abdominal, diarrea sanguinolenta, deshidratación y leucocitosis. Se puede producir el shock debido a hipovolemia e insuficiencia cardíaca.                                                                    |
| <b>Fase II (1-7 días):</b><br>Fallo multiorgánico      | Arritmias cardíacas, insuficiencia hepática, convulsiones, pancitopenia, cambios metabólicos, síndrome neurológico con anomalías en las extremidades proximales, anomalías sensoriales distales y alteración de la conducción neural. |
| <b>Fase III (&gt;7 días):</b><br>Recuperación o muerte | Alopecia, miopatía, neuropatía, mononeuropatía o leucocitosis de rebote; la muerte generalmente es causada por insuficiencia respiratoria, shock intratable, distritmias y colapso cardiovascular.                                    |

Tabla 3. Fases de la intoxicación por la colchicina.

muerte. En esta tabla se esquematizan sus manifestaciones clínicas en cada fase.

## CONTRAINDICACIONES DE LA COLCHICINA<sup>35</sup>

El uso de colchicina requiere una cuidadosa evaluación clínica previa, debido a sus potenciales riesgos en determinadas condiciones médicas. A continuación, se detallan las principales contraindicaciones agrupadas por categoría clínica.

| CATEGORÍA                              | CONTRAINDICACIÓN ESPECÍFICA                                             |
|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| Alergia o hipersensibilidad            | Hipersensibilidad al principio activo o a excipientes                   |
| Condiciones fisiológicas               | Embarazo                                                                |
| Disfunción orgánica grave              | Insuficiencia hepática o renal graves; pacientes en hemodiálisis        |
| Trastornos digestivos                  | Trastornos gastrointestinales severos o úlcera gástrica                 |
| Trastornos cardiovasculares            | Alteraciones cardiológicas                                              |
| Trastornos hematológicos               | Discrasias sanguíneas                                                   |
| Interacciones medicamentosas recientes | Uso de inhibidores de CYP3A4 y/o glicoproteína P en los últimos 14 días |

Tabla 4. Contraindicaciones de la colchicina.

Es fundamental considerar estas contraindicaciones antes de iniciar tratamiento con colchicina, ya que su omisión puede derivar en eventos adversos graves, especialmente en pacientes con disfunción orgánica o bajo tratamiento con fármacos que alteran su metabolismo.

## CONCLUSIONES

La colchicina es uno de los fármacos más antiguos en la historia de la medicina, aunque su mecanismo de acción aún no se comprende completamente. En la actualidad, su uso en dermatología ha cobrado relevancia como una opción terapéutica de segunda o tercera línea en diversas patologías cutáneas. A pesar de su reconocida toxicidad a altas dosis, en cantidades adecuadas se considera segura y bien tolerada. Su aplicación tópica ha mostrado eficacia en cuadros como la psoriasis en placas y la queratosis actínica. No obstante, gran parte de la evidencia disponible proviene de reportes anecdóticos y series de casos limitadas, lo que resalta la necesidad de estudios más robustos para establecer con mayor claridad su rol en la dermatología moderna.

## BIBLIOGRAFÍA

- Robinson KP., Chan JJ. Colchicine in dermatology: A review. *Australasian Journal of Dermatology* 2018; 59: 278–285.
- Castillo V. Interés farmacológico y terapéutico de colchicina. Trabajo de fin de grado. Universidad de Sevilla. Facultad de Farmacia. 2022; Pag. 1–40.
- Claire Le Hola. Alkaloids: chemistry and biology. 1999; Chapter 5 – Pharmacology and Therapeutic Aspects of Colchicine Pag 287–352.
- Nerlekar N., Beale A. Colchicine — a short history of an ancient drug. *The Medical Journal of Australia*. 2014; Vol 201; No. 11: pag. 687–688.
- RACIM ( Red Argentina de Centros de información de Medicamentos). 2020
- D'Amario D., Capetta D., Cappannoli L. et al. Clinical Research in Cardiology. 2021;110:1531–1542
- Anastasia Slobodnick et al. Update on colchicine, 2017. *Rheumatology* 2018;57:i4.i11
- Gül A. Treatment of familial mediterranean fever: Colchicine and beyond. *Isr Med Assoc J* 2014;16:281–4.
- Vrachatis DA, Papathanasiou KA, Giotaki SG, Iliodromitis KE, Papaioannou TG, Stefanini GG, et al. Repurposing colchicine's journey in view of drug-to-drug interactions. A review. *Toxicol Reports* 2021;8:1389–93. <https://doi.org/10.1016/j.toxrep.2021.07.009>.
- Imazio M, Nidorf M. Colchicine and the heart. *Eur Heart J* 2021;42:2745–60. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab221>.
- Finkelstein Y, Aks SE, Hutson JR, Juurlink DN, Nguyen P, Dubnov-Raz G, et al. Colchicine poisoning: The dark side of an ancient drug. *Clin Toxicol* 2010;48:407–414. <https://doi.org/10.3109/15563650.2010.495348>.
- Niel E, Scherrmann JM. Colchicine today. *Jt Bone Spine* 2006;73:672–8. <https://doi.org/10.1016/j.jbspin.2006.03.006>.
- Ying Ying Leung, MDa, Laura Li Yao Hui, Virginia B. Kraus. Colchicine—Update on mechanisms of action and therapeutic uses. *Seminars in Arthritis and Rheumatism* 45 (2015) 341–350
- Sardana K, Sinha S, Sachdeva S. Colchicine in dermatology: Rediscovering an old drug with novel uses. *Indian Dermatol Online J* 2020;11:693–700.
- Stephanie Marie Huber et al. Colchicine – Renaissance of an “ancient” drug. *JDDG: Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*. 2023;21:239–243
- Marsland AM, Chalmers RJ, Hollis S, et al. Intervenciones para la pustulosis palmoplantar crónica. *Cochrane Syst Rev*. 2006;2006:CD001433.
- Parren LJ, Nellen RG, van Marion AM, et al. Penile pyoderma gangrenosum: successful treatment with colchicine. *Int J Dermatol*. 2008;47(Suppl.1):7–9.
- Maillard H, Leclech C, Peria P, et al. Colchicine for Sweet's syndrome. A study of 20 cases. *Br J Dermatol*. 1999;140:565–566.
- Cabras M, Carrozzo M, Gambino A, et al. Value of colchicine as treatment for recurrent oral ulcers: A systematic review. *J Oral Pathol Med*. 2020;49:731–740.
- Alarcon-Segovia D, Ramos-Niembro F, Ibanez de Kasep G, et al. Longterm evaluation of colchicine in the treatment of scleroderma. *J Rheumatol*. 1979;6:705–712.
- Yurdakul S, Mat C, Tüzün Y, et al. A double-blind trial of colchicine in Behçet's syndrome. *Arthritis Rheum*. 2001;44:2686–2692

22. Stefano Dastoli, Steven Paul Nisticò, Pietro Morrone, Cataldo Patrun, Antonio Leo, Rita Citraro, Luca Gallelli, Emilio Russo, Giovambattista De Sarro and Luigi Bennardo. Colchicine in Managing Skin Conditions: A Systematic Review. *Pharmaceutics* 2022, 14, 294. <https://doi.org/10.3390/pharmaceutics14020294>
23. Ryokichi Taguchi, Saori Takamura, Yuichi Teraki. Combination therapy with biologic and colchicine for generalized pustular psoriasis. *International Journal of Dermatology* 2020, 59, 401–402
24. Liakou, A.I.; Kontochristopoulos, G.; Agiasofitou, E.; Tsantes, A.G.; Papadakis, M.; Marnelakis, I.; Tsante, K.A.; Kapsiocha, A.; Katoulis, A.; Gregoriou, S.; et al. Colchicine Improves Clinical Outcomes and Quality of Life in Hidradenitis Suppurativa Patients: A Retrospective Study. *J. Clin. Med.* 2021, 10, 4742. <https://doi.org/10.3390/jcm10204742>
25. Durdu M, Tehçi T, Karadag AS. Dramatic response to colchicine treatment in acne fulminans patients with cytological hemophagocytosis: A case series of 12 patients. *Dermatologic Therapy.* 2022;35(11):e15856. doi:10.1111/dth.15856
26. Nobuya Abe, Miyuki Bohgaki and Hideki Kasahara. Dramatic improvement with colchicine in antihistamine- and omalizumab-resistant chronic spontaneous urticaria. *Clinical and Experimental Dermatology* 2022; 47; pp2308–2310.
27. Matthew L. Hrin, Palak V. Patel, Joseph L. Jorizzo, Steven R. Feldman and William W. Huang. Colchicine for Erythema Nodosum: A Retrospective Case Series. *Journal of Cutaneous Medicine and Surgery* 2023, Vol. 27(6) 668–669
28. Yang YT, Lo Y, Wu CY, Jee SH, Chiu HC, Tseng YT. Case of a Taiwanese patient with granuloma faciale improved with colchicine. *Dermatol Sin* 2020;38:250–253.
29. Jonathan D. Greenzaid, L. Hrin, Steven R. Feldman, Lindsay C. Strowd. Colchicine vs pentoxifylline vs minocycline for generalized granuloma annulare: A retrospective cohort study. *JAAD Int.* 2024; 28;15:134–135.
30. Kharghoria G, Grover C. Treatment of acquired perforating dermatosis with colchicine. *Indian Dermatol Online J* 2022;13:131–132.
31. Rabia Oztas Kara, MD, Bahar Sevimli Dikicier, Mahizer Yaldiz, Hande Tekmenler. A rather difficult case of acute generalized exanthematous pustulosis: would colchicine be a treatment option? *Hong Kong Med J* 2022;28:482–484
32. Kieran P. Robinson, Jonathan J. Chan. Colchicine in dermatology: A review *Australasian Journal of Dermatology* (2018) 59, 278–285
33. Salari B, Joseph M, Eshaq M, Lowe L, Fullen DR. Unusual drug reaction with features of colchicine toxicity in a patient on colchicine and allopurinol. *J Cutan Pathol.* 2022;49(11):938–942
34. Seixas R, Lopes D, Couto M, et al. (October 30, 2021) Severe Colchicine Intoxication: A Case Report and Review of Literature in Adults. *Cureus* 13(10): e19151. DOI 10.7759/cureus.19151
35. Ficha técnica de la colchicina RIA de 1 mg. CIMA 2022.

## ORCID

Verónica Úraga  <https://orcid.org/0009-0009-7195-6417>

Maite Santillán  <https://orcid.org/0000-0002-1366-8187>

Enrique Úraga  <https://orcid.org/0009-0004-1531-8916>

## ORIGINAL ARTICLE

# Colchicine: The Long Journey of an Ancient Drug to Its Current Uses

Verónica Úraga,<sup>\*</sup> María Cecilia Briones,<sup>\*</sup> Maite Santillán,<sup>\*\*</sup>  
Enrique Úraga<sup>\*\*\*</sup>

\* Dermatologist, Centro Úraga, Dermatology and Aesthetics  
\*\* Dermatology Resident, Universidad Espíritu Santo  
\*\*\* Director, Centro Úraga, Dermatology and Aesthetics

Correspondence:  
drenriqueuragap@hotmail.com  
Cdl. Bolivariana calle Bombona Mz. M Villa 8.  
0997195999

Keywords: Colchicine. History. Current therapeutic uses. Dermatology

How to cite this article  
Úraga V., Briones MC., Santillán M., Úraga Pazmiño E. Colchicina: El largo recorrido de una droga ancestral hasta sus usos actuales – Artículo original. *Rev Dermatol Cent Úraga*. 2025;7(2).

Date of receipt: 04/02/2024  
Date of acceptance: 05/05/2024

## SUMMARY

Colchicine, a natural alkaloid derived from plants of the lilac family, is a substance of ancient use, with more than 2,000 years of history in medicine. Recognized for its anti-inflammatory properties, it acts through multiple mechanisms, which gives it's significant therapeutic value. Currently, it has experienced a renewed clinical interest, being used in various medical specialties, including dermatology.

This article presents a concise overview of the history of colchicine, its main characteristics, action mechanisms, adverse effects and current applications, with special emphasis on its usefulness in the treatment of skin diseases.

## INTRODUCTION

Colchicine is an anti-inflammatory and antimitotic agent that has been used for decades in the treatment of various diseases such as gout, familial Mediterranean fever, and acute and recurrent pericarditis. It's a plant native to Europe, typically found in moist meadows at high altitudes.

In recent years, its use has expanded to a variety of skin diseases, including psoriasis and vasculitis, among other dermatological conditions. There has been ongoing discussion about the significance of this drug's side effects, which may limit its use. Perhaps the most critical of these is overdose, which can result in fatal outcomes. Therefore, colchicine must be used with caution, especially in patients with liver or kidney disease.<sup>1</sup>

## ORIGIN OF ITS NAME

The name of this plant derives from the ancient region of Colchis, home to the legendary sorceresses Medea and Circe in Greek mythology. Today, this region corresponds to the Republic of Georgia (Figure 1). According to mythological tradition, the plant was allegedly a favorite of the poisoner Medea, adding a symbolic dimension to its historical narrative.

Across various geographic regions, this plant species has been known by a wide range of popular names, reflecting both its appearance and its perceived properties. Among the most common names are: colchicum, acefrán, wild saffron, meadow saffron, bastard saffron, mysteria, miracle bulb, cholquico, officinal colchicum, dog killer, autumn narcissus, autumn crocus,

Figure 1. The Kingdom of Colchis, shown in green. (Source: Wikipedia).



“quitameriendas” (snack remover), shepherd repellent, shepherd chaser, mountain onion, villorita, and sowing herb, among others.

## HISTORY OF COLCHICINE

The medicinal plant known as *Colchicum autumnale* has a long and fascinating history that dates back to ancient times. As early as 1550 B.C., it was mentioned in the Egyptian Ebers Papyrus as a treatment for rheumatologic diseases, noted for its analgesic and anti-inflammatory properties (Figure 2). Of the approximately 700 medicinal plants described in this compendium, only 18 remain in use in modern medicine, with colchicine being one of the few that has withstood over 40 centuries of medical scrutiny.

In 77 A.D., the Greek physician and botanist Dioscorides distinguished between the less toxic colchicum, used for nutritional, aphrodisiac, and therapeutic purposes, and the wild bulb *Colchicum autumnale*, which is precisely the species under current study. Likewise, in the writings of Pliny the Elder (23–79 A.D.) and Galen—one of the most influential figures in the history of medicine—colchicine was already recognized as a poisonous substance. Nevertheless, between 129 and 200 A.D., the plant was already being effectively used in the treatment of gout, although its toxic effects at high doses were also well known.

Later, Alexander of Tralles (525–605 A.D.) documented the specific use of colchicine in acute gout episodes, also noting its gastrointestinal side effects, such as gastric and intestinal irritation. Despite these precedents, its use declined markedly in the 16th century due to skepticism from the medical community and Renaissance humanists, who questioned its therapeutic properties and classified it as a poison. In fact, it was even banned by the French School of Medicine between the 16th and 19th centuries.

The resurgence of colchicine occurred in the 18th century thanks to Viennese physician Anton von Störk, who rehabilitated its medicinal use in 1764. Later, in 1783, Husson developed a secret remedy for gout known as Eau Medicinale, whose main ingredient was colchicine. This preparation arrived in the United States in 1798,

Figure 2. The famous Ebers Papyrus.



introduced by Benjamin Franklin, who suffered from gout and experienced significant relief during his stay as ambassador in France.

In the scientific field, pharmacists Pierre-Joseph Pelletier and Joseph Bienaimé Caventou were the first to isolate the alkaloid compound colchicine in 1820. Later, in 1833, Geiger and Hesse managed to purify it further, and in 1884, chemists Laborde and Houdé successfully crystallized the molecule in a reproducible manner. However, its chemical formula was not accurately determined until 1945, when it was finally established by Dewar.

One of the most significant discoveries regarding this substance occurred in 1899, when Sicilian pathologist Biaggio Pernice identified its antimitotic action—a property that has been extensively studied to this day for its potential application in cancer research.<sup>2-4</sup>

### CHEMICAL NAME, STRUCTURE, AND CHEMICAL FORMULA OF COLCHICINE<sup>5</sup>

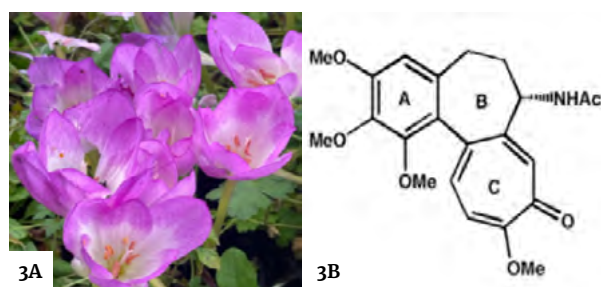
**Chemical name:** N-[(7S)-5,6,7,9-tetrahydro-1,2,3,10-tetramethoxy-9-oxobenzo[a]heptalen-7-yl]acetamide.

#### Structure and chemical formula (Figure 3 A–B)

Colchicine and its natural analogues consist of three fused rings with various functional groups (Figure 3B):

- A six-membered aromatic ring with free or alkylated hydroxyl groups (Ring A).
- A cycloheptadiene ring with an acetamido, amino, or alkylamino group (Ring B).
- A seven-membered aromatic ring with carbonyl and methoxy groups, rarely hydroxyl, (Ring C of the tropolone moiety).

Figure 3A: Photograph of the lilaceous plant. Figure 3B: The complex formed by three rings with various chemical components, which bind and undergo modifications that allow colchicine to attach to tubulin.



The presence of a sugar on Ring A gives rise to colchicoside, an analogue of colchicine that is unable to form a complex with tubulin, as occurs when Ring C is replaced in lumicolchicine and colchinelol, or when the tropolone structure is modified to produce isocolchicine. However, variations in Ring B do not prevent colchicine from binding to tubulin.<sup>6</sup>

### ABSORPTION AND EXCRETION OF COLCHICINE<sup>7</sup>

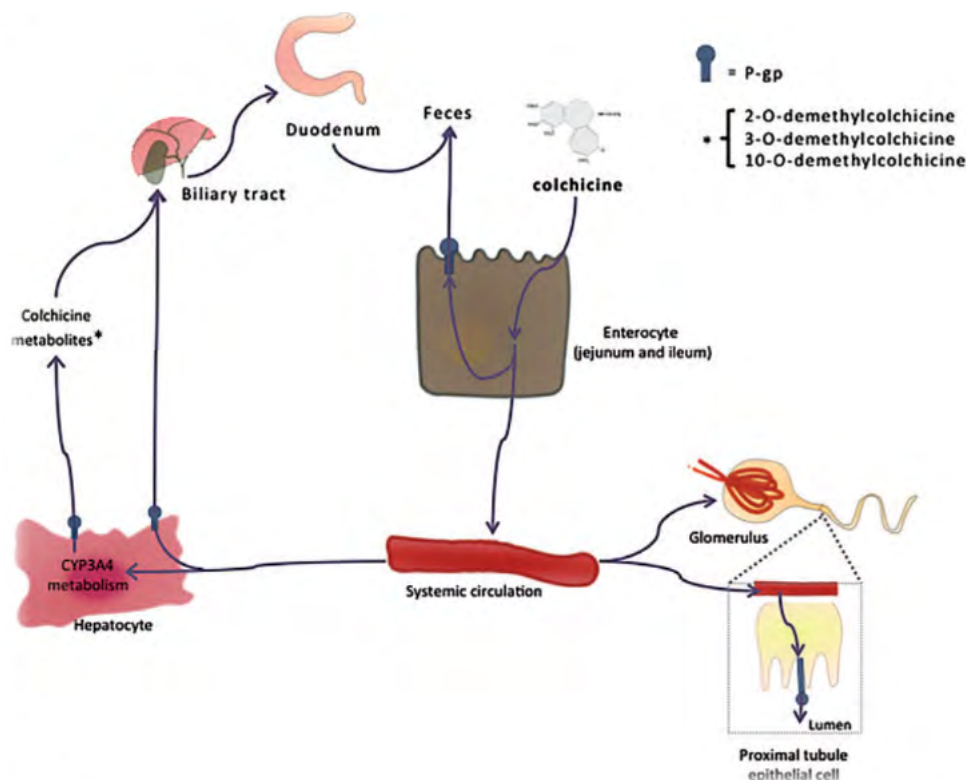
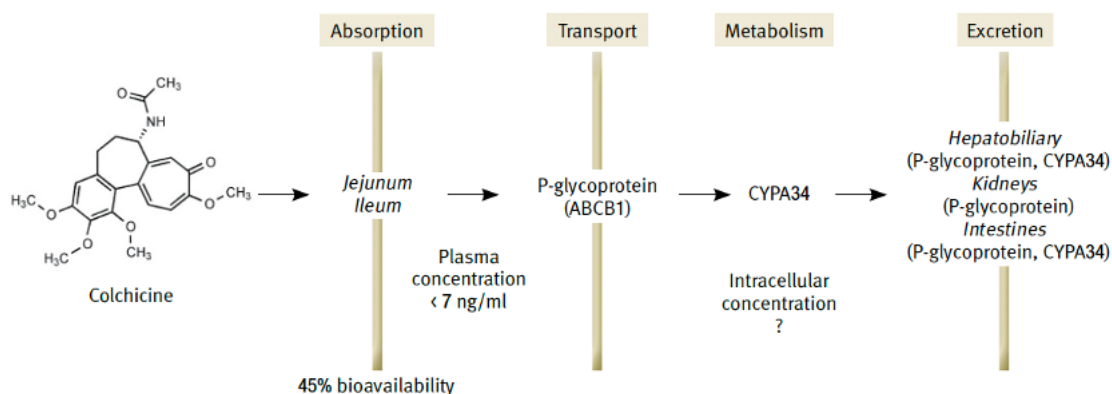
Colchicine is a substrate of both cytochrome P450 and P-glycoprotein. It is administered orally and primarily absorbed in the jejunum and ileum. In the intestinal epithelium, P-glycoprotein present in enterocytes can secrete unchanged colchicine back into the intestinal lumen, where it may eventually be excreted.

The fraction of the drug that crosses the intestinal barrier enters systemic circulation and is filtered by the renal glomeruli, with partial elimination occurring through the proximal tubules of the kidney. In the liver, colchicine is metabolized into three main metabolites by the enzymatic action of CYP3A4, an isoenzyme of the cytochrome P450 family. This physiologically significant enzyme is predominantly found in the liver and intestine and is encoded by the CYP3A4 gene in humans. Its primary function is to oxidize small foreign organic molecules—such as toxins or drugs (xenobiotics)—to facilitate their elimination from the body.

Both desmethylated metabolites and part of the unchanged colchicine are eventually secreted into the bile by hepatic P-glycoprotein and transported to the duodenum for final intestinal excretion.

### FACTORS AFFECTING THE METABOLISM AND EXCRETION OF COLCHICINE

First, it's important to know that the elimination half-life of colchicine ranges between 26 and 31 hours.<sup>9</sup> Second, that up to 20% of colchicine is excreted in the urine, while the majority enters enterohepatic recirculation to be excreted in bile via the feces.<sup>10</sup> In cases of severe hepatic failure, clearance increases and half-life decreases, contrary to what occurs in severe renal

Figure 4. Diagram illustrating the absorption and excretion of colchicine (Adapted from: Slobodnick et al.<sup>1</sup>)Figure 5. Diagram illustrating the pharmacokinetics of colchicine and the proteins involved in its transport and metabolism (Adapted from: Gül<sup>2</sup>)

failure, where clearance decreases by approximately 75%. It is also important to know that colchicine is not eliminated through hemodialysis.

## DISTRIBUTION OF COLCHICINE

Oral colchicine reaches a bioavailability of approximately 45%, achieving peak plasma concentration between 24 and 48 hours, with a distribution half-life of 1 to 2.7 hours.<sup>11</sup> In plasma, approximately 40% of colchicine binds to albumin, with high concentrations found in the liver, kidneys, spleen, and gastrointestinal tract.<sup>12</sup>

It is important to highlight that with chronic administration, colchicine can cross the placental barrier. Additionally, colchicine accumulates in leukocytes at levels higher than in plasma and remains within them for several days after oral administration.

## MECHANISMS OF ACTION OF COLCHICINE

Its mechanisms of action can be summarized in six categories:

- Action on microtubules
- Action on neutrophils
- Anti-inflammatory action

- Action on macrophages
- Antifibrotic action
- Immunosuppressive action

### MECHANISMS OF THE ANTI-INFLAMMATORY ACTION OF COLCHICINE<sup>13</sup>

In summary, this drug exerts multiple effects through its interference with:

- Cell migration
- Cytokine release and intracellular trafficking
- Modulation of inflammatory cell activity
- Alteration of L-selectin expression on neutrophils and redistribution of E-selectin on endothelial cells, thereby inhibiting neutrophil adhesion, extravasation, and recruitment.
- Accumulation in leukocytes, where it interferes with their migration and degranulation, modulating their inflammatory activity.

The diagram provides a general overview of the mechanisms of action of colchicine.

### INDICATIONS OF COLCHICINE IN DERMATOLOGY

Although the clinical use of colchicine has a history spanning centuries, its applications have expanded in recent years across various pathologies, with dermatological diseases representing a progressively growing group. The most frequently cited indications (Figure 7) include the following:

### LEVELS OF EVIDENCE FOR COLCHICINE IN DERMATOLOGICAL DISEASES PUBLISHED IN 2023<sup>15</sup>

Four levels of evidence were established for these diseases based on the following criteria:

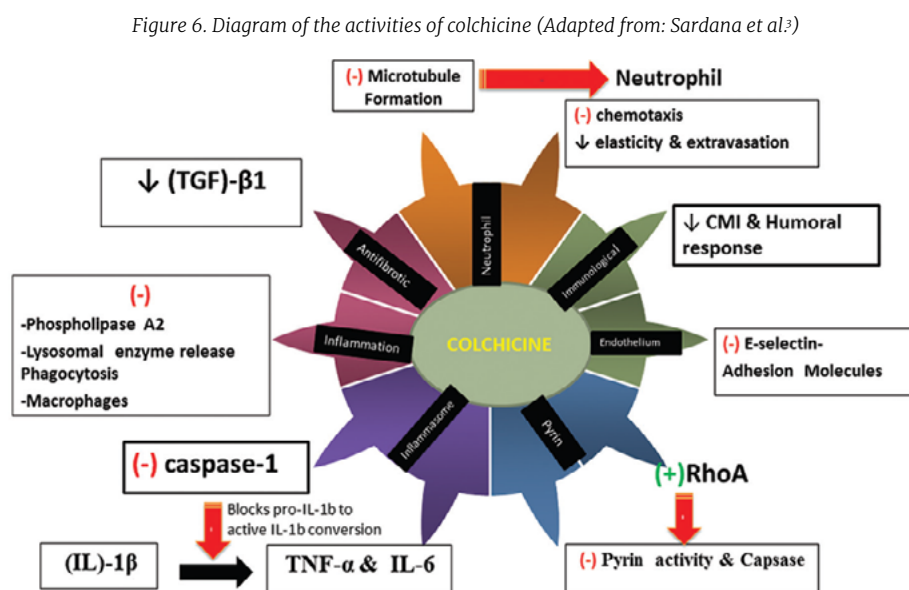


Figure 7A: Recurrent aphthous stomatitis Figure 7B: Leukocytoclastic vasculitis and urticarial vasculitis Figure 7C: Palmoplantar pustulosis.



