

## EDITORIAL

---

Habemus Latindex.

*Habemus Latindex.*

## ARTÍCULO ORIGINAL / ORIGINAL ARTICLE

---

Prevalencia de lesiones estomatológicas en tejidos blandos diagnosticados en la Unidad de Patología Bucal de “Úraga, Dermatología y Estética.” Período 2017—2023.

*Prevalence of stomatological lesions in soft tissues diagnosed in the Oral Pathology Unit in Úraga, Dermatology and Aesthetics. Period 2017—2023.*

## CASOS CLÍNICOS / CASE REPORTS

---

Carcinoma Basocelular Ulcerado tratado con criocirugía. Reporte de un caso.

*Ulcerated Basal Cell Carcinoma treated with cryosurgery. A case report.*

El láser como tratamiento de hemangiomas residuales en edad pediátrica. Presentación de dos casos.

*Laser as a treatment of residual hemangiomas in pediatric age. Presentation of two cases.*

## CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO / WHAT IS THE DIAGNOSIS?

---

Politelia: Diagnóstico Dermatoscópico

*Polythelia: Dermatoscopic Diagnosis*

## IMÁGENES EN DERMATOLOGÍA / IMAGES IN DERMATHOLOGY

---

Molusco Contagioso

*Molluscum Contagiosum*

Carcinoma Escamocelular In Situ

*Squamocellular Carcinoma In Situ*

Quemadura

*Skin Burn*

Onicorrexis

*Onychorrhexis*





**WCD2027**  
26<sup>TH</sup> WORLD CONGRESS  
OF DERMATOLOGY  
21-26 JUNE 2027 GUADALAJARA • MX

**Dr. Enrique Úraga Pazmiño – Embajador Latinoamericano del Congreso Mundial de Dermatología (WCD)**

Estimada comunidad de la Revista Dermatológica Centro Úraga, nos complace informarles que el Dr. Enrique Úraga Pazmiño formará parte del equipo de embajadores del Congreso Mundial de Dermatología representando a América Latina en este relevante evento internacional.

El 26º Congreso Mundial de Dermatología (WCD) se celebrará del 21 al 26 de junio de 2027 en Guadalajara. La temática del WCD 2027 es *“Descubre el Ecosistema de la Dermatología. Por un futuro diverso e inclusivo.”* El concepto Descubrir el Ecosistema Dermatológico destaca que la dermatología no es una disciplina solitaria, sino más bien una intrincada red de disciplinas interconectadas. Fomenta una perspectiva holística de la dermatología, alentando la exploración y la participación activa dentro de este paisaje multifacético.

El objetivo es aumentar las actividades educativas y la colaboración más allá de las fronteras geográficas, políticas, económicas y culturales para fortalecer nuestra especialidad y mejorar la salud de la piel para todos. Este programa recluta a dermatólogos eminentes e influyentes de todo el mundo para que formen parte de las actividades promocionales de junio de 2027.

**Dr. Enrique Úraga Pazmiño – Latin American Ambassador for the World Congress of Dermatology (WCD)**

Dear Centro Úraga Dermatology Journal community, we are pleased to inform you that Dr. Enrique Úraga Pazmiño will be part of the team of ambassadors of the World Congress of Dermatology representing Latin America in this relevant international event.

The 26th World Congress of Dermatology (WCD) will be held from June 21–26, 2027 in Guadalajara. The theme of the WCD 2027 is *“Discover the Dermatology Ecosystem. For a diverse and inclusive future.”* The Discover the Dermatology Ecosystem concept highlights that dermatology is not a solitary discipline, but rather an intricate network of interconnected disciplines. It promotes a holistic perspective of dermatology, encouraging exploration and active participation within this multifaceted landscape.

The goal is to increase educational activities and collaboration across geographic, political, economic and cultural boundaries to strengthen our specialty and improve skin health for all. This program recruits eminent and influential dermatologists from around the world to be part of the June 2027 promotional activities.



# MAXIDERM®

Desonide (Prednacinolona)

## ¡Versatilidad que restaura!

### Nuevas presentaciones

**Espuma X 50 g**





**Emulsión X 120 mL**



**Crema x 15 g**



 **Venta bajo  
receta médica**

 **Disponible en todas  
las farmacias del país**



Te saludamos siempre



cantabria labs

# 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%



[f](#) [@](#) Heliocare.endocare.ec



# BIRETIX

*Previene y controla el acné*

- Minimiza y previene los signos de las pieles con tendencia acnéica.
- Excepcional balance eficacia - tolerabilidad.
- Utilizar el tratamiento integral ayudará a purificar la piel, limpiarla a profundidad, desaparecer los granitos del acné y evitar nuevas apariciones tanto en rostro como en las zonas afectadas en el cuerpo.

1

**PURIFICACIÓN**



Cleanser  
200 ml

2

**TRATAMIENTO**



Mask  
25 ml



Micropeel  
50 ml

3

**HIDRATACIÓN**



Duo  
30 ml



TriActive  
Gel 50 ml



Isorepair  
50 ml

# LETI AT4

El experto en el cuidado  
de la **PIEL ATÓPICA**



Higiene  
Diaria

Hidratación  
Corporal

Brotos de  
Atopia

Hidratación  
Facial

- Repara la barrera cutánea.
- Alivia el picor y calma la irritación.
- Disminuye el riesgo de sobreinfección.
- Con prebióticos que equilibran el microbioma cutáneo.



# NEORETIN

Despigmenta y renueva tu piel



- Tratamiento con innovadora combinación de activos patentados altamente despigmentantes y protectores frente a los principales causantes de las manchas como la contaminación.
- Fórmula de fácil extensibilidad y rápida absorción que atenúa las manchas y previene su aparición.

# letiXer

Hidrata y restaura  
la piel seca

Restaura la barrera cutánea a todos los niveles

## Hídrico

Hidrata en  
profundidad

## Lipídico

Repara la  
barrera

## Celular

Promueve la correcta  
maduración celular



**Letixer D:** Piel muy  
seca descamativa.

Xerosis severas

200 ml

Urea al 20%

**Letixer Q:** Zonas  
con sequedad  
extrema

Hiperqueratosis

100 ml



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



PROTECTORES SOLARES   
**Umbrella**

# EL PESO NO IMPORTA

## BIENVENIDOS AL MUNDO BILAXTEN

DÍGALE ADIÓS A LA  
DOSIS PONDERAL.



Bilaxten 2,5mg/ml solución oral: Tratamiento sintomático de rinoconjuntivitis alérgica (estacional y perenne) y de la urticaria, indicado en niños de 2 a 11 años. Dosis: 10 mg de Bilastina (4 ml de solución oral) en niños de 2 a 11 años. Contraindicaciones: Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes. Presentación: Frasco x 120 ml + inserto. REG. SAN. 5492-MEE-0920

Bilaxten 20mg comprimidos: Tratamiento sintomático de la rinoconjuntivitis alérgica (estacional y perenne) y de la urticaria. Bilaxten 20 mg comprimidos está indicado en adultos y adolescentes (edad igual o superior a 12 años). Dosis: 20 mg de Bilastina (1 comprimido) una vez al día para el alivio de los síntomas de la rinoconjuntivitis alérgica (RAE y RAP) y de la urticaria. Contraindicaciones: Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes. Presentación: Caja x 1 blíster x 10 comprimidos c/u + inserto, Caja x 2 blíster x 10 comprimidos c/u + inserto, Caja x 3 blíster x 10 comprimidos c/u + inserto. REG. SAN. 361570812

Consérvese a una temperatura no mayor a 30°C  
Manténgase fuera del alcance de los niños.  
Producto de uso delicado, adminístrese por prescripción y bajo vigilancia médica.  
Venta bajo receta médica

Más información disponible a solicitud a FAES FARMA DEL ECUADOR S.A., Quito  
Av. Naciones Unidas E2-30 y Nuñez de Vela  
Edificio Metropolitano, piso 8, oficina 807  
Teléfono: +593 2450-4219  
Material publicitario dirigido única y exclusivamente a profesionales de la salud.

# Comité Editorial Editorial Committee

## JEFE EDITOR / CHIEF EDITOR

---

Dra. María Cecilia Briones  
Dermatóloga, Jefa Unidad de Fototerapia  
del Centro Dermatológico Dr. Úraga  
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  
Dermatológico Dr. Úraga  
docencia\_investigacion@druraga.com  
Guayaquil, Ecuador

## EDITORES ASOCIADOS / EDITORS

---

Dr. Juan Carlos Garcés S.  
juancarlosgarcés.s@gmail.com  
Guayaquil, Ecuador

Dr. Enrique Loayza S.  
drloayza@hotmail.com  
Guayaquil, Ecuador

Dra. Verónica Úraga W.  
veronica\_uraga@hotmail.com  
Guayaquil, Ecuador

Dr. César Augusto Sandoval  
sandovaldermatologo@gmail.com  
Guayaquil, Ecuador

Dra. Cristina Solórzano T.  
cris\_solorzano39@yahoo.es  
Guayaquil, Ecuador

## COLABORADORES/COLLABORATORS

---

Dr. Juan José Ambrossi  
jjambrosi@hotmail.com  
Quito, Ecuador

Dr. Santiago Palacios  
santiagopalacios@gmail.com  
Quito, Ecuador

## COMITÉ EDITORIAL INTERNACIONAL / INTERNATIONAL EDITORIAL COMMITTEE

---

Dr. Juan Guillermo Chalela Mantilla  
juanguibucaro@gmail.com

Dr. Xavier Alonso—ESP  
jalonso2@med.miami.edu

Dr. Juan Carlos Diez De Medina—BOL  
juancarlos.diezdemedina@gmail.com

Dr. Manuel Del Solar—PER  
solderma@gmail.com

Dra. Elda Giansante—VEN  
elda.giansante@gmail.com

Dr. Jorge Ocampo—MEX  
jocampo@medipiel.com

Dr. Ricardo Pérez—VEN  
perezalfonso.ricardo@gmail.com

Dr. Martín Sanguenza—BOL  
sanguenza@hotmail.com

Dr. Fernando Valenzuela—CHI  
dr.fvalenzuela@gmail.com

Dr. Pablo de la Cueva—ESP  
pdelacueva@yahoo.com

Dr. Diego del Ojo—ESP  
doctordelojo@yahoo.es

## DEPARTAMENTO DE ASISTENCIA DE EDICIÓN DE SECCIÓN

---

Lcda. Leonor Moreno  
Jefe de Área - Secretaria Académica  
Centro Dermatológico Dr. Úraga

## DISEÑO EDITORIAL / EDITORIAL DESIGN

---

Daniela Santibáñez B.  
hola@felizdiseno.com

Andrés Roca M.  
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](https://sistema.regionaldeinformacion.org/)

EDITORIAL

14

**Habemus Latindex**

*Úraga E.*

ARTÍCULO ORIGINAL

16

**Prevalencia de lesiones estomatológicas en tejidos blandos diagnosticados en la Unidad de Patología Bucal de “Úraga, Dermatología y Estética.” Período 2017—2023.**

*Vásconez A., Cruz K.*

REPORTES DE CASOS

30

**Carcinoma Basocelular Ulcerado tratado con criocirugía. Reporte de un caso.**

*Chávez A., Úraga E.*

38

**El láser como tratamiento de hemangiomas residuales en edad pediátrica. Presentación de dos casos.**

*Solórzano C., Pazmiño C.*

CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO

44

**Politelia: Diagnóstico Dermatoscópico**

*Dassum P.*

DERMATOLOGÍA EN IMÁGENES

46

**Molusco Contagioso**

*Sandoval J., Ron F., Lascano N.*

48

**Carcinoma Escamocelular In Situ**

*Ron F., Sandoval J., Palacios S.*

50

**Quemadura**

*Palacios S.*

52

**Onicorrexis**

*Chang P.*

EDITORIAL

15

**Habemus Latindex**

*Úraga E.*

ORIGINAL ARTICLE

23

**Prevalence of stomatological lesions in soft tissues diagnosed in the Oral Pathology Unit in Úraga, Dermatology and Aesthetics. Period 2017—2023.**

*Vásconez A., Cruz K.*

CASE REPORTS

34

**Ulcerated Basal Cell Carcinoma treated with cryosurgery. A case report.**

*Chávez A., Úraga E.*

41

**Laser as a treatment of residual hemangiomas in pediatric age. Presentation of two cases.**

*Solórzano C., Pazmiño C.*

WHAT IS THE DIAGNOSIS?

45

**Polythelia: Dermatoscopic Diagnosis**

*Dassum P.*

IMAGES IN DERMATOLOGY

47

**Molluscum Contagiosum**

*Sandoval J., Ron F., Lascano N.*

49

**Squamocellular Carcinoma In Situ**

*Ron F., Sandoval J., Palacios S.*

51

**Skin Burn**

*Palacios S.*

53

**Onychorrhexis**

*Chang P.*

# — Editorial

## HABEMUS LATINDEX

---

Un logro que enorgullece a todos aquellos que, de una forma u otra, hemos luchado, a veces arduamente, por fundar y mantener esta publicación científica, es haber logrado que LATINDEX nos aprobara e indexara dentro de su sistema.

Toda institución que se precie de ser académica, ya sea sociedades científicas, universidades o centros con características académicas como el nuestro, tiene, especialmente desde el pasado siglo, la necesidad y la obligación de difundir sus actividades, logros, investigación o simplemente aquellos preclaros sueños que se anhela que un día se tornen en realidades, a través de publicaciones, que en tiempos anteriores solo eran físicas, es decir, en papel, y hoy en día, en su mayor parte, virtuales. Esto logra que lleguen a donde no siempre lo hacían las revistas publicadas en papel, permitiendo así la difusión del conocimiento.

En alguna ocasión, un conocido filósofo dijo: *“Que más peso tenía el sencillo investigador que una sola vez en su vida hizo un simple pero real hallazgo y se apresuró en publicarlo, que el genio descomunal que día tras día realizaba valiosos descubrimientos que nadie nunca llegaba a conocer.”*

Siempre he pensado que fundar una publicación es relativamente fácil, pero mantenerla es ya otro cantar. Alcanzar niveles de organización que permitan luchar por indexarla primariamente en Latindex, entidad que norma las publicaciones digitales de América Latina, el Caribe, Portugal y España, es un logro importantísimo. Esto permitirá, si seguimos luchando, alcanzar nuevos sueños, como la inclusión de nuestra publicación en otras bases de datos de igual o mayor importancia. Porque como dijo otro pensador de complicado nombre, *“Todo aquello que logramos ya es pasado y todo aquello que soñamos lograr es el futuro que dará el debido valor a nuestros esfuerzos.”*

Mis más sinceros agradecimientos para todos aquellos que, de una forma u otra, han trabajado para lograr este caro anhelo.

Dr. Enrique Úraga P.

# — Editorial

## HABEMUS LATINDEX

---

An achievement that makes all of us who, in one way or another, have fought, sometimes arduously, to found and maintain this scientific publication proud, is having achieved that LATINDEX approved and indexed us within its system.

Every institution that prides itself on being academic, whether scientific societies, universities or centers with academic characteristics like ours, has, especially since the last century, the need and obligation to disseminate its activities, achievements, research or simply those prescient dreams. It is hoped that one day they will become realities, through publications, which in previous times were only physical, that is, on paper, and today, for the most part, virtual. This allows them to go where magazines published on paper did not always do, thus allowing the dissemination of knowledge.

On one occasion, a well-known philosopher said: *“What more weight had the simple researcher who once in his life made a simple but real discovery and hurried to publish it, than the enormous genius who day after day made valuable discoveries that no one had ever seen before I came to know.”*

I have always thought that founding a publication is relatively easy, but maintaining it is another story. Reaching levels of organization that allow us to fight to index it primarily in Latindex, the entity that regulates digital publications from Latin America, the Caribbean, Portugal and Spain, is a very important achievement. This will allow, if we continue fighting, to achieve new dreams, such as the inclusion of our publication in other databases of equal or greater importance. Because as another thinker with a complicated name said, *“Everything we achieve is already past and everything we dream of achieving is the future that will give due value to our efforts.”*

My most sincere thanks to all those who, in one way or another, have worked to achieve this expensive desire.

Dr. Enrique Úraga P.

## ARTÍCULO ORIGINAL

# Prevalencia de lesiones estomatológicas en tejidos blandos diagnosticados en la Unidad de Patología Bucal de “Úraga, Dermatología y Estética.” Período 2017—2023.

Andrea Belén Vásquez-Molina,\* Karla Elizabeth Cruz-Moreira\*\*

\* Odontóloga.  
Orcid: <https://orcid.org/0009-0003-0331-4195>

\*\* Especialista en Odontología, Estomatóloga en “Úraga, Dermatología y Estética.” Docente de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Ecuador.  
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4283-3495>

Correspondencia a:  
[andrea.vasquez@hotmail.com](mailto:andrea.vasquez@hotmail.com)

Palabras clave: patología bucal, tejidos blandos, dermatología, Síndrome de Sjogren, medicina oral

Fecha de recepción: 07/12/2023  
Fecha de aceptación: 08/03/2024

## RESUMEN

**Introducción:** Las lesiones estomatológicas en tejidos blandos se las identifica como cualquier alteración anormal en el color, aspecto o pérdida de la integridad de la superficie de la mucosa oral.

**Objetivo:** Determinar prevalencia de lesiones estomatológicas en tejidos blandos diagnosticados en la Unidad de Patología Bucal de “Úraga, Dermatología y Estética.”

**Materiales y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y de corte transversal en en Úraga, Dermatología y Estética. El universo consistió en 311 pacientes atendidos en la unidad de patología bucal de dicho centro durante el periodo 2017 – 2023, donde se obtuvo una muestra de 162 pacientes.

**Resultados:** De 162 pacientes, el 74,7% fueron de sexo femenino y 25,3% de sexo masculino. La edad mínima fue de 6 meses, la máxima 85 y edad promedio 49 años. El grupo etario más prevalente fue la adultez (40 a 65 años) con un 38,3%. Las mujeres fueron las mayormente afectadas en cada una de las categorías, el 16,67% presentaron enfermedades autoinmunes, seguidas de las reactivas/traumáticas 12,96% e infecciosas 14,20%.

**Conclusión:** Las patologías bucales diagnosticadas en Úraga, Dermatología y Estética constituyeron el 52,09%, por lo cual concluimos que es importante que los centros dermatológicos cuenten con áreas de medicina bucal, para realizar prevención y tratamientos de aquellas enfermedades con sintomatología en cavidad bucal.



## INTRODUCCIÓN

---

Las lesiones estomatológicas en tejidos blandos se las identifica como cualquier alteración anormal en el color, aspecto o pérdida de la integridad de la superficie de la mucosa oral.<sup>1</sup> Estas pueden aparecer en distintos estados de la vida como la pubertad, embarazo, envejecimiento. También se puede asociar a problemas emocionales y sistémicos.<sup>2</sup>

La prevalencia a nivel mundial de las lesiones estomatológicas en tejidos blandos varía entre países y áreas, que van desde 4,9% a 64,7% en adultos, en adolescentes existe una prevalencia del 31,7%, mientras que en niños varía desde el 4,1% hasta el 69,5%.<sup>1,3</sup> En Ecuador la prevalencia es del 45,10%, del cual el 60,87% se presentan en mujeres.<sup>4</sup>

Algunos autores han clasificado las lesiones estomatológicas en reactivas/traumáticas, infecciosas, autoinmunes y neoplásicas. La inspección clínica y los exámenes complementarios son importantes al momento de establecer el diagnóstico de certeza. Otro aspecto a tener en cuenta son los hábitos tóxicos como el consumo del alcohol y el tabaco ya que pueden estar relacionados.<sup>4</sup>

Uno de los síntomas más relevantes es el dolor intenso que en ocasiones restringe la ingesta de alimentos o dificulta la higiene bucal, la deglución y el habla.<sup>5</sup> En cuanto a los signos clínicos se pueden encontrar úlceras, tumores y alteraciones de la textura de la mucosa.<sup>6</sup>

Muchas veces las lesiones en la mucosa bucal pueden ser la antesala de un problema sistémico en el paciente. Por tal motivo, deben ser consideradas como un indicador de la salud en general. Es fundamental la identificación temprana de estas lesiones para brindarle al paciente una atención médica integral. Aunque la mayoría de las lesiones orales son benignas y no necesitan tratamiento activo, algunas de ellas pueden implicar una patología importante y pueden tener un alto riesgo de transformación maligna.<sup>7</sup>

Los pacientes al percatarse de alguna lesión en la mucosa oral se dirigen a varios especialistas como el

médico general, otorrinolaringólogo, dermatólogo y odontólogo, los cuales no siempre aciertan con un diagnóstico de la lesión, por lo tanto, el paciente no tiene un tratamiento adecuado.