- **Level I:** At least one randomized controlled trial or meta-analysis.
- **Level II:** At least one controlled study without randomization/quasi-experimental study.
- **Level III:** Non-experimental descriptive studies.
- **Level IV:** Expert group reports/opinions or consensus conferences.

|                         | DISEASE                     | LEVEL OF EVIDENCE |
|-------------------------|-----------------------------|-------------------|
| Neutrophilic Dermatoses | Palmoplantar pustulosis     | Level I           |
|                         | Pyoderma gangrenosum        | Level IV          |
|                         | Sweet's syndrome            | Level IV          |
|                         | Recurrent aphthae           | Level I           |
| Fibrosing Dermatoses    | Scleroderma                 | Level IV          |
| Vasculitis              | Leukocytoclastic vasculitis | Level IV          |
|                         | Behçet's disease            | Level II          |
| Precancerous Dermatoses | Actinic keratoses           | Level I           |

Table 1. Graphical representation of the main dermatoses evaluated according to the level of evidence (Adapted from: Huber et al.<sup>4</sup>)

RESULTS OF COLCHICINE TREATMENT IN VARIOUS DERMATOLOGIC DISEASES

Given the numerous reports on the use of colchicine in dermatologic conditions, a literature review was conducted, and the findings are presented below.

Several dermatologic diseases have recently been evaluated regarding the efficacy of colchicine treatment. In 2023, data were published classifying these conditions according to levels of scientific evidence, providing a clearer overview of its potential therapeutic indications and clinical support. Below is a summary of the main dermatoses evaluated:

**Palmoplantar pustulosis:** Its efficacy has been known for over 30 years. The dose ranges from 0.5 to 1–2 mg/day, divided into three doses, with results ranging from very good to moderate. However, side effects can be significant, according to a Cochrane review published in 2006.<sup>16</sup>

**Pyoderma gangrenosum:** Individual reports and successful case series using 2–4 mg/day for 2–4 months.

Parren et al. reported a case of penile pyoderma gangrenosum successfully treated with low doses of colchicine.<sup>17</sup>

**Sweet's syndrome:** Colchicine has been used as a steroid-sparing agent. A retrospective analysis in 20 patients showed a 90% improvement with 1–1.5 mg/day for 10–21 days, including improvements in skin lesions, fever, and arthralgia.<sup>18</sup>

**Recurrent aphthous stomatitis:** A study by Cabras et al. in 2020 reported that colchicine yielded similar results to prednisone at 5 mg daily for 12 weeks, though inferior to clofazimine, thalidomide, or dapsone.<sup>19</sup>

**Scleroderma:** Reports describe improved skin elasticity, mouth opening, and finger mobility with 1.2 mg/day over approximately 40 months of treatment.<sup>20</sup>

**Small- and medium-vessel vasculitis:** To date, studies have not shown significant results.

**Behçet's disease:** A study in Turkey involving 116 patients administered 1–2 mg/day of colchicine, resulting in a significant reduction of genital but not oral lesions—this effect was observed only in female patients.<sup>21</sup>

**Hypertrophic actinic keratosis:** A 1% colchicine cream applied twice daily for 10 days showed lesion reduction after 60 days of therapy, with no relapse during two months of follow-up.<sup>22</sup>

**Psoriasis:** Topical 1% colchicine or systemic administration (0.02 mg/kg/day) showed good results only in mild cases. Reports exist of successful combination therapy with biologics in patients unresponsive to monotherapy.<sup>15,23</sup>

**Neutrophilic eccrine hidradenitis:** Only short-term reports show good results.

**Hidradenitis suppurativa:** No results with monotherapy. Good outcomes reported when combined with minocycline (100 mg/day + 0.5 mg colchicine BID for 3 months) or doxycycline (100 mg/day + 1 mg colchicine/day), improving both clinical condition and quality of life.<sup>1,24</sup>

**Acne vulgaris and acne fulminans:** 1 mg/day for 2 months led to 70% improvement in nodular/cystic inflammatory acne, considered a third-line agent. In acne fulminans unresponsive to isotretinoin, adding colchicine at 1 mg/day for 2 months yielded excellent results, particularly in a report by Durdu involving 12 patients—though gastrointestinal side effects were noted.<sup>1,25</sup>

**Chronic urticaria:** Few studies to date. Partial or complete response reported, but use remains controversial. Nobuya Abe et al. described a case of spontaneous chronic urticaria resistant to antihistamines and dupilumab, treated with 0.5 mg colchicine twice daily with surprising lesion resolution.<sup>26</sup>

**Erythema elevatum diutinum:** Isolated reports of short cycles with 0.5 mg BID achieving success.

**Erythema nodosum:** A report on 12 patients refractory to hydroxychloroquine, dapsone, and potassium iodide showed very good response to colchicine over 2–3 months; in two cases, colchicine was combined with dapsone in one patient and prednisone in another.<sup>27</sup>

**Cutaneous amyloidosis (macular and papular forms):** 0.5 mg BID for 3 months improved pruritus and papules. Reports are scarce and contradictory.

**Cutaneous sarcoidosis:** Systemic colchicine plus topical corticosteroids showed good results in three cases.

Other isolated case reports include Facial granuloma. Excellent response to colchicine in a case reported by Ya Thang Yang.<sup>28</sup> Generalized granuloma annulare: Greensait et al. presented a study of 12 cases comparing colchicine, minocycline, and pentoxifylline. While hydroxychloroquine is classically preferred, colchicine was nearly as effective with a shorter treatment duration.

**Acquired perforating dermatosis** A rare condition primarily treated with prednisone. Kharghoria<sup>30</sup> et al. reported a case where colchicine at 1 g daily led to excellent results after failed oral steroid treatment.

**Acute generalized exanthematous pustulosis:** A case raised the possibility of colchicine as a treatment option after favorable results in a patient with a rash on day five of hydroxychloroquine use for COVID.<sup>31</sup>

## OTHER SPORADIC REPORTS OF COLCHICINE USE IN VARIOUS DERMATOSES INCLUDE<sup>22</sup>

- Granulomatous pigmented purpuric dermatosis: A single case unresponsive to other therapies achieved remission in 3 months with 1 mg/day of colchicine.
- Linear IgA bullous dermatosis: Successful treatment reported in both children and adults with doses ranging from 0.5 to 1.5 mg/day.
- IgA pemphigus and pemphigus foliaceus: Isolated reports of successful treatment with colchicine at 1.5 mg/day.
- Bullous pemphigoid: Recommended as a maintenance therapy in a study involving 15 patients.
- Epidermolysis bullosa: Various clinical forms treated successfully with doses between 0.5 and 2 mg/day.
- Dermatitis herpetiformis: A single report of treatment with 0.6 mg four times daily; however, diarrhea was noted as a complication.

## ROUTES OF ADMINISTRATION OF COLCHICINE<sup>32</sup>

Colchicine is primarily administered orally, available in tablet or drop formulations. Intravenous administration is indicated only in situations requiring a rapid therapeutic response; however, this route carries a higher risk of systemic toxicity due to the absence of first-pass metabolism and gastrointestinal symptoms that could otherwise serve as early warnings of overdose.

Topical formulations have also been developed, such as a 1% hydrophilic gel and creams with concentrations ranging from 0.5% to 1%, typically applied twice daily (BID).

DOSAGE RECOMMENDATIONS FOR COLCHICINE<sup>32</sup>

It is recommended to use low, divided doses to improve gastrointestinal tolerance. Once-daily (QD) dosing can help enhance treatment adherence. Dose adjustments are essential in patients with moderate to severe renal insufficiency and in elderly individuals. Potential drug interactions should also be closely monitored. Colchicine use is contraindicated in patients with creatinine clearance below 10 ml/min and in those with severe hepatobiliary dysfunction.

OPTIMAL DOSAGE IN DERMATOLOGY

In dermatologic literature, most studies recommend a daily colchicine dose ranging from 0.5 mg to 2 mg. This can be administered once (QD), twice (BID), or three times (TID) per day, depending on the clinical case and the patient’s individual tolerance. Prolonged use is considered safe, supported by its long-term administration in patients with familial Mediterranean fever, who receive it throughout their lives.

DRUG INTERACTIONS WITH COLCHICINE

The following table presents medications that are strong and moderate inhibitors of cytochrome P450, as well as P-glycoprotein inhibitors.<sup>7</sup>

Among the medications that can increase plasma colchicine concentration are various commonly used drugs that interfere with its metabolism.

Among antibiotics, clarithromycin and erythromycin are notable; among antifungals, fluconazole, itraconazole, and ketoconazole are the main ones implicated. Similarly, calcium channel blockers such as diltiazem and verapamil can also enhance its effect. In the group of immunosuppressants, caution should be exercised with cyclosporine and tacrolimus.

Finally, in the statin group, both atorvastatin and simvastatin may increase the risk of colchicine toxicity due to pharmacological interactions.

Table 2. Medications grouped according to the type of inhibition that can increase plasma colchicine concentration (Taken from: Robinson et al.)<sup>5</sup>

| STRONG INHIBITORS OF CYTOCHROME P450 | STRONG INHIBITORS OF CYTOCHROME P450 | P-GLYCOPROTEIN INHIBITORS |
|--------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------|
| Claritromicina                       | Cimetidina                           | Amiodarona                |
| Cobicistat                           | Ciprofloxacino                       | Carvedilol                |
| Diltiazem                            | Ciclosporina                         | Claritromicina            |
| Itraconazol                          | Eritromicina                         | Itraconazol               |
| Ketoconazol                          | Fluconazol                           | Quinidina                 |
| Ritonavir                            | Fluvoxamina                          | Ranolazina                |
| Telitromicina                        | Imatinib                             | Ritonavir                 |
| Voriconazol                          | Verapamilo                           | Verapamilo                |

ADVERSE EFFECTS AND TOXICITY OF COLCHICINE<sup>1</sup>

The most common side effects of colchicine occur at the gastrointestinal level, including nausea, vomiting, and diarrhea, which affect approximately 5% to 10% of treated patients. Less frequent adverse reactions include elevated liver transaminases, myotoxicity, and alopecia. It is important to note that the dose required to cause morbidity or mortality can vary among individuals and usually manifests clinically within the first 24 hours after ingestion, with the onset of generalized organ dysfunction.

COLCHICINE TOXICITY<sup>33</sup>

Between 1968 and 2021, only four cases of dermatological manifestations attributed to colchicine toxicity have been reported. The predominant lesions were blistering in nature, including conditions such as toxic epidermal necrolysis, erythema multiforme, and Sweet’s syndrome. One isolated case of alopecia was also documented. It is noteworthy that all cases involved drug overdose, and in some, concomitant ingestion of allopurinol was identified. The small number of reports suggests that these dermatologic complications are rare and infrequently observed in routine clinical practice.

PHASES OF COLCHICINE INTOXICATION<sup>34</sup>

Three phases have been reported, based on the time elapsed since colchicine ingestion: Phase 1 (0 to 24 hours): Gastrointestinal phase. Phase 2 (1 to 7 days): Characterized by multiorgan failure. Phase 3 (more than

7 days): Considered the recovery or death phase. This table outlines the clinical manifestations associated with each phase.

Table 3. Phases of Colchicine Poisoning.

|                                                   |                                                                                                                                                                                                               |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Phase I (0–24h):</b><br>Gastrointestinal       | Nausea, vomiting, abdominal pain, bloody diarrhea, dehydration, and leukocytosis. Shock may occur due to hypovolemia and cardiac insufficiency.                                                               |
| <b>Phase II (1–7 days):</b><br>Multiorgan failure | Cardiac arrhythmias, liver failure, seizures, pancytopenia, metabolic changes, neurological syndrome with abnormalities in proximal extremities, distal sensory abnormalities, and altered neural conduction. |
| <b>Phase III (+7 days):</b><br>Recovery or death  | Alopecia, myopathy, neuropathy, mononeuropathy, or rebound leukocytosis; death is usually caused by respiratory failure, intractable shock, arrhythmias, and cardiovascular collapse.                         |

## CONTRAINDICATIONS OF COLCHICINE<sup>35</sup>

The use of colchicine requires careful prior clinical evaluation due to its potential risks in certain medical conditions. Below are the main contraindications, grouped by clinical category.

Table 4. Contraindications of Colchicine

| CATEGORY                    | SPECIFIC CONTRAINDICATION                                               |
|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| Allergy or hypersensitivity | Hypersensitivity to the active ingredient or excipients                 |
| Physiological conditions    | Pregnancy                                                               |
| Severe organ dysfunction    | Severe hepatic or renal insufficiency; patients undergoing hemodialysis |
| Digestive disorders         | Severe gastrointestinal disorders or gastric ulcer                      |
| Cardiovascular disorders    | Cardiac abnormalities                                                   |
| Hematological disorders     | Blood dyscrasias                                                        |
| Recent drug interactions    | Use of CYP3A4 and/or P-glycoprotein inhibitors within the past 14 days  |

It is essential to consider these contraindications before initiating colchicine treatment, as overlooking them may lead to serious adverse events, especially in patients with organ dysfunction or those undergoing treatment with drugs that alter its metabolism.

## CONCLUSION

Colchicine is one of the oldest drugs in the history of medicine, although its mechanism of action is still not fully understood. Currently, its use in dermatology has gained relevance as a second- or third-line therapeutic option in various skin conditions.

Despite its well-known toxicity at high doses, it is considered safe and well tolerated at appropriate doses. Its topical application has shown effectiveness in conditions such as plaque psoriasis and actinic keratosis.

However, much of the available evidence comes from anecdotal reports and small case series, highlighting the need for more robust studies to more clearly establish its role in modern dermatology.

## REFERENCES

1. Robinson KP., Chan JJ. Colchicine in dermatology: A review. *Australasian Journal of Dermatology* 2018; 59: 278–285.
2. Castillo V. Interés farmacológico y terapéutico de colchicina. Trabajo de fin de grado. Universidad de Sevilla. Facultad de Farmacia. 2022; Pag. 1–40.
3. Claire Le Hola. Alkaloids: chemistry and biology. 1999; Chapter 5 – Pharmacology and Therapeutic Aspects of Colchicine Pag 287–352.
4. Nerlekar N., Beale A. Colchicine — a short history of an ancient drug. *The Medical Journal of Australia*. 2014; Vol 201; No. 11: pag. 687–688.
5. RACIM ( Red Argentina de Centros de información de Medicamentos). 2020
6. D'Amario D., Capetta D., Cappannoli L. et al. Clinical Research in Cardiology. 2021;110:1531–1542
7. Anastasia Slobodnick et al. Update on colchicine, 2017. *Rheumatology* 2018;57:i4.i11
8. Gül A. Treatment of familial mediterranean fever: Colchicine and beyond. *Isr Med Assoc J* 2014;16:281–4.

9. Vrachatis DA, Papathanasiou KA, Giotaki SG, Iliodromitis KE, Papaioannou TG, Stefanini GG, et al. Repurposing colchicine's journey in view of drug-to-drug interactions. A review. *Toxicol Reports* 2021;8:1389–93. <https://doi.org/10.1016/j.toxrep.2021.07.009>.
10. Imazio M, Nidorf M. Colchicine and the heart. *Eur Heart J* 2021;42:2745–60. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab221>.
11. Finkelstein Y, Aks SE, Hutson JR, Juurlink DN, Nguyen P, Dubnov-Raz G, et al. Colchicine poisoning: The dark side of an ancient drug. *Clin Toxicol* 2010;48:407–414. <https://doi.org/10.3109/15563650.2010.495348>.
12. Niel E, Scherrmann JM. Colchicine today. *Jt Bone Spine* 2006;73:672–8. <https://doi.org/10.1016/j.jbspin.2006.03.006>.
13. Ying Ying Leung, MDa, Laura Li Yao Hui, Virginia B. Kraus. Colchicine—Update on mechanisms of action and therapeutic uses. *Seminars in Arthritis and Rheumatism* 45 (2015) 341–350
14. Sardana K, Sinha S, Sachdeva S. Colchicine in dermatology: Rediscovering an old drug with novel uses. *Indian Dermatol Online J* 2020;11:693–700.
15. Stephanie Marie Huber et al. Colchicine – Renaissance of an “ancient” drug. *JDDG: Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*. 2023;21:239–243
16. Marsland AM, Chalmers RJ, Hollis S, et al. Intervenciones para la pustulosis palmoplantar crónica. *Cochrane Syst Rev*.2006;2006:CD001433.
17. Parren LJ, Nellen RG, van Marion AM, et al. Penile pyoderma gangrenosum: successful treatment with colchicine. *Int J Dermatol*. 2008;47(Suppl.1):7–9.
18. Maillard H, Leclech C, Peria P, et al. Colchicine for Sweet's syndrome. A study of 20 cases. *Br J Dermatol*. 1999;140:565–566.
19. Cabras M, Carrozzo M, Gambino A, et al. Value of colchicine as treatment for recurrent oral ulcers: A systematic review. *J Oral Pathol Med*. 2020;49:731–740.
20. Alarcon-Segovia D, Ramos-Niembro F, Ibanez de Kasep G, et al. Longterm evaluation of colchicine in the treatment of scleroderma. *J Rheumatol*. 1979;6:705–712.
21. Yurdakul S, Mat C, Tüzün Y, et al. A double-blind trial of colchicine in Behçet's syndrome. *Arthritis Rheum*. 2001;44:2686–2692
22. Stefano Dastoli, Steven Paul Nisticò, Pietro Morrone, Cataldo Patrun, Antonio Leo, Rita Citraro, Luca Gallelli, Emilio Russo, Giovambattista De Sarro and Luigi Bennardo. Colchicine in Managing Skin Conditions: A Systematic Review. *Pharmaceutics* 2022, 14, 294. <https://doi.org/10.3390/pharmaceutics14020294>
23. Ryokichi Taguchi, Saori Takamura, Yuichi Teraki. Combination therapy with biologic and colchicine for generalized pustular psoriasis. *International Journal of Dermatology* 2020, 59, 401–402
24. Liakou, A.I.; Kontochristopoulos, G.; Agiasofitou, E.; Tsantes, A.G.; Papadakis, M.;Marne-lakis, I.; Tsante, K.A.; Kapsiocha, A.; Katoulis, A.; Gregoriou, S.; et al. Colchicine Improves Clinical Outcomes and Quality of Life in Hidradenitis Suppurativa Patients: A Retrospective Study. *J. Clin. Med*. 2021, 10, 4742. <https://doi.org/10.3390/jcm10204742>
25. Durdu M, Tehçi T, Karadag AS. Dramatic response to colchicine treatment in acne fulminans patients with cytological hemophagocytosis: A case series of 12 patients. *Dermatologic Therapy*. 2022;35(11):e15856. doi:10.1111/dth.15856
26. Nobuya Abe, Miyuki Bohgaki and Hideki Kasahara. Dramatic improvement with colchicine in antihistamine- and omalizumab-resistant chronic spontaneous urticaria. *Clinical and Experimental Dermatology* 2022; 47; pp2308–2310.
27. Matthew L. Hrin, Palak V. Patel, Joseph L. Jorizzo, Steven R. Feldman and William W. Huang. Colchicine for Erythema Nodosum: A Retrospective Case Series. *Journal of Cutaneous Medicine and Surgery* 2023, Vol. 27(6) 668–669
28. Yang YT, Lo Y, Wu CY, Jee SH, Chiu HC, Tseng YT. Case of a Taiwanese patient with granuloma faciale improved with colchicine. *Dermatol Sin* 2020;38:250–253.

29. Jonathan D. Greenzaid, L. Hrin, Steven R. Feldman, Lindsay C. Strowd. Colchicine vs pentoxifylline vs minocycline for generalized granuloma annulare: A retrospective cohort study. *JAAD Int.* 2024; 28;15:134–135.
30. Kharghoria G, Grover C. Treatment of acquired perforating dermatosis with colchicine. *Indian Dermatol Online J* 2022;13:131–132.
31. Rabia Oztas Kara, MD, Bahar Sevimli Dikicier, Mahizer Yaldiz, Hande Tekmenler. A rather difficult case of acute generalized exanthematous pustulosis: would colchicine be a treatment option? *Hong Kong Med J* 2022;28:482–484
32. Kieran P. Robinson, Jonathan J. Chan. Colchicine in dermatology: A review *Australasian Journal of Dermatology* (2018) 59, 278–285
33. Salari B, Joseph M, Eshaq M, Lowe L, Fullen DR. Unusual drug reaction with features of colchicine toxicity in a patient on colchicine and allopurinol. *J Cutan Pathol.* 2022;49(11):938–942
34. Seixas R, Lopes D, Couto M, et al. (October 30, 2021) Severe Colchicine Intoxication: A Case Report and Review of Literature in Adults. *Cureus* 13(10): e19151. DOI 10.7759/cureus.19151
35. Ficha técnica de la colchicina RIA de 1 mg. CIMA 2022.

## ORCID

Verónica Úraga  <https://orcid.org/0009-0009-7195-6417>

Maite Santillán  <https://orcid.org/0000-0002-1366-8187>

Enrique Úraga  <https://orcid.org/0009-0004-1531-8916>

## CASO CLÍNICO

# Linfadenoma cutáneo: un diagnóstico diferencial raro del carcinoma basocelular. Reporte de caso clínico

Michelle Mafla,<sup>\*,\*</sup> Ivonne Riofrío,<sup>\*,\*</sup> Mónica Guevara<sup>\*\*\*</sup>

\* Médico posgradista en Dermatología de Universidad Tecnológica Equinoccial, Quito, Ecuador.

\*\* Dermatóloga, médico tratante en Hospital Pablo Arturo Suárez, Quito, Ecuador.

## Correspondencia:

Michelle Mafla  
Quito, calles Carchi 0e9-251 y Río Cenepa  
arahi.mafla@gmail.com  
0998130584

Palabras clave: Tricoblastoma adamantinoide, linfadenoma cutáneo, carcinoma basocelular

## Cómo citar este artículo:

Mafla M., Riofrío I., Guevara M.  
Linfadenoma cutáneo: un diagnóstico diferencial raro del carcinoma basocelular - Reporte de un caso clínico. Rev Dermatol Cent Úraga. 2025;7(2).

Fecha de recepción: 30/11/2024

Fecha de aceptación: 21/02/2025

## RESUMEN

El linfadenoma cutáneo es un tumor benigno infrecuente que se origina en los folículos pilosos y se presenta como una lesión nodular en zonas fotoexpuestas, lo que puede generar confusión con otras patologías agresivas, como el carcinoma basocelular nodular. Su diagnóstico diferencial es complejo debido a sus características histológicas particulares, que incluyen una disposición de células epiteliales en patrón ameloblastomatoso con un estroma denso; no obstante, este tumor tiene un comportamiento benigno y excelente pronóstico. La clave para su manejo es el reconocimiento temprano y la escisión quirúrgica completa con baja tasa de recurrencia. Presentamos el caso de una paciente femenina de 64 años quien presenta un nódulo asintomático a nivel nasal, al cual se le realiza biopsia con resultado de tricoblastoma adamantinoide, con exéresis completa del mismo. Es fundamental que los médicos estén familiarizados con esta entidad para evitar diagnósticos erróneos que puedan generar preocupación innecesaria en el paciente.

## INTRODUCCIÓN

El linfadenoma cutáneo, también denominado tricoblastoma adamantinoide, es una neoplasia extremadamente rara, considerada de origen linfoepitelial de comportamiento benigno, sin embargo, existen casos reportados de recurrencia y metástasis a ganglios regionales, por lo que su reconocimiento y manejo adecuados son esenciales.<sup>1-3</sup>

Se describe un caso raro, con aproximadamente 100 reportes a nivel mundial, que no cuenta con características clínicas establecidas que permita su diferenciación de otras entidades y cuyo diagnóstico se logra mediante los hallazgos histopatológicos. Aunque su recurrencia es baja, la vigilancia y seguimiento son importantes ya que

puede considerarse inicialmente como carcinoma basocelular y conllevar a una resección mucho más agresiva.

## CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 64 años sin antecedentes de importancia. Acude con lesión nodular a nivel de ala izquierda nasal de 7 años de evolución que ha incrementado de tamaño, no causa sintomatología alguna. (Figura 1). A la dermatoscopia se evidencia lesión nodular que en su parte central presenta zona blanquecina sin estructura, rodeada por una zona eritematosa con múltiples vasos arboriformes y telangiectasias. (Figura 2).

Figura 1. Nódulo bien delimitado de aproximadamente 7 mm, bordes regulares, superficie brillante con telangiectasias



Figura 2. Dermatoscopia de lesión con zona central blanquecina y periferia con vasos arboriformes y telangiectasias.

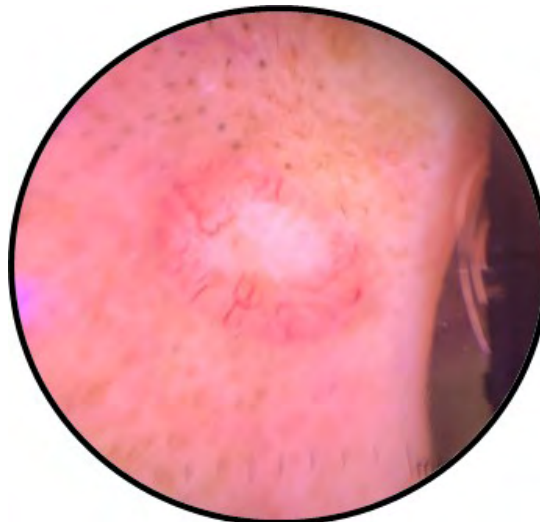
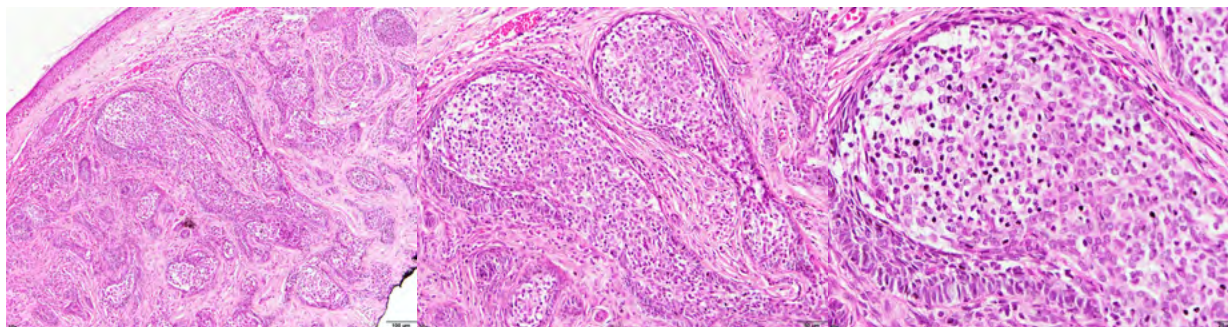


Figura 3. A. Imagen con lente 10X, B. Imagen con lente 20X y C. Imagen con lente 40X. En las que se observa, tumoración circunscrita constituida de por láminas de células basaloideas intercaladas con linfocitos y rodeadas por estroma fibroctico con moderado infiltrado leucocitario mixto.



Se realiza exéresis de lesión y el estudio histopatológico reporta tumoración secundaria a tricoblastoma adamantinoide con bordes de lesión comprometidos. (Figura 3. A, B y C)

Con el resultado de patología se realiza ampliación de márgenes de lesión, reportándose negativos en una segunda biopsia. Luego de 1 año del procedimiento no se evidenció.

## DISCUSIÓN

El tricoblastoma adamantinoide, también conocido como linfadenoma cutáneo, es una neoplasia benigna poco común que se origina en las células germinativas foliculares de la piel.<sup>4</sup> Este tumor se caracteriza por una diferenciación hacia estructuras foliculares y presenta una histología distintiva que puede plantear desafíos diagnósticos. Se han notificado menos de 100 casos de linfadenoma

cutáneo desde su primer reporte por Santa Cruz y Barr en 1987.<sup>5</sup> No se ha encontrado predilección por género, etnia o grupo etario.<sup>6</sup> Se han reportado dos casos de linfadenoma congénito.<sup>7</sup> Las lesiones generalmente se presentan en rostro y cabeza, con pocos casos reportados en otras zonas corporales, por lo que la exposición solar puede ser un factor desencadenante de esta neoplasia.<sup>1</sup>

La evolución y crecimiento de la tumoración varía según los reportes pudiendo ser desde meses a varios años y generalmente no causa sintomatología acompañante.<sup>2</sup> Se presenta como un nódulo color piel o rosado, cupuliforme, menor a 1 centímetro con varias telangiectasias que atraviesan su superficie.<sup>1</sup>

En la histopatología se puede ver un tumor trifásico con islas epiteliales, infiltrados linfocíticos y estroma circundante desmoplásico. El tumor es bien circunscrito,

localizado en dermis, con lobulillos constituidos por células basaloideas empalizadas periféricas y que en su zona central contiene linfocitos e histiocitos, sin mitosis ni atipia. Estos lóbulos están rodeados por un estroma denso y fibrótico.<sup>2,8</sup> El inmunofenotipo se parece al del tricoblastoma o tricoepitelioma, pero presenta intenso infiltrado inflamatorio.<sup>5</sup>

Aunque la inmunohistoquímica puede ser útil para confirmar el diagnóstico,<sup>9</sup> el estroma del linfadenoma es reactivo a CD34,<sup>2</sup> mientras que las células basaloideas se tiñen con citoqueratina AE1/AE3;<sup>10</sup> se usa la citoqueratina 20 (CK20) y la CK 17 para distinguir a esta entidad del carcinoma basocelular. Las características en tinción de hematoxilina-eosina son suficientes para realizar el diagnóstico.<sup>3</sup>

Es necesaria su diferenciación con otras patologías que se presentan como nódulos de crecimiento lentos como el carcinoma basocelular, que en la histología muestra múltiples cuerpos mitóticos y apoptosis, con estroma adyacente en hendidura, características que lo diferencian del linfadenoma cutáneo.<sup>2</sup> Otros diagnósticos a tomarse en cuenta son el siringoma, timo dérmico y carcinoma de piel similar al linfopitelioma.<sup>11</sup>

No se conoce la histogénesis de la neoplasia debido a su incidencia extremadamente baja, actualmente se clasifica como una variable adamantinoide del tricoblastoma.<sup>12</sup>

La primera línea de tratamiento consiste en la escisión completa de la lesión, solo se ha reportado un caso de recurrencia posterior a escisión por afeitado<sup>13</sup> y un caso de transformación a carcinoma.<sup>14</sup> Se debe evitar la eliminación de la lesión por cauterización, laser o afeitado, pero tampoco se requiere una exéresis con márgenes ampliados.<sup>1,3</sup> La cirugía de Mohs puede ser beneficiosa en casos que se localizan en áreas anatómicamente sensibles donde la preservación del tejido es crítica.<sup>14</sup>

## CONCLUSIÓN

En conclusión, el tricoblastoma adamantinoide o linfadenoma cutáneo es un tumor cutáneo benigno raro que se origina en las células de los folículos pilosos, con

características histológicas similares a otras patologías como el carcinoma basocelular. Aunque su aparición es poco frecuente, este tumor generalmente se presenta como una masa dérmica bien delimitada y de crecimiento lento, comúnmente en la cara y el cuello.

A pesar de ser un tumor benigno, el diagnóstico correcto mediante biopsia y estudio histopatológico es fundamental para su diferenciación de otras lesiones dérmicas. El tratamiento de elección es la escisión quirúrgica completa, lo cual, en la mayoría de los casos, garantiza un pronóstico excelente con baja tasa de recurrencia.

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

La paciente incluida en este estudio ha firmado el consentimiento informado, aprobando el uso de sus imágenes y datos clínicos exclusivamente con fines de investigación y publicación científica. Se garantiza que no se han proporcionado datos personales ni se han utilizado fotografías que permitan su identificación.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Dong J, Duan Y, Zhang K, Zhang X. Cutaneous Lymphadenoma: A Case Report and Literature Review. Clin Cosmet Investig Dermatol [Internet]. 2023 [citado el 6 de febrero de 2025];16:505–14. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36860584/>
2. Alsadhan A, Taher M, Shokravi M. Cutaneous lymphadenoma. J Am Acad Dermatol [Internet]. 2003 [citado el 6 de febrero de 2025];49(6):1115–6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14639395/>
3. Yu R, Salama S, Alowami S. Cutaneous Lymphadenoma: A Rare Case and Brief Review of a Diagnostic Pitfall. Rare Tumors [Internet]. 2014 [citado el 6 de febrero de 2025];6(2):5358. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4083669/>
4. Son SW, Kim YC, Kim IH. Cutaneous lymphadenoma. Clin Exp Dermatol [Internet]. enero de 2005 [citado el 6 de febrero de 2025];30(1):89–90. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15663515/>
5. Cristina Ruiz A, Restrepo R. Lesiones benignas que simulan carcinomas basocelulares Benign lesions simulating basal cell carcinoma. Rev Asoc Col Dermatol [Internet]. marzo de 2008;16. Disponible en: [www.revistasocolderma.com](http://www.revistasocolderma.com)

6. Aldihan R, Alsubait N, Alhaddab M. Cutaneous lymphadenoma in a young Saudi female: a case report. AME Case Rep [Internet]. julio de 2022 [citado el 6 de febrero de 2025];6:26–26. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35928583/>
7. Fernandez-Flores A, Nicklaus-Wollenteit I, Sathishkumar D, Diba V, Richard B, Carr R, et al. Congenital cutaneous lymphadenoma. J Cutan Pathol [Internet]. el 1 de noviembre de 2017 [citado el 6 de febrero de 2025];44(11):954–7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28796320/>
8. Keesecker S, Saab J, Magro CM, Dokania V, Sclafani AP. Cutaneous Lymphadenoma: A Trichoblastoma with Regressive Inflammatory Changes. Facial Plast Surg [Internet]. el 1 de febrero de 2017 [citado el 6 de febrero de 2025];33(1):109–11. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28226379/>
9. Goyal A, Solus JF, Chan MP, Doyle LA, Schaffer A, Thakuria M, et al. Cytokeratin 17 is highly sensitive in discriminating cutaneous lymphadenoma (a distinct trichoblastoma variant) from basal cell carcinoma. J Cutan Pathol [Internet]. el 1 de mayo de 2016 [citado el 6 de febrero de 2025];43(5):422–9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26968559/>
10. Murphy M, Brierley T, Pennoyer J, Rozenski D, Grant-Kels JM. Lymphotropic adamantinoid trichoblastoma. Pediatr Dermatol [Internet]. marzo de 2007 [citado el 6 de febrero de 2025];24(2):157–61. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17461815/>
11. Persichetti P, Langella M, Cogliandro A, Marangi GF. Cutaneous lymphadenoma: A rare clinicopathological entity. Journal of experimental & clinical cancer research [Internet]. octubre de 2005; Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/7496648>
12. Diaz-Cascajo C, Borghi S, Rey-Lopez A, Carretero-Hernandez G. Cutaneous lymphadenoma. A peculiar variant of nodular trichoblastoma. Am J Dermatopathol [Internet]. abril de 1996 [citado el 6 de febrero de 2025];18(2):186–91. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8739994/>
13. Rajabi F, Kamyab K, Firooz A. Cutaneous Lymphadenoma: A Case of Recurrence after Shave Excision. Case Rep Dermatol Med [Internet]. 2021 [citado el 6 de febrero de 2025];2021:5543404. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7969119/>
14. Kazakov DV., Banik M, Kacerovska D, Michal M. A cutaneous adnexal neoplasm with features of adamantinoid trichoblastoma (lymphadenoma) in the benign component and lymphoepithelial-like carcinoma in the malignant component: a possible case of malignant transformation of a rare trichoblastoma variant. Am J Dermatopathol [Internet]. octubre de 2011 [citado el 6 de febrero de 2025];33(7):729–32. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21915036/>
15. Hanlon A, Clayton A, Stasko T. Mohs micrographic surgery for cutaneous lymphadenoma. Dermatol Surg [Internet]. septiembre de 2012 [citado el 6 de febrero de 2025];38(9):1552–4. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22676375/>

## ORCID

Mafla Michelle  <https://orcid.org/0009-0006-6341-6486>

Riofrío Ivonne  <https://orcid.org/0009-0008-8378-1557>

Guevara Mónica  <https://orcid.org/0009-0004-7784-7098>

## CASE REPORT

# Cutaneous Lymphadenoma: A Rare Differential Diagnosis of Basal Cell Carcinoma. Case Report

Michelle Mafla,<sup>\*,\*</sup> Ivonne Riofrío,<sup>\*,\*</sup> Mónica Guevara<sup>\*\*\*</sup>

\* Postgraduate Medical Resident in Dermatology at Universidad Tecnológica Equinoccial, Quito, Ecuador.  
\*\* Dermatologist, Attending Physician at Pablo Arturo Suárez Hospital, Quito, Ecuador.

Correspondence:  
Michelle Mafla  
Dirección de residencia: Quito, calles Carchi 009-251 y Río Cenepa  
arahi.mafla@gmail.com  
0998130584

Key words: Adamantinoid trichoblastoma, cutaneous lymphadenoma, basal cell carcinoma

How to cite this article:  
Mafla M., Riofrío I., Guevara M.  
Linfadenoma cutáneo: un diagnóstico diferencial raro del carcinoma basocelular – Reporte de un caso clínico. Rev Dermatol Cent Úraga. 2025;7(2).

Date of receipt: 30/11/2024  
Date of acceptance: 21/02/2025

## ABSTRACT

Cutaneous lymphadenoma is an uncommon benign tumor originating from hair follicles, typically presenting as a nodular lesion in sun-exposed areas. This can lead to confusion with other more aggressive conditions, such as nodular basal cell carcinoma. Its differential diagnosis is challenging due to its distinct histological features, which include a pattern of epithelial cells resembling ameloblastoma within a dense stroma. Nevertheless, this tumor has a benign behavior and carries an excellent prognosis. Early diagnosis and complete surgical excision are key for proper management, with a low recurrence rate.

We present the case of a 64-year-old female patient with an asymptomatic nasal nodule, which was biopsied and diagnosed as adamantinoid trichoblastoma, followed by complete excision. It is essential for physicians to be familiar with this entity to avoid misdiagnosis and unnecessary patient anxiety.

## INTRODUCTION

Cutaneous lymphadenoma, also known as adamantinoid trichoblastoma, is an extremely rare neoplasm considered to have a lymphoepithelial origin with benign behavior. However, there are reported cases of recurrence and metastasis to regional lymph nodes, making its proper recognition and management essential.<sup>1-3</sup>

A rare case is described, with approximately 100 reports worldwide, which lacks established clinical features that allow differentiation from other entities and whose diagnosis is achieved through histopathological findings. Although its recurrence rate is low, monitoring and follow-up are important, as it can initially be mis-

taken for basal cell carcinoma, leading to a much more aggressive resection.

## CASE REPORT

A 64-year-old female patient with no significant medical history presented with a nodular lesion on the left nasal ala, present for 7 years and progressively increasing in size, without causing any symptoms (Figure 1). Dermatoscopy revealed a nodular lesion with a central whitish area lacking structure, surrounded by an erythematous zone with multiple arborizing vessels and telangiectasias (Figure 2).

Figure 1. Well-defined nodule approximately 7 mm in size, with regular borders and a shiny surface with telangiectasias.



Figure 2. Dermatoscopy of the lesion showing a central whitish area with a periphery of arborizing vessels and telangiectasias.

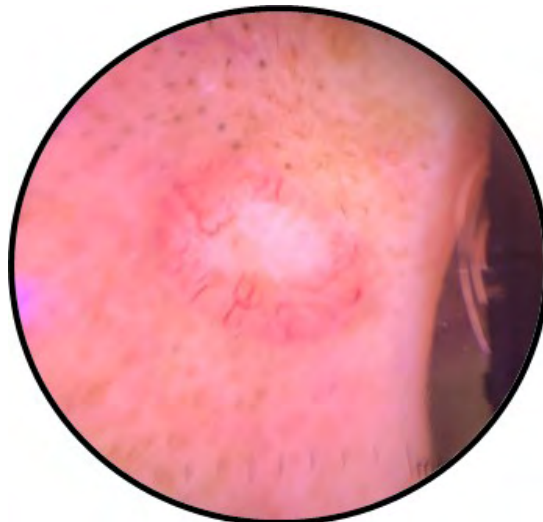
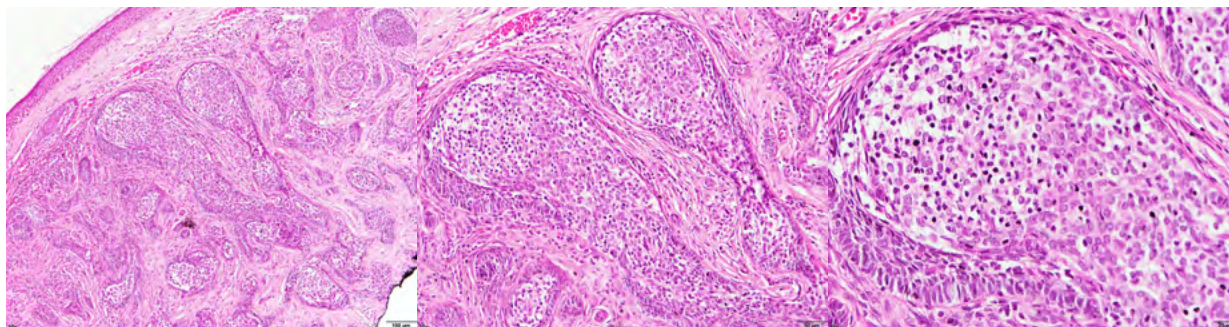


Figure 3. A. Image at 10X magnification, B. Image at 20X magnification, and C. Image at 40X magnification, showing a well-circumscribed tumor composed of sheets of basaloid cells interspersed with lymphocytes and surrounded by fibrocystic stroma with a moderate mixed leukocyte infiltrate.



Excision of the lesion was performed, and histopathological examination reported a tumor consistent with adamantinoid trichoblastoma with involved lesion margins (Figure 3. A, B, and C).

Based on the pathology results, margin enlargement of the lesion was performed, with negative margins reported in a second biopsy. After one-year post-procedure, no recurrence of the lesion was identified.

## DISCUSSION

Adamantinoid trichoblastoma, also known as cutaneous lymphadenoma, is an uncommon benign neoplasm originated from the follicular germinative cells of the skin.<sup>4</sup> This tumor is characterized by differentiation toward follicular structures and exhibits distinctive histology that can pose diagnostic challenges.

Fewer than 100 cases of cutaneous lymphadenoma have been reported since its first description by Santa Cruz and Barr in 1987.<sup>5</sup> No predilection for gender, ethnicity, or age group has been found.<sup>6</sup> Two cases of congenital lymphadenoma have been reported.<sup>7</sup> Lesions generally present on the face and head, with few cases reported in other body areas, suggesting that sun exposure may be a triggering factor for this neoplasm.<sup>1</sup>

The evolution and growth of the tumor vary according to reports, ranging from months to several years, and it generally does not cause accompanying symptoms.<sup>2</sup> It presents as a skin-colored or pink, dome-shaped nodule, less than 1 centimeter in size, with multiple telangiectasias crossing its surface.<sup>1</sup>

Histopathology reveals a triphasic tumor with epithelial islands, lymphocytic infiltrates, and surrounding

desmoplastic stroma. The tumor is well-circumscribed, located in the dermis, with lobules composed of basaloid cells showing peripheral palisading and a central zone containing lymphocytes and histiocytes, without mitosis or atypia. These lobules are surrounded by dense, fibrotic stroma.<sup>2,8</sup> The immunophenotype resembles that of trichoblastoma or trichoepithelioma but shows a prominent inflammatory infiltrate.<sup>5</sup>

Although immunohistochemistry can be useful to confirm the diagnosis,<sup>9</sup> the stroma of lymphadenoma is reactive to CD34,<sup>2</sup> while the basaloid cells stain positive for cytokeratin AE1/AE3;<sup>10</sup> Cytokeratin 20 (CK20) and CK17 are used to distinguish this entity from basal cell carcinoma. Hematoxylin-eosin staining features are adequate for diagnosis.<sup>3</sup>

It is necessary to differentiate it from other pathologies that present as slow-growing nodules, such as basal cell carcinoma, which histologically shows numerous mitotic figures and apoptosis, with adjacent clefting stroma—features that distinguish it from cutaneous lymphadenoma.<sup>2</sup> Other diagnoses to consider include syringoma, dermal thymus, and skin carcinoma resembling lymphoepithelioma.<sup>11</sup>

The histogenesis of the neoplasm is unknown due to its extremely low incidence; it is currently classified as an adamantinoid variant of trichoblastoma.<sup>12</sup>

The first-line treatment consists of complete excision of the lesion. Only one case of recurrence after shave excision<sup>13</sup> and one case of transformation into carcinoma have been reported.<sup>14</sup> Removal of the lesion by cauterization, laser, or shaving should be avoided, but wide-margin excision is not necessary.<sup>13</sup> Mohs surgery may be beneficial in cases located in anatomically sensitive areas where tissue preservation is critical.<sup>15</sup>

## CONCLUSION

In conclusion, adamantinoid trichoblastoma or cutaneous lymphadenoma is a rare benign skin tumor originated from hair follicle cells, with histological features similar to other pathologies such as basal cell carcinoma.

Although its occurrence is uncommon, this tumor generally presents as a well-defined, slow-growing dermal mass, commonly on the face and neck.

Despite being a benign tumor, accurate diagnosis through biopsy and histopathological study is essential to differentiate it from other dermal lesions. The treatment of choice is complete surgical excision, which in most cases ensures an excellent prognosis with a low recurrence rate.

## INFORMED CONSENT

The patient included in this study has signed informed consent, approving the use of her images and clinical data exclusively for research and scientific publication purposes. It is guaranteed that no personal data have been provided, nor have photographs that allow her identification been used.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Dong J, Duan Y, Zhang K, Zhang X. Cutaneous Lymphadenoma: A Case Report and Literature Review. *Clin Cosmet Investig Dermatol* [Internet]. 2023 [citado el 6 de febrero de 2025];16:505–14. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36860584/>
2. Alsadhan A, Taher M, Shokravi M. Cutaneous lymphadenoma. *J Am Acad Dermatol* [Internet]. 2003 [citado el 6 de febrero de 2025];49(6):1115–6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14639395/>
3. Yu R, Salama S, Alowami S. Cutaneous Lymphadenoma: A Rare Case and Brief Review of a Diagnostic Pitfall. *Rare Tumors* [Internet]. 2014 [citado el 6 de febrero de 2025];6(2):5358. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4083669/>
4. Son SW, Kim YC, Kim IH. Cutaneous lymphadenoma. *Clin Exp Dermatol* [Internet]. enero de 2005 [citado el 6 de febrero de 2025];30(1):89–90. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15663515/>
5. Cristina Ruiz A, Restrepo R. Lesiones benignas que simulan carcinomas basocelulares Benign lesions simulating basal cell carcinoma. *Rev Asoc Col Dermatol* [Internet]. marzo de 2008;16. Disponible en: [www.revistasocolderma.com](http://www.revistasocolderma.com)

6. Aldihan R, Alsubait N, Alhaddab M. Cutaneous lymphadenoma in a young Saudi female: a case report. *AME Case Rep* [Internet]. julio de 2022 [citado el 6 de febrero de 2025];6:26–26. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35928583/>
7. Fernandez-Flores A, Nicklaus-Wollenteit I, Sathishkumar D, Diba V, Richard B, Carr R, et al. Congenital cutaneous lymphadenoma. *J Cutan Pathol* [Internet]. el 1 de noviembre de 2017 [citado el 6 de febrero de 2025];44(11):954–7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28796320/>
8. Keesecker S, Saab J, Magro CM, Dokania V, Sclafani AP. Cutaneous Lymphadenoma: A Trichoblastoma with Regressive Inflammatory Changes. *Facial Plast Surg* [Internet]. el 1 de febrero de 2017 [citado el 6 de febrero de 2025];33(1):109–11. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28226379/>
9. Goyal A, Solus JF, Chan MP, Doyle LA, Schaffer A, Thakuria M, et al. Cytokeratin 17 is highly sensitive in discriminating cutaneous lymphadenoma (a distinct trichoblastoma variant) from basal cell carcinoma. *J Cutan Pathol* [Internet]. el 1 de mayo de 2016 [citado el 6 de febrero de 2025];43(5):422–9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26968559/>
10. Murphy M, Brierley T, Pennoyer J, Rozenski D, Grant-Kels JM. Lymphotropic adamantinoid trichoblastoma. *Pediatr Dermatol* [Internet]. marzo de 2007 [citado el 6 de febrero de 2025];24(2):157–61. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17461815/>
11. Persichetti P, Langella M, Cogliandro A, Marangi GF. Cutaneous lymphadenoma: A rare clinicopathological entity. *Journal of experimental & clinical cancer research* [Internet]. octubre de 2005; Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/7496648>
12. Diaz-Cascajo C, Borghi S, Rey-Lopez A, Carretero-Hernandez G. Cutaneous lymphadenoma. A peculiar variant of nodular trichoblastoma. *Am J Dermatopathol* [Internet]. abril de 1996 [citado el 6 de febrero de 2025];18(2):186–91. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8739994/>
13. Rajabi F, Kamyab K, Firooz A. Cutaneous Lymphadenoma: A Case of Recurrence after Shave Excision. *Case Rep Dermatol Med* [Internet]. 2021 [citado el 6 de febrero de 2025];2021:5543404. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7969119/>
14. Kazakov DV., Banik M, Kacerovska D, Michal M. A cutaneous adnexal neoplasm with features of adamantinoid trichoblastoma (lymphadenoma) in the benign component and lymphoepithelial-like carcinoma in the malignant component: a possible case of malignant transformation of a rare trichoblastoma variant. *Am J Dermatopathol* [Internet]. octubre de 2011 [citado el 6 de febrero de 2025];33(7):729–32. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21915036/>
15. Hanlon A, Clayton A, Stasko T. Mohs micrographic surgery for cutaneous lymphadenoma. *Dermatol Surg* [Internet]. septiembre de 2012 [citado el 6 de febrero de 2025];38(9):1552–4. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22676375/>

## ORCID

Mafla Michelle  <https://orcid.org/0009-0006-6341-6486>

Riofrío Ivonne  <https://orcid.org/0009-0008-8378-1557>

Guevara Mónica  <https://orcid.org/0009-0004-7784-7098>

## CASO CLÍNICO

# De Cicatriz a Infección: La Cromomicosis Cutánea bajo el Microscopio

Jéssica Sandoval,\* Fernanda Ron,\* Cindy Tipán,\* Estefany Proaño,\* Wilma Vaca\*\*

\* Médicos Posgradistas Dermatología –  
Universidad Tecnológica Equinoccial  
\*\* Médico tratante de Dermatología – Hospital  
General Docente de Calderón

Correspondencia:  
Quito, Ecuador  
jesyquitao6@hotmail.com  
0987444149

Palabras clave: Cromomicosis,  
cromoblastomicosis, micosis profunda

Cómo citar este artículo:  
Sandoval J., Ron F., Tipán C., Proaño  
E., Vaca W. De Cicatriz a Infección: La  
Cromomicosis Cutánea bajo el Microscopio  
– Reporte de un caso clínico. Rev Dermatol  
Cent Úraga. 2025;7(2).

Fecha de recepción: 26/01/2024  
Fecha de aceptación: 28/02/2025

## RESUMEN

La cromoblastomicosis es una infección fúngica crónica, granulomatosa y refractaria, causada por hongos melánicos presentes en suelo, madera y vegetación en regiones tropicales y subtropicales. Afecta principalmente a trabajadores agrícolas varones, tras traumatismos en extremidades. Su presentación clínica es polimorfa (nodular, verrugosa, en placa, tumoral y cicatricial), dificultando el diagnóstico diferencial con otras patologías infecciosas y no infecciosas, como tuberculosis verrucosa, lepra o carcinoma epidermoide. El diagnóstico se basa en la identificación de cuerpos muriformes mediante examen directo o cultivo micológico; las técnicas moleculares ayudan a diferenciar especies, aunque son poco accesibles en áreas endémicas. El tratamiento incluye antimicóticos como itraconazol y terbinafina, con enfoques complementarios como cirugía o crioterapia en lesiones pequeñas. Sin embargo, los resultados son limitados y el tratamiento prolongado.

Se presenta el caso de un paciente masculino de 77 años con una lesión catalogada como cicatriz, la cual posteriormente se confirma presencia de *Cladosporium* spp., lo que resalta la importancia de un diagnóstico temprano para evitar el avance de la enfermedad y sus complicaciones.