El objetivo de este estudio es determinar la prevalencia de lesiones estomatológicas en tejidos blandos diagnosticados en la Unidad de Patología Bucal en Úraga, Dermatología y Estética.

## MATERIALES Y MÉTODOS

---

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y de corte transversal en Úraga, Dermatología y Estética.

El universo consistió en 311 pacientes atendidos en el área de cirugía de dicho centro durante el período 2017-2023. En esta área se encuentra la unidad de patología bucal.

Se revisó las historias clínicas de la unidad de patología bucal dándonos un total de 179 pacientes atendidos, que debían cumplir con los criterios de inclusión: pertenecer a la base de datos de Úraga, Dermatología y Estética con una o más patologías en boca. Se excluyeron aquellas historias de pacientes que no se realizaron exámenes para confirmar el diagnóstico presuntivo de las enfermedades que lo requerían (exámenes serológicos, exámenes microbiológicos, biopsia, etc), pacientes sin diagnóstico de certeza y pacientes con historias clínicas incompletas, dándonos una muestra de 162 pacientes.

Se analizaron las siguientes variables como el género y el grupo etario, diagnóstico de certeza, categorías de enfermedad, exámenes complementarios y tratamiento, para poder determinar la prevalencia de las lesiones estomatológicas en el periodo ya establecido.

El estudio siguió los principios éticos establecidos en la declaración de Helsinki de 1964 para la investigación médica en seres humanos. Se mantuvo la confidencialidad de la información registrada.

Los datos fueron recolectados en una hoja de cálculo de Excel y tabulados en la versión 22 del software IBM SPSS Statistics para análisis estadístico posterior.

## RESULTADOS

La muestra fue de 162 (52,09%) de los pacientes atendidos que cumplieron con los criterios de inclusión, 74,7% fueron de sexo femenino y 25,3% de sexo masculino. La edad mínima fue de 6 meses, la máxima 85 y edad promedio 49 años.

El grupo etario se dividió de la siguiente manera: lactante de 0 a 2 años; niños, 2 a 12 años; adolescentes, 12 a 20; adulto joven, 20 a 40; adultez 40 a 65; y adulto mayor >65 años. Del cuál, el más prevalente fue la adultez con un 38,3%, seguido del adulto mayor 27,8% y el adulto joven con 19,8%. En los 162 pacientes se encontraron 248 lesiones estomatológicas, de las cuáles las cinco más diagnosticados fueron candidiasis, liquen plano, síndrome de Sjögren, aftas e hiperplasia fibrosa.

Tabla 2. Categoría de lesiones más prevalentes

	N	%
REACTIVAS/TRAUMÁTICAS	53	22,2
AUTOINMUNES	53	22
INFECCIOSAS	48	19,4
OTRAS	35	14,1
PRECANCEROSAS	23	9,3
ALTERACIONES DE LENGUA	11	4,0
ALTERACIONES ÓSEAS	7	2,8
NEOPLÁSICAS BENIGNAS	6	2,4
ALTERACIONES DENTALES	6	2,4
NEOPLASIAS MALIGNAS	4	1,6
TOTAL	248	100

Las lesiones fueron divididas por categorías: reactivas/traumáticas, infecciosas, autoinmunes, neoplasias benignas, neoplasias malignas, precancerosas, alteraciones de lengua, alteraciones óseas, alteraciones dentales y otras.

La categoría de lesiones con mayor prevalencia fueron las autoinmunes y las reactivas/traumáticas ambas con un 22% seguida de las infecciosas con un 19%. (Ver tabla 2).

De los 162 pacientes, las mujeres fueron las mayormente afectadas en cada una de las categorías, el 16,67% presentaron enfermedades autoinmunes, seguidas de las reactivas/traumáticas 12,96%; infecciosas 14,20% y las precancerosas con el 8,64%. (Ver tabla 3).

Tabla 2. Lesiones estomatológicas de los pacientes diagnosticados en Úraga, Dermatología y Estética

LESIONES ESTOMATOLÓGICAS	N	%
CANDIDIASIS	22	8,9
LIQUEN PLANO	19	7,7
SÍNDROME DE SJÖGREN	19	7,7
AFTAS	17	6,9
HIPERPLASIA FIBROSA	14	5,6
QUEILITIS	13	5,2
ARDOR BUCAL	11	4,4
VERRUGA VULGAR	11	4,4
PENFIGOIDE	9	3,6
AFTOIDE TRAUMÁTICO	9	3,6
QUERATOSIS REACCIONAL	9	3,6
PÉNFIGO	8	3,2
LENGUA GEOGRÁFICA	7	2,8
MELANOSIS RACIAL	6	2,4
ENFERMEDAD DE HECK	5	2,0
MUCOCELE	5	2,0
PAPILOMA	4	1,6
LEUCOPLASIA	4	1,6
HEMANGIOMA	4	1,6
CARCINOMA ESPINOCELULAR	4	1,6
MUCOSA MORDISQUEADA	4	1,6
ULCERACIÓN TRAUMÁTICA CRÓNICA	3	1,2
TORUS PALATINO	3	1,2
ABCESO ORIGEN ODONTOGÉNICO	3	1,2
MUCOSITIS	2	0,8
SIALOLITIASIS	2	0,8
EXOSTOSIS	2	0,8
TORUS MANDIBULAR	2	0,8
PERICORONARITIS	2	0,8
GRANULOMA PIÓGENO	2	0,8
ESTOMATITIS MIGRATORIA BENIGNA	1	0,4
MELANOSIS DEL FUMADOR	1	0,4
ANGIOMA SENIL	1	0,4
GLÁNDULAS SALIVALES HIPERTRÓFICAS	1	0,4
GLOSITIS ROMBOIDAL MEDIA	1	0,4
ERITEMA POR FELATIO	1	0,4
FENESTRACION	1	0,4
ESTOMATITIS POR CONTACTO	1	0,4
ULCERA DE RIGAFEDE	1	0,4
RINOESCLEROMA	1	0,4
RANULA	1	0,4
CONDILOMA VIRAL	1	0,4
GINGIVITIS CRÓNICA Y AGUDA INESPECIFICA	1	0,4
HERPES RECURRENTE	1	0,4
VARICOSIDADES DE LENGUA	1	0,4
PAPILITIS	1	0,4
HIPERPLASIA PARAPROTÉTICA	1	0,4
HIPERPIGMENTACIÓN INFLAMATORIA	1	0,4
ÚLCERA INESPECIFICA	1	0,4
H. PYLORI	1	0,4
LIPOMA	1	0,4
QUEMADURA QUÍMICA POR COLUTORIO	1	0,4
	248	100

La enfermedad autoinmune con más prevalencia fue el síndrome de Sjögren con un 36% seguida de las aftas 32% y el penfigoide 17%. (Ver figura 1)

Tabla 3. Prevalencia de las categorías de lesiones de acuerdo al sexo.

	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
CATEGORÍA	N/%	N/%	
AUTOINMUNES	27(16,67%)	11(6,79%)	38(23,46%)
REACTIVAS/TRAUMÁTICAS	21(12,96%)	13(8,02%)	34(20,99%)
INFECCIOSAS	23(14,20%)	6(3,70%)	29(17,90%)
OTRAS	23(12,96%)	2(1,85%)	25(14,81%)
PRECANCEROSAS	14(8,64%)	4(2,47%)	18(11,11%)
ALTERACIONES DE LENGUA	6(3,70%)	2(1,23%)	8(4,93%)
ALTERACIONES DENTALES	4(2,47%)	0(0%)	4(2,47%)
NEOPLASIAS MALIGNAS	1(0,62%)	2(1,23%)	3(1,85%)
NEOPLASIAS BENIGNAS	1(0,62%)	1(0,62%)	2(1,24%)
ALTERACIONES ÓSEAS	1(0,62%)	0(0%)	1(0,62%)

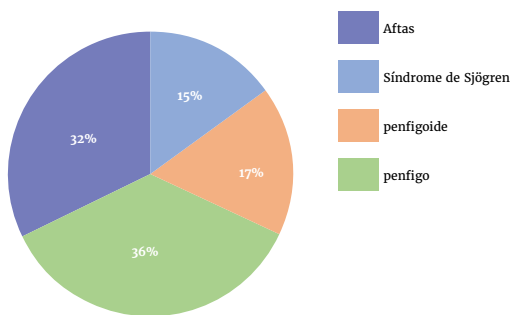


Figura 1. Prevalencia de enfermedades autoinmunes

De los 38 pacientes que presentaron enfermedades autoinmunes, la mayor parte de los afectados fueron mujeres con 71%. Con respecto a la relación de las enfermedades autoinmunes y el grupo etario, el más prevalente fue adultez con un 39,47%, seguido de adultos mayores (>65 años) con un 34,21% y adultos jóvenes con el 23,68%.

En la categoría de enfermedades reactivas/traumáticas se presentaron 34 pacientes. La más prevalente de esta categoría fue hiperplasia fibrosa con un 26,42%; seguida de aftoide traumático 16,98%, queratosis reaccional con 15,09%, mucocelo con 9,43% y mucosa mordisqueada con un 7,55%. Hubo una mayor afectación en mujeres en esta variable (14,20%).

El grupo etario, más prevalente fue adultez con 8,02%, seguida de niños con 4,94% y adulto joven con 3,70%.

En la categoría infecciosas se presentaron 29 pacientes, la más prevalente fue candidiasis con un 45,83%; seguida de verruga vulgar con 22,92%; enfermedad de Heck con 10,42% y papiloma con un 8,33%. Las mujeres fueron las más afectadas con un 14,20%. El grupo etario, de mayor prevalencia fue la adultez con un 6,17%, seguida del adulto joven con 4,94% y adulto mayor (>65 años) con un 3,70%. (Ver tabla 4).

Tabla 4. Categorías de enfermedades más prevalentes de acuerdo al sexo y grupo etario.

CATEGORÍA	SEXO			GRUPO ETARIO				
	F	M	TOTAL	NIÑO	ADULTO JOVEN	ADULTEZ	ADULTO MAYOR	TOTAL
AUTOINMUNE								
SÍNDROME DE SJÖGREN	31.58%	5.26%	36.84%	0%	5.26%	18.42%	13.16%	37%
AFTAS	26.32%	10.53%	36.85%	0%	13.16%	13.16%	7.89%	3.4%
PÉNFIGO	7.89%	10.53%	18.42%	0%	2.63%	5.26%	10.53%	18%
PENFIGOIDE	5.26%	2.63%	7.89%	0%	2.63%	2.63%	2.63%	8%
REACTIVAS/TRAUMÁTICAS								
HIPERPLASIA FIBROSA	22.22%	7.41%	29.63%	3.70%	3.70%	18.53%	3.70%	29.63%
AFTOIDE TRAUMÁTICO	14.81%	7.41%	22.22%	11.11%	3.70%	3.70%	3.70%	22.21%
QUERATOSIS REACCIONAL	7.41%	11.11%	18.52%	0%	7.41%	7.41%	0%	15%
MUCOCELE	11.11%	7.41%	18.52%	11.11%	3.70%	0.00%	0.00%	14.81%
MUCOSA MORDISQUEADA	11.11%	0%	11%	3.70%	0.00%	3.70%	0.00%	7.40%
INFECCIOSAS								
CANDIDIASIS	42.31%	0%	42%	0%	7.69%	23.08%	11.54%	42%
VERRUGA VULGAR	23.08%	11.54%	34.62%	3.85%	19.23%	7.69%	3.85%	34.62%
ENFERMEDAD DE HECK	7.69%	7.69%	15.38%	11.54%	0.00%	0.00%	0.00%	11.54%
PAPILOMA	7.69%	0%	8%	0%	0.00%	3.85%	3.85%	8%

## DISCUSIÓN

---

En el presente estudio se registró un total de 162 pacientes de los cuales 74,7% fueron de sexo femenino y 25,3% de sexo masculino, estos resultados concuerdan con el estudio de Radwan- Oczko et al.<sup>8</sup> en el que las mujeres presentaron el 73,7% y los hombres el 26,3%. La edad mínima fue de 6 meses, edad promedio 49 años y la máxima de 85 años, en la investigación de Raposo Araceli et al.<sup>9</sup> registra datos similares de la cual, la edad promedio fue de 46 años y la edad máxima fue de 89 años, no hubo edad mínima en este estudio, debido a que fue una investigación dirigida a adultos.

Este estudio dividió las lesiones por categorías, siendo la más prevalente las autoinmunes, y de estas la de mayor frecuencia fue el síndrome de Sjögren con mayor afectación en las mujeres (71%), pertenecientes al grupo etario de la adultez (40 a 65 años). El síndrome de Sjögren (SS) es una enfermedad autoinmune crónica del tejido conectivo que se caracteriza por una triada de síntomas secos, fatiga y dolor. El SS es una de las enfermedades reumatológicas más comunes, con una prevalencia alrededor del 0,5%, su diagnóstico se da entre la 5ta y 7ma década de vida, y es ocho veces más frecuente en mujeres que en hombres.<sup>10</sup> No se encontró un estudio que investiguen sobre enfermedades autoinmunes relacionadas únicamente en la mucosa oral.

Sin embargo, todos los estudios coinciden en que el síndrome de Sjogren afecta principalmente a mujeres, si bien su causa no ha sido establecida, nosotros sugerimos realizar nuevas líneas de investigación y evaluar la existencia de alguna relación hormonal, ya que en la edad de mayor frecuencia de aparición es durante o después de la menopausia.

La segunda categoría más prevalente fue reactiva/traumática, la lesión que más se presentó fue la hiperplasia fibrosa con un 26,42%, teniendo una mayor representación en el sexo femenino con 14,20%. En el estudio de Lakkam, et al.<sup>11</sup> la hiperplasia fibrosa se presentó en un 62%, y en las mujeres tuvo una prevalencia del 52%; esta diferencia podría deberse a que este autor evaluó el doble de pacientes que nosotros, siendo 2849 en un periodo de

10 años. Este tipo de lesión es una lesión reactiva de tejido conectivo, es la más común, que predomina en mujeres adultas. Clínicamente se presenta como una lesión nodular de superficie lisa o irregular, sésil o pedunculada, de apariencia normal o de color blanco amarillento, principalmente localizada.<sup>12</sup> En un estudio retrospectivo de Dutra et al.<sup>13</sup> la lesión más frecuente fue la hiperplasia fibrosa con un 72,09%, donde predominó el sexo femenino con el 74,19%. De estas dos revisiones podemos mencionar que la hiperplasia fibrosa es la que más predomina, a pesar de que fueron estudios retrospectivos de diez años, concuerda con la prevalencia de la lesión de nuestra investigación.

Las enfermedad infecciosa fue la tercera categoría con mayor prevalencia, encontrándose un predominio de la candidiasis con un 45,83%, no se encontró un estudio que concuerde con estos resultados. Pontes Cruvinel et al.<sup>14</sup> determinó una prevalencia global del 6% y no realizó una estratificación por sexo. La candidiasis oral es la infección fúngica más común de la cavidad oral y oportunista causada por el crecimiento excesivo de *Cándida*, que se caracteriza por dolor, en la mucosa oral. Esta se puede dividir en eritematosa, pseudomembranosa e hiperplásica, de acuerdo con las manifestaciones clínicas. Para un diagnóstico preliminar de la candidiasis se deben observar los síntomas clínicos (dolor, ardor y pérdida del gusto) y los signos (pérdida de papilas en el dorso de lengua, eritema y fisuras en lengua y en otras superficies de la mucosa).<sup>15,16</sup> En la investigación de Hu et al.<sup>16</sup> de los 160.357 pacientes examinados fueron diagnosticados con candidiasis el 6,09% y las mujeres tuvieron una proporción de 1:0,61 y una tasa general de infección más alta que los hombres en todos los subgrupos de edad.

Finalmente, en la Unidad de Patología bucal de Úraga, Dermatología y Estética fueron diagnosticados y tratados 162 (52,09%) pacientes con lesiones estomatológicas. No se han encontrado estudios similares sobre la prevalencia de enfermedades estomatológicas en los centros dermatológicos.

## CONCLUSIÓN

---

La mayoría de las lesiones se dieron con mayor frecuencia en mujeres, y en el grupo etario de la adultez.

Las lesiones estomatológicas más presentes en este estudio fueron candidiasis, síndrome de Sjögren y liquen plano. Al ser divididas las lesiones por categorías de enfermedades, se pudo evidenciar que las autoinmunes, reactivas/traumáticas e infecciosas tienen mayor prevalencia en el sexo femenino y en la adultez.

Los pacientes que fueron diagnosticados con lesiones estomatológicas en tejidos blandos en Úraga, Dermatología y Estética, pudieron tener tratamiento y controles adecuados, por ende, una mejor calidad de vida.

Es importante que el odontólogo pueda identificar lesiones que se presenten en la mucosa oral, al encontrarse en primer contacto con la cavidad bucal del paciente.

Debido a la alta prevalencia de patologías bucales diagnosticadas, es fundamental que los centros dermatológicos cuenten con áreas de medicina bucal, para aquellos pacientes que presenten patologías orales primarias o asociadas a enfermedades dermatológicas, por lo cual, se deberían realizar investigaciones similares en hospitales y otros centros dermatológicos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. El Toum S, Cassia A, Bouchi N, Kassab I. Prevalence and Distribution of Oral Mucosal Lesions by Sex and Age Categories: A Retrospective Study of Patients Attending Lebanese School of Dentistry. *International Journal of Dentistry*. 2018;2018:1-6.
2. Tejada García A. Prevalencia de lesiones bucales en tejido blando encontradas en la Clínica de Estomatología de la Facultad de Odontología de la Universidad de los Andes. Periodo 2015-2018. *Revista de la Asociación Dental Mexicana*. 2020;77(1):11-6.
3. Owczarek-Drabińska JE, Nowak P, Zimoląg-Dydał M, Radwan-Oczko M. The Prevalence of Oral Mucosa Lesions in Pediatric Patients. *IJERPH*. 8 de septiembre de 2022;19(18):11277.
4. Cruz Moreira, Karla; Mena Ribadeneira, Gabriela y Luzardo Jurado, Geoconda. Prevalencia de patologías estomatológicas encontradas en la campaña de prevención contra enfermedades bucales. *Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Ecuador. Universidad y Sociedad*. 2018;10(1):214-219.
5. Radwan-Oczko M, Sokół I, Babuška K, Owczarek-Drabińska JE. Prevalence and Characteristic of Oral Mucosa Lesions. *Symmetry*. 2 de febrero de 2022;14(2):307.
6. Hasan MU, Rasool S, Ahsan SH, Jamali S, Azhar R. Evaluation of prevalence of oral soft tissue lesions in a public sector oral health facility of Karachi, Pakistan. *TPMJ*. 31 de agosto de 2021;28(09):1245-51.
7. Villaseñín LC, García AG, Pouso AIL, Petronacci CC, Carrión AB, Vila PG, et al. Prevalence of oral lesions among patients in the dental faculty of the University of Santiago de Compostela, Spain. *Journal of Oral Science*. 5(1).
8. Radwan-Oczko M, Bandosz K, Rojek Z, Owczarek-Drabińska JE. Clinical Study of Oral Mucosal Lesions in the Elderly-Prevalence and Distribution. *Int J Environ Res Public Health*. 1 de marzo de 2022;19(5):2853.
9. Raposo A, Monsalves MJ, Aravena P, Sanhueza A. Prevalencia de Lesiones de la Mucosa Oral en el Hospital Hernán Henríquez Aravena de Temuco. *Int J Morphol*. junio de 2011;29(2):622-7.
10. André F, Böckle BC. Sjögren's syndrome. *J Deutsche Derma Gesell*. julio de 2022;20(7):980-1002.
11. Lakkam B, Astekar M, Alam S, Sapra G, Agarwal A, Agarwal A. Relative frequency of oral focal reactive overgrowths: An institutional retrospective study. *J Oral Maxillofac Pathol*. 2020;24(1):76.
12. Silveira HA, Javaroni JB, Da Silva ATF, Reyes MRT, Hashimoto JM, Cuadra-Zelaya FJM, et al. Lipomatosis in fibrous hyperplasia and inflammatory fibrous hyperplasia of the oral cavity. *J Cutan Pathol*. septiembre de 2023;50(9):787-92.
13. Dutra KL, Longo L, Grando LJ, Rivero ERC. Incidence of reactive hyperplastic lesions in the oral cavity: a 10 year retrospective study in Santa Catarina, Brazil. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*. julio de 2019;85(4):399-407.
14. Pontes CC, Chikte U, Kimmie-Dhansay F, Erasmus RT, Kengne AP, Matsha TE. Prevalence of Oral Mucosal Lesions and Relation to Serum Cotinine Levels—Findings from a Cross-Sectional Study in South Africa. *IJERPH*. 7 de febrero de 2020;17(3):1065.
15. Peng DS, Lo CH, Tseng YL, Kuo SL, Chiang CP, Chiang ML. Efficacy of oral nystatin treatment for patients with oral mucosal dysesthesia but without objective oral mucosal manifestations and necessity of Candida culture test before oral nystatin treatment. *Journal of Dental Sciences*. octubre de 2022;17(4):1802-13.

16. Hu L, He C, Zhao C, Chen X, Hua H, Yan Z. Characterization of oral candidiasis and the *Candida* species profile in patients with oral mucosal diseases. *Microb Pathog.* septiembre de 2019;134:103575.
17. Agrawal R. Spectrum of Oral Lesions in A Tertiary Care Hospital. *JCDR [Internet]*. 2015 [citado 16 de febrero de 2023]; Disponible en: [http://jcdr.net/article\\_fulltext.asp?issn=0973-709x&year=2015&volume=9&issue=6&page=EC11&issn=0973-709x&id=6121](http://jcdr.net/article_fulltext.asp?issn=0973-709x&year=2015&volume=9&issue=6&page=EC11&issn=0973-709x&id=6121)
18. Alhindi N, Sindi A, Binmadi N, Elias W. A retrospective study of oral and maxillofacial pathology lesions diagnosed at the Faculty of Dentistry, King Abdulaziz University. *CCIDE.* marzo de 2019;Volume 11:45-52.
19. Hong CHL, Dean DR, Hull K, Hu SJ, Sim YF, Nadeau C, et al. World Workshop on Oral Medicine VII: Relative frequency of oral mucosal lesions in children, a scoping review. *Oral Dis.* junio de 2019;25(S1):193-203.
20. Çalış A, Efeoğlu C, Koca H, Mert A. Oral Pathological Lesions in the Aegean Region: A 30-Year Retrospective Study. *meandros.* 1 de diciembre de 2021;22(3):301-8.
21. Guillermin-Vázquez C, Denis-Rodríguez PB, Briseño-Patlanis BL. Prevalence of oral pathology in elderly people from the Forensic Medicine Service in Mexico City Original Article. 2018;
22. Reddy R, Davidova L, Bhattacharyya I, Cohen DM, Islam MN, Fitzpatrick SG. Dermatologic Lesions Submitted to an Oral and Maxillofacial Pathology Biopsy Service: An Analysis of 2487 Cases. *Head and Neck Pathol.* diciembre de 2018;12(4):493-9.
23. Kudsi M, Nahas LD, Alsawah R, Hamsho A, Omar A. The prevalence of oral mucosal lesions and related factors in systemic lupus erythematosus patients. *Arthritis Res Ther.* diciembre de 2021;23(1):229.
24. Aghaeipour F, Salehiniya H, Abbaszadeh H. Prevalence of human papillomavirus (HPV) in oral mucosal lesions in Iran: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Medical Virology.* noviembre de 2021;93(11):6089-99.
25. Oivio UM, Pesonen P, Ylipalosaari M, Kullaa A, Salo T. Prevalence of oral mucosal normal variations and lesions in a middle-aged population: a Northern Finland Birth Cohort 1966 study. *BMC Oral Health.* diciembre de 2020;20(1):357.

## ORIGINAL ARTICLE

# Prevalence of stomatological lesions in soft tissues diagnosed in the Oral Pathology Unit in Úraga, Dermatology and Aesthetics. Period 2017—2023.

Andrea Belén Vásconez-Molina,\* Karla Elizabeth Cruz-Moreira\*\*

\* Dentist.  
Orcid: <https://orcid.org/0009-0003-0331-4195>

\*\* Professor at the Catholic University of Santiago de Guayaquil, Ecuador.  
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4283-3495>

Correspondence:  
[andrea.vasconez@hotmail.com](mailto:andrea.vasconez@hotmail.com)

Key words: oral pathology, soft tissues, dermatology, Sjogren's Syndrome, oral medicine

Reception date: 07/12/2023  
Acceptance date: 08/03/2024

## ABSTRACT

**Introduction:** Stomatologic soft tissue lesions are identified as any abnormal alteration in the color, appearance or loss of integrity of the oral mucosal surface.

**Objective:** Determine the prevalence of stomatological lesions in soft tissues diagnosed in the Oral Pathology Unit of the Dr. Uruga Dermatological Center.

**Materials and methods:** A descriptive, retrospective, cross-sectional study was carried out at the Dr. Uruga Dermatologic Center. The universe consisted of 311 patients seen in the surgery area during the period 2017-2023, our sample was 162 patients.

**Results:** 74.7% were female and 25.3% male. The minimum age was 6 months, maximum age 85 and average age 49 years. The most prevalent age group was adulthood (40 to 65 years) with 38.3%. Women were the most affected in each of the categories, 16.67% presented autoimmune diseases, followed by reactive/traumatic diseases 12.96% and infectious diseases 14.20%.

**Conclusion:** The oral pathologies diagnosed in the Dr. Uruga dermatological center constituted the 52.09%. In conclusion, is important that dermatological centers have oral medicine areas, to carry out prevention and treatment of diseases that manifest in the oral cavity.

## INTRODUCTION

Stomatological lesions in soft tissues are identified as any abnormal alteration in the color, appearance or loss of integrity of the surface of the oral mucosa.<sup>1</sup> These can appear in different states of life such as puberty, pregnancy, aging. It can also be associated with emotional and systemic problems.<sup>2</sup>

The worldwide prevalence of soft tissue stomatological lesions varies between countries and areas, ranging from 4.9% to 64.7% in adults, in adolescents there is a prevalence of 31.7%, while in children it varies from 4.1% to 69.5%.<sup>1,3</sup> In Ecuador the prevalence is 45.10%, of which 60.87% occur in women.<sup>4</sup>

Some authors have classified stomatological lesions as reactive/traumatic, infectious, autoimmune and neoplastic. Clinical inspection and complementary examinations are important when establishing a certain diagnosis. Another aspect to take into account is toxic habits such as alcohol and tobacco consumption, as they may be related.<sup>4</sup>

One of the most relevant symptoms is intense pain that sometimes restricts food intake or makes oral hygiene, swallowing and speaking difficult.<sup>5</sup> Regarding the clinical signs, ulcers, tumors and alterations in the texture of the mucosa can be found.<sup>6</sup>

Many times, lesions in the oral mucosa can be the first sign of systemic involvement. For this reason, they should be considered as indicators of general health. Early identification of these injuries is essential in providing the patient with comprehensive medical care. Although most oral lesions are benign and do not need active treatment, some of them may be associated with disease and may have a high risk of malignant transformation.<sup>7</sup>

When patients notice disease in the oral mucosa, they go to various specialists such as the general practitioner, otorhinolaryngologist, dermatologist and dentist, who do not always correctly diagnose the injury, therefore, the patient does not get the correct treatment.

The objective of this study is to determine the prevalence of stomatological lesions in soft tissues diagnosed in the Oral Pathology Unit in the Úraga, Dermatology and Aesthetics.

## MATERIALS AND METHODS

A descriptive, retrospective and cross-sectional study was carried out in the Úraga, Dermatology and Aesthetics.

The universe consisted of 311 patients treated in the surgery area of the center during the period 2017–2023. The Oral Pathology Unit is located in this area.

The medical records of the Oral Pathology Unit were reviewed, giving us a total of 179 patients treated, who meet the inclusion criteria: being part of database in the

Úraga, Dermatology and Aesthetics with one or more oral pathologies. We excluded those stories of patients who did not undergo tests to confirm the presumptive diagnosis of the diseases that required it (serological tests, microbiological tests, biopsy, etc.), patients without a certain diagnosis and patients with incomplete medical records, giving us a sample of 162 patients.

The following variables were analyzed, such as gender and age group, certain diagnosis, disease categories, complementary examinations and treatment, in order to determine the prevalence of stomatological lesions in the already established period.

The study followed the ethical principles established in the 1964 Helsinki declaration for medical research involving human subjects. The confidentiality of the recorded information was maintained.

Data were collected in an Excel spreadsheet and tabulated in version 22 of IBM SPSS Statistics software for subsequent statistical analysis.

## RESULTS

The sample consisted of 162 (52.09%) patients who met the inclusion criteria, 74.7% were female and 25.3% were male. The minimum age was 6 months, the maximum was 85, and the average age was 49 years.

The age group was divided as follows: infant 0 to 2 years; children, 2 to 12 years; adolescents, 12 to 20; young adult, 20 to 40; adulthood 40 to 65; and older adults >65 years. Of which, the most prevalent was adulthood with 38.3%, followed by older adults 27.8% and young adults with 19.8%.

In the 162 patients, 248 stomatological lesions were found, of which the five most diagnosed were candidiasis, lichen planus, Sjögren's syndrome, thrush and fibrous hyperplasia. (See table 1).

The lesions were divided by categories: reactive/traumatic, infectious, autoimmune, benign neoplasms, malignant neoplasms, precancerous, tongue alterations, bone alterations, dental alterations and others.



Table 2. Most prevalent injury category.

	N	%
REACTIVE/TRAUMATIC	53	22,2
AUTOIMMUNE	53	22
INFECTIOUS	48	19,4
OTHERS	35	14,1
PRECANCEROUS	23	9,3
LANGUAGE ALTERATIONS	11	4,0
BONE ALTERATIONS	7	2,8
BENIGN NEOPLASTIC	6	2,4
DENTAL ALTERATIONS	6	2,4
MALIGNANT NEOPLASMS	4	1,6
TOTAL	248	100

Table 3. Prevalence of injury categories according to sex.

	FEMALE	MALE	TOTAL
CATEGORY	N/%	N/%	
AUTOIMMUNE	27(16,67%)	11(6,79%)	38(23,46%)
REACTIVE/TRAUMATIC	21(12,96%)	13(8,02%)	34(20,99%)
INFECTIOUS	23(14,20%)	6(3,70%)	29(17,90%)
OTHERS	23(12,96%)	2(1,85%)	25(14,81%)
PRECANCEROUS	14(8,64%)	4(2,47%)	18(11,11%)
LANGUAGE ALTERATIONS	6(3,70%)	2(1,23%)	8(4,32%)
DENTAL ALTERATIONS	4(2,47%)	0(0%)	4(2,47%)
MALIGNANT NEOPLASMS	1(0,62%)	2(1,23%)	3(1,85%)
BENIGN NEOPLASMS	1(0,62%)	1(0,62%)	2(1,24%)
BONE ALTERATIONS	1(0,62%)	0(0%)	1(0,62%)

The category of lesions with the highest prevalence were autoimmune and reactive/traumatic lesions, both with 22%, followed by infectious lesions with 19%. (See table 2).

Of the 162 patients, women were the most affected in each of the categories, 16.67% presented autoimmune diseases, followed by reactive/traumatic diseases 12.96%; infectious 14.20% and precancerous with 8.64%. (See table 3).

The most prevalent autoimmune disease was Sjögren’s syndrome with 36%, followed by thrush 32% and pemphigoid 17%. (See figure 1).

Of the 38 patients who presented autoimmune diseases, most of those affected were women with 71%.

Table 2. Stomatological lesions of patients diagnosed at the Center Dermatological Dr. Uraga

STOMATOLOGICAL INJURIES	N	%
CANDIDIASIS	22	8,9
LICHEN PLANUS	19	7,7
SJOGREN'S SYNDROME	19	7,7
THRUSH	17	6,9
FIBROUS HYPERPLASIA	14	5,6
CHEILITIS	13	5,2
BURNING MOUTH	11	4,4
VULGAR WART	11	4,4
PEMPHIGOID	9	3,6
TRAUMATIC APHTHOID	9	3,6
REACTIONAL KERATOSIS	9	3,6
PEMPHIGUS	8	3,2
GEOGRAPHICAL LANGUAGE	7	2,8
RACIAL MELANOSIS	6	2,4
HECK DISEASE	5	2,0
MUCOCELE	5	2,0
PAPILLOMA	4	1,6
LEUKOPLAKIA	4	1,6
HEMANGIOMA	4	1,6
SQUAMOUS CELL CARCINOMA	4	1,6
NIBBLED MUCOSA	4	1,6
CHRONIC TRAUMATIC ULCERATION	3	1,2
PALATINE TORUS	3	1,2
ODONTOGENIC ABSCESS	3	1,2
MUCOSITIS	2	0,8
SIALOLITHIASIS	2	0,8
EXOSTOSES	2	0,8
MANDIBULAR TORUS	2	0,8
PERICORONITIS	2	0,8
PYOGENIC GRANULOMA	2	0,8
BENIGN MIGRATORY STOMATITIS	1	0,4
SMOKER'S MELANOSIS	1	0,4
SENILE ANGIOMA	1	0,4
HYPERTROPHIC SALIVARY GLANDS	1	0,4
MIDDLE RHOMBOID GLOSSITIS	1	0,4
FELLATIO ERYTHEMA	1	0,4
FENESTRATION	1	0,4
CONTACT STOMATITIS	1	0,4
RIGAFEDE ULCER	1	0,4
RHINOSCLEROMA	1	0,4
RANULA	1	0,4
VIRAL CONDYLOMA	1	0,4
NONSPECIFIC CHRONIC AND ACUTE GINGIVITIS	1	0,4
RECURRENT HERPES	1	0,4
TONGUE VARICOSITIES	1	0,4
PAPILLITIS	1	0,4
PARAPROSTHETIC HYPERPLASIA	1	0,4
INFLAMMATORY HYPERPIGMENTATION	1	0,4
NONSPECIFIC ULCER	1	0,4
H. PYLORI	1	0,4
LIPOMA	1	0,4
CHEMICAL BURN FROM MOUTHWASH	1	0,4
	248	100

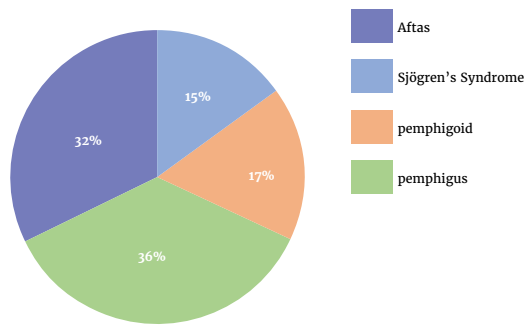


Figure 1. Prevalence of autoimmune diseases.

Regarding the relationship between autoimmune diseases and age group, the most prevalent was adulthood with 39.47%, followed by older adults (>65 years) with 34.21% and young adults with 23.68%.

In the category of reactive/traumatic diseases, 34 patients presented. The most prevalent in this category was fibrous hyperplasia with 26.42%; followed by traumatic aphthoid 16.98%, reactional keratosis with 15.09%, mucocele with 9.43% and nibbled mucosa with 7.55%. Was a greater affectation in women in this variable (14.20%).

The most prevalent age group was adulthood with 8.02%, followed by children with 4.94% and young adults with 3.70%.

In the infectious category, 29 patients presented, the most prevalent was candidiasis with 45.83%; followed by verruca vulgaris with 22.92%; Heck's disease with 10.42% and papilloma with 8.33%. Women were the most affected with 14.20%. The age group with the highest prevalence was adulthood with 6.17%, followed by young adults with 4.94% and older adults (>65 years) with 3.70%. (See table 4).

## DISCUSSION

In the present study, a total of 162 patients were registered, of which 74.7% were female and 25.3% were male. These results agree with the study by Radwan-Oczko et al.<sup>8</sup> in which women presented 73.7% and men 26.3%. Minimum age was 6 months, average age 49.

Raposo 's research Araceli et al.<sup>9</sup> records similar data of which, the average age was 46 years and the maximum age was 89 years, there was no minimum age in this study, because it was a research aimed at adults.

This study divided the lesions by categories, the most prevalent being autoimmune, and of these the most frequent was Sjögren's syndrome with greater involvement in women (71%), belonging to the adult age group (40 to 65 years). Sjögren's syndrome (SS) is a

Table 4. Categories of most prevalent diseases according to sex and age group.

CATEGORY	SEX			AGE GROUP				
	F	M	TOTAL	CHILD	YOUNG ADULT	ADULTHOOD	ELDERLY	TOTAL
<b>AUTOIMMUNE</b>								
<b>SJÖGREN'S SYNDROME</b>	31.58%	5.26%	36.84%	0%	5.26%	18.42%	13.16%	37%
<b>THRUSH</b>	26.32%	10.53%	36.85%	0%	13.16%	13.16%	7.89%	3.4%
<b>PEMPHIGUS</b>	7.89%	10.53%	18.42%	0%	2.63%	5.26%	10.53%	18%
<b>PEMPHIGOID</b>	5.26%	2.63%	7.89%	0%	2.63%	2.63%	2.63%	8%
<b>REACTIVE/TRAUMATIC</b>								
<b>FIBROUS HYPERPLASIA</b>	22.22%	7.41%	29.63%	3.70%	3.70%	18.53%	3.70%	29.63%
<b>TRAUMATIC APHTHOID</b>	14.81%	7.41%	22.22%	11.11%	3.70%	3.70%	3.70%	22.21%
<b>REACTIONAL KERATOSIS</b>	7.41%	11.11%	18.52%	0%	7.41%	7.41%	0%	fifteen%
<b>MUCOCELE</b>	11.11%	7.41%	18.52%	11.11%	3.70%	0.00%	0.00%	14.81%
<b>NIBBLED MUCOSA</b>	11.11%	0%	eleven%	3.70%	0.00%	3.70%	0.00%	7.40%
<b>INFECTIOUS</b>								
<b>CANDIDIASIS</b>	42.31%	0%	42%	0%	7.69%	23.08%	11.54%	42%
<b>VULGAR WART</b>	23.08%	11.54%	34.62%	3.85%	19.23%	7.69%	3.85%	34.62%
<b>HECK 'S DISEASE</b>	7.69%	7.69%	15.38%	11.54%	0.00%	0.00%	0.00%	11.54%
<b>PAPILLOMA</b>	7.69%	0%	8%	0%	0.00%	3.85%	3.85%	8%

chronic autoimmune connective tissue disease characterized by a triad of: mucocutaneous dryness, fatigue, and pain. SS is one of the most common rheumatological diseases, with a prevalence of around 0.5%, its diagnosis occurs between the 5th and 7th decade of life, and it is eight times more common in women than in men.<sup>10</sup> No study was found that investigated autoimmune diseases related only to the oral mucosa.

However, all studies agree that Sjogren's syndrome mainly affects women. Although its cause has not been established, we suggest carrying out new lines of research and evaluating the existence of some hormonal relationship, since at older ages frequency of appearance is during or after menopause.

The second most prevalent category was reactive/traumatic, the most common lesion was fibrous hyperplasia with 26.42%, with a greater representation in the female sex with 14.20%. In the study by Lakkam, et al.<sup>11</sup> Fibrous hyperplasia occurred in 62%, and in women it had a prevalence of 52%; This difference could be due to the fact that this author evaluated twice as many patients as we did, 2849 in a period of 10 years. This type of injury is a reactive connective tissue injury, it is the most common, predominating in adult women.