## INTRODUCCIÓN

La cromoblastomicosis o cromomicosis es una infección fúngica, crónica, granulomatosa, polimorfa y supurativa de la piel y del tejido subcutáneo, causada por varias especies de hongos melánicos o dematiáceos, cuyas formas parasitarias son denominadas células fumagoides o muriformes (cuerpos escleróticos), las cuales son células redondas/ovaladas, de color marrón, de paredes gruesas de 4–12 micras de diámetro, que se multiplican por separación en dos planos distintos, también denominados cuerpos de Medlar, que representan la forma invasiva,<sup>1–3</sup>

se encuentran presentes en el suelo, las plantas y la madera en descomposición, prevalentes en las regiones tropicales y subtropicales del mundo.<sup>2</sup>

Ocho especies de hongos, agrupadas en cuatro géneros, se encuentran actualmente implicadas: *Cladosporium carrionii*, *Fonsecaea pedrosoi*, *Fonsecaea compacta*, *Phialophora verrucosa*, *Wangiella* (ex-*Exophiala*) *dermatitidis*, *Exophiala spinifera*, *Rhinocladiella cerophila* y *Rhinocladiella aquaspersa*.<sup>4–6</sup>

Esta infección compromete principalmente las extremidades inferiores (en el 85 % de los casos), así como las extremidades superiores (con predominancia en el dorso de la mano) y otras zonas anatómicas, como: brazos, tronco, cuello, antebrazos, cara y glúteos.<sup>7,8</sup>

La mayoría de los pacientes tienen una historia de traumatismo por madera o vegetación, y más del 80% son trabajadores agrícolas que suelen ir descalzos, predominantemente varones de 20 a 60 años representan el 90% de los casos.<sup>2</sup>

La respuesta inmune está mediada por neutrófilos y macrófagos causando procesos granulomatosos. Los macrófagos no son capaces de destruir las células fúngicas fagocitadas y éstas se desarrollan en su interior. Según la respuesta inmune dominante se pueden diferenciar cinco formas clínicas: nodulares, lesiones tumorales, verrugosa, placa y cicatriciales; pudiendo ser formas leves, como pequeños nódulos, hasta enfermedades incapacitantes extensas.<sup>9</sup>

Se manifiesta clínicamente como lesiones oligosintomáticas o asintomáticas, lo que explicaría por que los pacientes sólo tienden a buscar atención médica después de meses o incluso años de vivir con la enfermedad. La lesión inicial suele estar en áreas expuestas, en el sitio de la infección, como una pápula con crecimiento centrífugo que evoluciona a cualquiera de las diversas formas clínicas propuestas por Carrión en 1950 (Cuadro 1).<sup>2</sup>

|                                           |                                                                                                                           |
|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Nodular</b>                            | Nódulos fibróticos, eritematoso-violáceos, con superficie lisa o hiperqueratósica.                                        |
| <b>Verrugoso</b>                          | Lesiones hiperqueratósicas, secas y con forma de coliflor y con puntos negros.                                            |
| <b>Placa (infiltrativa o eritematosa)</b> | Placas eritematosas o violáceas, infiltradas, circunscritas, de bordes irregulares, agudos y elevados, con puntos negros. |
| <b>Tumoral</b>                            | Lesiones lobuladas aisladas o coalescentes, superficie lisa o vegetativa                                                  |
| <b>Cicatricial o atrófica</b>             | Lesiones anulares, serpiginosas o irregulares con crecimiento centrífugo y áreas atróficas centrales.                     |

Cuadro 1: Clasificación clínica de los tipos de cromoblastomicosis según Carrión (1950)

La cronicidad de la cromomicosis y las dificultades en el tratamiento llevan finalmente a la aparición de complicaciones y secuelas, que incluyen linfedema crónico, infecciones bacterianas y parasitarias secundarias, transformación neoplásica, ectropión, ulceración y anquilosis de las extremidades.<sup>10</sup>

Debido al gran polimorfismo de las lesiones el diagnóstico diferencial incluye patologías como tuberculosis verrucosa, leishmaniasis, lepra, esporotricosis, lacaziosis, tiña del cuerpo, sífilis secundaria y terciaria, micetoma, coccidioidomicosis y elefantiasis. También debe hacerse con algunas entidades no infecciosas, como carcinoma epidermoide, psoriasis o sarcoidosis.<sup>2,7,11</sup>

El diagnóstico incluye examen directo con hidróxido de potasio al 10 o 20% de las costras o fragmentos de la piel, pero principalmente de aquellos llamados “puntos negros” que representan la eliminación transdérmica del hongo, las cuales revelan cuerpos muriformes, también se realiza cultivo en agar Sabouraud dextrosa agar con y sin antibióticos, evidenciando colonias aterciopeladas, de color marrón oscuro, verde oliva o negras; la diferenciación entre las distintas especies de hongos es difícil y se hace conforme a las estructuras de reproducción, así como a la identificación molecular.<sup>1,2,12</sup> En la histopatología se observa usualmente hiperqueratosis, hiperplasia pseudoepiteliomatosa, microabscesos neutrofilicos que contienen células muriformes y granulomas de tipo tuberculoide.<sup>10,13</sup>

Es una enfermedad difícil de tratar, refractaria, sin embargo, se han dado diversos enfoques terapéuticos que van desde la utilización de antimicóticos principalmente itraconazol, voriconazol, anfotericina B, terbinafina.<sup>1,7,14</sup> En el caso de itraconazol oral a una dosis de 200 mg/día durante 6 a 12 meses, terbinafina 250-500 mg/día durante 12 meses.<sup>9</sup> Otros tratamientos descritos son el quirúrgico, crioterapia, electrofulguración, radioterapia, láser CO<sub>2</sub>, terapia fotodinámica, cuando la lesión es pequeña.<sup>2,10,15</sup>

## CASO CLÍNICO

Se trata de un paciente masculino de 77 años, dedicado a la agricultura, con antecedentes patológicos de diabetes mellitus tipo II, hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca e insuficiencia renal. El cual acude a consulta por lesión en antebrazo derecho (Figura 1) de varios meses de evolución que la describe como una cicatriz que ha ido aumentando de tamaño, la cual produce prurito, no refiere dolor, no aplica ningún tratamiento.

Al examen físico se evidencia dermatosis localizada en antebrazo derecho caracterizada por placa de aspecto cicatrizal atrófica (Figura 2), de base eritematosa, infiltrada con áreas de descamación en zona periférica (Figura 3), de aproximadamente 7 cm de diámetro. Se decide realizar biopsia de piel más cultivo micológico (Figura 4), que aisló *Cladosporium* spp. (Figura 5). Se decide tratamiento con itraconazol, sin embargo, paciente fallece debido a complicaciones de sus otras patologías.



Figura 1: Lesión en antebrazo derecho

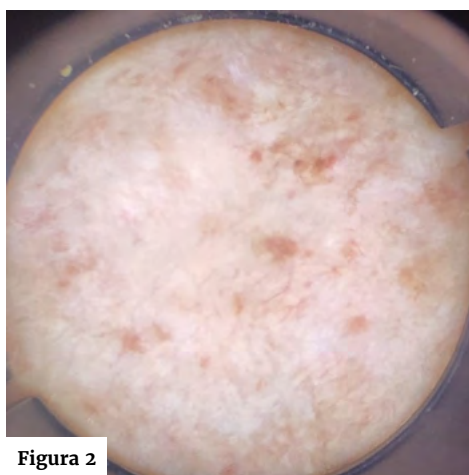


Figura 2

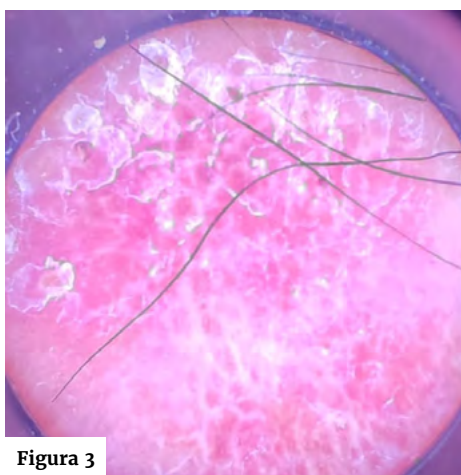


Figura 3

Figura 2: Lesión de aspecto cicatrizal.

Figura 3: Área de descamación con base eritematosa.

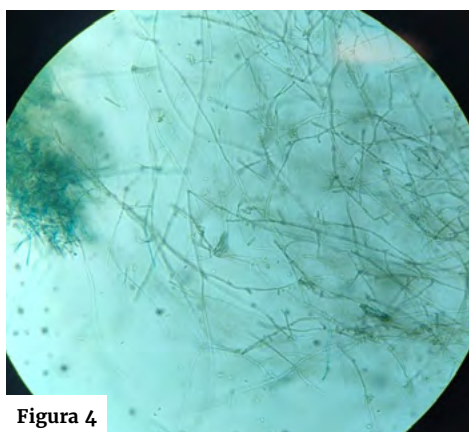


Figura 4



Figura 5

Figura 4: *Cladosporium* spp.

Figura 5: Colonias aterciopeladas, de color negro.

## DISCUSIÓN

La cromoblastomicosis representa un desafío médico debido a su cronicidad, variabilidad clínica y resistencia al tratamiento. Afecta principalmente a poblaciones rurales y vulnerables, como trabajadores agrícolas. La presentación clínica dificulta el diagnóstico diferencial con otras enfermedades infecciosas y no infecciosas, como tuberculosis verrucosa, leishmaniasis, lepra e incluso carcinoma epidermoide o, como en nuestro caso, que lo confundieron con una cicatriz.

El diagnóstico definitivo se basa en la identificación de cuerpos muriformes, mediante examen directo o cultivo micológico, aunque las técnicas moleculares han demostrado ser herramientas valiosas para diferenciar especies. Sin embargo, estas no siempre están disponibles en áreas endémicas.

El tratamiento sigue siendo un reto. Si bien los antimicóticos como itraconazol y terbinafina han mostrado eficacia, la duración prolongada y la posible falta de adherencia, complican los resultados clínicos. Métodos complementarios, como cirugía o crioterapia, pueden ser útiles, pero están limitados a lesiones pequeñas y requieren acceso a servicios especializados.

Es crucial fomentar estrategias preventivas y educación en comunidades de riesgo. Además, es necesario investigar tratamientos más efectivos y accesibles para abordar esta enfermedad debilitante, mejorando así los desenlaces clínicos y la calidad de vida de los pacientes afectados.

## CONCLUSIÓN

La cromoblastomicosis es una infección fúngica crónica y de difícil manejo, prevalente en áreas tropicales y subtropicales, que afecta principalmente a trabajadores agrícolas expuestos a traumatismos por madera o vegetación. Su diversidad clínica y evolución lenta pueden retrasar el diagnóstico, lo que agrava su impacto en la calidad de vida. Aunque existen múltiples opciones terapéuticas, como antimicóticos y procedimientos quirúrgicos, el tratamiento es prolongado y muchas veces refractario. La prevención, mediante medidas como el uso de calzado y protección adecuada,

es crucial para disminuir su incidencia, especialmente en poblaciones de riesgo.

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

El paciente incluido en este estudio ha firmado el consentimiento informado, aprobando el uso de sus imágenes y datos clínicos exclusivamente con fines de investigación y publicación científica. Se garantiza que no se han proporcionado datos personales ni se han utilizado fotografías que permitan su identificación.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Carrasco-Zuber JE, Navarrete-Dechent C, Bonifaz A, Fich F, Vial-Letelier V, Berroeta-Mauriziano D. Cutaneous Involvement in the Deep Mycoses: A Literature Review. Part I-Subcutaneous Mycoses. Vol. 107, *Actas dermo-sifiliográficas*. 2016. p. 806-15.
2. de Brito AC, Bittencourt M de JS. Chromoblastomycosis: An etiological, epidemiological, clinical, diagnostic, and treatment update. *An Bras Dermatol*. 2018 Jul 1;93(4):495-506.
3. López Mayra Marisela S. Diagnóstico microbiológico de la Cromoblastomicosis en Latinoamérica. UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD CARRERA LABORATORIO CLÍNICO E HISTOPATOLÓGICO. 2022. Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/9416>
4. Morand JJ. Manifestaciones cutaneomucosas de las micosis profundas y/o tropicales (excluidas las candidiasis). *EMC - Dermatología*. 2012 Dec;46(4):1-12.
5. Fernández Ronquillo TE, Acosta Y, Almeida R. Cromoblastomicosis en el Ecuador. *Medicina (B Aires)*. 2019 Feb 11;19(4):246-51.
6. Marina Romero Navarrete, Roberto Arenas, Víctor Fernando Muñoz Estrada, Carlos Enrique Atoche Diéguez, Jorge Mayorga, Alexandro Bonifaz, et al. Cromoblastomicosis en México: revisión de 603 casos en siete décadas. *Dermatología CMQ*. 2014;12(2):87-93.
7. Badilla Ramírez Y, Madrigal Zúñiga K, Lara Campos P. Cromoblastomicosis: características clínicas y microbiológicas. *Gestión en Salud y Seguridad Social [Internet]*. 2023 Dec 6;2(1):e197. Available from: <https://www.binasss.sa.cr/ojssalud/index.php/gestion/article/view/197>
8. Badilla Ramírez Y, Madrigal Zúñiga K, Lara Campos P. Cromoblastomicosis: características clínicas y microbiológicas. *Gestión en Salud y Seguridad Social [In-*

- ternet]. 2023 Dec 6;2(1):e197. Available from: <https://www.binasss.sa.cr/ojsalud/index.php/gestion/article/view/197>
9. Clínic C, Nacional U, Gallo PR, Lambayeque P, Ventura-Flores R, Failoc-Rojas V, et al. Cromoblastomycosis: características clínicas y microbiológicas de una enfermedad desatendida [Internet]. 2017. Available from: [www.sochinf.cl](http://www.sochinf.cl)
  10. Toro Álvarez A, Lotero Cadavid Á, Morales Posada C, García Rincón C. Cladosporium spp. como causante de cromomycosis verrucosa. *Piel*. 2021 Jun 1;36(6):421-4.
  11. Gaviria-Giraldo CM, Cardona-Castro N. Esporotricosis y cromoblastomycosis: revisión de la literatura. *Ces Medicina* [Internet]. 2017;31(1):77-91. Available from: <http://revistas.ces.edu.co/index.php/medicina/article/view/77>
  12. Chávez N, Rosero C, Nuñez M, Vicuña Y, Guevara Á, Quito DE. Cromoblastomycosis en Ecuador: reporte de caso. 2022. Available from: <https://www.rcderm.org/index.php/rcderm/article/view/425/435>
  13. Leiro, V., Fernández Pardo, P., Coringrato, M., Piñero, O., Maronna, E., & Santiso, G. (2023). Cromoblastomycosis: abordaje con terapia combinada. *Actualizaciones En Sida E Infectología*, 31(112). <https://doi.org/10.52226/revista.v31i112.16>
  14. Muñoz Estrada VF, Valenzuela Paz GA, Rochín Tolosa M. Cromomycosis: Reporte de un caso con topografía atípica. *Rev Iberoam Micol*. 2011 Jan;28(1):50-2.
  15. Bassas-Vila J, Fuente MJ, Guinovart R, Ferrándiz C. Cromomycosis. Respuesta al tratamiento combinado con crioterapia y terbinafina. Vol. 105, *Actas Dermo-Sifiliograficas*. Ediciones Doyma, S.L.; 2014. p. 196-8.

## ORCID

Jéssica Sandoval  <https://orcid.org/0009-0000-1975-8039>

Fernanda Ron  <https://orcid.org/0000-0002-4752-0244>

Cindy Tipán  <https://orcid.org/0009-0003-3120-2473>

Estefany Proaño  <https://orcid.org/0000-0001-7522-084X>

## CASE REPORT

# From Scar to Infection: Cutaneous Chromomycosis under the Microscope

Jéssica Sandoval,<sup>\*</sup> Fernanda Ron,<sup>\*</sup> Cindy Tipán,<sup>\*</sup> Estefany Proaño,<sup>\*</sup> Wilma Vaca<sup>\*\*</sup>

\* Dermatology Postgraduate Physicians –  
Universidad Tecnológica Equinoccial  
\*\* Dermatology Attending Physician –  
Calderón Teaching General Hospital

Correspondence:  
Quito, Ecuador  
jesyquitao6@hotmail.com  
0987444149

Key words: Chromomycosis,  
chromoblastomycosis, deep mycosis

How to cite this article:  
Sandoval J., Ron F., Tipán C., Proaño  
E., Vaca W. De Cicatriz a Infección: La  
Cromomycosis Cutánea bajo el Microscopio  
– Reporte de un caso clínico. *Rev Dermatol  
Cent Úraga*. 2025;7(2).

Date of receipt: 26/01/2024  
Date of acceptance: 28/02/2025

## ABSTRACT

Chromoblastomycosis is a chronic, granulomatous, and refractory fungal infection caused by melanin-producing fungi found in soil, wood, and vegetation in tropical and subtropical regions. It primarily affects male agricultural workers following trauma to the extremities. Its clinical presentation is polymorphic (nodular, verrucous, plaque-like, tumoral, and scar-like), making differential diagnosis difficult with other infectious and non-infectious conditions such as verrucous tuberculosis, leprosy, or squamous cell carcinoma.

Diagnosis is based on the identification of muriform bodies through direct examination or fungal culture; molecular techniques help differentiate species, although they are often inaccessible in endemic areas. Treatment includes antifungal agents such as itraconazole and terbinafine, with complementary approaches like surgery or cryotherapy for small lesions. However, outcomes are limited and treatment tends to be prolonged.

We present the case of a 77-year-old male patient with a lesion initially classified as a scar, which was later confirmed to be *Cladosporium* spp., highlighting the importance of early diagnosis to prevent disease progression and complications.

## INTRODUCTION

Chromoblastomycosis, or chromomycosis, is a chronic, granulomatous, polymorphic, and suppurative fungal infection of the skin and subcutaneous tissue, caused by several species of melanin-producing or dematiaceous fungi. Their parasitic forms are known as fumagoid or muriform cells (sclerotic bodies), which are round/oval, brown-colored cells with thick walls measuring 4–12 microns in diameter. These cells reproduce by septation in two distinct planes and are also referred to as Medlar bodies, representing the in-

vasive form,<sup>1-3</sup> they are found in soil, plants, and decaying Wood, and are prevalent in tropical and subtropical regions of the world.<sup>2</sup>

Eight fungal species, grouped into four genera, are currently implicated: *Cladosporium carrionii*, *Fonsecaea pedrosoi*, *Fonsecaea compacta*, *Phialophora verrucosa*, *Wangiella* (ex-*Exophiala*) *dermatitidis*, *Exophiala spinifera*, *Rhinocladiella cerophila* y *Rhinocladiella aquaspersa*.<sup>4-6</sup>

This infection primarily affects the lower limbs (in 85% of cases), as well as the upper limbs (predominantly the back of the hand), and other anatomical areas such as the arms, trunk, neck, forearms, face, and buttocks.<sup>7,8</sup>

Most patients have a history of trauma caused by wood or vegetation, and over 80% are agricultural workers who often walk barefoot. Predominantly males aged 20 to 60 years represent 90% of the cases.<sup>2</sup>

The immune response is mediated by neutrophils and macrophages, leading to granulomatous processes. Macrophages are unable to destroy the phagocytosed fungal cells, which then develop inside them. Depending on the dominant immune response, five clinical forms can be distinguished: nodular, tumoral lesions, verrucous, plaque-like, and cicatricial; these may range from mild forms such as small nodules to extensive, debilitating disease.<sup>9</sup>

Clinically, it presents as oligosymptomatic or asymptomatic lesions, which may explain why patients tend to seek medical attention only after months or even years of living with the disease. The initial lesion usually appears in exposed areas at the site of infection, as a papule with centrifugal growth that evolves into any of the clinical forms described by Carrión in 1950 (Table 1).<sup>2</sup>

|                                              |                                                                                                                                 |
|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Nodular</b>                               | Fibrotic, erythematous-violaceous nodules with a smooth or hyperkeratotic surface.                                              |
| <b>Verrucous</b>                             | Hyperkeratotic, dry lesions with a cauliflower-like shape and black dots.                                                       |
| <b>Plaque (infiltrative or erythematous)</b> | Erythematous or violaceous, infiltrated, well-defined plaques with irregular, sharp, and raised borders, often with black dots. |
| <b>Tumoral</b>                               | Isolated or coalescent lobulated lesions with a smooth or vegetative surface.                                                   |
| <b>Cicatricial or atrophic</b>               | Annular, serpiginous, or irregular lesions with centrifugal growth and central atrophic areas.                                  |

Table 1: Clinical classification of chromoblastomycosis types according to Carrión (1950)

The chronicity of chromomycosis and the difficulties in treatment ultimately lead to complications and sequelae,

including chronic lymphedema, secondary bacterial and parasitic infections, neoplastic transformation, ectropion, ulceration, and limb ankylosis.<sup>10</sup>

Due to the high polymorphism of the lesions, the differential diagnosis includes conditions such as verrucous tuberculosis, leishmaniasis, leprosy, sporotrichosis, lobomycosis, tinea corporis, secondary and tertiary syphilis, mycetoma, coccidioidomycosis, and elephantiasis. It should also be differentiated from non-infectious entities such as squamous cell carcinoma, psoriasis, or sarcoidosis.<sup>2,7,11</sup>

Diagnosis includes direct examination using 10–20% potassium hydroxide (KOH) of crusts or skin fragments, particularly from so-called “black dots,” which represent transdermal fungal elimination and reveal muriform cells. Cultures are also performed on Sabouraud dextrose agar, with and without antibiotics, showing velvety colonies in dark brown, olive green, or black. Differentiation among fungal species is difficult and relies on reproductive structures and molecular identification.<sup>1,2,12</sup> Histopathology usually reveals hyperkeratosis, pseudoepitheliomatous hyperplasia, neutrophilic microabscesses containing muriform cells, and tuberculoid-type granulomas.<sup>10,13</sup>

It is a difficult-to-treat, refractory disease; however, various therapeutic approaches have been proposed, ranging from the use of antifungals—primarily itraconazole, voriconazole, amphotericin B, and terbinafine.<sup>1,7,14</sup> In the case of oral itraconazole, the recommended dose is 200 mg/day for 6 to 12 months; terbinafine is administered at 250–500 mg/day for 12 months.<sup>9</sup> Other treatment options described include surgery, cryotherapy, electrosurgery, radiotherapy, CO2 laser, and photodynamic therapy, particularly when the lesion is small.<sup>2,10,15</sup>

CLINICAL CASE

A 77-year-old male patient, dedicated to agriculture, with a medical history of type II diabetes mellitus, arterial hypertension, heart failure, and renal

insufficiency, presented with a lesion on the right forearm (Figure 1) of several months' evolution. He described it as a scar that had been progressively increasing in size and causing pruritus, but without pain or any applied treatment. Physical examination revealed localized dermatosis on the right forearm characterized by an atrophic, scar-like plaque (Figure 2) with an

erythematous base, infiltration, and peripheral scaling areas (Figure 3), approximately 7 cm in diameter. A skin biopsy and fungal culture were performed (Figure 4), which identified *Cladosporium* spp. (Figure 5). Treatment with itraconazole was initiated; however, the patient passed away due to complications from his other underlying conditions.



Figure 1: Lesion on right forearm.

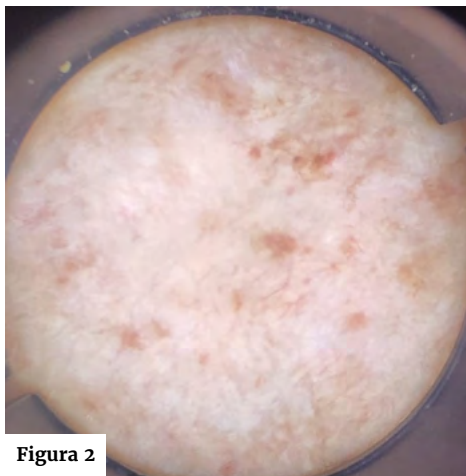


Figura 2

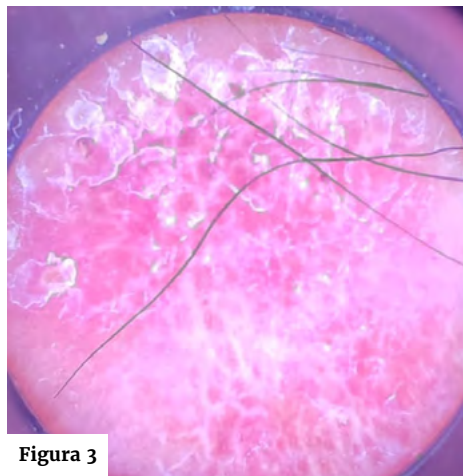


Figura 3

Figure 2: Scar-like lesion.

Figure 3: Scaling area with erythematous base.

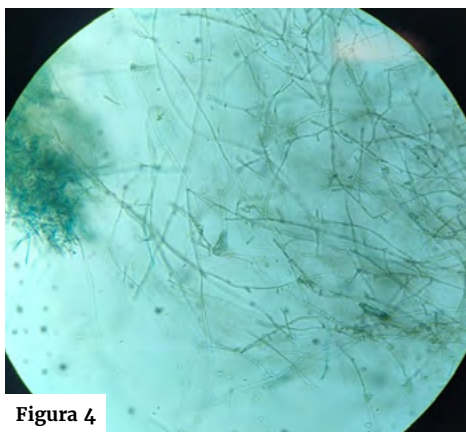


Figura 4



Figura 5

Figure 4: *Cladosporium* spp.

Figure 5: Velvety black colonies.

## DISCUSSION

Chromoblastomycosis represents a medical challenge due to its chronicity, clinical variability, and resistance to treatment. It primarily affects rural and vulnerable populations, such as agricultural workers. The clinical presentation makes differential diagnosis difficult with other infectious and non-infectious diseases, such as verrucous tuberculosis, leishmaniasis, leprosy, and even squamous cell carcinoma—or, as in our case, it was mistaken for a scar.

Definitive diagnosis is based on the identification of muriform bodies through direct examination or fungal culture, although molecular techniques have proven to be valuable tools for differentiating species. However, these are not always available in endemic areas.

Treatment remains a challenge. Although antifungals such as itraconazole and terbinafine have shown efficacy, the prolonged duration and potential lack of adherence complicate clinical outcomes. Complementary methods such as surgery or cryotherapy can be helpful but are limited to small lesions and require access to specialized services.

It is crucial to promote preventive strategies and education in at-risk communities. Furthermore, research into more effective and accessible treatments is necessary to address this debilitating disease, thereby improving clinical outcomes and the quality of life of affected patients.

## CONCLUSION

Chromoblastomycosis is a chronic and difficult-to-manage fungal infection, prevalent in tropical and subtropical areas, primarily affecting agricultural workers exposed to trauma from wood or vegetation. Its clinical diversity and slow progression can delay diagnosis, worsening its impact on quality of life. Although multiple therapeutic options exist, such as antifungal agents and surgical procedures, treatment is prolonged and often refractory. Prevention, through

measures such as the use of footwear and adequate protective equipment, is crucial to reducing its incidence, especially in at-risk populations.

## INFORMED CONSENT

The patient included in this study signed the informed consent form, approving the use of their images and clinical data exclusively for research and scientific publication purposes. It is guaranteed that no personal data was provided, nor were any photographs used that could allow their identification.