Clinically, it presents as a nodular lesion with a smooth or irregular surface, sessile or pedunculated, normal in appearance or yellowish white in color, mainly localized.<sup>12</sup> In a retrospective study by Dutra et al.<sup>13</sup> the most frequent lesion was fibrous hyperplasia with 72.09%, where the female sex predominated with 74.19%. Of these two reviews we can mention that fibrous hyperplasia is the most predominant, although they were retrospective studies of ten years, it agrees with the prevalence of the lesion in our research.

Infectious disease was the third most prevalent category, with a predominance of candidiasis at 45.83%; no other study in literature was found to agree with these results. Pontes Cruvinel et al.<sup>14</sup> determined a global prevalence of 6% and did not perform stratification by sex. Oral candidiasis is the most common and opportu-

nistic fungal infection of the oral cavity caused by the overgrowth of *Candida*, characterized by pain, on the oral mucosa. This can be divided into erythematous, pseudomembranous and hyperplastic, according to the clinical manifestations. For a preliminary diagnosis of candidiasis, the clinical symptoms (pain, burning and loss of taste) and signs (loss of papillae on the dorsum of the tongue, erythema and fissures on the tongue and other mucosal surfaces) should be observed.<sup>15,16</sup> In the research of Hu et al.<sup>16</sup> of the 160,357 patients examined, 6.09% were diagnosed with candidiasis and women had a ratio of 1:0.61 and a higher overall infection rate than men in all age subgroups.

Finally, in the Oral Pathology Unit in the Úraga, Dermatology and Aesthetics, 162 (52.09%) patients with stomatological lesions were diagnosed and treated. No similar studies have been found on the prevalence of stomatological diseases in dermatological centers.

## CONCLUSION

Most oral injuries occurred frequently in women, in the adult age group. The most common stomatological lesions in this study were candidiasis, Sjögren's syndrome and lichen planus. When the lesions were divided by disease categories, it was evident that autoimmune, reactive/traumatic and infectious lesions have a greater prevalence in females and adults.

Patients who were diagnosed with stomatological lesions in soft tissues at the Úraga, Dermatology and Aesthetics were able to have adequate treatment and controls, therefore, a better quality of life.

The dentist, as primary care doctor, should identify lesions that occur in the oral mucosa, initially, when in contact with the patient's oral cavity.

Due to the high prevalence of diagnosed oral pathologies, it is essential that dermatological centers have oral medicine areas for those patients who present primary oral pathologies or those associated with dermatological diseases, therefore, similar research should be carried out in hospitals and other dermatological centers.

## REFERENCES

1. El Toum S, Cassia A, Bouchi N, Kassab I. Prevalence and Distribution of Oral Mucosal Lesions by Sex and Age Categories: A Retrospective Study of Patients Attending Lebanese School of Dentistry. *International Journal of Dentistry*. 2018;2018:1-6.
2. Tejada García A. Prevalence of oral soft tissue lesions found in the Stomatology Clinic of the Faculty of Dentistry of the Universidad de los Andes. Period 2015-2018. *Magazine of the Mexican Dental Association*. 2020;77(1):11-6.
3. Owczarek-Drabińska JE, Nowak P, Zimoląg-Dydał M, Radwan-Oczko M. The Prevalence of Oral Mucosa Lesions in Pediatric Patients. *IJERPH*. 2022 Sep 8;19(18):11277.
4. Cruz Moreira, Karla; Mena Ribadeneira, Gabriela and Luzardo Jurado, Geoconda. Prevalence of stomatological pathologies found in the prevention campaign against oral diseases. Catholic University of Santiago de Guayaquil, Ecuador. *University and Society*. 2018;10(1):214-219.
5. Radwan-Oczko M, Sokół I, Babuńska K, Owczarek-Drabińska JE. Prevalence and Characteristic of Oral Mucosa Lesions. *Symmetry*. 2 Feb 2022;14(2):307.
6. Hasan MU, Rasool S, Ahsan SH, Jamali S, Azhar R. Evaluation of prevalence of oral soft tissue lesions in a public sector oral health facility of Karachi, Pakistan. *TPMJ*. 2021 Aug 31;28(09):1245-51.
7. Villasenín LC, García AG, Pouso AIL, Petronacci CC, Carrión AB, Vila PG, et al. Prevalence of oral lesions among patients in the dental faculty of the University of Santiago de Compostela, Spain. *Journal of Oral Science*. 5(1).
8. Radwan-Oczko M, Badosz K, Rojek Z, Owczarek-Drabińska JE. Clinical Study of Oral Mucosal Lesions in the Elderly-Prevalence and Distribution. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Mar 1;19(5):2853.
9. Raposo A, Monsalves MJ, Aravena P, Sanhueza A. Prevalence of Oral Mucosal Lesions at the Hernán Henríquez Aravena Hospital in Temuco. *Int J Morphol*. Jun 2011;29(2):622-7.
10. André F, Böckle BC. Sjögren's syndrome. *J Deutsche Derma Gesell*. Jul 2022;20(7):980-1002.
11. Lakkam B, Astekar M, Alam S, Sapra G, Agarwal A, Agarwal A. Relative frequency of oral focal reactive overgrowths: An institutional retrospective study. *J Oral Maxillofac Pathol*. 2020;24(1):76.
12. Silveira HA, Javaroni JB, Da Silva ATF, Reyes MRT, Hashimoto JM, Cuadra-Zelaya FJM, et al. Lipome-taplasia in fibrous hyperplasia and inflammatory fibrous hyperplasia of the oral cavity. *J Cutan Pathol*. Sep 2023;50(9):787-92.
13. Dutra KL, Longo L, Grandó LJ, Rivero ERC. Incidence of reactive hyperplastic lesions in the oral cavity: a 10 year retrospective study in Santa Catarina, Brazil. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*. Jul 2019;85(4):399-407.
14. Pontes CC, Chikte U, Kimmie-Dhansay F, Erasmus RT, Kengne AP, Matsha TE. Prevalence of Oral Mucosal Lesions and Relation to Serum Cotinine Levels—Findings from a Cross-Sectional Study in South Africa. *IJERPH*. 2020 Feb 7;17(3):1065.
15. Peng DS, Lo CH, Tseng YL, Kuo SL, Chiang CP, Chiang ML. Efficacy of oral nystatin treatment for patients with oral mucosal dysesthesia but without objective oral mucosal manifestations and necessity of Candida culture test before oral nystatin treatment. *Journal of Dental Sciences*. Oct 2022;17(4):1802-13.
16. Hu L, He C, Zhao C, Chen X, Hua H, Yan Z. Characterization of oral candidiasis and the Candida species profile in patients with oral mucosal diseases. *Microb Pathog*. Sep 2019;134:103575.
17. Agrawal R. Spectrum of Oral Lesions in A Tertiary Care Hospital. *JCDR [Internet]*. 2015 [cited February 16, 2023]; Available at: [http://jcdr.net/article\\_fulltext.asp?issn=0973-709x&year=2015&volume=9&issue=6&page=EC11&issn=0973-709x&id=6121](http://jcdr.net/article_fulltext.asp?issn=0973-709x&year=2015&volume=9&issue=6&page=EC11&issn=0973-709x&id=6121)
18. Alhindi N, Sindi A, Binmadi N, Elias W. A retrospective study of oral and maxillofacial pathology lesions diagnosed at the Faculty of Dentistry, King Abdulaziz University. *CCIDE*. March 2019;Volume 11:45-52.
19. Hong CHL, Dean DR, Hull K, Hu SJ, Sim YF, Nadeau C, et al. World Workshop on Oral Medicine VII: Relative frequency of oral mucosal lesions in children, a scoping review. *Oral Dis*. Jun 2019;25(S1):193-203.
20. Çalış A, Efeoğlu C, Koca H, Mert A. Oral Pathological Lesions in the Aegean Region: A 30-Year Retrospective Study. *meanders*. 2021 Dec 1;22(3):301-8.

21. Guillermin-Vázquez C, Denis-Rodríguez PB, Bri-seño-Patlanis BL. Prevalence of oral pathology in elderly people from the Forensic Medicine Service in Mexico City Original Article. 2018;
22. Reddy R, Davidova L, Bhattacharyya I, Cohen DM, Islam MN, Fitzpatrick SG. Dermatologic Lesions Submitted to an Oral and Maxillofacial Pathology Biopsy Service: An Analysis of 2487 Cases. *Head and Neck Pathol.* Dec 2018;12(4):493-9.
23. Kudsi M, Nahas LD, Alsawah R, Hamsho A, Omar A. The prevalence of oral mucosal lesions and related factors in systemic lupus erythematosus patients. *Arthritis Res Ther.* December 2021;23(1):229.
24. Aghaeipour F, Salehiniya H, Abbaszadeh H. Prevalence of human papillomavirus (HPV) in oral mucosal lesions in Iran: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Medical Virology.* Nov 2021;93(11):6089-99.
25. Oivio UM, Pesonen P, Ylipalosaari M, Kullaa A, Salo T. Prevalence of oral mucosal normal variations and lesions in a middle-aged population: a Northern Finland Birth Cohort 1966 study. *BMC Oral Health.* Dec 2020;20(1):357.

## CASO CLÍNICO

# Carcinoma Basocelular Ulcerado tratado con criocirugía. Reporte de un caso.

Alfredo Chávez Cifuentes\*, Enrique Úraga Pazmiño\*\*

\* Dermatólogo del Servicio de Cirugía Dermatología; Úraga, Dermatología y Estética.

\*\* Director Médico; Úraga, Dermatología y Estética

Correspondencia:

Palabras clave: Carcinoma basocelular ulcerado, criocirugía, terapéutica

Fecha de recepción: 27/01/2024

Fecha de aceptación: 19/03/2024

## RESUMEN

El carcinoma basocelular es el tumor cutáneo maligno más común, usualmente tratado con cirugía. Sin embargo, en pacientes de edad avanzada o con comorbilidades, la criocirugía se presenta como una opción terapéutica efectiva y mínimamente invasiva. Esta técnica utiliza temperaturas extremadamente bajas para destruir el tejido tumoral, mostrando tasas de curación favorables y resultados cosméticos satisfactorios. Investigaciones han demostrado su eficacia en lesiones difíciles de tratar, como aquellas ubicadas en la región periocular. La técnica requiere un manejo adecuado para garantizar una congelación y descongelación óptimas y se recomienda un seguimiento regular para evaluar la respuesta al tratamiento y prevenir recidivas. Presentamos el caso de una paciente de 102 años con carcinoma basocelular ulcerado en la mejilla que respondió favorablemente al tratamiento de criocirugía después de 3 sesiones. En conclusión, la criocirugía emerge como una alternativa segura y eficaz en el manejo del carcinoma basocelular en pacientes que no son candidatos para cirugía convencional.

## INTRODUCCIÓN

El carcinoma basocelular es una neoplasia que se origina en las células de la capa basal de la epidermis y sus apéndices. Es el tumor maligno de piel más frecuente (80 a 90%). No tiene lesión precursora, es de crecimiento lento y malignidad limitada por lo que es escasa su capacidad para desarrollar metástasis. Predomina en personas mayores de 50 años sin predilección del sexo.<sup>1,2</sup>

Histopatológicamente se divide en bajo riesgo que comprende en nodular y superficial; y de alto riesgo: micronodular, infiltrativo, esclerosante y basoesquamoso. Su diagnóstico se realiza mediante la exploración física, dermatoscopia e histopatología.<sup>1-3</sup>

Existen diferentes factores que nos orientan a elegir el método terapéutico más adecuado. Entre ellos tenemos el tamaño del tumor, su localización anatómica, el tipo histopatológico, si es primario o recurrente. Pero también son relevantes los antecedentes de los pacientes como, patologías previas, trastornos de la coagulación, inmunosupresión, movilidad del paciente, edad, alteración en la funcionalidad, expectativas estéticas y otras consideraciones como el costo de los procedimientos.<sup>2,3</sup>

El tratamiento de primera línea del carcinoma basocelular es la escisión local con margen de seguridad o la cirugía micrográfica de Mohs.

Pero también hay otros procedimientos como criocirugía sin o con previa saucerización, curetaje y electrocauterización, quimioterápicos tópicos o intralesionales.<sup>3,4</sup>

La criocirugía es un método terapéutico que se aplica en carcinomas basocelulares de bajo riesgo, es una opción económica, de fácil acceso y realización, es mínimamente invasiva, puede hacerse con o sin anestesia local, se aplica en paciente de edad avanzada con comorbilidades que no pueden ser sometidos a procedimientos quirúrgicos o que padezcan de alguna coagulopatía, puede alcanzar tumores de difícil acceso o de gran tamaño en los que una reconstrucción sea compleja.<sup>3,4</sup>

## CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una paciente de 102 años, con antecedentes de presbiacusia y ceguera bilateral, con dificultad para la movilidad y demencia senil. Acude a consulta dermatológica por lesión tumoral de aproximadamente 2 cm x 1.7 cm de diámetro, ulcerada con zonas necróticas y costras hemáticas en su interior, de borde sobreelevado, enrollado, duro con telangiectasia tipo *Ulcus rodens*, localizado sobre mejilla y parte de la región geniana izquierda (Fig.1), de 5 años de evolución.

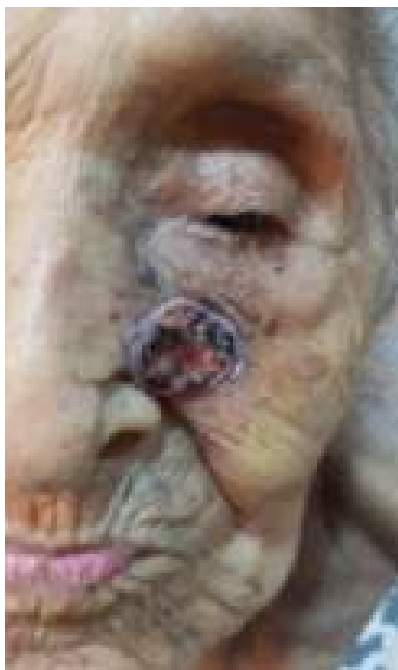


Figura 1. Lesión inicial antes de ser tratada.

Por las características clínicas y la progresión del tumor se estableció el diagnóstico de carcinoma basocelular ulcerado y se plantean opciones terapéuticas a los familiares, debido a la edad y comorbilidades, se decidió realizar tratamiento conservador de criocirugía.

La técnica de criocirugía que aplicamos fue abierta con punta cónica A, previa anestesia con lidocaína al 2%, se realizó un rociado de nitrógeno líquido sobre la lesión hasta lograr un halo de congelación de aproximadamente 5 mm de diámetro, realizando dos ciclos de disparo de 30 segundos logrando obtener la pastilla de congelación. Se explicó sobre los efectos que presentaría y los cuidados en casa.

Se realizaron 3 sesiones de criocirugía con un intervalo de tiempo de un mes hasta regresión de la lesión. En la segunda consulta se observó que el tumor disminuye de tamaño, con un centro deprimido no ulcerado realizando una nueva sesión (Fig. 2a), la tercera consulta, se evidencia una tumoración eritematosa con zonas azuladas y telangiectasias, por lo que se continúa con una tercera sesión (Fig. 2b). En la cuarta consulta se observó hiperqueratosis post residual sin signos aparentes de recidiva de tumor (Fig. 2c).



Figura 2. a) Un mes posterior a la primera sesión de criocirugía, b) Un mes posterior a la segunda sesión de criocirugía, c) Un mes posterior a la tercera sesión de criocirugía, con ausencia de tumor.

## DISCUSIÓN

La criocirugía tiene sus inicios en 1845 por James Arnott, quien fue el primero en aplicar el frío extremo para destruir tejidos, posterior Campbell White en 1899, la utilizó para tratar lesiones como verrugas, úlceras y piodermatitis. Son Cooper y Lee, quienes crearon un dispositivo para el uso de nitrógeno líquido; y posteriormente, los dermatólogos Torre en 1965 y Zacarian en 1967, actualizan el dispositivo, mejorándolo con terminales de diferentes diámetros y de mayor practicidad.<sup>2,3</sup>

La criocirugía es una de las opciones para tratar los carcinomas basocelulares, es relativamente económico y se puede realizar en pocos minutos con o sin anestesia previa. Es una alternativa adecuada para personas de edad avanzada o que tengan un impedimento para cirugía.<sup>6-8</sup>

Este procedimiento consiste en someter una lesión de la piel a temperaturas menor a cero, causando alteraciones en las células de estos tejidos, teniendo como objetivo la necrosis y activación del sistema inmune. Su principio son ciclos de congelación (30 a 60 segundos) y descongelación que sea más prolongado que la congelación, y esto se puede repetir según el tipo y diámetro de la lesión, logrando una congelación con un margen de seguridad de 3 a 5 mm.<sup>3-6,8</sup>

Existen diferentes técnicas para su aplicación, entre ellas:

- **Abierta:** uso de puntas cónicas, que consiste en rociar el nitrógeno líquido.
- **Cerrada:** uso de un dispositivo tipo placa o dispositivo cilíndrico el cual se pone en contacto con la lesión.<sup>3</sup>

Las complicaciones incluyen dolor, ampollas, hematomas, cambios de pigmentación, daños de nervios, cicatriz y en algunos casos alopecias.<sup>2-4</sup>

Una revisión sistemática amplía de estudios de criocirugía como tratamiento de carcinoma basocelular, concluyeron que la tasa de recurrencia es menor del 10%, con buenos resultados estéticos.<sup>9</sup>

Kaur et al publicó 3 casos de carcinomas basocelulares ulcerados en áreas difíciles de tratar, piel cabelluda,

dorso y ala nasal, aplicó dos ciclos de congelación de 30 segundos y descongelación de 45 segundos, y reportaron resultados satisfactorios.<sup>6</sup>

Pustinsky y colaboradores tiene una gran experiencia de 15 años, en el manejo de carcinomas basocelulares en area facial, usando criosondas específicas para el tipo de lesion y localización, haciendo sesiones de criocirugía de contacto con periodos de congelación 3 a 5 minutos y descongelación lenta, teniendo recurrencia de 10% aproximadamente.<sup>8</sup>

Sutedja et al presentó un caso de características similares al nuestro de una paciente de 67 años con lesión nodular ulcerada localizada en hombro de aproximadamente 5 cm de diámetro con diagnóstico histopatológico de carcinoma basocelular nodular, que se negó a la intervención quirúrgica, por lo que se realizó 2 ciclos de 60 segundos de congelación con un intervalo de descongelación de 90 segundos.<sup>10</sup>

Buckeley y colaboradores trataron 100 casos de carcinomas basocelulares localizados en nariz, cabeza, cuello con criocirugía, haciendo un seguimiento de 5 años, tiendo una tasa de curación de 95% y un resultado cosmético excelente del 92%.<sup>7</sup>

Weshahy y colaboradores, a su vez estudiaron aproximadamente 50 lesiones, con seguimiento de 5 años presentando una tasa de curación de 97,8%, y un resultado cosmético favorable, al igual que Ayerbe et al observó una tasa de curación de 95%.<sup>11</sup>

Guiffrida, estudió 12 casos de carcinoma basocelular nodular ulcerativo en tronco y extremidades que fueron tratados con una sola sesión de congelación y descongelación prolongada, y luego realizaron un estudio histológico, evidenciando ausencia de tumor.<sup>12</sup>

Dos estudios similares realizados por oftalmólogos y dermatólogos, que trataron carcinomas basocelulares en piel de zona periocular con características similares, con edad promedio 73 años, hicieron seguimiento de 5 años y 9 años respectivamente observado porcentajes altos de curación y recidivas bajas.<sup>13,14</sup>



## CONCLUSIÓN

La criocirugía es una técnica eficaz y segura para el tratamiento de carcinomas basocelulares en paciente que no pueden ser sometidos a procedimientos quirúrgicos por diferentes factores, no quiere decir que lo sustituya, sino que es una herramienta u opción terapéutica. Una adecuada aplicación de la técnica de congelación y descongelación adecuada es importante para obtener una tasa alta de curación, además se debe hacer seguimientos para evaluar su evolución y recidivas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Heath M, Bar A. Basal Cell Carcinoma. *Dermatol Clin.* 2023 Jan;41(1):13–21.
2. Martínez A, Acota A, Rueda X, López-Daza D. Criocirugía en el manejo del carcinoma basocelular de bajo riesgo y evaluación de la recidiva tumoral. *Rev Colomb Cancerol.* 2016;20(3):103–109.
3. Ramos M, Ramos R, Paz VM, Fernández J. Criocirugía en carcinoma basocelular y epidermoide de la piel cabelluda. *Dermatología CMQ* 2022; 20(2):137–142.
4. Basset-Seguín N, Herms F. Update in the Management of Basal Cell Carcinoma. *Acta Derm Venereol.* 2020 Jun 3;100(11):adv00140.
5. Mallon E, Dawber R. Cryosurgery in the treatment of basal cell carcinoma. Assessment of one and two freeze-thaw cycle schedules. *Dermatol Surg.* 1996 Oct; 22(10):854–8.
6. Kaur S, Thami GP, Kanwar AJ. Basal cell carcinoma-treatment with cryosurgery. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2004;69:188–190.
7. Buckley D, Marzcuk C, Kennedy T. Cryosurgery for basal cell carcinoma treated in primary care. *Ir J Med Sci.* 2020 Nov;189(4):1183–1187.
8. Pustinsky I, Dvornikov A, Kiva E, Chulkova S, Egorova A, Glandilina I, Peterson S, Lepkova N, Grishchenko, Galaeva Z, Baisova A, Kalinin S. Cryosurgery for Basal Cell Skin Cancer of the Head: 15 Years of Experience. *Life* 2023(13):2231.
9. Kokoszka A, Schienfeld N. Evidence-based review of the use of cryosurgery in treatment of basal cell carcinoma. *Dermatol Surg.* 2003 Jun;29(6):566–71.
10. Sutedja EK, Satjamanggala PR, Sutedja E, Ruchiati K. Cryotherapy as an Effective therapeutic Option in Patients with Nodular Basal Cell Carcinoma – Case Report. *International Medical Case Reports Journal* 2022;15.
11. Weshahy A, Abdel Hay RM, Metwally D, Weshahy, Gad Z. The efficacy of Intralesional cryosurgery in the treatment of small- and medium- sized basal cell carcinoma: A pilot study. *J Dermatolog Treat.* 2015 Apr;26(2):147–50.
12. Giuffrida T, Jiménez G, Nouri K. Histologic cure of basal cell carcinoma treated with cryosurgery. *J Am Acad Dermatol.* 2003 Sep;49(3):483–6.
13. Lindgren G, Larkö Olle. Cryosurgery of eyelid basal cell carcinomas including 781 cases treated over 30 years. *Acta Ophthalmol.* 2014 Dec; 92(8):787–92.
14. Finskas O, Zaar O, Svedberg K. Cryosurgery of Periocular Moderately Aggressive Basal Cell Carcinoma. *Acta Derm Venereol.* 2020; 100(18): 5937.

## CASE REPORT

# Ulcerated Basal Cell Carcinoma treated with cryosurgery. A case report.

Alfredo Chávez Cifuentes\*, Enrique Uraga Pazmiño\*\*

\* Dermatologist of the Dermatology Surgery Service; Úraga, Dermatology and Aesthetics.

\*\* Medical director; Úraga, Dermatology and Aesthetics

Correspondence:

Key words: Ulcerated basal cell carcinoma, cryosurgery, therapeutics

Reception date: 27/01/2024

Acceptance date: 19/03/2024

## ABSTRACT

Basal cell carcinoma is the most common malignant skin tumor, usually treated with surgery. However, in elderly patients or patients with comorbidities, cryosurgery is presented as an effective and minimally invasive therapeutic option. This technique uses extremely low temperatures to destroy tumor tissue, showing favorable healing rates and satisfactory cosmetic results. Research has shown effectiveness in lesions that are difficult to treat, such as those located in the periorcular region. The technique requires proper management to ensure optimal freezing and thawing, and regular follow-up is recommended to evaluate response to treatment and prevent recurrence. We present the case of a 102-year-old patient with ulcerated basal cell carcinoma on the cheek who responded favorably to cryosurgery treatment after 3 sessions. In conclusion, cryosurgery emerges as a safe and effective alternative in the management of basal cell carcinoma in patients who are not candidates for conventional surgery.

## INTRODUCTION

Basal cell carcinoma is a neoplasm that originates in the cells of the basal layer of the epidermis and its appendages. It is the most common malignant skin tumor (80 to 90%). It does not have a precursor lesion, is slow growing and has limited ability to develop metastasis because of its low malignancy. It predominates in people over 50 years of age without sex predilection.<sup>1,2</sup>

Histopathologically it is divided into low risk, which includes nodular and superficial; and high risk: micro-nodular, infiltrative, sclerosing and basosquamous. Its diagnosis is made through physical examination, dermoscopy and histopathology.<sup>1-3</sup>

There are different factors that guide us in choosing the most appropriate therapeutic method. Among them we have the size of the tumor, its anatomical location, the histopathological type, and whether it is primary or recurrent. But the patient's history is also relevant, such as previous pathologies, coagulation disorders, immunosuppression, patient mobility, age, alteration in functionality, aesthetic expectations and other considerations such as the cost of the procedures.<sup>2,3</sup>

The first-line treatment of basal cell carcinoma is local excision with a safety margin or Mohs micrographic surgery.

But there are also other procedures such as cryosurgery without or with prior saucerization, curettage and electrocautery, topical or intralesional chemotherapy.<sup>3,4</sup>

Cryosurgery is a therapeutic method that is applied in low-risk basal cell carcinomas, it is a cheap option, easy to access and perform, minimally invasive, can be done with or without local anesthesia, it is applied in elderly patients with comorbidities that aren't candidates for surgical procedures because of coagulopathic disorders, cryosurgery reaches tumors that are difficult to access or large in size in which reconstruction is complex.<sup>3,4</sup>

## CLINICAL CASE

We present the case of a 102-year-old patient, with a history of presbycusis and bilateral blindness, with impaired mobility and senile dementia. He came to consult due to a tumor measuring approximately 2 cm x 1.7 cm in diameter, ulcerated with necrotic areas and bloody scabs inside, with a raised edge, coiled, hard with Ulcuns -type telangiectasia rodens, located on the cheek and part of the left genital region (Fig. 1), of 5 years of evolution.

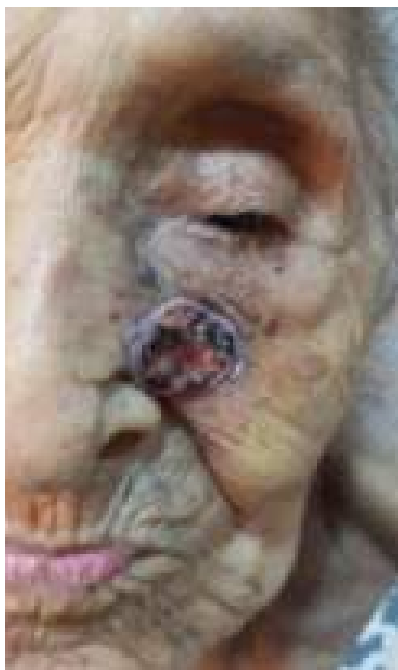


Figure 1. Initial injury before being treated.

Due to the clinical characteristics and progression of the tumor, the diagnosis of ulcerated basal cell carcinoma was established and therapeutic options were proposed to the family members. Due to age and comorbidities, it was decided to perform conservative cryosurgery treatment.

The cryosurgery technique that we applied was open with conical tip A, after anesthesia with 2% lidocaine, a spray of liquid nitrogen was performed on the lesion until a freezing halo of approximately 5 mm in diameter was achieved, performing two firing cycles of 30 seconds managing to obtain the freezing pill. The effects it would present and care at home were explained.

3 sessions of cryosurgery were performed with a time interval of one month until regression of the lesion. In the second consultation, it was observed that the tumor decreased in size, with a depressed, non-ulcerated center, performing a new session (Fig. 2a), the third consultation, an erythematous tumor with bluish areas and telangiectasias was evident, so we continued with a third session (Fig. 2b). In the fourth consultation, post residual hyperkeratosis was observed without apparent signs of tumor recurrence (Fig. 2c).

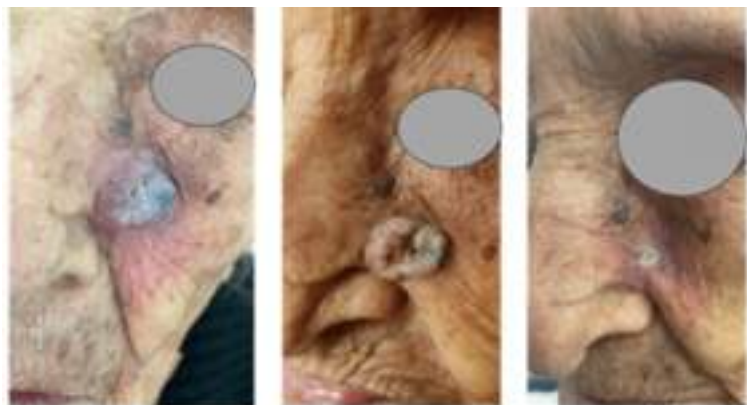


Figure 2. a) One month after the first cryosurgery session, b) One month after the second cryosurgery session, c) One month after the third cryosurgery session, with absence of tumor.

## DISCUSSION

---

Cryosurgery has its beginnings in 1845 by James Arnott, who was the first to apply extreme cold to destroy tissues, later Campbell White in 1899, used it to treat injuries such as warts, ulcers and pyodermitis. Cooper and Lee created a device for the use of liquid nitrogen; and later on, dermatologists Torre in 1965 and Zacarian in 1967, updated the device, improving it with terminals of different diameters and greater practicality.<sup>2,3</sup>

Cryosurgery is one of the options to treat basal cell carcinomas, it is relatively inexpensive and can be performed in a few minutes with or without prior anesthesia. It is a suitable alternative for elderly people or those who have an impediment for surgery.<sup>6-8</sup>

This procedure consists of subjecting a skin lesion to temperatures below zero, causing alterations in the cells of these tissues, aiming at necrosis and activation of the immune system. Its principle is freezing cycles (30 to 60 seconds) and thawing that is longer than freezing, and this can be repeated depending on the type and diameter of the lesion, achieving freezing with a safety margin of 3 to 5 mm.<sup>3-6,8</sup>

There are different techniques for its application, including:

- Open: use of conical tips, which consists of spraying liquid nitrogen.
- Closed: use of a plate-type device or cylindrical device which is placed in contact with the lesion.<sup>3</sup>

Complications include pain, blisters, bruising, pigmentation changes, nerve damage, scarring and in some cases alopecia.<sup>2-4</sup>

A large systematic review of cryosurgery studies as treatment for basal cell carcinoma, concluded that the recurrence rate is less than 10%, with good aesthetic results.<sup>9</sup>

Kaur et al published 3 cases of ulcerated basal cell carcinomas in difficult-to-treat areas, scalp, dorsum and ala of the nose, applied two cycles of freezing for 30 seconds and thawing for 45 seconds, and reported satisfactory results.<sup>6</sup>

Pustinsky et al. have extensive experience of 15 years in the management of basal cell carcinomas in the facial area, using specific cryoprobes for the type of lesion and location, doing contact cryosurgery sessions with freezing periods of 3 to 5 minutes and slow thawing, having recurrence of approximately 10%.<sup>8</sup>

Sutedja et al presented a case with characteristics similar to ours of a 67-year-old patient with an ulcerated nodular lesion located in the shoulder of approximately 5 cm in diameter with a histopathological diagnosis of nodular basal cell carcinoma, who refused surgical intervention, so performed 2 cycles of 60 seconds of freezing with a defrosting interval of 90 seconds.<sup>10</sup>

Buckeley and collaborators treated 100 cases of basal cell carcinomas located in the nose, head, and neck with cryosurgery, following up for 5 years, with a cure rate of 95% and an excellent cosmetic result of 92%.<sup>7</sup>

Weshahy et al., in turn, studied approximately 50 lesions, with a 5-year follow-up, presenting a cure rate of 97.8%, and a favorable cosmetic result, just as Ayerbe et al observed a cure rate of 95%.<sup>11</sup>

Guiffrida studied 12 cases of ulcerative nodular basal cell carcinoma on the trunk and extremities that were treated with a single session of prolonged freezing and thawing, and then a histological study was performed, showing the absence of tumor.<sup>12</sup>

Two similar studies carried out by ophthalmologists and dermatologists, who treated basal cell carcinomas in the skin of the periocular area with similar characteristics, with an average age of 73 years, followed up for 5 years and 9 years respectively, observing high percentages of cure and low recurrences.<sup>13,14</sup>

## CONCLUSION

---

Cryosurgery is an effective and safe technique for the treatment of basal cell carcinomas in patients who cannot undergo surgical procedures due to different factors. It does not mean that it replaces it, but rather it is a tool or therapeutic option. Adequate application

of the appropriate freezing and thawing technique is important to obtain a high cure rate, and follow-up is essential to evaluate its evolution and recurrences.

## REFERENCES

1. Heath M, Bar A. Basal Cell Carcinoma. *Dermatol Clin.* 2023 Jan;41(1): 13–21.
2. Martínez A, Acota A, Rueda X, López-Daza D. Cryosurgery in the management of low-risk basal cell carcinoma and evaluation of tumor recurrence. *Rev Colomb Cancerol.* 2016;20(3):103–109.
3. Ramos M, Ramos R, Paz VM, Fernández J. Cryosurgery in basal cell and squamous cell carcinoma of the scalp. *CMQ Dermatology* 2022; 20(2): 137–142.
4. Basset-Seguín N, Herms F. Update in the Management of Basal Cell Carcinoma. *Acta Derm Venereol.* 2020 Jun 3;100(11) :adv 00140.
5. Mallon E, Dawber R. Cryosurgery in the treatment of basal cell carcinoma. Assessment of one and two freeze-thaw cycle schedules. *Dermatol Surg.* 1996 Oct ; 22(10): 854–8.
6. Kaur S, Thami GP, Kanwar AJ. Basal cell carcinoma-treatment with cryosurgery. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2004;69 :188–190.
7. Buckley D, Marzcuk C, Kennedy T. Cryosurgery for basal cell carcinoma treated in primary care. *Go J Med Sci.* 2020 Nov;189(4): 1183–1187.
8. Pustinsky I, Dvornikov A, Kiva E, Chulkova S, Egorova A, Glandilina I, Peterson S, Lepkova N, Grishchenko , Galaeva Z, Baisova A, Kalinin S. Cryosurgery for Basal Cell Skin Cancer of the Head: 15 Years of Experience. *Life* 2023(13): 2231.
9. Kokoszka A, Schienfeld N. Evidence-based review of the use of cryosurgery in treatment of basal cell carcinoma. *Dermatol Surg.* 2003 Jun;29(6):566–71.
10. Sutedja EK, Satjamanggala PR, Sutedja E, Ruchiattan K. Cryotherapy as an Effective therapeutic Option in Patients with Nodular Basal Cell Carcinoma—Case Report. *International Medical Case Reports Journal* 2022;15.
11. Weshahy A, Abdel Hay RM, Metwally D, Weshahy, Gad Z. The efficacy of Intralesional cryosurgery in the treatment of small- and medium-sized basal cell carcinoma: A pilot study. *J Dermatolog Treat.* 2015 Apr ;26(2):147–50.
12. Giuffrida T, Jiménez G, Nouri K. Histologic cure of basal cell carcinoma treated with cryosurgery. *J Am Acad Dermatol.* 2003 Sep;49(3): 483–6.
13. Lindgren G, Larkö Olle . Cryosurgery of eyelid basal cell carcinomas including 781 cases treated over 30 years. *Acta Ophthalmol.* 2014 Dec ; 92(8): 787–92.
14. Finskas O, Zaar O, Svedberg K. Cryosurgery of Periorcular Moderately Aggressive Basal Cell Carcinoma. *Acta Derm Venereol.* 2020; 100(18): 5937.

## CASO CLÍNICO

# El láser como tratamiento de hemangiomas residuales en edad pediátrica. Presentación de dos casos.

Cristina Solórzano Torres,\* Cristina Pazmiño Solórzano\*\*\*\*

\* Dermatóloga en Úraga, Dermatología y Estética  
<https://orcid.org/0000-0002-8522-9861>

\*\* Médico posgradista de primer año Universidad Católica de Santiago de Guayaquil  
<https://orcid.org/0000-0002-0138-8129>

Correspondencia:  
[cris\\_solorzano39@yahoo.es](mailto:cris_solorzano39@yahoo.es)

Palabras clave: Hemangioma infantil, láser erbium yag, láser dye, involución

Fecha de recepción: 24/01/2024  
 Fecha de aceptación: 20/03/2024

## RESUMEN

Los hemangiomas infantiles son tumores benignos de la infancia cuya historia natural de crecimiento es incierta. Muchos hemangiomas infantiles involucionan espontáneamente o responden adecuadamente a los betabloqueantes orales y tópicos, pero en los casos en los que no se puede mantener el tratamiento farmacológico o persisten lesiones residuales que estéticamente ameritan una intervención, el láser se considera una muy buena alternativa. Presentamos dos casos de pacientes pediátricos que tenían hemangiomas residuales que fueron tratados con láser dye y láser erbium yag, indistintamente presentando buena evolución con cambios en la textura y color de piel.

## INTRODUCCIÓN

Los hemangiomas infantiles (HI) son tumores vasculares benignos presentes en aproximadamente en el 13% de los bebés al nacer y hasta el 5% y 10% de los niños al año de edad.

La historia natural del hemangioma es incierta, crecen rápidamente, se estabilizan y comienzan su involución en forma lenta y progresiva, pudiendo durar años, quedando muchas veces cambios residuales en la piel, como telangiectasias, atrofia, manchas amarillas, marrones, decoloración y exceso de tejido fibroso de la piel.<sup>1</sup>

El láser se considera una modalidad terapéutica útil en el tratamiento de hemangiomas tanto en lesiones ulcerativas como en las involutivas, ayudando a los niños a recuperarse rápidamente y mejorar su apariencia.<sup>2</sup>

Presentamos dos casos pediátricos con hemangiomas residuales que tuvieron buena respuesta al tratamiento láser.

## CASO 1

Paciente femenina de 3 años de edad fue traída a consulta para mejorar las lesiones residuales luego de haber presentado hemangioma segmentario en brazo izquierdo que fue tratada con propranolol oral y timolol tópico en el "Úraga, Dermatología y Estética," (fig. 1). Previo al inicio (fig 2) se le planteó el tratamiento con láser dye de longitud de onda de 500 a 600 nm, el cual se realizó por tres ocasiones, observándose disminución de color. (fig.3)

## CASO 2

Paciente femenina de 14 años de edad con antecedente de hemangioma infantil, tratada en otro centro médico con propranolol oral, consultó por presentar lesión fibroadiposa de consistencia flácida en mejilla derecha asintomática. (fig 4)

La paciente deseaba mejorar la parte estética de la lesión, por lo que se programó para láser erbium yag fraccionado.



Figura 1. Hemangioma segmentario que comprometía la cara anterior de brazo y antebrazo izquierdo previo al tratamiento con propranolol oral y timolol tópico.



Figura 3. Resultado obtenido luego de tres sesiones de láser.



Figura 2. Lesión residual previo a inicio de terapia láser.

Realizándose cinco sesiones, luego de lo cual se obtuvo disminución y aplanamiento de lesión. (fig 5)

## DISCUSIÓN

Los hemangiomas infantiles (HI) son tumores vasculares benignos que presentan una historia natural de crecimiento, estabilización e involución. Los HI exhiben una mayor frecuencia en el sexo femenino y es ampliamente aceptado que son más frecuentes en bebés prematuros, especialmente en aquellos que pesan menos de 1500 gramos.<sup>3</sup> Pueden ser superficiales, profundos o mixtos.<sup>4</sup> Algunos requieren tratamiento sistémico con propranolol, teniendo un gran porcentaje de respuesta satisfactoria. Pero en raras ocasiones cuando la lesión es recurrente o residual hay que proporcionar alternativas adicionales de tratamiento como el láser.



Figura 4. Paciente 14 años con hemangioma infantil involutivo en mejilla derecha de aspecto fibroadiposo y de consistencia flácida.