## REFERENCES

1. Carrasco-Zuber JE, Navarrete-Dechent C, Bonifaz A, Fich F, Vial-Letelier V, Berroeta-Mauriziano D. Cutaneous Involvement in the Deep Mycoses: A Literature Review. Part I-Subcutaneous Mycoses. Vol. 107, *Actas dermo-sifiliograficas*. 2016. p. 806–15.
2. de Brito AC, Bittencourt M de JS. Chromoblastomycosis: An etiological, epidemiological, clinical, diagnostic, and treatment update. *An Bras Dermatol*. 2018 Jul 1;93(4):495–506.
3. López Mayra Marisela S. Diagnóstico microbiológico de la Cromoblastomycosis en Latinoamérica. UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD CARRERA LABORATORIO CLÍNICO E HISTOPATOLÓGICO. 2022. Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/9416>
4. Morand JJ. Manifestaciones cutaneomucosas de las micosis profundas y/o tropicales (excluidas las candidiasis). *EMC - Dermatología*. 2012 Dec;46(4):1–12.
5. Fernández Ronquillo TE, Acosta Y, Almeida R. Cromoblastomycosis en el Ecuador. *Medicina (B Aires)*. 2019 Feb 11;19(4):246–51.
6. Marina Romero Navarrete, Roberto Arenas, Víctor Fernando Muñoz Estrada, Carlos Enrique Atoche Diéguez, Jorge Mayorga, Alexandro Bonifaz, et al. Cromoblastomycosis en México: revisión de 603 casos en siete décadas. *Dermatología CMQ*. 2014;12(2):87–93.
7. Badilla Ramírez Y, Madrigal Zúñiga K, Lara Campos P. Cromoblastomycosis: características clínicas y microbiológicas. *Gestión en Salud y Seguridad Social [Internet]*. 2023 Dec 6;2(1):e197. Available from: <https://www.binasss.sa.cr/ojsalud/index.php/gestion/article/view/197>

8. Badilla Ramírez Y, Madrigal Zúñiga K, Lara Campos P. Cromoblastomicosis: características clínicas y microbiológicas. *Gestión en Salud y Seguridad Social* [Internet]. 2023 Dec 6;2(1):e197. Available from: <https://www.binasss.sa.cr/ojssalud/index.php/gestion/article/view/197>
9. Clínico C, Nacional U, Gallo PR, Lambayeque P, Ventura-Flores R, Failoc-Rojas V, et al. Cromoblastomicosis: características clínicas y microbiológicas de una enfermedad desatendida [Internet]. 2017. Available from: [www.sochinf.cl](http://www.sochinf.cl)
10. Toro Álvarez A, Lotero Cadavid Á, Morales Posada C, García Rincón C. *Cladosporium* spp. como causante de cromomicosis verrucosa. *Piel*. 2021 Jun 1;36(6):421-4.
11. Gaviria-Giraldo CM, Cardona-Castro N. Esporotricosis y cromoblastomicosis: revisión de la literatura. *Ces Medicina* [Internet]. 2017;31(1):77-91. Available from: <http://revistas.ces.edu.co/index.php/medicina/article/view/77>
12. Chávez N, Rosero C, Nuñez M, Vicuña Y, Guevara Á, Quito DE. Cromoblastomicosis en Ecuador: reporte de caso. 2022. Available from: <https://www.rcderm.org/index.php/rcderm/article/view/425/435>
13. Leiro, V., Fernández Pardal, P., Coringrato, M., Piñeiro, O., Maronna, E., & Santiso, G. (2023). Cromoblastomicosis: abordaje con terapia combinada. *Actualizaciones En Sida E Infectología*, 31(112). <https://doi.org/10.52226/revista.v31i112.16>
14. Muñoz Estrada VF, Valenzuela Paz GA, Rochín Tolosa M. Cromomicosis: Reporte de un caso con topografía atípica. *Rev Iberoam Micol*. 2011 Jan;28(1):50-2.
15. Bassas-Vila J, Fuente MJ, Guinovart R, Ferrándiz C. Cromomicosis. Respuesta al tratamiento combinado con crioterapia y terbinafina. Vol. 105, *Actas Dermo-Sifiliograficas*. Ediciones Doyma, S.L.; 2014. p. 196-8.

## ORCID

Jéssica Sandoval  <https://orcid.org/0009-0000-1975-8039>

Fernanda Ron  <https://orcid.org/0000-0002-4752-0244>

Cindy Tipán  <https://orcid.org/0009-0003-3120-2473>

Estefany Proaño  <https://orcid.org/0000-0001-7522-084X>

## CASO CLÍNICO

# Localización inusual de Carcinoma Verrucoso: a propósito de un caso

Lucy Ortiz,<sup>\*</sup> Maite Santillán,<sup>\*</sup> Paulina Dassum,<sup>\*\*</sup> Cristina Pazmiño,<sup>\*\*</sup> Soonyi Romo,<sup>\*\*</sup> Cristina Solorzano<sup>\*\*\*</sup>

- \* Médicos posgradistas en Dermatología de la Universidad Espíritu Santo, Guayaquil – Ecuador.  
\*\* Médicos posgradistas en Dermatología de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil – Ecuador  
\*\*\* Dermatóloga “Úraga, Dermatología y Estética.

Correspondencia:

Lucy Ortiz

lucyortiz\_94@hotmail.com

Palabras claves: carcinoma verrucoso, carcinoma de células escamosas, extremidades

Cómo citar este artículo: Ortiz L., Santillán M., Dassum P., Pazmiño C., Romo S. Localización inusual de Carcinoma Verrucoso: a propósito de un caso – Reporte de un caso clínico. Rev Dermatol Cent Úraga. 2025;7(2).

Fecha de recepción: 13/12/2024

Fecha de aceptación: 25/02/2025

## RESUMEN

El carcinoma verrucoso es una variante bien diferenciada del carcinoma de células escamosas con bajo riesgo de complicaciones sistémicas, pero localmente agresivo. Afecta más al sexo masculino con un rango entre los 50–60 años. Se asocia al virus del papiloma humano y la mayoría de los casos se presentan en cavidad oral, área genital y plantar. Sin embargo, las presentaciones en extremidades son infrecuentes y dada su rareza, la incidencia es incierta. Debido a su baja incidencia es común que sea infradiagnosticado por su similitud clínica con otras patologías cutáneas. Histológicamente, el diagnóstico puede ser difícil debido al engañoso aspecto benigno del tumor. La excéresis total de la lesión es el tratamiento de elección o la cirugía micrográfica de Mohs. Presentamos el caso de un paciente de 75 años de edad con una tumoración exofítica que había crecido lentamente en los últimos 5 años, posterior a quemadura en pierna.

## INTRODUCCIÓN

El carcinoma verrucoso es una variante infrecuente del carcinoma espinocelular, con un riesgo bajo de complicaciones sistémicas, pero localmente agresivo, con destrucción local del tejido y recurrencia. Descrito inicialmente por Ackerman en 1948 como un carcinoma de la cavidad bucal, este tumor puede aparecer tanto en mucosas como también en piel. Cuando involucra la cavidad oral se lo conoce como “papilomatosis oral florida,” en el tracto genitourinario se denomina “tumor de Buschke–Lowenstein” y cuando aparece en el pie “epitelioma cuniculatum,” siendo éstas las formas más frecuentes de presentación.<sup>1,2</sup>

La patogénesis del carcinoma verrucoso es incierta y debatible. Se ha informado que los tipos del virus del

papiloma humano 6 y 11, 16 y 18 y 16 están fuertemente asociados con dicha tumoración en cavidad bucal, región genital y pie, respectivamente. Además, la inflamación como también el traumatismo, tanto en lesiones crónicas mecánicas y químicas de la piel, pueden considerarse un posible factor en el desarrollo del carcinoma verrucoso, relacionándose principalmente con el sitio del tumor.<sup>3</sup>

El carcinoma verrucoso predomina en el sexo masculino afectando con mayor frecuencia a los de mediana y avanzada edad, con un rango promedio de entre 50 a 60 años. A diferencia del escamo celular típico, el carcinoma verrucoso es raro en los sitios expuestos como las extremidades, y rara vez ocurre en cuero cabelludo

y cara. El diagnóstico debe ser oportuno y la exéresis quirúrgica es el tratamiento de elección.

## CASO CLÍNICO

Paciente sexo masculino de 75 años de edad, que sufrió quemadura en pierna hace 23 años, acudió por cuadro clínico de 5 años de evolución, caracterizado por tumoración verrucosa, papilomatosa de 6 cm aproximadamente localizada en fosa poplítea, cuyo crecimiento fue paulatino extendiéndose linealmente en cara posterior de muslo, la cual fue asintomática (Figura 1). Se realizó biopsia incisional con diagnóstico presuntivo de carcinoma escamocelular. El reporte indicó, marcada acantosis, papilomatosis e hiperqueratosis; poca atipia, algunas células con queratinización individual y grupal, formando perlas córneas y exocitosis multifocal de linfocitos. La dermis con vasos sanguíneos e infiltrado linfoplasmocitario (Figura 2). Con las características histopatológicas mencionadas se diagnosticó carcinoma verrucoso. El paciente fue referido a un hospital de especialidad donde realizaron varias cirugías en el lapso de 6 meses hasta finalmente realizar exéresis amplia, reconstrucción con injerto y estudio del ganglio centinela, el cual resultó negativo. Paciente actualmente se encuentra libre de tumor, sin recidivas.

Figura 1 Tumoración verrucosa, papilomatosa de 6 cm aproximadamente localizada en fosa poplítea.



## DISCUSIÓN

El carcinoma verrucoso es un tumor altamente diferenciado y considerado como una variante del carcinoma escamocelular que se caracteriza por ser de crecimiento lento con baja probabilidad de metástasis y de buen pronóstico.<sup>1,4</sup> La localización más típica es en región plantar con una frecuencia del 53%, sin embargo, existen pocos casos reportados en región poplítea.<sup>1,2</sup> En varios casos de carcinoma verrucoso, se informó que el tumor surgió de lesiones preexistentes con inflamación crónica, como una úlcera crónica, un quiste inflamado o una cicatriz de quemadura.<sup>9</sup> Clínicamente se presenta como un tumor exofítico con proyecciones epiteliales y una base amplia que puede llegar a ulcerarse e incluso llegar a presentar linfadenopatía.<sup>6,7,11,12</sup>

Debido a su baja incidencia es común que sea infradiagnosticado por su similitud clínica con otras patologías como hiperplasia pseudoepiteliomatosa, verruga viral, condiloma acuminado gigante y tuberculosis verrucosa.<sup>1,8</sup>

Histológicamente, el diagnóstico puede ser difícil debido al engañoso aspecto benigno del tumor con muy poca atipia celular y nuclear, además de su baja actividad mitótica.

Figura 2 Acantosis, papilomatosis e hiperqueratosis; poca atipia. La dermis contiene vasos sanguíneos con infiltrado linfoplasmocitario.



Debido a este comportamiento biológico particular, son importantes las biopsias extensas de la lesión, que incluyan la zona de transición entre el tumor y la piel sana, con el fin de facilitar el diagnóstico histológico final.<sup>5,7,14</sup>

La exéresis total con un margen quirúrgico libre de al menos 1 cm es el tratamiento de elección para evitar recidivas, aunque la cirugía micrográfica de Mohs presenta mayor tasa de curación.<sup>3,7,13</sup>

En nuestro caso presentado la evaluación adecuada mediante una biopsia incisional permitió confirmar el diagnóstico, la cual es fundamental para ofrecer un tratamiento más efectivo y mejorar su pronóstico. Si bien es cierto esta variante de carcinoma escamocelular presenta bajo riesgo de complicaciones, es necesario el estudio de ganglio centinela para poder determinar la extensión de la enfermedad y realizar el tratamiento oportuno.

Existen otros tratamientos mencionados en la literatura como la radioterapia, sin embargo existen casos reportados de transformación anaplásica.<sup>4,6,9,10</sup> La quimioterapia puede reducir rápidamente el tamaño del tumor pero a largo plazo podría causar resistencia tumoral.<sup>11,12,15</sup>

## CONCLUSIÓN

El carcinoma verrucoso es una variante infrecuente. Su diagnóstico es complejo debido a su apariencia clínica engañosa, y requiere un análisis histopatológico detallado para su correcta identificación. En nuestro caso, se presenta una particularidad relevante: un carcinoma verrucoso localizado sobre una quemadura. Según la literatura, se ha observado que este tipo de carcinoma puede desarrollarse en cicatrices, aunque la relación exacta entre las quemaduras y la aparición del carcinoma verrucoso no está completamente establecida.

La inflamación crónica y el trauma repetido en el área de la quemadura podrían ser factores que favorezcan su desarrollo. Además, aunque el virus del papiloma humano (VPH) podría tener un papel en algunos casos, no hay suficiente evidencia para considerarlo un factor etiológico predominante en la mayoría de los casos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ye Q, Jia M, Deng LJ, Fang S. Cutaneous Verrucous Carcinomas: A Review. *J Cutan Med Surg.* marzo de 2023;27(2):150-6.
2. Hicks A, Battle LJ, Cates J. Growing Painful Nodule on the Lower Lip.
3. Boettler MA, Gray AN, Brodsky MA, Shahwan KT, Carr DR. Mohs micrographic surgery for verrucous carcinoma: a review of the literature. *Arch Dermatol Res.* 16 de septiembre de 2022;315(2):133-7.
4. Jungmann J, Vogt T, Müller CSL. Giant verrucous carcinoma of the lower extremity in women with dementia. *BMJ Case Rep.* 9 de julio de 2012;2012:bcr2012006357.
5. Abhivardhan D, Bhadram V, Kumar S, Jagadeesh AB, Sushma P. Verrucous Carcinoma of the Leg – A Rare Variant of Squamous Cell Carcinoma in an Unusual Site: A Case Report.
6. Janicke EC, Bacigalupi RM, Kerisit KG, Ragland HP. Verrucous Carcinoma on the Lower Extremities.
7. Rohmah RN, Yamsun M, Syafii SHN. Rare cutaneous verrucous carcinoma in the femoral region: a case report. *Universa Med.* 4 de agosto de 2023;42(2):240-8.
8. Department of Dermatology and Venerology, University Hospital Hassan II, Fez, Morocco, Boularbah S, Sougih M, Department of Dermatology and Venerology, University Hospital Hassan II, Fez, Morocco, Oujdi S, Department of Dermatology and Venerology, University Hospital Hassan II, Fez, Morocco. Verrucous squamous cell carcinoma complicating chronic intertrigo. *Our Dermatol Online* [Internet]. 1 de abril de 2023 [citado 13 de noviembre de 2024];14(2). Disponible en: [http://www.odermatol.com/issue-in-html/2023-2-18-verrucous\\_scc/](http://www.odermatol.com/issue-in-html/2023-2-18-verrucous_scc/)
9. Ye Q, Jia M, Deng LJ, Fang S. Cutaneous Verrucous Carcinomas: A Review. *J Cutan Med Surg.* marzo de 2023;27(2):150-6.
10. Nnko KA, Rwakatema DS, Bina SM, Mwita SF, Mremi A. Management of huge verrucous carcinoma of lower lip: A case report at a tertiary hospital in northern Tanzania. *Clin Case Rep.* junio de 2023;11(6):e7457.
11. Chai K, Liu J, Xiao R, Zhang G, Zhan Y. A huge verrucous carcinoma of the lower lip reconstructed by double Abbe flap: A case report and literature review. *Front Oncol.* 27 de enero de 2023;13:1086963.

12. Boularbah S, Soughi M, Oujdi S, El Fid K, Douhi Z, Baybay H, et al. Verrucous squamous cell carcinoma complicating chronic intertrigo. *Our Dermatol Online* 2.2023.
13. Nur Rohmah R, Yamsum M, Hidayah S. Rare cutaneous carcinoma in the femoral region: a case report. *Univ Med*. 2023; 42(2).
14. Zanini M. Carcinoma verrucoso. *Med Cutan Iber Lat Am*. 2011; 39(1): 26–29.
15. Prince A, Harms P, Harms K, Kozlow J. Verrucous Carcinoma of the Foot: A Retrospective Study of 19

Cases and Analysis of Prognostic Factors Influencing Recurrence. *Cutis* 2022; 109(3): E21–E28.

## ORCID

---

Lucy Ortiz  <https://orcid.org/0000-0002-2687-0309>

Maite Santillán  <https://orcid.org/0000-0002-1366-8187>

Paulina Dassum  <https://orcid.org/0009-0007-3049-977X>

Cristina Pazmiño  <https://orcid.org/0000-0002-0138-8129>

Soonyi Romo  <https://orcid.org/0009-0007-1248-2931>

## CASE REPORT

# Unusual Location of Verrucous Carcinoma: A Case Report

Lucy Ortiz,<sup>\*</sup> Maite Santillán,<sup>\*</sup> Paulina Dassum,<sup>\*\*</sup> Cristina Pazmiño,<sup>\*\*</sup>  
Soonyi Romo,<sup>\*\*</sup> Cristina Solorzano<sup>\*\*\*</sup>

\* Dermatology Residents, Universidad Espíritu Santo, Guayaquil – Ecuador  
\*\* Dermatology Residents, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil – Ecuador  
\*\*\* Dermatologist “Úruga, Dermatología y Estética.

Correspondence:  
Lucy Ortiz  
lucyortiz\_94@hotmail.com

Key words: carcinoma verrucoso, carcinoma de células escamosas, extremidades

How to cite this article: Ortiz L., Santillán M., Dassum P., Pazmiño C., Romo S. Localización inusual de Carcinoma Verrucoso: a propósito de un caso – Reporte de un caso clínico. *Rev Dermatol Cent Úruga*. 2025;7(2).

Date of receipt: 13/12/2024  
Date of acceptance: 25/02/2025

## ABSTRACT

Verrucous carcinoma is a well-differentiated variant of squamous cell carcinoma with low risk of systemic complications but locally aggressive behavior. It predominantly affects males between 50 and 60 years of age. It is associated with human papillomavirus (HPV), and most cases occur in the oral cavity, genital area, and soles. However, extremity presentations are rare, and due to this rarity, incidence is uncertain. It is often underdiagnosed because of its clinical resemblance to other skin conditions.

Histologically, diagnosis may be difficult due to the tumor's deceptively benign appearance. Complete excision or Mohs micrographic surgery is the treatment of choice. We present the case of a 75-year-old patient with a slowly growing exophytic tumor over the past five years, following a leg burn.

## INTRODUCCIÓN

Verrucous carcinoma is an uncommon variant of squamous cell carcinoma, with a low risk of systemic complications but locally aggressive behavior, causing tissue destruction and recurrence. First described by Ackerman in 1948 as an oral cavity carcinoma, this tumor can appear on both mucosal and cutaneous surfaces. When it affects the oral cavity, it is known as “florid oral papillomatosis,” in the genitourinary tract as “Buschke-Löwenstein tumor,” and on the feet as “epithelioma cuniculatum,” these being the most frequent presentations.<sup>1,2</sup>

The pathogenesis of verrucous carcinoma is uncertain and debated. HPV types 6, 11, 16, and 18 are strongly associated with tumors in the oral cavity, genital region, and foot, respectively. Chronic mechanical or chemical

skin lesions, inflammation, and trauma may also play a role in tumor development, especially depending on the tumor site.<sup>3</sup>

This carcinoma is more common in males, usually affecting those aged 50–60. Unlike typical squamous cell carcinoma, verrucous carcinoma rarely occurs in sun-exposed areas such as the extremities, and is seldom found on the scalp or face. Timely diagnosis and surgical excision are crucial.

## CLINICAL CASE

A 75-year-old male patient with a history of leg burn 23 years ago presented with a five-year history of a

verrucous, papillomatous tumor approximately 6 cm in size, located in the popliteal fossa. It gradually grew in a linear pattern on the posterior thigh, remaining asymptomatic (Figure 1). An incisional biopsy was performed, with a presumptive diagnosis of squamous cell carcinoma.

The pathology report showed marked acanthosis, papillomatosis, and hyperkeratosis, minimal atypia, some individual and grouped keratinizing cells forming keratin pearls, and multifocal lymphocytic exocytosis. The dermis had blood vessels and a lymphoplasmacytic infiltrate (Figure 2).

Based on these histopathological findings, verrucous carcinoma was diagnosed. The patient was referred to a specialty hospital, where several surgeries were performed over six months, culminating in wide excision, graft reconstruction, and sentinel lymph node study, which was negative. The patient is currently tumor-free, with no recurrence.

Figure 1. Verrucous, papillomatous tumor approximately 6 cm in size located in the popliteal fossa.



## DISCUSSION

Verrucous carcinoma is a highly differentiated squamous cell carcinoma variant, characterized by slow growth, low metastatic potential, and good prognosis.<sup>1,4</sup>

The plantar region is the most common site (53%), but there are few reported cases in the popliteal region.<sup>1,2</sup> In many cases, the tumor arises from pre-existing chronically inflamed lesions, such as ulcers, inflamed cysts, or burn scars.<sup>9</sup>

Clinically, it appears as an exophytic tumor with epithelial projections and a broad base, which may ulcerate or present with lymphadenopathy.<sup>6,7,11,12</sup>

Due to its rarity and resemblance to other conditions such as pseudoepitheliomatous hyperplasia, viral warts, giant condyloma acuminatum, and verrucous tuberculosis, it is frequently underdiagnosed.<sup>1,8</sup>

Figure 2. Acanthosis, papillomatosis, and hyperkeratosis; minimal atypia. The dermis contains blood vessels with a lymphoplasmacytic infiltrate.



Histologically, the diagnosis is challenging due to the tumor's benign appearance, with minimal cellular and nuclear atypia and low mitotic activity. Extensive biopsies including the transition zone between the tumor and healthy skin are crucial for accurate histopathologic diagnosis.<sup>5,7,14</sup>

Wide surgical excision with at least 1 cm of clear margins is the treatment of choice to avoid recurrence. Mohs micrographic surgery offers the highest cure rate.<sup>3,7,13</sup>

In our case, proper incisional biopsy allowed diagnostic confirmation, which is key to effective treatment and better prognosis. Although this carcinoma variant has low complication risk, sentinel lymph node study is necessary to assess disease spread and guide treatment.

Other treatments like radiotherapy have been described, but there are reports of anaplastic transformation.<sup>4,6,9,10</sup>

Chemotherapy may reduce tumor size quickly, though it can lead to long-term resistance.<sup>11,12,15</sup>

## CONCLUSION

Verrucous carcinoma is a rare variant. Its diagnosis is complex due to deceptive clinical appearance and requires detailed histopathological evaluation.

This case is notable for the tumor's location on a burn scar. Literature suggests such carcinomas may develop in scar tissue, though the exact relationship between burns and verrucous carcinoma remains unclear.

Chronic inflammation and repeated trauma at the burn site could contribute to tumor development. Although HPV may play a role in some cases, there is insufficient evidence to consider it a predominant etiological factor in most cases.

## REFERENCES

1. Ye Q, Jia M, Deng LJ, Fang S. Cutaneous Verrucous Carcinomas: A Review. *J Cutan Med Surg.* marzo de 2023;27(2):150-6.
2. Hicks A, Battle LJ, Cates J. Growing Painful Nodule on the Lower Lip.
3. Boettler MA, Gray AN, Brodsky MA, Shahwan KT, Carr DR. Mohs micrographic surgery for verrucous carcinoma: a review of the literature. *Arch Dermatol Res.* 16 de septiembre de 2022;315(2):133-7.
4. Jungmann J, Vogt T, Müller CSL. Giant verrucous carcinoma of the lower extremity in women with dementia. *BMJ Case Rep.* 9 de julio de 2012;2012:bcr2012006357.
5. Abhivardhan D, Bhadram V, Kumar S, Jagadeesh AB, Sushma P. Verrucous Carcinoma of the Leg – A Rare Variant of Squamous Cell Carcinoma in an Unusual Site: A Case Report.
6. Janicke EC, Bacigalupi RM, Kerisit KG, Ragland HP. Verrucous Carcinoma on the Lower Extremities.
7. Rohmah RN, Yamsun M, Syafie SHN. Rare cutaneous verrucous carcinoma in the femoral region: a case report. *Universa Med.* 4 de agosto de 2023;42(2):240-8.
8. Department of Dermatology and Venerology, University Hospital Hassan II, Fez, Morocco, Boularbah S, Soughi M, Department of Dermatology and Venerology, University Hospital Hassan II, Fez, Morocco, Oujdi S, Department of Dermatology and Venerology, University Hospital Hassan II, Fez, Morocco. Verrucous squamous cell carcinoma complicating chronic intertrigo. *Our Dermatol Online* [Internet]. 1 de abril de 2023 [citado 13 de noviembre de 2024];14(2). Disponible en: [http://www.odermatol.com/issue-in-html/2023-2-18-verrucous\\_scc/](http://www.odermatol.com/issue-in-html/2023-2-18-verrucous_scc/)
9. Ye Q, Jia M, Deng LJ, Fang S. Cutaneous Verrucous Carcinomas: A Review. *J Cutan Med Surg.* marzo de 2023;27(2):150-6.
10. Nnko KA, Rwakatema DS, Bina SM, Mwita SF, Mremi A. Management of huge verrucous carcinoma of lower lip: A case report at a tertiary hospital in northern Tanzania. *Clin Case Rep.* junio de 2023;11(6):e7457.
11. Chai K, Liu J, Xiao R, Zhang G, Zhan Y. A huge verrucous carcinoma of the lower lip reconstructed by double Abbe flap: A case report and literature review. *Front Oncol.* 27 de enero de 2023;13:1086963.
12. Boularbah S, Soughi M, Oujdi S, El Fid K, Douhi Z, Baybay H, et al. Verrucous squamous cell carcinoma complicating chronic intertrigo. *Our Dermatol Online* 2.2023.

13. Nur Rohmah R, Yamsum M, Hidayah S. Rare cutaneous carcinoma in the femoral region: a case report. *Univ Med.* 2023; 42(2).
14. Zanini M. Carcinoma verrucoso. *Med Cutan Iber Lat Am.* 2011; 39(1): 26–29.
15. Prince A, Harms P, Harms K, Kozlow J. Verrucous Carcinoma of the Foot: A Retrospective Study of 19 Cases and Analysis of Prognostic Factors Influencing Recurrence. *Cutis* 2022; 109(3): E21–E28.