Figura 5. Resultados luego de 5 sesiones de láser erbium yag fraccionad con reducción de la lesión.

El láser actúa sobre el cromóforo, siendo predominante la hemoglobina que contiene oxígeno en los HI. El cromóforo absorbe la luz para calentar la lesión y provocar la coagulación, ejerciendo así un efecto terapéutico.<sup>2</sup>

El pulsed dye láser (PDL) es el más utilizado en los HI y en las malformaciones capilares, se ha aplicado principalmente con los parámetros comunes de 585 a 595 nm longitud de onda, ancho de pulso de 0,45 a 40 ms, y de 3-15 J/cm<sup>2</sup> de densidad de energía.<sup>5,6</sup> El uso del láser de colorante pulsado en la fase proliferativa de los hemangiomas es controvertido, excepto si existe ulceración. En estos casos se obtiene una reepitelización rápida luego de su uso.<sup>7</sup>

En la fase involutiva, los pacientes con lesiones residuales pueden beneficiarse de otros láseres como KTP o Nd:YAGi, los que presentan superficie atrófica y cicatrices han tenido buenos resultados con láser de CO<sub>2</sub> o Er:YAG.<sup>7</sup>

Históricamente, los láseres proporcionaron un beneficio en el manejo primario de HI. El PDL se utiliza a menudo para hemangioma refractario residual después del tratamiento con propranolol. El láser Nd: YAG se utiliza a menudo para lesiones médicamente refractarias con un componente subcutáneo importante, existen varios estudios con resolución significativa del tamaño de la lesión, y de utilidad como complemento del tratamiento con propranolol.<sup>8</sup>

Un estudio sistemático de Qiang Fei et al. del año 2020, mostró que el tratamiento combinado de propranolol oral con láser podría ser de mayor beneficio que la monoterapia, y el láser de colorante de pulsado podría ser la mejor terapia con láser.<sup>9</sup>

En una investigación realizada en China por Li Sun et al., en la que utilizaron maleato de timolol tópico siendo éste vehiculizado por el láser Er: Yag de 2940 nm fraccionado para el tratamiento de 30 hemangiomas infantiles profundos, mostró excelentes resultados en 23 pacientes, buena respuesta en 4 y 3 con moderada regresión, sin presentar complicaciones sistémicas.<sup>10</sup>

## CONCLUSIÓN

El tratamiento de los hemangiomas sigue siendo controvertido, ya que los hemangiomas infantiles superficiales involutivos y ulcerosos parecen beneficiarse del tratamiento con láser, sobretudo al combinarse con otros tratamientos.

Sin embargo, los hemangiomas infantiles que presentan componentes más profundos, son de difícil manejo. Es así como es importante seleccionar adecuadamente a los pacientes con hemangiomas que requieren de éste tratamiento que consideramos puede ser de mucha utilidad en pacientes con lesiones residuales que persisten luego de la terapia médica.

## BIBLIOGRAFÍA

- Brightman LA, Brauer JA, Terushkin V, Hunzeker C, Reddy KK, Weiss ET, et al. Ablative fractional resurfacing for involuted hemangioma residuum. *Arch Dermatol*. 2012 Nov;148(11):1294-8.
- Chen Z-Y, Wang Q-N, Zhu Y-H, Zhou L-Y, Xu T, He Z-Y, et al. Progress in the treatment of infantile hemangioma. *Ann Transl Med*. 2019 Nov;7(22):692-692.
- Cordisco MR. Hemangiomas of infancy: Epidemiology. *Hemangiomas Vasc Malformations An Atlas Diagnosis Treat*. 2015;55-8.
- Mendiratta V, Jabeen M. Infantile hemangioma: An update. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2010;76(5):469-75.
- Chinnadurai S, Sathe NA, Surawicz T. Laser treatment of infantile hemangioma: A systematic review. *Lasers Surg Med*. 2016;48(3):221-33.
- Stier MF, Glick SA, Hirsch RJ. Laser treatment of pediatric vascular lesions: Port wine stains and hemangiomas. *J Am Acad Dermatol*. 2008 Feb;58(2):261-85.
- Sánchez-Carpintero I, Mihm MC, Waner M. Láser y luz pulsada intensa en el tratamiento de hemangiomas infantiles y malformaciones vasculares Laser and intense pulsed light in the treatment of infantile hemangiomas and vascular malformations. Vol. 27, *An. Sist. Sanit. Navar*. 2004.
- Ziad K, Badi J, Roaa Z, Emily AH. Laser treatment of infantile hemangioma. *J Cosmet Dermatol*. 2023;22(S2):1-7.
- Fei Q, Lin Y, Chen X. Treatments for infantile Hemangioma: A systematic review and network meta-analysis. *EClinicalMedicine* [Internet]. 2020;26:100506. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100506>
- Sun L, Wang C, Cao Y, Lv X, Tian L, Liu D, et al. Fractional 2940-nm Er:YAG laser-assisted drug delivery of timolol maleate for the treatment of deep infantile hemangioma. *J Dermatolog Treat* [Internet]. 2021;32(8):1053-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/09546634.2020.1729330>



## CASE REPORT

# Laser as a treatment of residual hemangiomas in pediatric age

## Presentation of two cases.

Cristina Solórzano Torres,\* Cristina Pazmiño Solórzano\*\*\*\*

\* Dermatologist in Úraga, Dermatology and Aesthetics

<https://orcid.org/0000-0002-8522-9861>

\*\* First-year postgraduate doctor at the Catholic University of Santiago de Guayaquil

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

Correspondence:

[cris\\_solorzano39@yahoo.es](mailto:cris_solorzano39@yahoo.es)

Key words: Infantile hemangioma, erbium yag laser, dye laser, involution

Reception date: 24/01/2024

Acceptance date: 20/03/2024

### SUMMARY

Infantile hemangiomas are benign childhood tumors whose natural growth history is uncertain. Many infantile hemangiomas regress spontaneously or respond adequately to oral and topical beta-blockers, but in cases where pharmacological treatment cannot be maintained or residual lesions persist that aesthetically merit intervention, laser is considered a very good alternative.

We present two cases of pediatric patients who had residual hemangiomas that were treated with dye laser and erbium yag laser, both presenting good evolution with changes in skin texture and color.

### INTRODUCTION

Infantile hemangiomas (IH) are benign vascular tumors present in approximately 13% of babies at birth and up to 5% and 10% of children at one year of age.

The natural history of hemangioma is uncertain, they grow rapidly, stabilize and begin their involution slowly and progressively, and can last for years, often leaving residual changes in the skin, such as telangiectasias, atrophy, yellow and brown spots, discoloration and excess fibrofatty tissue of the skin.<sup>1</sup>

Laser is considered a useful therapeutic modality in the treatment of hemangiomas in both ulcerative and involutional lesions, helping children to recover quickly and improve their appearance.<sup>2</sup>

We present two pediatric cases with residual hemangiomas that had a good response to laser treatment.

### CASE 1

A 3-year-old female patient was brought for consultation to improve residual lesions after having presented segmental hemangioma in the left arm, which was treated with oral propranolol and topical timolol at the "Úraga, Dermatology and Aesthetics" (fig. 1).

Prior to the start (fig 2), treatment with a dye laser with a wavelength of 500 to 600 nm was proposed, which was performed three times, observing a decrease in color. (fig.3)

### CASE 2

A 14-year-old female patient with a history of infantile hemangioma, treated in another medical center with oral propranolol, consulted due to a flaccid fibrofatty lesion on the asymptomatic right cheek. (fig 4)



Figure 1. Segmental hemangioma that involved the anterior aspect of the left arm and forearm prior to treatment with oral propranolol and topical timolol.



Figure 3. Result obtained after three laser sessions.



Figure 2. Residual lesion prior to starting laser therapy.



Figure 4. 14-year-old patient with involuting infantile hemangioma on the right cheek with a fibroadipose appearance and flaccid consistency.

The patient wanted to improve the aesthetic part of the lesion, so she was scheduled for fractionated erbium yag laser. Five sessions were carried out, after which a reduction and flattening of the lesion was obtained. (fig 5)

## DISCUSSION

Infantile hemangiomas (IH) are benign vascular tumors that present a natural history of growth, stabilization and involution. IHs exhibit a higher frequency in females and it is widely accepted that they are more frequent in premature babies, especially in those weighing less than 1500 grams.<sup>3</sup> They can be superficial, deep or mixed.<sup>4</sup> Some require systemic treatment with propranolol, with a high percentage of satisfactory response. But in rare cases when the lesion is recurrent or residual, additional treatment alternatives such as laser must be provided.



Figure 5. Results after 5 sessions of fractional erbium yag laser with lesion reduction.

The laser acts on the chromophore, with hemoglobin containing oxygen being predominant in the HI. The chromophore absorbs light to heat the lesion and cause coagulation, thus exerting a therapeutic effect.<sup>2</sup>

The pulse dye laser (PDL) is the most used in IH and capillary malformations, it has been mainly applied with the common parameters of 585 to 595 nm wavelength, pulse width of 0.45 to 40 ms, and 3-15 J/cm<sup>2</sup> energy density.<sup>5,6</sup> The use of pulsed dye laser in the proliferative phase of hemangiomas is controversial, except if ulceration is present. In these cases, rapid re-epithelialization is obtained after use.<sup>7</sup>

In the involucional phase, patients with residual lesions can benefit from other lasers such as KTP or Nd:YAGi; those with atrophic surface and scars have had good results with CO<sub>2</sub> or Er:YAG lasers.<sup>7</sup>

Historically, lasers provided benefit in the primary management of IH. PDL is often used for residual refractory hemangioma after treatment with propranolol. The Nd:YAG laser is often used for medically refractory lesions with a significant subcutaneous component; there are several studies with significant resolution of the size of the lesion, and useful as a complement to treatment with propranolol.<sup>8</sup>

A systematic study by Qiang Fei et al. of 2020, showed that combined treatment of oral propranolol with laser could be of greater benefit than monotherapy, and pulsed dye laser could be the best laser therapy.<sup>9</sup>

In a research carried out in China by Li Sun et al., in which they used topical timolol maleate being delivered by the fractionated 2940 nm Er: Yag laser for the treatment of 30 deep infantile hemangiomas, it showed excellent results in 23 patients, good response in 4 and 3 with moderate regression, without presenting systemic complications.<sup>10</sup>

## CONCLUSION

The treatment of hemangiomas remains controversial, since superficial involutive and ulcerative infantile hemangiomas seem to benefit from laser treatment, especially when combined with other treatments.

However, infantile hemangiomas that present deeper components are difficult to manage. Thus, it is important to properly select patients with hemangiomas who require this treatment, which we believe can be very useful in patients with residual lesions that persist after medical therapy.

## REFERENCES

- Brightman LA, Brauer JA, Terushkin V, Hunzeker C, Reddy KK, Weiss ET, et al. Ablative fractional resurfacing for involuted hemangioma residuum. *Arch Dermatol*. 2012 Nov;148(11):1294-8.
- Chen Z-Y, Wang Q-N, Zhu Y-H, Zhou L-Y, Xu T, He Z-Y, et al. Progress in the treatment of infantile hemangioma. *Ann Transl Med*. 2019 Nov;7(22):692-692.
- Cordisco MR. Hemangiomas of infancy: Epidemiology. *Hemangiomas Vasc Malformations An Atlas Diagnosis Treat*. 2015;55-8.
- Mendiratta V, Jabeen M. Infantile hemangioma: An update. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2010;76(5):469-75.
- Chinnadurai S, Sathe NA, Surawicz T. Laser treatment of infantile hemangioma: A systematic review. *Lasers Surg Med*. 2016;48(3):221-33.
- Stier MF, Glick SA, Hirsch RJ. Laser treatment of pediatric vascular lesions: Port wine stains and hemangiomas. *J Am Acad Dermatol*. 2008 Feb;58(2):261-85.
- Sánchez-Carpintero I, Mihm MC, Waner M. Laser and intense pulsed light in the treatment of infantile hemangiomas and vascular malformations. Vol. 27, *An. Syst. Sanit. Navar*. 2004.
- Ziad K, Badi J, Roaa Z, Emily AH. Laser treatment of infantile hemangioma. *J Cosmet Dermatol*. 2023;22(S2):1-7.
- Fei Q, Lin Y, Chen X. Treatments for infantile Hemangioma: A systematic review and network meta-analysis. *EClinicalMedicine* [Internet]. 2020;26:100506. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100506>
- Sun L, Wang C, Cao Y, Lv X, Tian L, Liu D, et al. Fractional 2940-nm Er:YAG laser-assisted drug delivery of timolol maleate for the treatment of deep infantile hemangioma. *J Dermatolog Treat* [Internet]. 2021;32(8):1053-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/09546634.2020.1729330>

## CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO

# Politelia: Diagnóstico Dermatoscópico

**Paulina Dassum Amador**

Médico Posgradista en Dermatología – Universidad Católica Santiago de Guayaquil  
 Correo de correspondencia: paulinadassum@hotmail.com  
<https://orcid.org/0009-0007-3049-977X>

Fecha de recepción: 15/02/2024  
 Fecha de aceptación: 08/03/2024



Ilustración 1.



Ilustración 2.

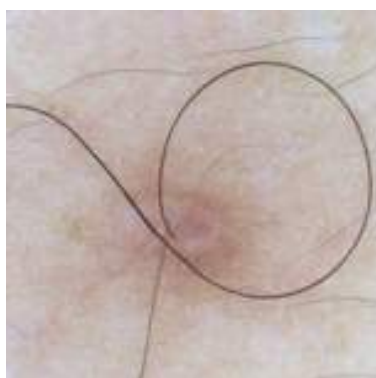


Ilustración 3.

Paciente de 3 meses acude por presentar dos parches pigmentados de bordes definidos en región infrareolar derecha e izquierda, desde nacimiento sin sintomatología asociada. Como antecedente familiar relevante, su padre, quien la acompaña en la consulta, posee dos pezones supernumerarios diagnosticados en la adolescencia. Nos apoyamos en la dermatoscopia para realizar el diagnóstico.

Evaluamos la lesión (ilustración 1) evidenciando patrón de retículo pigmentado fino con área central, circunscrita, ovalada, compatible con pezón supernumerario. Examinamos la patología del padre (ilustración 2) donde vemos red periférica con área central blanquecina que asemeja una hendidura con tapón de pigmento oscuro. Analizamos también el pezón supernumerario localizado en el lado derecho (ilustración 3) presentando una red fina de retículo pigmentado además de estructura central tipo cicatrizal.

Politelia es la anomalía pediátrica mamaria más frecuente, con una incidencia de 0,4% al 5%. La mayoría de casos son esporádicos, pero también existen de transmisión genética o familiar. El diagnóstico es clínico y no es raro confundirse con fibromas, dermatofibromas y nevos melanocíticos. Esta entidad se asocia a malformaciones renales y malignidades como seminoma, adenocarcinoma renal y potencialmente cáncer de mama.

Los patrones dermatoscópicos asociados son:

1. Retículo pigmentado periférico
2. Retículo pigmentado central
3. Área central blanquecina tipo cicatrizal
4. Estructura tipo hendidura
5. Patrón empedrado blanquecino
6. Hoyuelo central redondo con tapón queratina
7. Estructuras tipo ojo de pez (puntos pequeños, que imitan aperturas tipo comedón)

Es importante reconocer esta entidad que no solo causa malestar cosmético, sino que puede asociarse y transformarse en una patología maligna.

A.M. Castaño-Leon. Politelia bilateral familiar sin malformaciones asociadas. *Actas Dermosifiliogr.* 2010;101(5):453-467

Grażyna Kamińska-Winciorek et al. Dermoscopy of accessory nipples in authors' own study. *Postepy Dermatol Alergol.* 2014 Jun; 31(3): 127-133.

Drs. Vilma E Rebolledo-P et al. Carcinoma en tejido mamario ectópico axilar con diferenciación neuroendocrina. Reporte de un caso. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2012 Dic. vol.72 no.4

## WHAT IS THE DIAGNOSIS

# Polythelia: Dermatoscopic Diagnosis

**Paulina Dassum Amador**

Postgraduate Doctor in Dermatology – Universidad Católica Santiago de Guayaquil

Correspondence email: paulinadasum@hotmail.com

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

Reception date: 15/02/2024

Acceptance date: 08/03/2024



Illustration 1.



Illustration 2.

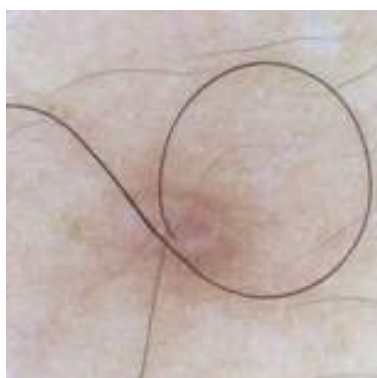


Illustration 3.

A 3-month-old patient presented with two pigmented patches with defined edges in the right and left infraareolar region, since birth without associated symptoms. As a relevant family history, her father, who joins her in the visit, has two supernumerary nipples diagnosed in adolescence. We rely on dermoscopy to make the diagnosis.

We evaluated the lesion (illustration 1) showing a fine pigmented reticulum pattern with a central, circumscribed, oval area, compatible with a supernumerary nipple. We examine the father's pathology (illustration 2) where we appreciate a peripheral network with a whitish central area that resembles a slit with a plug of dark pigment. We also analyzed the supernumerary nipple located on the right side (illustration 3), showing a fine network of pigmented reticulum in addition to a central scar-type structure.

Polythelia is the most common pediatric breast anomaly, with an incidence of 0.4% to 5%. Most cases are sporadic, but they can be genetically transmitted. The diagnosis is clinical and usually confused with fibromas, dermatofibromas and melanocytic nevi. This entity is associated with kidney malformations and malignancies such as seminoma, renal adenocarcinoma and potentially breast cancer.

The associated dermoscopic patterns are:

1. Peripheral pigmented reticulum
2. Central pigmented reticulum
3. Central whitish scar-like area
4. Slit-type structure
5. Off-white cobblestone pattern
6. Round central dimple with keratin plug
7. Fish-eye structures (small dots that mimic comedo-type openings)

It is important to recognize this entity that not only causes cosmetic discomfort, but can also be associated and transformed into a malignant pathology.

AM Castaño- Leon . Familial bilateral polythely without associated malformations. *Actas Dermosifiliogr* . 2010;101(5):453-467

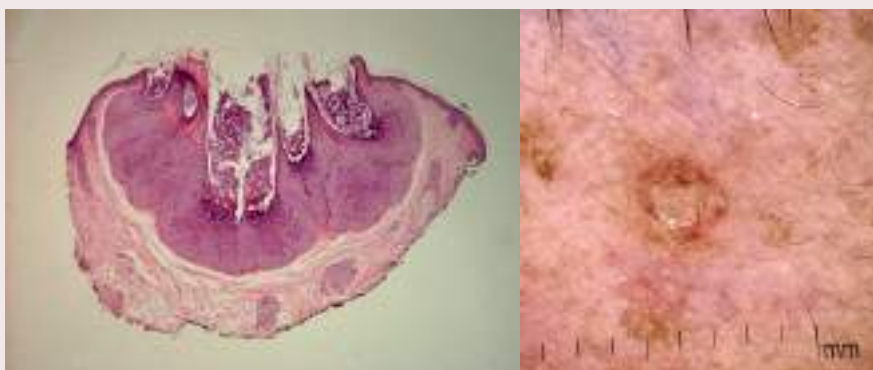
Grażyna Kamińska-Winciorek et al. Dermoscopy of accessory nipples in authors ' own study . *Postepy Dermatol Allergol* . 2014 Jun; 31(3): 127-133.

Drs . Vilma E Rebolledo-P et al. Carcinoma in axillary ectopic breast tissue with neuroendocrine differentiation. Report of a case. *Rev Obstet Gynecol Venice* . 2012 Dec. vol.72 no.4

## DERMATOLOGÍA EN IMÁGENES

# Molusco Contagioso

Jéssica Sandoval\*, Fernanda Ron\*\*, Nathalie Lascano\*\*



Paciente masculino de 55 años, sin antecedentes patológicos de importancia, acude por presentar lesión a nivel de parpado inferior izquierdo, de seis meses de evolución, asintomático, no refiere aumento de tamaño ni colocación de ningún tratamiento. Al examen físico se evidencia una pápula perlada, eritematosa, levemente escoriada. Al estudio histopatológico reporta lesión central epidérmica con prolongaciones lobulares sólidas prominentes compuestas por queratinocitos redondeados y voluminosos que contienen inclusiones citoplasmáticas hialinas y eosinófilas que tienden a ser más abundantes y coleccionar en el segmento superior.

El molusco contagioso es una infección viral que en pacientes inmunocompetentes es de un curso benigno y autolimitada, causada por un poxvirus, el cual es transmitido por contacto físico, fómites o autoinoculación. Afecta principalmente a tres grupos poblacionales: niños, adultos sexualmente activos e inmunodeprimidos.<sup>2</sup> Se presentan como pequeñas pápulas de 1–5 mm, únicas o múltiples, del color de la piel, aspecto perlado y brillante con umbilicación central, en algunos casos pueden rodearse de un halo de eczema, denominado dermatitis por molusco. Cualquier área de la piel o mucosas puede ser infectada.

El diagnóstico generalmente es clínico, sin embargo, en la histopatología se puede evidenciar el cuerpo del molusco conocido como de Henderson–Paterson (cuerpos de inclusión intracitoplasmático).<sup>2</sup> Existen diferentes tipos de tratamiento que se debe elegir de acuerdo con cada paciente dependiendo del caso clínico, la edad del paciente, localización de la lesión. Dentro de las opciones pueden ser tópicos, inmunoterapia, destructivos como la crioterapia, curetaje, laser.

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Los autores declaran tener el consentimiento del paciente para la divulgación de las imágenes.

<sup>1</sup>De Revisión, A., Rocío, D., Barba, R., & Prados Providencia, C. (n.d.). <https://www.medigraphic.com/pdfs/archivostgi/tgi-2011/tgi115g.pdf>

<sup>2</sup>Benigno Monteagudo Sánchez, León-Muñoz, E., F. Piñeyro-Molina, & J.Á. Vázquez-Bueno. (2021). Dermatoscopia de un molusco contagioso plantar. *Actas Dermo-Sifiliográficas*, 112(10), 963–965. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2020.10.007>

\*Médico posgradista de primer año Posgrado Dermatología de la Universidad Tecnológica Equinoccial de Quito <https://orcid.org/0000-0002-4752-0244>

\*\*Médico Dermatopatóloga del Centro de la PIEL <https://orcid.org/0000-0001-8380-9275>

Correspondencia: [jesyquitao6@hotmail.com](mailto:jesyquitao6@hotmail.com)

Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-1975-8039>

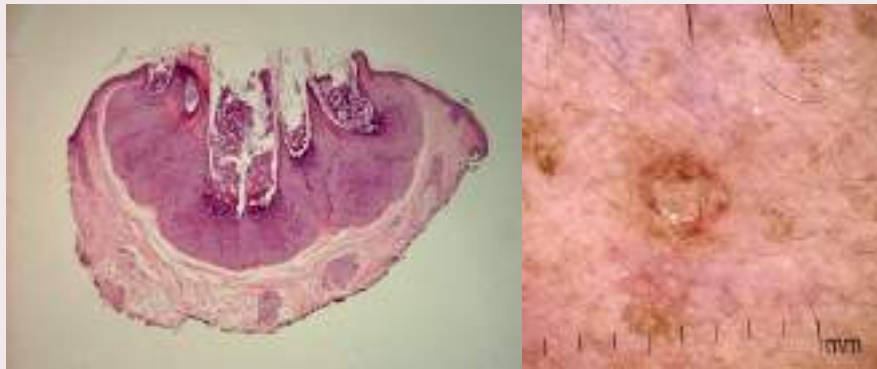
Fecha de recepción: 18/12/2023

Fecha de aceptación: 08/02/2024

## IMAGES IN DERMATOLOGY

# Molluscum Contagiosum

Jéssica Sandoval\*, Fernanda Ron,\*\* Nathalie Lascano\*\*



A 55-year-old male patient, with no significant pathological background, presented with a single lesion in the left lower eyelid, lasting six months, asymptomatic, no size growth, nor treatment. Physical examination revealed a pearly, erythematous, slightly excoriated papule. The histopathological study reports a central epidermal lesion with prominent solid lobular extensions made of rounded and voluminous keratinocytes that contain hyaline and eosinophilic cytoplasmic inclusions that tend to be more abundant and collect in the upper segment.

Molluscum contagiosum is a viral infection that in immunocompetent patients, has a benign and self-limiting course. It is caused by a poxvirus, which is transmitted by physical contact, fomites or autoinoculation<sup>1</sup>. It mostly affects three population groups: children, sexually active adults, and immunosuppressed patients<sup>2</sup>. They appear as papules of 1–5 mm, single or multiple, skin-colored, pearly and shiny with a central umbilication, in some cases they can be surrounded by an eczematous halo, also referred as molluscum dermatitis. Infection can happen at any skin area or mucous membrane. Diagnosis is generally clinical, however, the body of the mollusk known as Henderson–Paterson (intracytoplasmic inclusion bodies) can be evidenced in the histopathology<sup>2</sup>.

There are different types of treatment that can be chosen according to each patient's clinical case, age, and location. Treatment options include topical, immunotherapy; destructive such as cryotherapy, curettage, and laser.

#### INFORMED CONSENT:

The authors declare that they have the patient's consent for the disclosure of the images.

<sup>1</sup>De Revision, A., Rocío, D., Barba, R., & Prados Providencia, C. (nd). <https://www.medigraphic.com/pdfs/archivostgi/tgi-2011/tgi115g.pdf>

<sup>2</sup>Benigno Monteagudo Sánchez, León-Muñíos, E., F. Piñeyro-Molina, & J.Á. Vázquez-Good. (2021). *Dermatoscopy of a plantar molluscum contagiosum. Dermo-Sifiliographic Acts*, 112 (10), 963–965. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2020.10.007>

\*First-year postgraduate doctor Postgraduate Dermatology at the Equinoccial Technological University of Quito <https://orcid.org/0009-0000-1975-8039>

\*\*Director of the SKIN Center <https://orcid.org/0000-0001-8232-7645>

Correspondence: [fer.caro.ron.andrade@gmail.com](mailto:fer.caro.ron.andrade@gmail.com)

ORCID code: <https://orcid.org/0000-0002-4752-0244>

Date of receipt: 18/12/2023

Date of acceptance: 08/02/2024

# Carcinoma Escamocelular In Situ

Fernanda Ron,\* Jéssica Sandoval,\*\* Santiago Palacios\*\*



Paciente masculino de 79 años acude a consulta por presentar una lesión en brazo izquierdo de un año de evolución, ha cambiado de características, aumenta de tamaño, produce prurito y en ocasiones sangrado. Al examen físico placa de bordes definidos, asimétrica, heterogénea, colores marrones oscuro y claro, presencia de descamación, además presencia de una pápula hiperqueratósica. Se realiza biopsia de esta con resultado de proliferación neoplásica de origen epitelial, con hiperplasia marcada compuesta por queratinocitos pleomorfos de núcleos grandes e hiper cromáticos y citoplasma moderado, algunas células muestran citoplasma claro. Las células se disponen en todo el espesor del epitelio con alteración de la arquitectura y tendencia a formar proyecciones elongadas. La superficie muestra hiperqueratosis y paraqueratosis. El carcinoma escamocelular es la segunda neoplasia cutánea más frecuente, caracterizada por un tumor maligno de los queratinocitos epidérmicos.<sup>1</sup>

Los principales factores de riesgo son la exposición a radiación ultravioleta, fototipos bajos, exposición a químicos, presencia de queratosis actínicas, cicatrices de quemadura. La clínica es muy variable, pero se sospecha en lesiones que no curan y se encuentran en zonas expuestas al sol.<sup>2</sup> Pueden iniciar como una pápula o placa con presencia de descamación o costras que en ocasiones progresa a lesiones nodulares o hiperqueratósicas, que suelen ulcerar. El diagnóstico principalmente se lo realiza mediante biopsia de la lesión. El pronóstico en lesiones pequeñas y en etapas tempranas es bueno, sin embargo, en etapas tardías puede requerir cirugías extensas con probabilidad de metastasis. El tratamiento principalmente se centra en la resección quirúrgica temprana.

## CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Los autores declaran tener el consentimiento del paciente para la divulgación de las imágenes.

<sup>1</sup>Sobrevida a 5 Años de Pacientes Con Carcinoma Escamocelular de Piel del Área Metropolitana de Bucaramanga Entre los Años 2008–2012. (n.d.). Retrieved January 4, 2024, from [https://repository.unab.edu.co/bitstream/handle/20.500.12749/1687/2019\\_Tesis\\_Jorge\\_Luis\\_Bermudez\\_Florez%20.pdf?sequence=1](https://repository.unab.edu.co/bitstream/handle/20.500.12749/1687/2019_Tesis_Jorge_Luis_Bermudez_Florez%20.pdf?sequence=1)

<sup>2</sup>Wells, G. L. (2022, September 6). Carcinoma epidermoide. Manual MSD Versión Para Profesionales; Manuales MSD. <https://www.msmanuals.com/es-ec/profesional/trastornos-dermatol%C3%B3gicos/c%C3%A1nceres-cut%C3%A1neos/carcinoma-epidermoide>

\*Médico posgradista de primer año Posgrado Dermatología de la Universidad Tecnológica Equinoccial de Quito <https://orcid.org/0009-0000-1975-8039>

\*\*Director del Centro de la PIEL <https://orcid.org/0000-0001-8232-7645>

Correspondencia: [fer.caro.ron.andrade@gmail.com](mailto:fer.caro.ron.andrade@gmail.com)

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4752-0244>

Fecha de recepción: 18/12/2023

Fecha de aceptación: 10/02/2024



## IMAGES IN DERMATOLOGY

# Squamocellular Carcinoma In Situ

Fernanda Ron,\* Jéssica Sandoval,\*\* Santiago Palacios\*\*



A 79-year-old male patient comes to the clinic due to a lesion on his left arm that has been going on for a year. It has changed its characteristics, increases in size, causes itching and sometimes bleeding. On physical examination, a plaque with defined edges, asymmetrical, heterogeneous, dark and light brown colors, presence of peeling, and presence of a hyperkeratotic papule. A biopsy was performed with the result of neoplastic proliferation of epithelial origin, with marked hyperplasia composed of pleomorphic keratinocytes with large, hyperchromatic nuclei and moderate cytoplasm, some cells showing clear cytoplasm. The cells are arranged throughout the thickness of the epithelium with altered architecture and a tendency to form elongated projections. The surface shows hyperkeratosis and parakeratosis. Squamous cell carcinoma is the second most common skin neoplasm, characterized by a malignant tumor of epidermal keratinocytes.<sup>1</sup>

The main risk factors are exposure to ultraviolet radiation, low phototypes, exposure to chemicals, presence of actinic keratosis, burn scars. The symptoms are very variable, but it is suspected in lesions that do not heal and are found in areas exposed to the sun.<sup>2</sup> They may begin as a papule or plaque with the presence of peeling or crusting that sometimes progresses to nodular or hyperkeratotic lesions, which usually ulcerate. The diagnosis is mainly made by biopsy of the lesion. The prognosis in small lesions and in early stages is good, however, in late stages it may require extensive surgeries with the probability of metastasis. Treatment mainly focuses on early surgical resection.

#### INFORMED CONSENT:

The authors declare that they have the patient's consent for the disclosure of the images.

<sup>1</sup>Sobrevida a 5 Años de Pacientes Con Carcinoma Escamocelular de Piel del Área Metropolitana de Bucaramanga Entre los Años 2008–2012. (n.d.). Retrieved January 4, 2024, from [https://repository.unab.edu.co/bitstream/handle/20.500.12749/1687/2019\\_Tesis\\_Jorge\\_Luis\\_Bermudez\\_Florez%20.pdf?sequence=1](https://repository.unab.edu.co/bitstream/handle/20.500.12749/1687/2019_Tesis_Jorge_Luis_Bermudez_Florez%20.pdf?sequence=1)

<sup>2</sup>Wells, G. L. (2022, September 6). Carcinoma epidermoide. Manual MSD Versión Para Profesionales; Manuales MSD. <https://www.msmanuals.com/es-ec/profesional/trastornos-dermatol%C3%B3gicos/c%C3%A1nceres-cut%C3%A1neos/carcinoma-epidermoide>

\*First-year postgraduate doctor Postgraduate Dermatology at the Equinoccial Technological University of Quito <https://orcid.org/0009-0000-1975-8039>

\*\*Director of the SKIN Center <https://orcid.org/0000-0001-8232-7645>

Correspondence: [fer.caro.ron.andrade@gmail.com](mailto:fer.caro.ron.andrade@gmail.com)

ORCID code: <https://orcid.org/0000-0002-4752-0244>

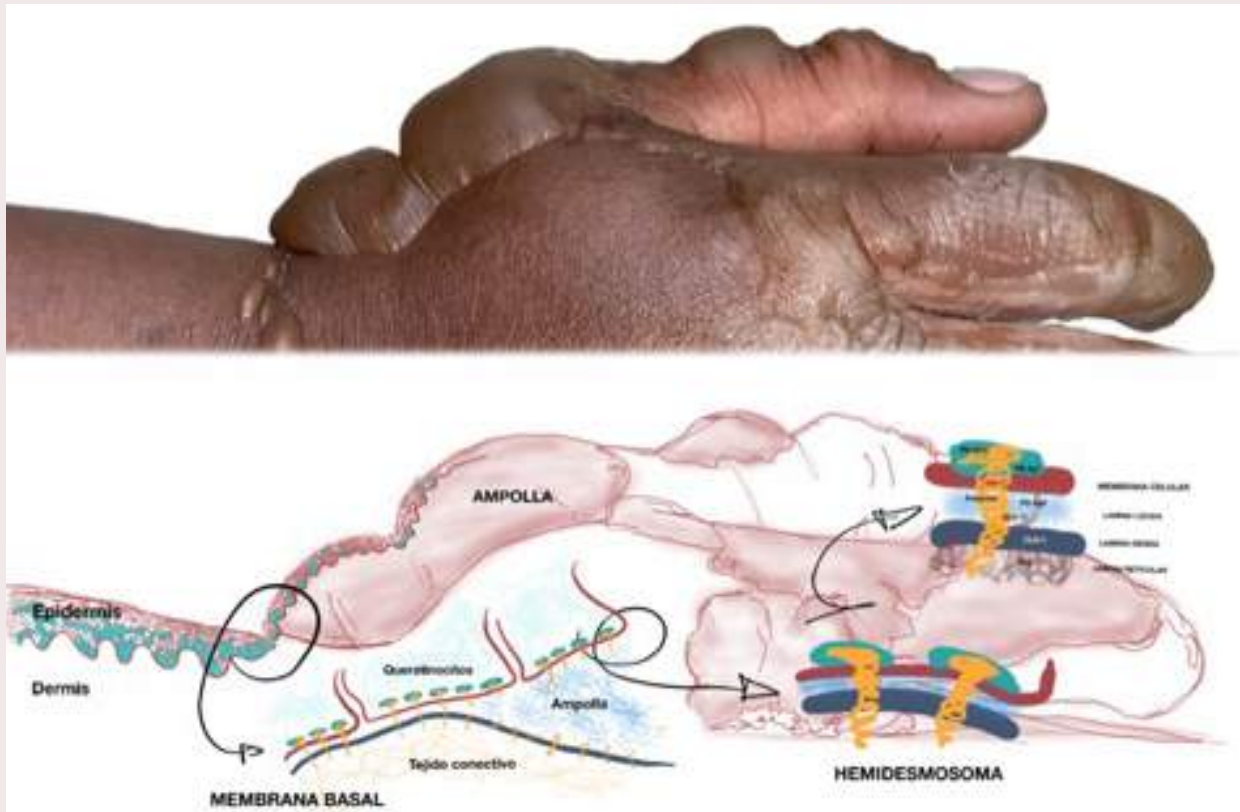
Date of receipt: 18/12/2023

Date of acceptance: 10/02/2024

## DERMATOLOGÍA EN IMÁGENES

# Quemadura

Santiago Palacios Alvarez



El dorso de la mano se quemó con agua hirviente, lo que generó ampollas tensas por ruptura en la membrana basal. Hace más de 70 años, Walter F. Lever (1952), definió el penfigoide, dejando bien establecidas las diferencias con el pénfigo. Esto se fortaleció con el advenimiento de la inmunología y la biología molecular, que dejó bien establecidas las estructuras glicoprotéicas de la membrana basal (Giudice 1991), y su compleja interacción entre la epidermis y la dermis.

En el esquema se ilustra el punto de clivaje de la quemadura, que se da en la lámina lúcida de la membrana basal; en semejanza con lo que pasa en el penfigoide, con los PB Ag1 (PB230) y PB Ag 2 (PB 180); y en otras enfermedades ampollosas subepidérmicas.

Lever WF. *Penphigus*. Boston, Mass. 1953

Giudice GL, Squiquera HL, Elias PM, Diaz LA. Identification of two collagen domains within the bullous penfigoide autoantigen, BP 180. *J Clin Invest* 87(2):734-738 1991.

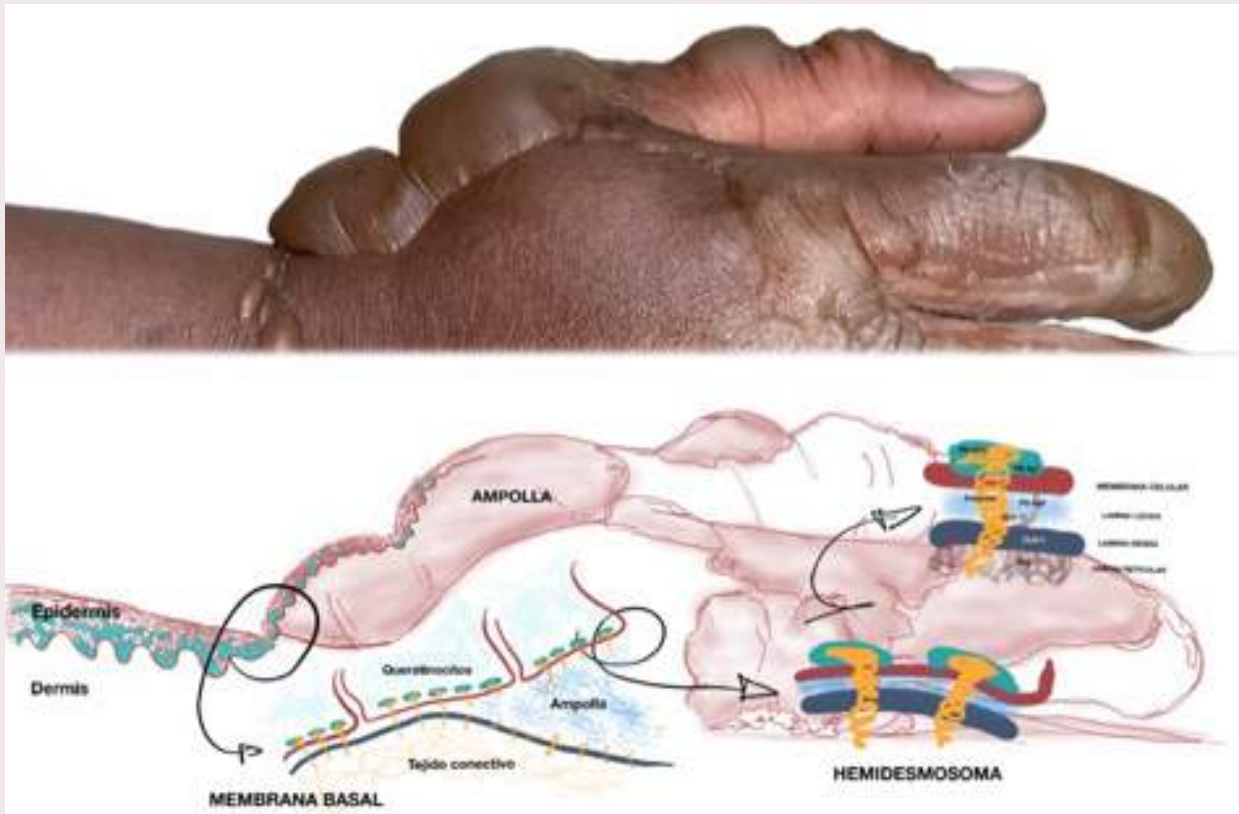
Centro de la Piel-CEPI. Quito.  
Correspondencia: santiagopalacios@cepi.ec

Fecha de recepción: 22/08/2023  
Fecha de aceptación: 24/09/2023

## IMAGES IN DERMATOLOGY

# Skin Burn

Santiago Palacios Alvarez



The dorsum of the hand was burned with boiling water, which generated tense blisters by breakage of the basal membrane. More than 70 years ago, Walter F. Lever (1952) described pemphigoid, establishing the differences with pemphigus. This was reinforced with the arrival of immunology and molecular biology, which established the foundations of basal membrane glycoproteins (Giudice, 1991), and their complex interaction between the epidermis and the dermis.