## ORCID

---

Lucy Ortiz  <https://orcid.org/0000-0002-2687-0309>

Maite Santillán  <https://orcid.org/0000-0002-1366-8187>

Paulina Dassum  <https://orcid.org/0009-0007-3049-977X>

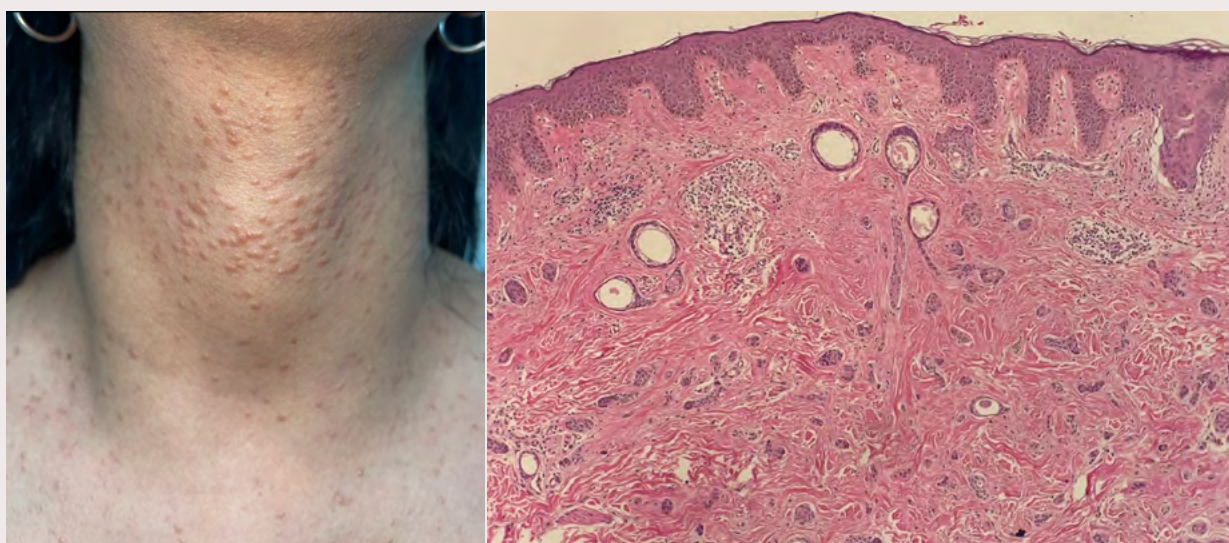
Cristina Pazmiño  <https://orcid.org/0000-0002-0138-8129>

Soonyi Romo  <https://orcid.org/0009-0007-1248-2931>

## DERMATOLOGÍA EN IMÁGENES

## Lesiones sutiles, un reto diagnóstico: Siringomas Localizados

Lesly López,<sup>✉</sup> Camila Félix,<sup>✉</sup> Yadira Aguilar<sup>✉</sup>



Mujer de 25 años con antecedentes de lupus eritematoso sistémico y nefritis lúpica en tratamiento activo. La paciente refiere la aparición de lesiones cutáneas asintomáticas en el cuello desde los 21 años, con un curso insidioso y aumento progresivo en cantidad. Las lesiones se exacerbaban tras la exposición solar. Fue tratada inicialmente con peróxido de benzoilo ante la sospecha de acné esteroideo por uso de corticoides dentro del esquema de tratamiento de su enfermedad de base; sin embargo, las lesiones persistieron sin mejoría.

En la exploración física, se observan pápulas eucrómicas de aspecto ligeramente brillante, con un tamaño de 2 a 4 mm, dispuestas de manera aislada y sin ten-

dencia a la confluencia. (Figura 1). Estas lesiones se localizan exclusivamente en la región anterior del cuello, extendiéndose hacia el área del escote.

Se realizó una biopsia de piel que mostró una proliferación tumoral caracterizada por pequeños conductos revestidos por una doble hilera de células cúbicas, algunas de las cuales presentaban dilatación y contenido eosinófilo. El estroma fibroso del colágeno observado es histológicamente compatible con el diagnóstico de siringomas. (Figura 2).

Los siringomas son tumores benignos localizados en los conductos terminales de las glándulas ecrinas.

\* Dermatóloga, Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, Quito, Ecuador

Correspondencia: Dra. Lesly López  
Quito. José Luis Tamayo y Alfredo Baquerizo Moreno  
carolina-dlm@outlook.com  
0995563082

Se distingue por lesiones solitarias hemisféricas o planas de tonalidad amarilla pálida o parduzca, con un diámetro de 1 a 4 mm, densas y sin confluencia.<sup>1</sup>

Las pápulas afectan principalmente los párpados y mejillas en mujeres jóvenes, pero en algunos casos también aparecen en extremidades y vulva.<sup>2</sup>

La causa de los siringomas continúa siendo incierta, pero sugiere que los desbalances hormonales son el factor principal, considerando la edad de aparición en la primera adultez.<sup>3</sup> Afectan al 1% de la población global.

Los cuatro tipos de siringomas son de tipo local, eruptivo, relacionado con el síndrome de Down y de tipo familiar.<sup>4</sup>

La histología es fundamental en el diagnóstico, donde se observa una proliferación circunscrita de conductos en la dermis superficial, formada por 2 capas de células cuboidales dispuestas en forma de coma, conocidas como patrón en renacuajo.<sup>5</sup>

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

El paciente incluido en este estudio han firmado el consentimiento informado, aprobando el uso de sus imágenes y datos clínicos exclusivamente con fines de

investigación y publicación científica. Se garantiza que no se han proporcionado datos personales ni se han utilizado fotografías que permitan su identificación.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Lei H, Wang Z, Ma X, Zhang Z, Feng Y, Zheng Y. Eruptive syringomas: Summary of ninety cases and a brief literature review. *J Cosmet Dermatol*. 2023;22(3):1128–33.
2. Gao P, Huang W, Ding Y, Zhang Y, Tang X. Malignant exophytic syringoma like the pitaya: Case report. *Int J Surg Case Rep*. 2024;125(110653):110653.
3. am KH, Park SW, Kwak HB, Jung ES, Lee SK, Kim DH, et al. Syringoma localized to the umbilicus. *Ann Dermatol*. 2020;32(5):434.
4. Deshmukh RS, Deo PN, Pawar SR, Karandikar M. Syringoma – a rare tumour: Case report and review of literature. *J Oral Maxillofac Pathol*. 2023;27(4):768–71.
5. Matei MC, Bernal Masferrer L, Abecia Martínez EI, Gracia-Cazaña T. Intertriginous Eruptive Syringoma. *Actas Dermosifiliogr*. 2025;116(2):T184–7.

## ORCID

Lesly López  <https://orcid.org/0009-0000-7047-0962>

Camila Félix  <https://orcid.org/0000-0002-9350-8860>

Yadira Aguilar  <https://orcid.org/0009-0006-5879-0879>

Cómo citar este artículo: López L., Félix C., Aguilar Y. Lesiones sutiles, un reto diagnóstico: Siringomas Localizado – Dermatología en Imágenes. *Rev Dermatol Cent Úraga*. 2025;7(2).

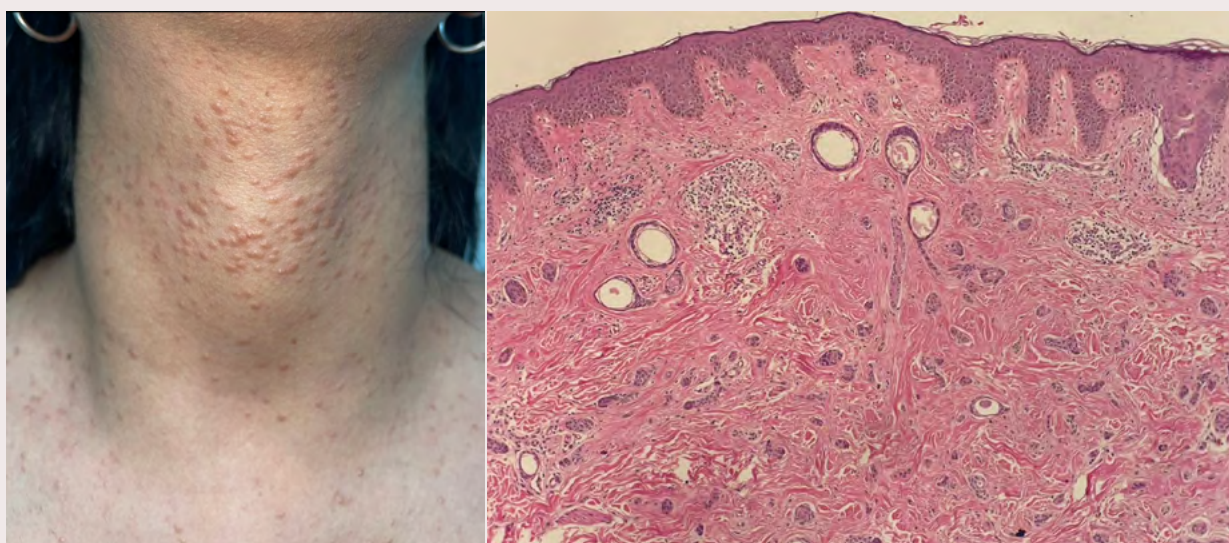
Fecha de recepción: 07/11/2024

Fecha de aceptación: 24/02/2025

## IMAGES IN DERMATOLOGY

# Subtle Lesions, a Diagnostic Challenge: Localized Syringomas

Lesly López,<sup>✉</sup> Camila Félix,<sup>✉</sup> Yadira Aguilar<sup>✉</sup>



A 25-year-old female with a history of systemic lupus erythematosus and lupus nephritis under active treatment presents with asymptomatic skin lesions on the neck, which began at age 21 with an insidious onset and progressive increase in number. The lesions worsen after sun exposure. Initially treated with benzoyl peroxide due to suspected steroid-induced acne related to her base treatment scheme; however, the lesions persisted without improvement.

Physical examination revealed, isolated, slightly shiny, normochromic papules measuring 2 to 4 mm (Figure 1). The lesions were located exclusively on the anterior

neck, extending to the upper chest area, with no tendency to coalesce.

A skin biopsy revealed a tumoral proliferation characterized by small ducts lined with two layers of cuboidal cells, some dilated and containing eosinophilic material. The surrounding fibrous collagen stroma was histologically consistent with a diagnosis of syringomas (Figure 2).

Syringomas are benign tumors originating from the terminal ducts of eccrine glands. They are characterized by solitary, hemispherical or flat lesions of pale

\* Dermatologist, Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, Quito, Ecuador

Correspondence: Dra. Lesly López  
Quito. José Luis Tamayo y Alfredo Baquerizo Moreno  
carolina-dlm@outlook.com  
0995563082

yellow or brownish color, measuring 1 to 4 mm in diameter, dense, and non-confluent.<sup>1</sup>

These papules mainly affect the eyelids and cheeks of young women but can also appear on the limbs and vulva in some cases.<sup>2</sup> The exact cause remains uncertain, but hormonal imbalances are thought to play a major role, considering their onset in early adulthood.<sup>3</sup>

Syringomas affect approximately 1% of the global population. The four main types include localized, eruptive, Down syndrome-associated, and familial forms.<sup>4</sup>

Histological examination is essential for diagnosis, revealing a circumscribed proliferation of ducts in the superficial dermis formed by two layers of cuboidal cells arranged in a comma shape—known as a tadpole pattern.<sup>5</sup>

## INFORMED CONSENT

The patient included in this study signed an informed consent form, approving the use of her images and clinical data exclusively for research and scientific publication purposes. No personal data or identifying photographs have been provided.

## REFERENCES

1. Lei H, Wang Z, Ma X, Zhang Z, Feng Y, Zheng Y. Eruptive syringomas: Summary of ninety cases and a brief literature review. *J Cosmet Dermatol*. 2023;22(3):1128–33.
2. Gao P, Huang W, Ding Y, Zhang Y, Tang X. Malignant exophytic syringoma like the pitaya: Case report. *Int J Surg Case Rep*. 2024;125(110653):110653.
3. am KH, Park SW, Kwak HB, Jung ES, Lee SK, Kim DH, et al. Syringoma localized to the umbilicus. *Ann Dermatol*. 2020;32(5):434.
4. Deshmukh RS, Deo PN, Pawar SR, Karandikar M. Syringoma – a rare tumour: Case report and review of literature. *J Oral Maxillofac Pathol*. 2023;27(4):768–71.
5. Matei MC, Bernal Masferrer L, Abecia Martínez EI, Gracia-Cazaña T. Intertriginous Eruptive Syringoma. *Actas Dermosifiliogr*. 2025;116(2):T184–7.

## ORCID

Lesly López  <https://orcid.org/0009-0000-7047-0962>  
 Camila Félix  <https://orcid.org/0000-0002-9350-8860>  
 Yadira Aguilar  <https://orcid.org/0009-0006-5879-0879>

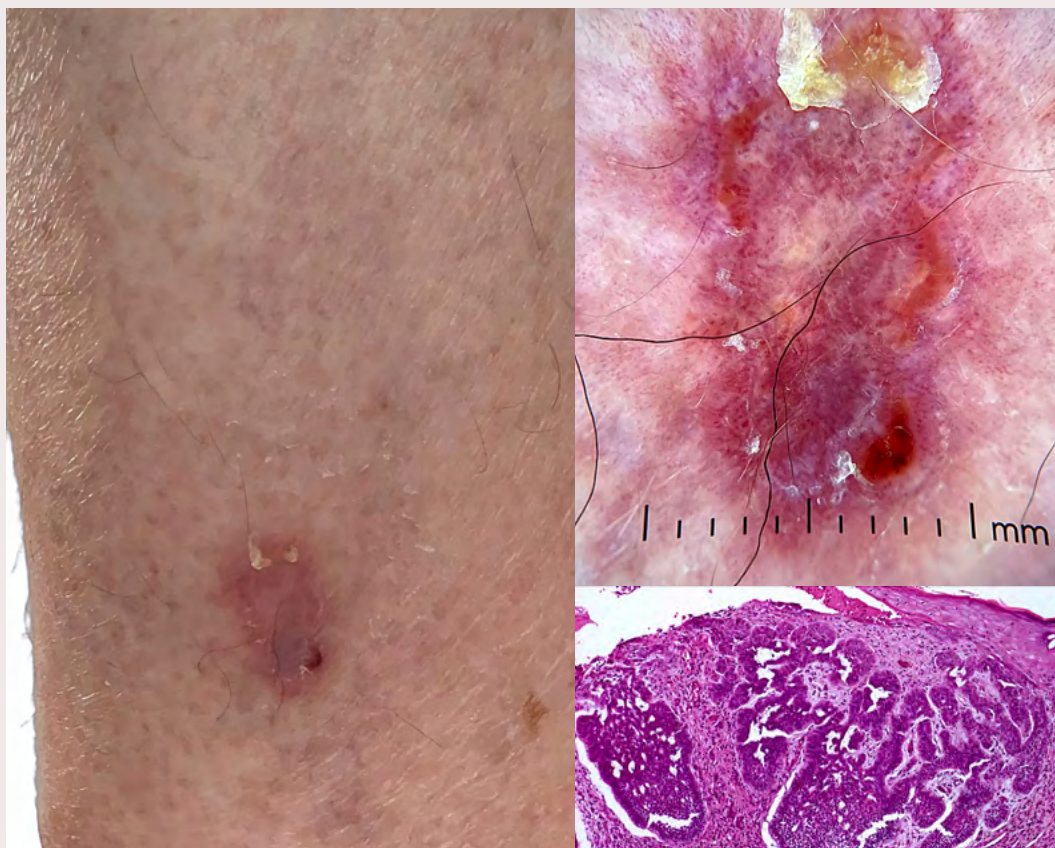
How to cite this article: López L, Félix C, Aguilar Y.  
 Lesiones sutiles, un reto diagnóstico: Siringomas Localizado – Dermatología  
 en Imágenes. *Rev Dermatol Cent Úraga*. 2025;7(2).

Fecha de recepción: 07/11/2024  
 Fecha de aceptación: 24/02/2025

## DERMATOLOGÍA EN IMÁGENES

# El carcinoma camaleón: Cuando un carcinoma basocelular se disfraza de enfermedad de Bowen

José Plata,<sup>\*</sup> Javier Rosero,<sup>\*</sup> Santiago Palacios,<sup>\*\*</sup> Gabriela Zumárraga,<sup>\*\*\*</sup>  
Johanna Brito,<sup>\*\*\*\*</sup> Doménica Lara<sup>\*\*\*\*\*</sup>



Femenina de 74 años de edad, acude al servicio de Dermatología por presentar una lesión de 1 año de evolución, la cual ha ido creciendo y presenta sangrado esporádico. Al examen físico encontramos una placa eritematosa y queratinocítica de aproximadamente 1cm x 1.5cm de diámetro, localizada en la cara externa de

la pierna izquierda (Figura 1). En la dermatoscopia se observa una lesión no melanocítica que presenta vasos puntiformes radiales, con presencia de costra amarillenta en uno de sus extremos, y zonas blanquecinas sin estructura (Figura 2).

<sup>\*</sup> Servicio de Dermatología, Universidad Tecnológica Equinoccial (UTE), Quito, Ecuador  
<sup>\*\*</sup> Servicio de Dermatología, Centro de la Piel (CEPI), Quito, Ecuador  
<sup>\*\*\*</sup> Práctica Privada en Salud Ocupacional, Quito, Ecuador  
<sup>\*\*\*\*</sup> Servicio de Dermato-Patología, Centro de la Piel (CEPI), Quito, Ecuador  
<sup>\*\*\*\*\*</sup> Estudiante de Medicina en Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE). Quito, Ecuador

Autor de correspondencia  
 Dr. José Alfredo Plata López  
 Quito, Ecuador.  
 japl1994@hotmail.com  
 Teléfono: 0999709118

Se decide la realización de una biopsia incisional de la lesión y se obtiene el siguiente reporte: Piel cubierta por costra serohemática, con acúmulos de polimorfo-nucleares y detritus celulares. Presencia de neoplasia maligna de estirpe epitelial, constituida por células basaloideas atípicas que presentan un patrón de crecimiento cribiforme, muestran empalizada periférica, retracción peritumoral y cambio mixoide del estroma (Figura 3).

El carcinoma basocelular (CBC) es el cáncer de piel más común, conocido por su crecimiento lento y baja probabilidad de metástasis. Se desarrolla en las células basales de la epidermis y puede presentarse en diversas formas como nodular, superficial, pigmentado y morfeiforme. Aunque suele ser indolente, puede ser localmente invasivo y causar daños si no se trata adecuadamente.<sup>1</sup>

El CBC superficial puede parecerse a la enfermedad de Bowen (carcinoma escamoso in situ),<sup>2</sup> complicando el diagnóstico debido a sus similitudes clínicas. Herramientas como la dermatoscopia y la microscopía con focal de reflectancia ayudan a distinguir entre ambas condiciones.<sup>3</sup> La dermatoscopia del CBC superficial muestra un fondo amarillo-rojo con puntos azul-gris y vasos dendríticos, mientras que la enfermedad de Bowen presenta atipia queratinocítica,<sup>4</sup> patrón desestructurado de color marrón, y vasos sanguíneos visibles.<sup>5</sup>

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

El paciente incluido en este estudio ha firmado el consentimiento informado, aprobando el uso de sus imágenes y datos clínicos exclusivamente con fines de investigación y publicación científica. Se garantiza que no se han proporcionado datos personales ni se han utilizado fotografías que permitan su identificación.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Monteagudo Alvarez J, et al. Este Artículo Está Bajo Licencia de Creative Commons. vol. 25 (2021). Disponible en: <https://orcid.org/0000-0003-0751.981X>.
2. Hasbún Acuña P, Cullen Aravena R, Maturana Donaire C, Ares Mora R, Porras Kusmanic N. Pigmented basal cell carcinoma mimicking a superficial spreading melanoma. *Medwave*. 2016;16:e6805.
3. Chen KJ, Wang ZY, Han Y, Cui Y. Superficial basal cell carcinoma mimicking Bowen's disease: Diagnosis with noninvasive imaging. *Skin Res Technol*. 2023;29. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/srt.13316>.
4. Scalvenzi M, Villani A, Mazzella C, Fabbrocini G, Costa C. Cutaneous Bowen's disease: An analysis of 182 cases according to age, sex, and anatomical site from an Italian center. *Open Access Maced J Med Sci*. 2019;7:696-697. Disponible en: <https://doi.org/10.3889/oamjms.2019.123>.
5. Cox NH, Eedy DJ, Morton CA. Guidelines for Management of Bowen's Disease. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2021.

## ORCID

José Plata  <https://orcid.org/0009-0006-5971-4886>

---

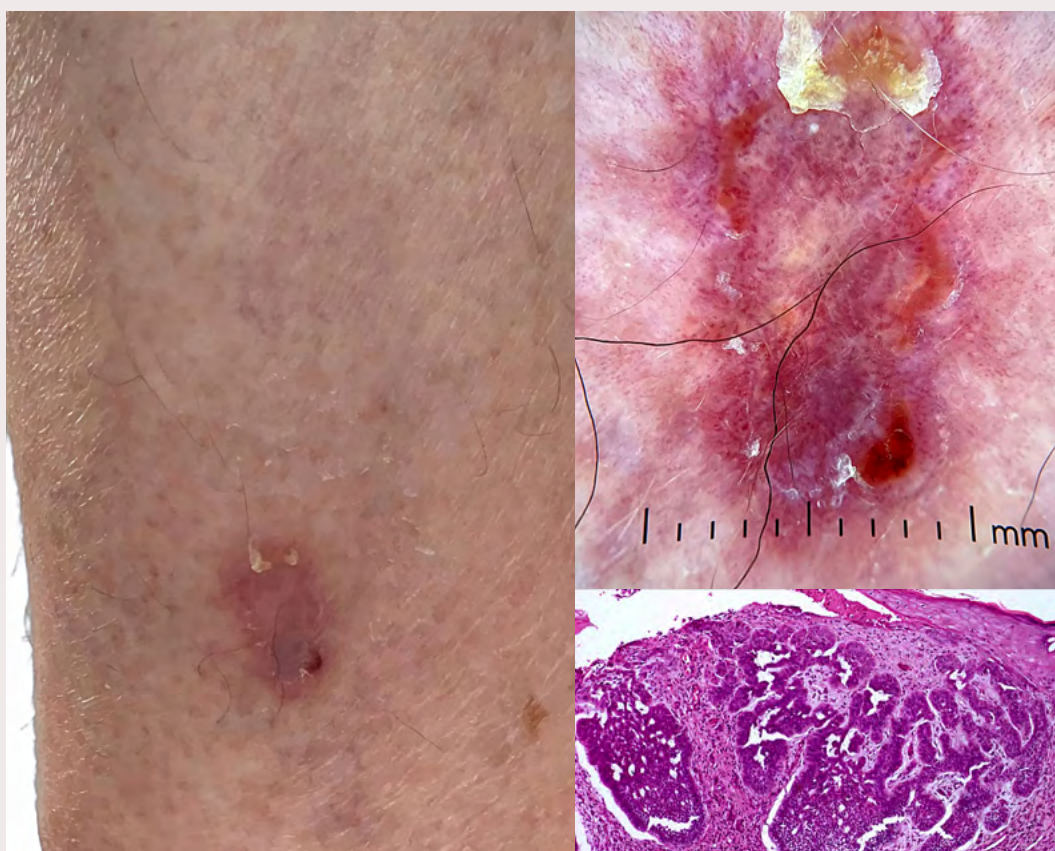
Cómo citar este artículo: Plata J, Rosero J, Palacios S, Zumárraga G, Brito Luna J, Lara D. "El carcinoma camaleón: Cuando un carcinoma basocelular se disfraza de enfermedad de Bowen - Dermatología en Imágenes. *Rev Dermatol Cent Úraga*. 2025;7(2).

Fecha de recepción: 10/02/2025  
Fecha de aceptación: 18/02/2025

## IMAGES IN DERMATOLOGY

# The Chameleon Carcinoma: When a Basal Cell Carcinoma Disguises Itself as Bowen's Disease

José Plata,<sup>\*</sup> Javier Rosero,<sup>\*</sup> Santiago Palacios,<sup>\*\*</sup> Gabriela Zumárraga,<sup>\*\*\*</sup>  
Johanna Brito,<sup>\*\*\*\*</sup> Doménica Lara<sup>\*\*\*\*\*</sup>



A 74-year-old female patient presented to the Dermatology Service with a one-year-old lesion that had progressively increased in size and showed occasional bleeding. On physical examination, an erythematous and keratotic plaque approximately 1 cm x 1.5 cm in

diameter was found on the outer aspect of the left leg (Figure 1). Dermoscopy revealed a non-melanocytic lesion with radial dotted vessels, a yellowish crust on one end, and whitish structureless areas (Figure 2).

<sup>\*</sup> Dermatology Service, Universidad Tecnológica Equinoccial (UTE), Quito, Ecuador  
<sup>\*\*</sup> Dermatology Service, Centro de la Piel (CEPI), Quito, Ecuador  
<sup>\*\*\*</sup> Private Occupational Health Practice, Quito, Ecuador  
<sup>\*\*\*\*</sup> Dermatopathology Service, Centro de la Piel (CEPI), Quito, Ecuador  
<sup>\*\*\*\*\*</sup> Medical Student, Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE), Quito, Ecuador

Autor de correspondencia  
Dr. José Alfredo Plata López  
Quito, Ecuador.  
japl1994@hotmail.com  
Teléfono: 0999709118

An incisional biopsy of the lesion was performed, and the pathology report showed: skin covered by a sero-hematic crust with clusters of polymorphonuclear cells and cellular debris. A malignant neoplasm of epithelial origin was present, composed of atypical basaloid cells with a cribriform growth pattern, peripheral palisading, peritumoral retraction, and myxoid stromal change (Figure 3).

Basal cell carcinoma (BCC) is the most common type of skin cancer, known for its slow growth and low metastatic potential. It develops from the basal cells of the epidermis and may appear in different forms such as nodular, superficial, pigmented, and morpheaform. Although usually indolent, it can be locally invasive and cause damage if not treated properly.<sup>1</sup>

Superficial BCC can resemble Bowen's disease (squamous cell carcinoma in situ),<sup>2</sup> complicating the diagnosis due to clinical similarities. Tools such as dermoscopy and reflectance confocal microscopy are useful in distinguishing between both conditions.<sup>3</sup> Dermoscopy of superficial BCC typically shows a yellow-red background with blue-gray dots and dendritic vessels, while Bowen's disease presents keratinocytic atypia,<sup>4</sup> a disorganized brown color pattern, and visible blood vessels.<sup>5</sup>

## INFORMED CONSENT

The patient included in this study signed informed consent, approving the use of their images and clinical

data exclusively for research and scientific publication purposes. No personal data were disclosed, nor were any identifying photographs used.

## REFERENCES

1. Monteagudo Alvarez J, et al. Este Artículo Está Bajo Licencia de Creative Commons. vol. 25 (2021). Disponible en: <https://orcid.org/0000-0003-0751.981X>.
2. Hasbún Acuña P, Cullen Aravena R, Maturana Doñaire C, Ares Mora R, Porras Kusmanic N. Pigmented basal cell carcinoma mimicking a superficial spreading melanoma. *Medwave*. 2016;16:e6805.
3. Chen KJ, Wang ZY, Han Y, Cui Y. Superficial basal cell carcinoma mimicking Bowen's disease: Diagnosis with noninvasive imaging. *Skin Res Technol*. 2023;29. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/srt.13316>.
4. Scalvenzi M, Villani A, Mazzella C, Fabbrocini G, Costa C. Cutaneous Bowen's disease: An analysis of 182 cases according to age, sex, and anatomical site from an Italian center. *Open Access Maced J Med Sci*. 2019;7:696-697. Disponible en: <https://doi.org/10.3889/oamjms.2019.123>.
5. Cox NH, Eedy DJ, Morton CA. Guidelines for Management of Bowen's Disease. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2021.