The diagram illustrates the cleavage point of a burn, which happens in the stratum lucidum of the basal membrane; similar to pemphigoid, with PBAg1 (PB230) and PB Ag2 (PB 180 ); found in other subepidermal blistering diseases.

Lever WF. *Pemphigus*. Boston, Mass. 1953

Giudice GL, Squiquera HL, Elias PM, Diaz LA. Identification of two collagen domains within the bullous pemphigoid autoantigen, BP 180. *J Clin Invest* 87(2):734-738 1991.

Skin Center-CEPI. Quito  
Correspondence: santiagopalacios@cepi.ec

Date of receipt: 22/08/2023  
Date of acceptance: 24/09/2023

## DERMATOLOGÍA EN IMÁGENES

# Onicorrexis

Patricia Chang\*



Paciente femenina de 60 años de edad sana que consulta por presentar cambios en las uñas de manos, indicando que no le gustan como se ven y se sienten desde el último año. Al examen se observa una onicopatía localizada en las 10 uñas de las manos, constituida por múltiples líneas longitudinales con estos datos clínicos se hace el diagnóstico clínico de onicorrexis.

Las alteraciones de las uñas comprenden el 10% de todas las afecciones dermatológicas y afecta en un alto porcentaje a los ancianos, debido a una alteración en el recambio de las células de la matriz ungueal. La superficie del plato ungueal es lisa, puede presentar un número variable de líneas longitudinales que aumentan con la edad, puede verse alterada por enfermedades dermatológicas, sistémicas, reacciones medicamentosas, infecciones, trauma, factores químicos, físicos, cosméticos y otros. A las líneas o surcos longitudinales paralelos estrechos de las uñas que tienen la apariencia de haber sido rayado por un punzón, pueden manifestarse en forma superficial se le llama onicorrexis y a las profundas pueden llegar a tener apariencia de un rosario o salchicha. Se acentúan con la edad y pueden verse asociadas a liquen plano, artritis reumatoidea, enfermedad circulatoria periférica, enfermedad de Darier y otras entidades genéticas.

La onicorrexis, la onicosquicia y la degranulación de las uñas son tres alteraciones del plato que condicionan a la fragilidad ungueal, lo cual puede mejorar con la aplicación de laca ungueal con ácido hialurónico catiónico.

Chang P. Las alteraciones de la superficie de plato ungueal. *Dermatología CMQ* 2,012; 10(1):51-59

Lipner S, Wong V, Burgin S. Onychorrhexis

<https://www.visualdx.com/visualdx/diagnosis/Onychorrhexis>

Chang P. Popurrí de las alteraciones de la superficie del plato ungueal

*Dermatol Rev Mex* 2013; 57:294-299

\*Dermatóloga; \*\*Paseo Plaza Clinic Center  
Correspondencia: pchang2622@gmail.com

Fecha de recepción: 04/09/2023  
Fecha de aceptación: 29/09/2023

## IMAGES IN DERMATOLOGY

# Onychorrhexis

Patricia Chang\*



A healthy 60-year-old female patient consults due to changes in her fingernails, she doesn't feel good about how they look and feel since the last year. Upon examination, an onychopathy located on all the 10 nails of the hand is observed, consisting of multiple longitudinal lines. With these clinical data, the clinical diagnosis of onychorrhexis is made.

Nail disorders comprise 10% of all dermatological conditions and affect a high percentage of the elderly due to an alteration in the cell turnover of the nail matrix. The surface of the nail plate is smooth, it can have a variable number of longitudinal lines that increase with age, it can be altered by dermatological, systemic diseases, drug reactions, infections, trauma, chemical, physical, cosmetic and other factors. The narrow parallel longitudinal lines or grooves of the nails that have the appearance of having been scratched by a punch can manifest superficially and are called onychorrhexis, and the deeper ones can have the appearance of a rosary or sausage. They become more pronounced with age and can be associated with lichen planus, rheumatoid arthritis, peripheral circulatory disease, Darier's disease and other genetic entities.

Onychorrhexis, onychoschicia and nail degranulation are three alterations of the nail plate that lead to nail fragility, which can be improved with the application of nail lacquer with cationic hyaluronic acid.

Chang P. Alterations of the surface of the nail plate . *CMQ Dermatology* 2,012; 10(1).51-59

Lipner S, Wong V, Burgin S. Onychorrhexis

<https://www.visualdx.com/visualdx/diagnosis/Onychorrhexis>

Chang P. Potpourri of nail plate surface alterations

*Dermatol Rev Mex* 2013; 57:294-299

\*Dermatologist; \*\* Paseo Plaza Clinic Center  
Correspondence: pchang2622@gmail.com

Date of receipt: 04/09/2023  
Date of acceptance: 29/09/2023

# — Normas de Publicación

La Revista Dermatológica Centro Úraga es de acceso abierto, donde aceptará trabajos para su publicación siempre y cuando estén relacionados con la especialidad con previa revisión y aceptación del Comité Editorial y los asesoramientos del comité de par académico (simple ciego) que estimen necesario, sean estas modificaciones, correcciones o reducciones del trabajo.

La revista se publicará vía online 3 veces al año (cuatrimestral). Los meses del período de publicación se llevarán a cabo desde febrero – mayo, junio – septiembre, octubre – enero. De la misma manera, los períodos de recepción de trabajos científicos se efectúan en los meses de marzo, julio y noviembre. Se recibirán los diferentes documentos científicos al correo [revista@druraga.com](mailto:revista@druraga.com)

## Normativas de formato que debe cumplir cada estudio científico para ser publicado

En la primera página deben incluirse:

- Título del trabajo.
- Nombres y apellidos completos de cada autor.
- Centros en los que se llevó a cabo el trabajo.
- Dos a cinco palabras clave que sirvan, a juicio de los autores, para catalogar y fichar posteriormente el trabajo en los índices por materias y para el buscador electrónico.
- Correspondencia: nombre, dirección, correo electrónico y teléfono del autor principal.
- Código ORCID de cada autor.

Formato general del documento:

- El archivo de envío debe estar en formato Word.
- El documento debe ser enviado con estilo de fuente Times New Roman, tamaño 12, con interlineado de 1,5 y el texto justificado.
- Márgenes del documento Word:
  - 2,00 cm margen inferior derecho
  - 3,0 cm margen izquierdo superior
- Para hacer referencia a una palabra en latín o nombre científico deberá ser colocada con los siguientes formatos:
  - Cursiva Negrita*
    - Para los estudios científicos que se requiere evidenciar imágenes del caso clínico o del informe histopatológico deberán ser de buena calidad y llevar su respectiva numeración para la identificación durante el proceso de lectura. Además, todas las ilustraciones, figuras y tablas se deben encontrar en los lugares del texto adecuados y no al final del estudio.

- Por último, deberá adjuntar la carpeta de imágenes y el consentimiento informado de los pacientes utilizados en el estudio durante el envío del trabajo científico.
- En todos los casos, la bibliografía será colocada siguiendo el estilo Vancouver 2023 y deberá adjuntar la fuente de obtención.

El idioma oficial de la revista es español, sin embargo, se aceptarán trabajos en inglés y otros idiomas, los mismos podrán incluirse los siguientes estudios científicos:

- Artículos originales
- Trabajo de revisión
- Reporte de caso clínico
- Reporte de serie de casos clínicos
- Cartas al Editor
- Haga su diagnóstico
- Imágenes en Dermatología
- Dermatoscopia

**ARTÍCULOS ORIGINALES:** Se incluirán trabajos originales de investigación clínica y básica. El número de autores no debe ser superior a 6. La extensión máxima del texto será de 3000 palabras (excluyendo la página del título, resumen, bibliografía, tablas y pies de figuras). El resumen debe contener 250 palabras en español y deberá ser traducido al idioma inglés. Se permitirán de 2 a 6 palabras claves, 30 citas bibliográficas, 5 figuras y 5 tablas.

**ARTÍCULOS DE REVISIÓN:** Pretende poner al día un tema de interés dermatológico, revisándolo en profundidad a partir de evidencia científica actualizada. Extensión del texto hasta 3500 palabras (excluyendo página del título, palabras claves, resumen, bibliografía, tablas, y pies de figuras). El resumen debe contener 250 palabras en español y deberá ser traducido al idioma inglés. Se permitirá hasta 4 autores, 2 o 6 palabras claves, 5 figuras y 5 tablas y deberá contar con 120 hasta 140 citas bibliográficas.

**REPORTE DE CASOS CLÍNICOS:** Incluye un caso clínico breve. Máximo 4 autores. La extensión del texto será máxima de 1200 palabras. Resumen máximo 150 palabras. Se permitirán de 2 a 6 palabras claves, 5 figuras y/o tablas. Máximo 15 citas bibliográficas.

**REPORTE DE SERIE DE CASOS CLÍNICOS:** Incluye varios casos clínicos. Incluye un caso clínico breve. Máximo 4 autores. La extensión del texto será máxima de 4000 palabras. Resumen máximo 150 palabras. Se permitirán de 2 a 6 palabras claves, 5 figuras y/o tablas. Máximo 15 citas bibliográficas.

**CARTAS AL EDITOR:** Sección destinada a recoger opiniones críticas, concordancias, u otro tipo de observación relativa a los artículos publicados en la revista. También podrán realizarse sugerencias, críticas o comentarios. Máximo 4 autores. No incluye resumen, no se deben colocar palabras clave. La extensión máxima del texto será 400 palabras. 5 figuras y/o tablas. Y máximo 10 citas bibliográficas.

**IMÁGENES EN DERMATOLOGÍA:** Se considerarán para su publicación imágenes originales y de alta calidad que reflejen características clínicas de enfermedades dermatológicas. La imagen debe ser original e inédita, aunque puede ser formada por una composición de 2 fotografías como máximo, una leyenda explicativa de 200 palabras sin palabras claves, ni resumen asociado. El título no debe contar con más de 10 palabras. Y se incluirán un máximo de 3 autores y máximo 5 citas bibliográficas.

**HAGA SU DIAGNÓSTICO:** Incluye casos clínicos originales, no publicados. Máximo 3 autores. Colocar palabras clave. No incluye resumen.

- Presentación del caso con extensión de máximo 200 palabras (incluir historia clínica, examen físico, histopatología (no colocar el diagnóstico), pruebas complementarias (en caso de ser necesarias), figuras a color clínicas, histológicas y/o dermatoscópicas, sin pie de figura (máximo 3).
- Para el diagnóstico y comentarios, se permitirán máximo 450 palabras, excluyendo la bibliografía. Debe comprender el diagnóstico, evolución y tratamiento del paciente, comentario sobre la enfermedad y diagnóstico diferencial, finalmente máximo 6 citas bibliográficas.

**DERMATOSCOPIA:** Para la discusión de casos clínicos donde la dermatoscopia aporta la clave diagnóstica. Máximo 4 autores. No incluye resumen. Deberá contener: Presentación del caso clínico con máximo 2 imágenes clínicas y un texto breve, sin diagnóstico (hasta 50 palabras). Hasta 2 imágenes dermatoscópicas acompañadas de la frase: ¿Cuál es su diagnóstico? Incluir comentario de máximo 200 palabras, incluir la descripción dermatoscópica con las claves diagnósticas y diferencial. Se aceptarán hasta 5 citas bibliográficas.

Estimado autor, con el objetivo de contribuir en el proceso de elaboración de su trabajo académico se ha desarrollado el “manual general de elaboración de estudios científicos”, un documento creado por el comité editorial de la Revista Dermatológica Centro Úraga. Tiene la finalidad de proporcionar una guía que evidencie la estructuración de cada uno de los trabajos académicos que recepta la revista. Por otro lado, los comentarios o dudas de carácter académico pueden ser enviadas al siguiente correo electrónico: [revista@druraga.com](mailto:revista@druraga.com)



# — Publishing Guidelines

The Úraga Center Dermatology Journal is open access, where it will accept papers for publication as long as they are related to the specialty with prior review and acceptance of the Editorial Committee and the advice of the academic peer committee (single blind) that they deem necessary, whether these modifications, corrections or reductions of the work.

The journal will be published online 3 times a year (quarterly). The months of the publication period will be from February – May, June – September, October – January. In the same way, the periods of reception of scientific papers will be held in the months of March, July and November. The different scientific papers will be received through the website <https://revistadcu.ec>

The articles are exclusive for the journal, understanding that they have not been published elsewhere, they must be original. Due to the fact that any text coming from the Internet will be disqualified after an analysis through an anti-plagiarism software TURNITIN, where up to 10% of similarity will be accepted.

## **Format standards that each scientific study must comply with in order to be published**

The first page should include:

- Job title.
- Full names and surnames of each author.
- Centers where the work was carried out.
- Two to five key words that serve, in the authors' opinion, to catalog and subsequently file the work in the subject indexes and for the electronic search engine.
- Correspondence: name, address, e-mail and telephone number of the main author.
- ORCID code of each author.

General format of the document:

- The submission file must be in Word format.
- The document must be sent in Times New Roman font style, size 12, with 1.5 line spacing and justified text.
- Word document margins:
  - 2.5 cm top and bottom margin
  - 3.0 cm left and right side margin
- For scientific studies that should evidence images of the clinical case or histopathological report should be of good quality and should be numbered for identification during the reading process. In addition, all illustrations, figures and tables should be found in the appropriate places in the text and not at the end of the study.

- In all cases, the bibliography will be placed following the Vancouver style and the URL of each one must be attached.

The official language of the journal is Spanish, however, papers will be accepted in English and other languages, which may include the following scientific studies:

- Original articles
- Revision work
- Clinical case report
- Clinical case series report
- Letters to the Editor
- Make your diagnosis
- Imaging in Dermatology
- Dermatoscopy

**FOR ORIGINAL ARTICLES:** Original clinical and basic research papers will be included. The number of authors should not exceed 6. The maximum length of the text will be 3000 words (excluding the title page, abstract, bibliography, tables and figure captions). Up to 30 bibliographic citations, 8 figures and 5 tables will be allowed.

**REVIEW PAPER:** Aims to update a topic of dermatological interest, reviewing it in depth based on updated scientific evidence. Text length up to 3500 words (excluding title page, keywords, abstract of 150 words maximum, bibliographies, tables, and figure captions). Maximum 4 authors. Maximum 100 bibliographic citations.

**CLINICAL CASE REPORT:** Include a brief clinical case. Maximum 4 authors. The maximum length of the text will be 1000 words. Abstract maximum 200 words. Key words. Maximum 3 figures and/or tables. Maximum 15 bibliographic citations.

**CLINICAL CASE SERIES REPORT:** Includes several clinical cases. Maximum 4 authors. The length of the text will be a maximum of 2000 to 4000 words. Abstract maximum 200 words. Key words. Maximum 3 figures and/or tables. Maximum 20 bibliographic citations.

**LETTERS TO THE EDITOR:** Section intended to collect critical opinions, concordances, or any other type of observation related to the articles published in the journal. Suggestions, criticisms or comments may also be made. Maximum 4 authors. It does not include an abstract, key words should be included. The maximum length of the text will be 800 words. 3 figures and/or tables. And a maximum of 10 bibliographic citations.

**IMAGES IN DERMATOLOGY:** Original, high quality images reflecting clinical features of dermatological diseases will be considered for publication. The image must be unique, although it can be formed by a composition of a maximum of 2 photographs, an explanatory caption of 250 words without bibliography or associated abstract. The title should not exceed 10 words. A maximum of 3 authors should be included.

**MAKE YOUR DIAGNOSIS:** Includes original, unpublished clinical cases. Maximum 3 authors. Include key words. Do not include abstract.

1. Presentation of the case with a maximum of 200 words (including clinical history, physical examination, histopathology (do not include the diagnosis), complementary tests (if necessary), clinical, histological and/or dermatoscopic color figures, without caption (maximum 3).
2. For the diagnosis and comments, a maximum of 450 words will be allowed, excluding bibliography. It must include the diagnosis, evolution and treatment of the patient, commentary on the disease and differential diagnosis, and finally a maximum of 6 bibliographic citations.

**DERMATOSCOPY:** For the discussion of clinical cases where dermoscopy provides the diagnostic key. Maximum 4 authors. Does not include abstract. It must contain: Presentation of the clinical case with a maximum of 2 clinical images and a brief text, without diagnosis (up to 50 words).

Up to 2 dermatoscopic images accompanied by the sentence: What is your diagnosis? Include a commentary of 400 words maximum, including the dermatoscopic description with the diagnostic and differential keys. Up to 6 bibliographic citations will be accepted.

Comments or questions of an academic nature should be sent to the following e-mail address:

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



**WCD2027**  
26<sup>TH</sup> WORLD CONGRESS  
OF DERMATOLOGY  
21-26 JUNE 2027 GUADALAJARA • MX

**Dr. Enrique Úraga Pazmiño – Embajador Latinoamericano del Congreso Mundial de Dermatología (WCD)**

Estimada comunidad de la Revista Dermatológica Centro Úraga, nos complace informarles que el Dr. Enrique Úraga Pazmiño formará parte del equipo de embajadores del Congreso Mundial de Dermatología representando a América Latina en este relevante evento internacional.

El 26º Congreso Mundial de Dermatología (WCD) se celebrará del 21 al 26 de junio de 2027 en Guadalajara. La temática del WCD 2027 es “*Descubre el Ecosistema de la Dermatología. Por un futuro diverso e inclusivo.*” El concepto Descubrir el Ecosistema Dermatológico destaca que la dermatología no es una disciplina solitaria, sino más bien una intrincada red de disciplinas interconectadas. Fomenta una perspectiva holística de la dermatología, alentando la exploración y la participación activa dentro de este paisaje multifacético.

El objetivo es aumentar las actividades educativas y la colaboración más allá de las fronteras geográficas, políticas, económicas y culturales para fortalecer nuestra especialidad y mejorar la salud de la piel para todos. Este programa recluta a dermatólogos eminentes e influyentes de todo el mundo para que formen parte de las actividades promocionales de junio de 2027.

**Dr. Enrique Úraga Pazmiño – Latin American Ambassador for the World Congress of Dermatology (WCD)**

Dear Centro Úraga Dermatology Journal community, we are pleased to inform you that Dr. Enrique Úraga Pazmiño will be part of the team of ambassadors of the World Congress of Dermatology representing Latin America in this relevant international event.

The 26th World Congress of Dermatology (WCD) will be held from June 21–26, 2027 in Guadalajara. The theme of the WCD 2027 is “*Discover the Dermatology Ecosystem. For a diverse and inclusive future.*” The Discover the Dermatology Ecosystem concept highlights that dermatology is not a solitary discipline, but rather an intricate network of interconnected disciplines. It promotes a holistic perspective of dermatology, encouraging exploration and active participation within this multifaceted landscape.

The goal is to increase educational activities and collaboration across geographic, political, economic and cultural boundaries to strengthen our specialty and improve skin health for all. This program recruits eminent and influential dermatologists from around the world to be part of the June 2027 promotional activities.



REVISTA DERMATOLÓGICA CENTRO URAGA

OFFICIAL PUBLICATION DERMATOLOGIC CENTER URAGA

VOLUMEN 5 \ NÚMERO 3 \ AÑO 2023 \ GUAYAQUIL-ECUADOR