## ORCID

José Plata  <https://orcid.org/0009-0006-5971-4886>

How to cite this article: Plata J., Rosero J., Palacios S., Zumárraga G., Brito Luna J., Lara D. "El carcinoma camaleón: Cuando un carcinoma basocelular se disfraza de enfermedad de Bowen - Dermatología en Imágenes. *Rev Dermatol Cent Úraga*. 2025;7(2).

Date of receipt: 10/02/2025

Date of acceptance: 18/02/2025

## CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO

# Trazos Serpiginosos en la Dermatología: reporte de un caso de Elastosis Perforante Serpiginosa en una paciente con Síndrome de Down

Camila Félix,\* Lesly López,\* María Santofimio,\*\* Yadira Aguilar,\*\*\* Rosa Pacheco\*\*\*\*

\*Médico posgradista Universidad UTE

\*\*Dermatóloga, Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, Quito-Ecuador

\*\*\*Jefe Servicio Dermatología, Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, Quito-Ecuador

\*\*\*\*Patóloga, Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, Quito-Ecuador

Palabras clave: elastosis perforante serpiginosa, síndrome de Down, dermatosis perforante

Fecha de recepción: 09/11/2024

Fecha de aceptación: 01/04/2025

Correspondencia: Camila Félix  
Beethoven E223 y Pasaje Debussy  
cami\_felix95@hotmail.com | 0998007075

Cómo citar este artículo: Félix C., López L., Santofimio M., Aguilar Y., Pacheco R. Trazos Serpiginosos en la Dermatología: Haga su diagnóstico. Rev Dermatol Cent Úraga. 2025;7(2).

## HAGA SU DIAGNÓSTICO

Se presenta el caso de paciente femenina, 25 años de edad, con antecedentes personales de Síndrome de Down, acude a consulta por la presencia de lesiones dérmicas localizadas en antebrazos de dos años de evolución, aparecieron sin causa aparente y se acompañan de prurito intenso, se ha tratado previamente con emolientes y corticoides tópicos, sin mejoría. Al examen físico, presenta una dermatosis localizada en cara dorsal de antebrazos bilateral caracterizada por pápulas eritemato-violáceas hiperqueratósicas agrupadas en un patrón pseudoanular. (Figura 1 y 2)



Figura 1 y 2. Pápulas hiperqueratósicas eritematovioláceas pseudoanulares en cara dorsal de antebrazos.

## ¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO?

Se realizó biopsia de piel que reportó acantosis irregular, hiperqueratosis con paraqueratosis y folículos dilatados a través de los cuales hay salida de colágeno y tejido elástico, se observa un tapón de queratina dentro de una invaginación de la epidermis, rodeado por acantosis e hiperqueratosis (Figura 3A), y en la tinción de Verhoeff-van Gieson se observa la eliminación transepidermica de fibras elásticas en negro, hallazgos compatibles con una dermatosis perforante. En base a esto y a sus características clínicas y por su antecedente de Síndrome de Down, se lo catalogó como elastosis perforante serpiginosa. Se envió tratamiento tópico con ácido retinoico al 0,1% en espera de resultados.

## DISCUSIÓN

La elastosis perforante serpiginosa (EPS) es una enfermedad clasificada como dermatosis perforante primaria poco común. Afecta mayoritariamente a hombres que mujeres y aparecen a inicios de la edad adulta.<sup>1</sup> Los lugares más frecuentes de afectación son el cuello, cara, brazos y otras áreas de pliegues.<sup>2</sup> Presenta mayor asociación con enfermedades genéticas como: síndrome de Down, síndrome de Ehlers Danlos, osteogénesis imperfecta, síndrome de Marfán, psuedoxantoma elástico, síndrome de Rothmund Thompson y acrogeria.<sup>3</sup>

La producción de un exceso de fibras elásticas con alteraciones morfológicas y bioquímicas, que con frecuencia se asocia con alteraciones coexistentes de las fibras colágenas, es el desencadenante. Como material extraño, las fibras elásticas alteradas son eliminadas a través de conductos transepidermicos.<sup>4</sup> Se ha sugerido que la alteración de la función fagocítica en estos pacientes podría facilitar la eliminación epidérmica como una forma alternativa de eliminar estos detritos celulares.<sup>5</sup>

La EPS suele manifestarse como pápulas pequeñas queratósicas dispuestas en un patrón anular o serpiginoso, con lesiones asintomáticas o pruriginosas. Los diagnósticos diferenciales de esta entidad incluyen: granuloma anular, sarcoidosis, calcinosis cutánea y tiña corporis.<sup>6</sup>

Los hallazgos histopatológicos incluyen: aumento de las fibras elásticas gruesas y homogéneas en la dermis papilar. Estas fibras se eliminan a través de conductos llenos de fibras elásticas fragmentadas y detritos nucleares basófilos. Al entrar en el canal, que normalmente está recubierto por un tapón de queratina, las fibras elásticas pierden sus propiedades tintoriales.

La epidermis se vuelve hiperplásica y acantósica, con una apariencia de garra, tratando de absorber las fibras elásticas extrañas.<sup>7</sup>

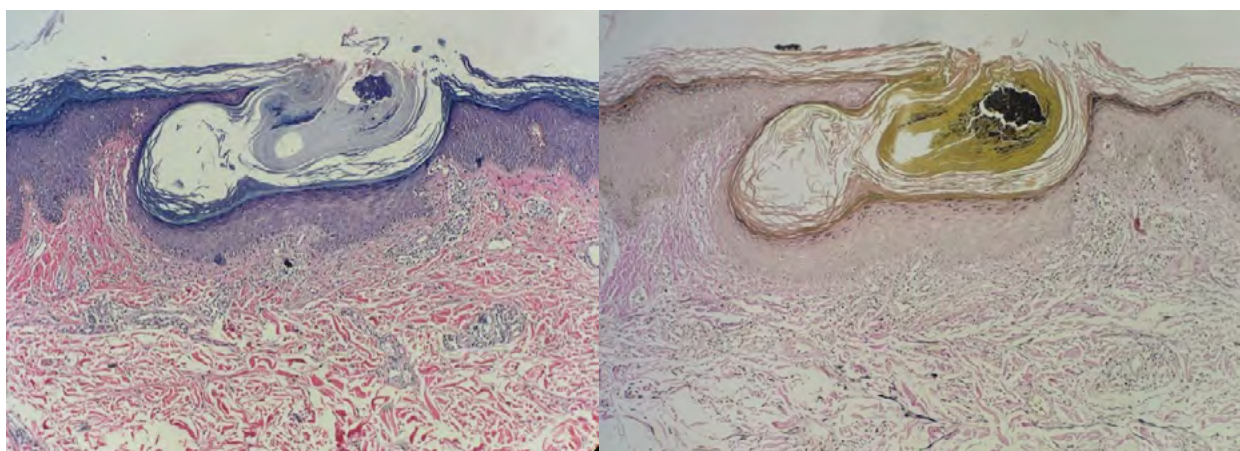


Figura 3. A. Tapón de queratina dentro de invaginación de epidermis rodeado por acantosis e hiperqueratosis. B. Eliminación transepidermica de fibras elásticas (negro) (tinción de Verhoeff-van Gieson).

El tratamiento de la EPS es desafiante, y aunque los corticoides tópicos son comúnmente utilizados, su efectividad es limitada. Las opciones de tratamiento incluyen retinoides tópicos, tacrolimus, láser CO<sub>2</sub>, crioterapia y fototerapia UVB de banda estrecha, las cuales han mostrado eficacia variable en la reducción de las lesiones y el alivio del prurito. Dado que la EPS puede ser crónica y refractaria, un enfoque terapéutico individualizado y un seguimiento regular son esenciales para mejorar la calidad de vida del paciente.

En conclusión, la elastosis perforante serpiginosa es una entidad rara que se asocia frecuentemente con condiciones genéticas como el síndrome de Down. Su presentación clínica, caracterizada por pápulas hiperqueratósicas en un patrón serpiginoso, junto con los hallazgos histopatológicos de eliminación transepitelial de fibras elásticas, es crucial para su diagnóstico.

A pesar de la disponibilidad de varias opciones terapéuticas, a menudo presenta una resistencia a tratamientos convencionales, lo que subraya la necesidad de un manejo individualizado y multidisciplinario.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Polańska A, Bowszyc-Dmochowska M, Żaba RW, et al. Elastosis perforans serpiginosa: a review of the literature and our own experience. *Postepy Dermatol Alergol*. 2016;33(5):392–395.
2. Heusinkveld LE, Michalik D, Lucas J. Penicillamine-induced elastosis perforans serpiginosa and pseudo-pseudoxanthoma elasticum. *Int J Womens Dermatol*. 2021;7(5Part B):822–823.
3. Montesu MA, Onnis G, Gunnella S, et al. Elastosis perforans serpiginosa: causes and associated disorders. *Eur J Dermatol*. 2018;28(4):476–481.
4. Valdivieso M, Lecona M, Suárez R. Elastosis perforans serpiginosa de localización inusual en un paciente con síndrome de Down. *Actas Dermosifiliogr*. 2004;95(3):171–174.
5. Siragusa M, Romano C, Cavallari V, Schepis C. Localized elastosis perforans serpiginosa in a boy with Down syndrome. *Pediatr Dermatol*. 1997;14(3):244–6.
6. Noveir S, Wu J, Langevin K. Sustained improvement of elastosis perforans serpiginosa after isotretinoin therapy. *JAAD Case Rep*. 2024;46:23–26.
7. Bhandakkar P, Naqvi W, Burhani T. Impact of physiotherapy rehabilitation on patients with bilateral osteoarthritis knee pain – A case report. *J Evol Med Dent Sci*. 2020;9(32):2316–2317.

## ORCID

Camila Félix  <https://orcid.org/0000-0002-9350-8860>

Lesly López  <https://orcid.org/0009-0000-7047-0962>

María Santofimio  <https://orcid.org/0009-0007-7179-7220>

Yadira Aguilar  <https://orcid.org/0009-0006-5879-0879>

## WHAT IS THE DIAGNOSIS

# Serpiginous Traces in Dermatology: Case Report of Elastosis Perforans Serpiginosa in a Patient with Down Syndrome

Camila Félix,\* Lesly López,\* María Santofimio,\*\* Yadira Aguilar,\*\*\* Rosa Pacheco\*\*\*\*

\*Postgraduate Physician, Universidad UTE

\*\*Dermatologist, Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, Quito-Ecuador

\*\*\*Head of the Dermatology Service, Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, Quito-Ecuador

\*\*\*\*Pathologist, Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, Quito-Ecuador

Key words: elastosis perforans serpiginosa, Down syndrome, perforating dermatosis

Date of receipt: 09/11/2024

Date of acceptance: 01/04/2025

Correspondence: Camila Félix  
Beethoven E223 y Pasaje Debussy  
cami\_felix95@hotmail.com | 0998007075

How to cite this article: Félix C., López L., Santofimio M., Aguilar Y., Pacheco R. Trazos Serpiginosos en la Dermatología: Haga su diagnóstico. Rev Dermatol Cent Úraga. 2025;7(2).

## WHAT'S YOUR DIAGNOSIS?

We present the case of a 25-year-old female patient with a personal history of Down syndrome. She presented cutaneous lesions on the forearms for two years. They appeared without apparent cause and were accompanied by intense pruritus. She had previously been treated with emollients and topical steroids without improvement. On physical examination, she showed a localized dermatosis on the dorsal side of both forearms, characterized by grouped erythematous-violaceous hyperkeratotic papules in a pseudo-annular pattern (Figures 1 and 2)



Figures 1 and 2. Hyperkeratotic erythematous-violaceous pseudo-annular papules on the dorsal forearms.

## WHAT IS YOUR DIAGNOSIS?

A skin biopsy was performed, showing irregular acanthosis, hyperkeratosis with parakeratosis, and dilated follicles through which collagen and elastic tissue extrude. A keratin plug was seen within an epidermal invagination, surrounded by acanthosis and hyperkeratosis (Figure 3A), and the Verhoeff-van Gieson stain revealed transepidermal elimination of elastic fibers in black, findings consistent with a perforating dermatosis. Based on these findings, clinical characteristics, and the patient's history of Down syndrome, the case was diagnosed as elastosis perforans serpiginosa. Treatment with 0.1% topical retinoic acid was initiated while awaiting results.

## DISCUSSION

Elastosis perforans serpiginosa (EPS) is a rare primary perforating dermatosis. It affects men more frequently than women and typically appears in early adulthood.<sup>1</sup> The most commonly affected areas are the neck, face, arms, and skin folds.<sup>2</sup> EPS is associated with genetic disorders such as Down syndrome, Ehlers-Danlos syndrome, osteogenesis imperfecta, Marfan syndrome, pseudoxanthoma elasticum, Rothmund-Thomson syndrome, and acrogeria.<sup>3</sup>

The condition arises from an overproduction of morphologically and biochemically altered elastic fibers, often accompanied by abnormal collagen fibers. These

altered elastic fibers, perceived as foreign material, are eliminated through transepidermal channels.<sup>4</sup> It has been suggested that impaired phagocytic function in these patients may promote epidermal elimination as an alternative pathway for cellular debris disposal.<sup>5</sup>

EPS typically presents as small keratotic papules arranged in an annular or serpiginous pattern, and lesions may be asymptomatic or pruritic. Differential diagnoses include annular granuloma, sarcoidosis, cutaneous calcinosis, and tinea corporis.<sup>6</sup>

Histopathological findings include increased thickened elastic fibers in the papillary dermis. These are extruded through channels filled with fragmented elastic fibers and basophilic nuclear debris. As they enter the channel—typically capped by a keratin plug—the fibers lose their staining properties. The epidermis becomes hyperplastic and acanthotic, with a claw-like appearance as it attempts to expel the altered elastic fibers.<sup>7</sup>

Treating EPS is challenging. Topical steroids are commonly used, but their effectiveness is limited. Treatment options include topical retinoids, tacrolimus, CO<sub>2</sub> laser therapy, cryotherapy, and narrowband UVB phototherapy. These therapies have shown variable success in reducing lesions and relieving pruritus. As EPS tends to be chronic and treatment-resistant, an individualized therapeutic approach and regular follow-up are essential to improve patient quality of life.

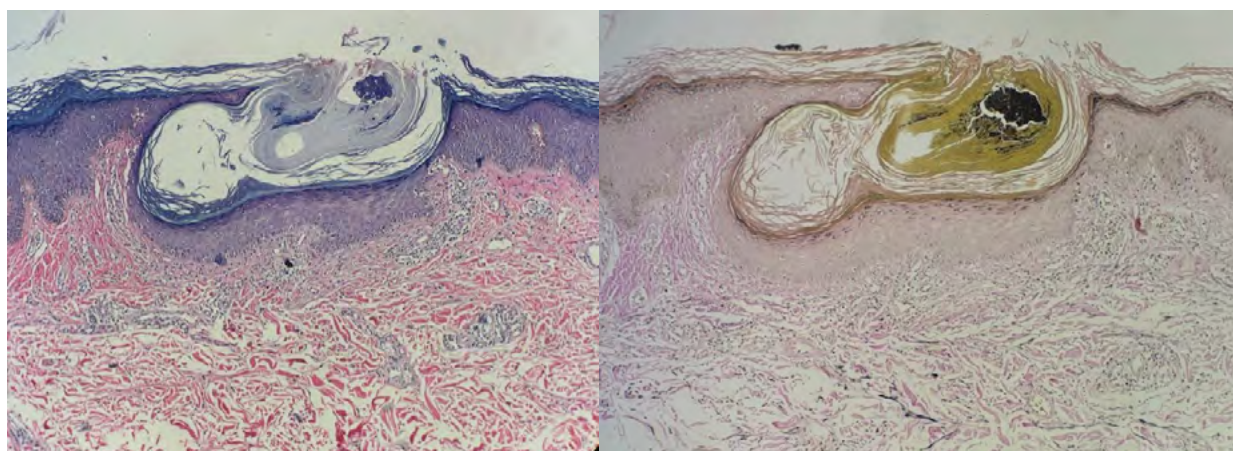


Figure 3. A. Keratin plug within an epidermal invagination surrounded by acanthosis and hyperkeratosis. B. Transepidermal elimination of elastic fibers (black) (Verhoeff-van Gieson stain).

In conclusion, elastosis perforans serpiginosa is a rare disorder often associated with genetic conditions such as Down syndrome. Its clinical presentation—characterized by hyperkeratotic papules in a serpiginous pattern—and histopathological features of transepithelial elimination of elastic fibers are crucial for diagnosis. Despite multiple available treatments, EPS often shows resistance to conventional therapies, highlighting the need for individualized and multidisciplinary management.

## REFERENCES

1. Polańska A, Bowszyc-Dmochowska M, Żaba RW, et al. Elastosis perforans serpiginosa: a review of the literature and our own experience. *Postepy Dermatol Alergol.* 2016;33(5):392–395.
2. Heusinkveld LE, Michalik D, Lucas J. Penicillamine-induced elastosis perforans serpiginosa and pseudo-pseudoxanthoma elasticum. *Int J Womens Dermatol.* 2021;7(5Part B):822–823.
3. Montesu MA, Onnis G, Gunnella S, et al. Elastosis perforans serpiginosa: causes and associated disorders. *Eur J Dermatol.* 2018;28(4):476–481.
4. Valdivieso M, Lecona M, Suárez R. Elastosis perforans serpiginosa de localización inusual en un paciente con síndrome de Down. *Actas Dermosifiliogr.* 2004;95(3):171–174.
5. Siragusa M, Romano C, Cavallari V, Schepis C. Localized elastosis perforans serpiginosa in a boy with Down syndrome. *Pediatr Dermatol.* 1997;14(3):244–6.
6. Noveir S, Wu J, Langevin K. Sustained improvement of elastosis perforans serpiginosa after isotretinoin therapy. *JAAD Case Rep.* 2024;46:23–26.
7. Bhandakkar P, Naqvi W, Burhani T. Impact of physiotherapy rehabilitation on patients with bilateral osteoarthritis knee pain – A case report. *J Evol Med Dent Sci.* 2020;9(32):2316–2317.

## ORCID

Camila Félix  <https://orcid.org/0000-0002-9350-8860>

Lesly López  <https://orcid.org/0009-0000-7047-0962>

María Santofimio  <https://orcid.org/0009-0007-7179-7220>

Yadira Aguilar  <https://orcid.org/0009-0006-5879-0879>

# — Normas de Publicación

La *Revista Dermatológica Centro Úraga* es una publicación de acceso abierto y sin costo, vigente desde el año 2019. Su principal objetivo es promover la investigación científica y contribuir al avance del conocimiento médico, sirviendo como un recurso valioso para la comunidad científica y médica con la difusión de hallazgos relevantes en el campo de la dermatología.

La publicación de las ediciones se realiza de manera continua, con ediciones cuatrimestrales (tres veces al año), bajo un riguroso proceso de revisión por pares, empleando el método de arbitraje doble ciego asignado por los editores. La revista se especializa en la divulgación de artículos originales, revisiones, reportes de casos clínicos, secciones interactivas como “*Haga su diagnóstico*” y contenidos visuales en dermatología y dermatoscopia.

Su propósito principal es abordar temas relevantes en el ámbito de la dermatología, con el fin de contribuir al desarrollo informativo e investigativo de la comunidad médica. El objetivo de esta publicación es servir como una plataforma sólida para la difusión de conocimientos científicos en dermatología, impulsando el estudio y el desarrollo de diversas patologías relacionadas con esta especialidad médica.

## Indicaciones generales

El envío de manuscritos para publicación en la *Revista Dermatológica Centro Úraga* es completamente gratuito y debe realizarse a través del correo electrónico [revista@druraga.com](mailto:revista@druraga.com), adjuntando los siguientes documentos:

1. **Documento principal:** Un archivo en formato Word que cumpla con las especificaciones detalladas en la guía de elaboración de trabajos. Enlace para descargar las plantillas de manuscritos: [https://drive.google.com/drive/folders/1jOfMJ5cbYoWw2f5HHQuNALBcSZj\\_adUm?usp=drive\\_link](https://drive.google.com/drive/folders/1jOfMJ5cbYoWw2f5HHQuNALBcSZj_adUm?usp=drive_link)
2. **Declaración de derechos de autor:** Un documento que certifique la originalidad de la investigación. Enlace para descargar la estructura de este formato: [https://drive.google.com/drive/folders/1jOfMJ5cbYoWw2f5HHQuNALBcSZj\\_adUm?usp=drive\\_link](https://drive.google.com/drive/folders/1jOfMJ5cbYoWw2f5HHQuNALBcSZj_adUm?usp=drive_link)
3. **Consentimiento informado:** Un archivo en formato PDF firmado por el/los pacientes incluidos en el estudio. Este documento dependerá de los requerimientos específicos de cada institución en la que se realice el estudio.
4. **Carpeta de imágenes:** Los autores deberán adjuntar todas las imágenes utilizadas en el artículo en formato JPG, numeradas y en alta calidad. Las imágenes deben coincidir exactamente con las que se mencionan en el artículo, respetando las numeraciones en el lado superior izquierdo y eliminando cualquier elemento que pueda identificar a los pacientes, si aplica.

Se recomienda seguir cuidadosamente estas indicaciones para asegurar un proceso de revisión y publicación fluida.

### **Periodicidad**

La *Revista Dermatológica Centro Úraga* publica tres ediciones al año en su sitio web, correspondientes a los meses de:

- Febrero
- Junio
- Octubre

### **Idioma de Publicación**

Las ediciones de la revista están disponibles en español e inglés, con el objetivo de llegar a una audiencia más amplia dentro de la comunidad científica.

### **Modo de Financiamiento**

La *Revista Dermatológica Centro Úraga* es financiada principalmente por su institución base, Úraga, Dermatología y Estética. Además, para cubrir los gastos operativos, incluye páginas publicitarias en cada edición, enfocadas en productos de laboratorios farmacéuticos.

### **Política de Antiplagio**

Cada manuscrito enviado a la *Revista Dermatológica Centro Úraga* es sometido al sistema antiplagio COMPILATIO para garantizar la originalidad de los contenidos. Se aceptará un máximo de 10% de similitud en el informe final generado por el sistema.

### **Proceso de revisión, aceptación y publicación de artículos**

#### ***Recepción del manuscrito***

El autor debe enviar el manuscrito en formato Word junto con los documentos requeridos (mencionados en la sección de información general) al correo electrónico oficial.

#### ***Revisión inicial por la Editora en Jefe***

1. La editora en jefe verifica la estructura y los componentes del artículo, revisa el formato de derechos de autor (completo y firmado), el consentimiento informado, y la carpeta de imágenes en formato JPG, asegurándose de que sean claras y correspondan exactamente al contenido del manuscrito.
2. Si el manuscrito cumple con todos los requisitos, se somete al sistema antiplagio COMPILATIO para verificar su originalidad.
  - Si el manuscrito aprueba, se notifica a los autores que se ha asignado al sistema de arbitraje de pares de doble ciego.
  - Si no cumple con los requisitos estructurales o documentales, se otorgan 7 días para realizar las correcciones.
  - Si excede el porcentaje permitido de similitud en el análisis antiplagio, se notifica a los autores que el manuscrito ha sido rechazado.
  - **Importante:** Solo se aceptará una única ronda de revisión y corrección. Si el autor vuelve a enviar el manuscrito con errores o incumple los requisitos establecidos, el manuscrito será rechazado para su publicación.

### ***Asignación a Revisor Académico***

El manuscrito aprobado en el primer filtro se asigna a un revisor especializado (nacionales e internacionales), quien evalúa exclusivamente el contenido científico bajo la modalidad de revisión por pares doble ciego, sin conocer los datos de los autores.

#### ***Plazos y manejo de revisiones:***

- El revisor tiene un plazo de 15 días para enviar sus observaciones. Si no responde, se reasigna a otro revisor.
- Si el revisor solicita correcciones, se envía un informe detallado a los autores, quienes cuentan con 7 a 12 días para realizar los ajustes (dependiendo de la complejidad de las correcciones).
- **Importante:** Solo se aceptarán dos rondas de revisión y corrección. Si el autor vuelve a enviar el manuscrito con errores o incumple los requisitos establecidos, el manuscrito será rechazado para su publicación.

### ***Revisión final por la Editora en Jefe***

Una vez aprobado por el revisor académico, el manuscrito pasa al último filtro: la revisión final y aprobación por parte de la editora en jefe.

#### ***Plazos y metodología:***

- El período de revisión final es de 7 a 15 días.
- Si se requieren ajustes, se aplica el mismo procedimiento que con los revisores académicos, otorgando a los autores un plazo adecuado para las correcciones.
- **Importante:** Solo se aceptarán dos rondas de revisión y corrección. Si el autor vuelve a enviar el manuscrito con errores o incumple los requisitos establecidos, el manuscrito será rechazado para su publicación.

### ***Aprobación y Publicación***

Tras la aprobación final, los autores reciben una carta oficial con los datos y la fecha de publicación del manuscrito.

### ***Nota importante***

Agradecemos la comprensión de los autores respecto a los tiempos asignados para las revisiones, ya que estos pueden estar sujetos a modificaciones debido a actividades adicionales o situaciones imprevistas que puedan surgir durante el proceso.

### ***Especificaciones del formato del manuscrito***

#### ***Texto principal***

- Fuente: Arial o Times New Roman.
- Tamaño: 12 puntos.
- Interlineado: 1,5 líneas.
- Alineación: Texto justificado.

#### ***Márgenes del documento Word:***

- Margen inferior y derecho: 2,00 cm.
- Margen izquierdo y superior: 3,00 cm.

### **Imágenes**

Todas las imágenes incluidas en el manuscrito deben cumplir con los siguientes requisitos:

#### **Numeración**

- En el lado superior izquierdo de cada imagen, incluir el número correspondiente.

#### **Descripción**

- Colocar una breve descripción en la parte inferior de cada imagen (por ejemplo, Figura 1: Lesión clínica inicial o Figura 2: Resultado de biopsia).

#### **Consistencia**

- Todas las imágenes deben tener el mismo tamaño, estar alineadas y presentarse de forma ordenada en el documento.

#### **Imágenes compuestas**

- Si se trata de dos imágenes unidas, deben enviarse en el documento Word en el mismo formato en que serán publicadas.

#### **Calidad**

- No se aceptan capturas de pantalla debido a la baja resolución.
- Las imágenes originales deben enviarse en alta resolución.

#### **Privacidad del paciente**

- En imágenes clínicas que incluyan rostros, los ojos del paciente deben estar cubiertos para proteger su identidad.

### **Citas y Referencias Bibliográficas**

#### **Estilo**

- Se debe utilizar el estilo Vancouver para las referencias bibliográficas.

#### **Citas en el texto**

- Para una sola cita, utilice un superíndice sin paréntesis, por ejemplo: <sup>(1)</sup>
- Para dos citas consecutivas, use superíndices separados por paréntesis, por ejemplo: <sup>(1)</sup> <sup>(2)</sup>.

#### **Formato de referencias bibliográficas**

- Las referencias deben seguir el estilo Vancouver, con el formato adecuado para libros, artículos científicos y otros recursos según las normas de este estilo.

### **Tipos de artículos que publica la revista**

Con el objetivo de facilitar la elaboración y organización de los manuscritos recibidos para su publicación en la *Revista Dermatológica Centro Úraga*, se ha diseñado una guía que sintetiza los formatos académicos requeridos para los diferentes tipos de trabajos. Enlace para descargar la guía: [https://drive.google.com/file/d/1-wIY2jJ-ZnGJ766AWlPClnnqsJwnvyRh/view?usp=drive\\_link](https://drive.google.com/file/d/1-wIY2jJ-ZnGJ766AWlPClnnqsJwnvyRh/view?usp=drive_link)

### **Artículo Original**

Un artículo original es un documento científico que presenta resultados inéditos de investigaciones realizadas por los autores, estructurado de manera que sea claro y reproducible. Este tipo de trabajo incluye un título descriptivo, un resumen de 250 palabras que resuma el objetivo, métodos, hallazgos y conclusiones, y se desarrolla con una introducción que contextualice el estudio, una sección de material y métodos que detalle el diseño y las técnicas utilizadas, resultados presentados objetivamente con apoyo de gráficos y tablas, una discusión que analice la relevancia y las implicaciones de los ha-

hallazgos, y una conclusión que resuma los aportes del estudio. Debe incluir un mínimo 30 referencias actualizadas según el estilo Vancouver, mantener un formato estandarizado y, en caso de incluir imágenes clínicas, garantizar la privacidad de los pacientes mediante el consentimiento informado. Plantilla del formato del artículo original: [https://docs.google.com/document/d/1gv6PB\\_t\\_d9tPX\\_skAEQU1ETfw\\_q3Fpcu/edit?usp=drive\\_link&ouid=106978516861795074834&rtpof=true&sd=true](https://docs.google.com/document/d/1gv6PB_t_d9tPX_skAEQU1ETfw_q3Fpcu/edit?usp=drive_link&ouid=106978516861795074834&rtpof=true&sd=true)

#### **Artículo de Revisión**

Un artículo de revisión es un documento que recopila, analiza y sintetiza información publicada previamente sobre un tema específico, con el objetivo de proporcionar una visión integral y actualizada. Este tipo de artículo debe incluir un título claro y descriptivo, un resumen de hasta 250 palabras que resuma el propósito, la metodología empleada y los hallazgos principales, así como palabras clave relacionadas con el tema. La estructura abarca una introducción que contextualice y justifique la importancia del tema, una descripción detallada de los métodos de búsqueda y selección de literatura, una discusión que interprete los hallazgos relevantes, señalando fortalezas, limitaciones y vacíos en el conocimiento, y una conclusión que sintetice los puntos clave e indique posibles áreas de investigación futura. Se debe incluir un mínimo de 30 referencias bibliográficas en estilo Vancouver, asegurando que sean actuales y científicamente relevantes.

Plantilla del formato del artículo de revisión: [https://docs.google.com/document/d/1wAGORhogut-jvBo8MM7iKginyayCFcpRk/edit?usp=drive\\_link&ouid=106978516861795074834&rtpof=true&sd=true](https://docs.google.com/document/d/1wAGORhogut-jvBo8MM7iKginyayCFcpRk/edit?usp=drive_link&ouid=106978516861795074834&rtpof=true&sd=true)

#### **Reporte de Casos Clínicos**

Un reporte de caso clínico es un documento científico que describe en detalle uno o más casos médicos relevantes, destacando su importancia y contribución al conocimiento dermatológico. Este tipo de artículo incluye un título descriptivo con la especificación del número de casos presentados, un resumen de hasta 150 palabras que resuma el propósito, características del paciente, hallazgos principales, enfoque terapéutico y resultados, además de palabras clave en orden alfabético. La estructura abarca una introducción breve que justifique la relevancia del caso, una descripción detallada del caso clínico (datos del paciente, diagnóstico, tratamiento y evolución) apoyada con imágenes clínicas claras y en alta resolución, una discusión que analice los hallazgos en comparación con la literatura existente y una conclusión que sintetice el aporte del caso a la práctica médica. Es obligatorio adjuntar el consentimiento informado del paciente y cumplir con un mínimo de 15 referencias bibliográficas en estilo Vancouver, garantizando la calidad y actualidad de las fuentes.

Plantilla del formato de reporte de casos clínicos: [https://docs.google.com/document/d/1EqhpXFkI-vlxfXKb-71Dfa4ANEMswSB\\_c/edit?usp=drive\\_link&ouid=106978516861795074834&rtpof=true&sd=true](https://docs.google.com/document/d/1EqhpXFkI-vlxfXKb-71Dfa4ANEMswSB_c/edit?usp=drive_link&ouid=106978516861795074834&rtpof=true&sd=true)

#### **Cartas al Editor**

Una carta al editor es un formato breve y estructurado dirigido al editor de la revista, que permite a los autores expresar comentarios, críticas, preguntas o reflexiones sobre temas relevantes en dermatología. Estas cartas deben incluir un título claro y descriptivo, un saludo breve al editor y un cuerpo que presente el argumento principal, respaldado con evidencias sólidas y referencias científicas. Si

la carta aborda un caso clínico, es obligatorio adjuntar imágenes clínicas en alta resolución con descripciones adecuadas y cumplir con las normativas de privacidad. El cierre debe resumir el punto principal de la carta. Se requiere un mínimo de 10 referencias bibliográficas en estilo Vancouver, asegurando que sean actuales y relevantes.

Plantilla del formato de cartas al editor: [https://docs.google.com/document/d/1IzrI-qdxVBJ2BSi-kcDAwb1\\_hTLND\\_ZhW/edit?usp=drive\\_link&ouid=106978516861795074834&rtpof=true&sd=true](https://docs.google.com/document/d/1IzrI-qdxVBJ2BSi-kcDAwb1_hTLND_ZhW/edit?usp=drive_link&ouid=106978516861795074834&rtpof=true&sd=true)

### ***Haga su Diagnóstico***

Es un escrito que presenta un caso de interés en dermatología, diseñado para estimular el análisis diagnóstico del lector. Este tipo de artículo incluye un título que describe de manera general la lesión o caso clínico, sin revelar el diagnóstico final. La sección de cuadro clínico debe ofrecer información concisa sobre el paciente, como edad, género, antecedentes relevantes y hallazgos principales, acompañada de imágenes clínicas de alta calidad con descripciones adecuadas, cumpliendo con los estándares de privacidad del paciente. El diagnóstico final se presenta con una breve explicación de los hallazgos y estudios complementarios que lo justifican, mientras que la discusión analiza las particularidades del caso, su relevancia clínica y su relación con la literatura existente. Se requiere adjuntar el consentimiento informado del paciente y un mínimo de 6 referencias bibliográficas en estilo Vancouver, asegurando la calidad científica del contenido.

Plantilla del formato de Haga su diagnóstico: [https://docs.google.com/document/d/1I3rQ-Cao8mDw-2UOxett68vUJuK-7hyF/edit?usp=drive\\_link&ouid=106978516861795074834&rtpof=true&sd=true](https://docs.google.com/document/d/1I3rQ-Cao8mDw-2UOxett68vUJuK-7hyF/edit?usp=drive_link&ouid=106978516861795074834&rtpof=true&sd=true)

### ***Dermatología en Imágenes***

El manuscrito “Dermatología en Imágenes” está diseñado para resaltar hallazgos clínicos relevantes mediante el uso de imágenes de alta calidad que tienen un enfoque educativo y diagnóstico. Este tipo de manuscrito debe incluir un título breve y descriptivo, acompañado de imágenes que cumplan con estándares de calidad, como alta resolución, alineación uniforme y numeración en el lado superior izquierdo, garantizando siempre la privacidad del paciente. Cada imagen debe estar vinculada a una descripción breve que explique los hallazgos observados, incluyendo el diagnóstico clínico o histopatológico cuando sea necesario. Es fundamental adjuntar el consentimiento informado del paciente y citar un mínimo de 5 referencias bibliográficas en estilo Vancouver para respaldar el contenido.

Plantilla del formato de Dermatología en Imágenes: [https://docs.google.com/document/d/1YD-1BWgYWO\\_k2N8LEqU6fLFchBsssQsZL/edit?usp=drive\\_link&ouid=106978516861795074834&rtpof=true&sd=true](https://docs.google.com/document/d/1YD-1BWgYWO_k2N8LEqU6fLFchBsssQsZL/edit?usp=drive_link&ouid=106978516861795074834&rtpof=true&sd=true)

### ***Dermatoscopia en Imágenes***

El manuscrito “Dermatoscopia en Imágenes” destaca hallazgos clínicos y dermatoscópicos relevantes mediante imágenes de alta resolución (hasta dos clínicas y dos dermatoscópicas), numeradas en el lado superior izquierdo. Incluye una descripción detallada de patrones, colores y estructuras observadas, junto con datos clave del paciente (edad, sexo, evolución de la lesión), sin revelar el diagnóstico en esta sección. El diagnóstico final, respaldado por hallazgos y estudios complementarios, se presenta por separado.

Es obligatorio incluir el consentimiento informado del paciente y citar al menos 5 referencias en estilo Vancouver. Este formato facilita la interpretación y análisis de casos dermatológicos.

Plantilla del formato de Dermatoscopía en Imágenes: [https://docs.google.com/document/d/1bPOho-tEPQ2oRdEWg2S8XMD7GYHR\\_z0ce/edit?usp=drive\\_link&ouid=106978516861795074834&am-p;rtpof=true&sd=true](https://docs.google.com/document/d/1bPOho-tEPQ2oRdEWg2S8XMD7GYHR_z0ce/edit?usp=drive_link&ouid=106978516861795074834&am-p;rtpof=true&sd=true)

#### **Derechos de autor**

La *Revista Dermatológica Centro Úraga* permite a los autores y usuarios leer, descargar, copiar, imprimir, citar, reproducir, distribuir y compartir los artículos con fines académicos e informativos, incluyendo su publicación en repositorios, blogs personales o redes sociales, siempre y cuando se reconozca la fuente original mediante una cita adecuada.

Todos los contenidos están protegidos bajo la licencia Creative Commons Reconocimiento-CompartirIgual 4.0 Internacional, que autoriza el uso, adaptación y redistribución, tanto con fines comerciales como no comerciales, asegurando siempre el reconocimiento al autor y que cualquier modificación se comparta bajo los mismos términos.

#### **Declaración de Privacidad**

La información personal proporcionada, como nombres y correos electrónicos, será utilizada exclusivamente para los fines establecidos por la revista y no se compartirá con terceros.

Sitio web de la revista: <https://revistadcu.ec/>

Correo electrónico: [revista@druraga.com](mailto:revista@druraga.com)

I S S N: 2 8 0 6 - 5 5 8 1

# — Publishing Guidelines

The *Dermatological Journal Centro Úraga* is an open-access, free publication that has been in effect since 2019. Its main objective is to promote scientific research and contribute to the advancement of medical knowledge, serving as a valuable resource for the scientific and medical community by disseminating relevant findings in the field of dermatology.

The journal is published continuously, with quarterly editions (three times a year), under a rigorous peer review process, using the double-blind arbitration method assigned by the editors. The journal specializes in the dissemination of original articles, reviews, clinical case reports, interactive sections such as “Make your diagnosis” and visual content in dermatology and dermoscopy.

Its main purpose is to address relevant topics in the field of dermatology, in order to contribute to the informative and investigative development of the medical community. The objective of this publication is to serve as a solid platform for the dissemination of scientific knowledge in dermatology, promoting the study and development of various pathologies related to this medical specialty.

## General indications

Submission of manuscripts for publication in the *Dermatological Journal Centro Úraga* is completely free and must be done via email [revista@druraga.com](mailto:revista@druraga.com), attaching the following documents:

1. **Main document:** A Word file that meets the specifications detailed in the paper preparation guide. Link to download the manuscript templates: [https://drive.google.com/drive/folders/1jOfMJ5cbYoWw2f5HHQuNALBcSZj\\_adUm?usp=drive\\_link](https://drive.google.com/drive/folders/1jOfMJ5cbYoWw2f5HHQuNALBcSZj_adUm?usp=drive_link)
2. **Copyright Statement:** A document certifying the originality of the research. Link to download the structure of this format: [https://drive.google.com/drive/folders/1jOfMJ5cbYoWw2f5HHQuNALBcSZj\\_adUm?usp=drive\\_link](https://drive.google.com/drive/folders/1jOfMJ5cbYoWw2f5HHQuNALBcSZj_adUm?usp=drive_link)
3. **Informed consent:** A PDF file signed by the patient(s) included in the study. This document will depend on the specific requirements of each institution where the study is conducted.
4. **Image folder:** Authors must attach all images used in the article in JPG format, numbered and in high quality. The images must exactly match those mentioned in the article, respecting the numbers on the top left side and eliminating any element that could identify the patients, if applicable.

It is recommended that these guidelines be followed carefully to ensure a smooth review and publication process.

### **Periodicity**

The *Dermatological Journal Centro Úraga* publishes three issues per year on its website, corresponding to the months of:

- February
- June
- October

### **Language of Publication**

The journal's editions are available in Spanish and English, with the aim of reaching a broader audience within the scientific community.

### **Financing Mode**

The *Dermatological Journal Centro Úraga* is mainly funded by its parent institution, Úraga, Dermatology and Aesthetics. In addition, to cover operating costs, it includes advertising pages in each edition, focused on pharmaceutical laboratory products.

### **Anti-Plagiarism Policy**

Each manuscript submitted to the *Dermatological Journal Centro Úraga* is subjected to the anti-plagiarism system COMPILATIO to ensure the originality of the content. A maximum of 10% similarity will be accepted in the final report generated by the system.

### **Process of review, acceptance and publication of articles**

#### ***Manuscript reception***

The author must send the manuscript in Word format along with the required documents (mentioned in the general information section) to the official email.

#### ***Initial review by the Editor-in-Chief***

1. The editor-in-chief verifies the structure and components of the article, reviews the copyright form (complete and signed), the informed consent, and the folder of images in JPG format, ensuring that they are clear and correspond exactly to the content of the manuscript.
2. If the manuscript meets all the requirements, it is submitted to the COMPILATIO anti-plagiarism system to verify its originality.
  - If the manuscript is approved, the authors are notified that it has been assigned to the double-blind peer review system.
  - If it does not comply with the structural or documentary requirements, 7 days are granted to make corrections.
  - If it exceeds the allowed percentage of similarity in the anti-plagiarism analysis, the authors are notified that the manuscript has been rejected.
  - Important: Only one round of revision and correction will be accepted. If the author resubmits the manuscript with errors or does not comply with the established requirements, the manuscript will be rejected for publication.

#### ***Assignment to Academic Reviewer***

The manuscript approved in the first filter is assigned to a specialized reviewer (national and international), who exclusively evaluates the scientific content under the double-blind peer review modality, without knowing the data of the authors.

#### *Deadlines and handling of reviews:*

- The reviewer has 15 days to submit his/her comments. If he/she does not respond, the review will be reassigned to another reviewer.
- If the reviewer requests corrections, a detailed report is sent to the authors, who have 7 to 12 days to make the adjustments (depending on the complexity of the corrections).
- Important: Only two rounds of revision and correction will be accepted. If the author resubmits the manuscript with errors or does not comply with the established requirements, the manuscript will be rejected for publication.

#### *Final review by the Editor-in-Chief*

Once approved by the academic reviewer, the manuscript goes through the last filter: the final review and approval by the editor-in-chief.

#### *Deadlines and methodology:*

- The final review period is 7 to 15 days.
- If adjustments are required, the same procedure applies as with academic reviewers, giving authors adequate time to make corrections.
- Important: Only two rounds of revision and correction will be accepted. If the author resubmits the manuscript with errors or does not comply with the established requirements, the manuscript will be rejected for publication.

#### *Approval and Publication*

After final approval, authors receive an official letter with the details and publication date of the manuscript.

#### *Important note*

We appreciate the authors' understanding regarding the time allotted for revisions, as these may be subject to modifications due to additional activities or unforeseen situations that may arise during the process.

#### **Manuscript Format Specifications**

##### *Main text*

- Font: Arial or Times New Roman.
- Size: 12 points.
- Line spacing: 1.5 lines.
- Alignment: Justified text.

##### *Word document margins:*

- Bottom and right margin: 2.00 cm.
- Left and top margin: 3.00 cm.

##### *Images*

All images included in the manuscript must meet the following requirements:

##### *Numbering*

- On the top left side of each image, include the corresponding number.

##### *Description*

- Place a brief description at the bottom of each image (e.g., Figure 1: Initial clinical lesion or Figure 2: Biopsy result).

#### *Consistency*

- All images should be the same size, aligned, and presented neatly in the document.

#### *Composite images*

- If two images are joined together, they must be sent in the Word document in the same format in which they will be published.

#### *Quality*

- Screenshots are not accepted due to low resolution.
- Original images must be sent in high resolution.

#### *Patient privacy*

- In clinical images that include faces, the patient's eyes should be covered to protect their identity.

### **Citations and Bibliographic References**

#### *Style*

- Se debe utilizar el estilo Vancouver para las referencias bibliográficas.

#### *Citas en el texto*

- For a single citation, use a superscript without parentheses, for example: <sup>(1)</sup>
- For two consecutive citations, use superscripts separated by parentheses, for example: <sup>(1)</sup> <sup>(2)</sup>.

#### *Bibliographic reference format*

- References must follow the Vancouver style, with the appropriate format for books, scientific articles and other resources according to the standards of this style.

### **Types of articles published by the magazine**

In order to facilitate the preparation and organization of manuscripts received for publication in the *Dermatological Journal Centro Úraga*, a guide has been designed that summarizes the academic formats required for different types of work. Link to download the guide: [https://drive.google.com/file/d/1-wIY2jJ-ZnGJ766AWlPClnnqsJwnvyRh/view?usp=drive\\_link](https://drive.google.com/file/d/1-wIY2jJ-ZnGJ766AWlPClnnqsJwnvyRh/view?usp=drive_link)

#### **Original Article**

An original article is a scientific document that presents unpublished results of research conducted by the authors, structured in a way that is clear and reproducible. This type of work includes a descriptive title, a 250-word abstract that summarizes the objective, methods, findings, and conclusions, and is developed with an introduction that contextualizes the study, a material and methods section that details the design and techniques used, results presented objectively with the support of graphs and tables, a discussion that analyzes the relevance and implications of the findings, and a conclusion that summarizes the contributions of the study.

It must include a minimum of 30 updated references according to the Vancouver style, maintain a standardized format and, if clinical images are included, guarantee patient privacy through informed consent. Original article format template: [https://docs.google.com/document/d/1gv6PB\\_t\\_d9tPX\\_skAEQU1ETfw\\_q3Fpcu/edit?usp=drive\\_link&ouid=106978516861795074834&rtpof=true&sd=true](https://docs.google.com/document/d/1gv6PB_t_d9tPX_skAEQU1ETfw_q3Fpcu/edit?usp=drive_link&ouid=106978516861795074834&rtpof=true&sd=true)

#### **Review Article**

A review article is a document that compiles, analyses and synthesizes previously published information on a specific topic, with the aim of providing a comprehensive and up-to-date overview. This

type of article should include a clear and descriptive title, an abstract of up to 250 words summarizing the purpose, methodology employed and main findings, as well as keywords related to the topic. The structure includes an introduction that contextualizes and justifies the importance of the topic, a detailed description of the literature search and selection methods, a discussion that interprets the relevant findings, pointing out strengths, limitations and gaps in knowledge, and a conclusion that synthesizes the key points and indicates possible areas for future research. A minimum of 30 bibliographic references in Vancouver style should be included, ensuring that they are current and scientifically relevant. Review article format template: [https://docs.google.com/document/d/1wAGORhogutjvBo8MM7iKgin-yayCFcpRk/edit?usp=drive\\_link&ouid=106978516861795074834&rtpof=true&sd=true](https://docs.google.com/document/d/1wAGORhogutjvBo8MM7iKgin-yayCFcpRk/edit?usp=drive_link&ouid=106978516861795074834&rtpof=true&sd=true)

### ***Clinical Case Report***

A clinical case report is a scientific document that describes in detail one or more relevant medical cases, highlighting their importance and contribution to dermatological knowledge. This type of article includes a descriptive title specifying the number of cases presented, an abstract of up to 150 words summarizing the purpose, patient characteristics, main findings, therapeutic approach and results, as well as keywords in alphabetical order. The structure includes a brief introduction justifying the relevance of the case, a detailed description of the clinical case (patient data, diagnosis, treatment and evolution) supported by clear, high-resolution clinical images, a discussion analyzing the findings in comparison with existing literature, and a conclusion summarizing the contribution of the case to medical practice. It is mandatory to attach the patient's informed consent and to include a minimum of 15 bibliographic references in Vancouver style, guaranteeing the quality and timeliness of the sources. Clinical case report format template: [https://docs.google.com/document/d/1EqhpXFkIvIx-fXKb-71Dfa4ANEMswSB\\_c/edit?usp=drive\\_link&ouid=106978516861795074834&rtpof=true&sd=true](https://docs.google.com/document/d/1EqhpXFkIvIx-fXKb-71Dfa4ANEMswSB_c/edit?usp=drive_link&ouid=106978516861795074834&rtpof=true&sd=true)

### ***Letters to the Editor***

A letter to the editor is a brief, structured format addressed to the journal's editor, allowing authors to express comments, criticisms, questions, or reflections on relevant topics in dermatology. These letters should include a clear, descriptive title, a brief greeting to the editor, and a body presenting the main argument, supported by solid evidence and scientific references. If the letter addresses a clinical case, it is mandatory to attach high-resolution clinical images with adequate descriptions and comply with privacy regulations. The closing should summarize the main point of the letter. A minimum of 10 bibliographic references in Vancouver style is required, ensuring that they are current and relevant. Letter to the editor template: [https://docs.google.com/document/d/1IzrI-qdxVBJ2BSikcDAwb1\\_hTLND\\_ZhW/edit?usp=drive\\_link&ouid=106978516861795074834&rtpof=true&sd=true](https://docs.google.com/document/d/1IzrI-qdxVBJ2BSikcDAwb1_hTLND_ZhW/edit?usp=drive_link&ouid=106978516861795074834&rtpof=true&sd=true)

### ***Make Your Diagnosis***

This is a paper that presents a case of interest in dermatology, designed to stimulate the reader's diagnostic analysis. This type of article includes a title that generally describes the lesion or clinical case, without revealing the final diagnosis. The clinical picture section should provide concise information about the patient, such as age, gender, relevant history and main findings, accompanied by high-quality clinical images with adequate descriptions, complying with patient privacy standards. The final diagnosis is presented with a brief explanation of the findings and complementary studies that justify it, while the discussion analyzes the particularities of the case, its clinical relevance and its relationship with the existing literature. The patient's informed consent and a minimum of 6 bibliographic references

in Vancouver style are required, ensuring the scientific quality of the content.

Make Your Diagnosis Format Template: [https://docs.google.com/document/d/1I3rQ-Cao8mDw-2UOxet-t68vUJuK-7hyF/edit?usp=drive\\_link&ouid=106978516861795074834&rtpof=true&sd=true](https://docs.google.com/document/d/1I3rQ-Cao8mDw-2UOxet-t68vUJuK-7hyF/edit?usp=drive_link&ouid=106978516861795074834&rtpof=true&sd=true)

### ***Dermatology in Images***

The “Dermatology in Images” manuscript is designed to highlight relevant clinical findings through the use of high-quality images that have an educational and diagnostic focus. This type of manuscript should include a brief, descriptive title, accompanied by images that meet quality standards, such as high resolution, uniform alignment, and numbering on the upper left side, always ensuring patient privacy. Each image should be linked to a brief description explaining the findings observed, including the clinical or histopathological diagnosis when necessary. It is essential to attach the patient’s informed consent and cite a minimum of 5 bibliographic references in Vancouver style to support the content.

Dermatology in Images format template: [https://docs.google.com/document/d/1YD1BWgYWQ\\_k2N8LEqU6fLFchBsssQsZL/edit?usp=drive\\_link&ouid=106978516861795074834&rt-pof=true&sd=true](https://docs.google.com/document/d/1YD1BWgYWQ_k2N8LEqU6fLFchBsssQsZL/edit?usp=drive_link&ouid=106978516861795074834&rt-pof=true&sd=true)

### ***Dermoscopy in Images***

The “Dermoscopy in Images” manuscript highlights relevant clinical and dermatoscopic findings using high-resolution images (up to two clinical and two dermatoscopic), numbered on the upper left side. It includes a detailed description of patterns, colors and structures observed, along with key patient data (age, sex, lesion evolution), without revealing the diagnosis in this section. The final diagnosis, supported by complementary findings and studies, is presented separately. It is mandatory to include the patient’s informed consent and cite at least 5 references in Vancouver style. This format facilitates the interpretation and analysis of dermatological cases.

Dermoscopy in Images format template: [https://docs.google.com/document/d/1bPOhotEPQ2oRdEWg2S8X-MD7GYHR\\_zoce/edit?usp=drive\\_link&ouid=106978516861795074834&rtpof=true&sd=true](https://docs.google.com/document/d/1bPOhotEPQ2oRdEWg2S8X-MD7GYHR_zoce/edit?usp=drive_link&ouid=106978516861795074834&rtpof=true&sd=true)

### **Copyright**

The *Dermatological Journal Centro Úraga* allows authors and users to read, download, copy, print, cite, reproduce, distribute and share articles for academic and informational purposes, including their publication in repositories, personal blogs or social networks, provided that the original source is acknowledged by means of an appropriate citation. All content is protected under the Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International license, which authorizes use, adaptation and redistribution for both commercial and non-commercial purposes, always ensuring recognition of the author and that any modification is shared under the same terms.

### **Privacy Statement**

The personal information provided, such as names and emails, will be used exclusively for the purposes established by the magazine and will not be shared with third parties.

Journal website: <https://revistadcu.ec/>

Email: [revista@druraga.com](mailto:revista@druraga.com)

ISSN: 2 8 0 6 - 5 5 8 1



# CDMX IV TeraCILAD 2025

20, 21 Y 22 de Noviembre, 2025  
Cursos pre-congreso: 19 de Noviembre 2025

Información:

[www.teracilad2025.com](http://www.teracilad2025.com)

[teracilad2025@studioeventos.mx](mailto:teracilad2025@studioeventos.mx)



President  
Jorge Ocampo-Candiani

Secretary General  
Mariel Isa Pimentel



WCD2027GUADALAJARA.ORG



DISCOVER THE  
DERMATOLOGY ECOSYSTEM  
FOR A DIVERSE  
AND INCLUSIVE FUTURE



HOSTED BY





REVISTA DERMATOLÓGICA CENTRO URAGA

OFFICIAL PUBLICATION DERMATOLOGIC CENTER URAGA

VOLUMEN 7 \ NÚMERO 2 \ AÑO 2025 \ GUAYAQUIL-ECUADOR