

# Alogenosis iatrogénica. Una nueva enfermedad

## A new disease: Iatrogenic allogenosis



Coiffman, F.

Coiffman, F.\*

### Resumen

La necesidad de rellenar arrugas y otras depresiones en la piel ha llevado a la creación de múltiples sustancias inyectables. Los desastrosos resultados producidos por varias de estas sustancias meses o años después de ser inyectados, llevaron al autor a crear el término "Alogenosis Iatrogénica", pues se trata de una nueva enfermedad que solo en Iberoamérica tiene más de un millón de víctimas: "Alogenosis", porque es producida por sustancias alogénicas, es decir, ajenas al organismo e "Iatrogénica", porque la producen los médicos o las personas que inyectan estas sustancias.

Hemos estudiado 358 casos en los últimos 10 años, agrupados y catalogados según las sustancias inyectadas, los síntomas, signos, tiempo de aparición de los mismos, etc. El objetivo era aprender cómo se manejan y tratan sus complicaciones, ya que en ningún libro se encuentra claramente descrita la nueva enfermedad.

Las sustancias inyectables de relleno más usadas fueron: silicona líquida, parafina, petrolato líquido, vaselina, "biopolímeros", aceite mineral, grasa animal, etc. No se incluyeron en el estudio otras sustancias más o menos aceptadas como rellenos biocompatibles (ácido hialurónico, grasa autógena, colágeno bovino tratado, hidroxiapatita, etc.).

Las reacciones, que afortunadamente no se presentan en todos los pacientes, aparecieron entre las 6 horas y los 25 años del tratamiento y fueron locales (dolor, eritema, pigmentaciones, edemas, fibrosis, queloides, infecciones, fístulas, necrosis de piel, desplazamiento por gravedad, etc.) y generales (fiebre, dolor generalizado, artralgias, decaimiento, malestar general, aumento de caída del cabello, depresión, etc.). No se encontró relación con enfermedades autoinmunes tales como artritis, dermatomiositis, esclerodermia, etc. Los síntomas y signos se exacerbaban cada dos o tres meses durante períodos que duran de 1 a 3 semanas y mejoran con o sin tratamiento.

El tratamiento es sintomático. Las resecciones quirúrgicas solo deben hacerse en zonas muy limitadas, pues producen depresiones cutáneas y cicatrices retráctiles. Las masas muy grandes no se deben reseccionar debido a las deformaciones consecuentes. Se debe proteger la piel con sustancias emolientes.

El aspecto más importante de este estudio es lo que no debe hacerse: los corticoides locales o generales no sirven y aumentan la atrofia de la piel; las punciones y la liposucción no ayudan, pues las masas son sólidas y fibróticas; los masajes, el ultrasonido y el láser no ayudan y a veces empeoran la situación.

En todos los países se deben realizar campañas oficiales de prevención contra estas sustancias.

**Palabras clave** Alogenosis iatrogénica. Sustancias de relleno. Biopolímeros.

**Código numérico** 266

### Abstract

The need to replenish wrinkles and depressions has enticed the creation of multiple solid or semi-solid injectable substances. The disastrous results of some of these have led me to create the term "Iatrogenic Allogenosis": "Allogenosis", because it is produced by allogenetic (foreign) substances. "Iatrogenic", because we, the physicians or persons injecting these substances, have caused this disease. Over one million persons in Latin-America have become victims of these substances. Our objective is to learn how to treat these cases.

We have studied 358 cases in a 10-year time span. We have grouped them and tried to reach conclusions. Mostly used substances are: liquid silicon, paraffin, liquid petrolatum, Vaseline, mineral oil, animal fat, etc. We have not included in this study some substances that have been fairly accepted by surgeons: autogenous fat, bovine collagen, hydroxyapatite, acrylic, hyaluronic acid, etc.

Reactions are local and general. The latency period varies from 6 hours to 25 years. Local reactions are: pain, erythema, edema, pigmentations, swelling, fibrosis, keloids, infection, fistulas, necrosis, gravity displacement, etc. The general ones are: fever, arthralgia, general discomfort, we have no find relations with autoimmune diseases (dermatomyositis, scleroderma, etc.).

Treatment is symptomatic. Surgical resection has to be very limited because it leaves very notorious scars and retractions. Large masses must not be operated. Liposuction is not effective. Corticoids and massages make the situation even worst. It does not dissolve the masses and does atrophy the normal skin covering them, and thus, underlying masses are more noticeable. Exacerbation may occur every 3 or 4 months and will cure with or without an anti-inflammatory or an antibiotic. An intense preventive campaign must be launched.

**Key words** Iatrogenic allogenosis, filling substances, biopolymers.

**Numerical Code** 266

\* Profesor (emérito) de Cirugía Plástica, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Miembro de la Academia Colombiana de Medicina. Jefe del Laboratorio Quirúrgico de Adiestramiento e Investigación. Facultad de Medicina Universidad de los Andes. Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá, Colombia.

## Introducción

Una enfermedad que produce al año más de un millón de víctimas, es decir, más que el SIDA o la tuberculosis, merece ser bautizada y controlada. Me refiero a los desastres que producen ciertas sustancias inyectables de relleno.

El autor se tomó la libertad de acuñar el término "Alogenosis iatrogénica" para calificar esta enfermedad: "Alogenosis" porque es producida por sustancias alógenas, es decir, extrañas al organismo; "Iatrogénica" porque la producen los médicos o las personas que las han inyectado.

El deseo de corregir las depresiones que producen las arrugas y otras atrofias de la piel ha llevado a los laboratorios, con inversiones de centenares de millones de dólares, a producir más de 40 sustancias inyectables de relleno; todo por complacer a los pacientes que quieren "algo que aplane las arrugas". Conseguir esto sería el comienzo de la "fuente de la eterna juventud" que infructuosamente vino a buscar el navegante español Ponce de León a la Florida (EEUU) en 1513 (1).

Las depresiones en la superficie corporal no solo son producidas por las arrugas; las cicatrices y ciertos traumatismos también las producen. Hay ciertas enfermedades que igualmente producen depresiones tales como la atrofia hemifacial o enfermedad de Romberg, el síndrome de Barraquer-Simons que consiste en una atrofia de la

grasa de la cara y de la mitad superior del tronco, la esclerodermia, las atrofias por parálisis musculares, las atrofias producidas por inyecciones de corticoides, etc.

En cálculos muy conservadores, más de un millón de personas, en su gran mayoría mujeres, han sido víctimas en Ibero-latinoamérica de esta nueva enfermedad. Afortunadamente, no todos los pacientes presentan signos y síntomas que les obliguen a consultar al médico, pero, por otra parte, cada vez vemos más pacientes que presentan las secuelas de estos



Fig. 1. Paciente que recibió inyecciones de "colágeno" en miembros inferiores. Tres años después aparecieron zonas eritematosas, edematosas y discromías en la piel.



Fig. 2. Paciente con ulceraciones y discromías en las regiones glúteas, 8 años después de habersele inyectado sustancias alógenas ("constructenos") en regiones glúteas. Obsérvense las ulceraciones de las incisiones que se le practicaron con intención de drenar lo inyectado.

rellenos hechos hace 10 ó 20 años. Es de esperar que a medida que transcurran los años más y más pacientes necesitarán los servicios médicos (2) (Fig.1).

Las sustancias más usadas como relleno son: la silicona, la parafina, el petrolato líquido, la vaselina, el aceite mineral o vegetal, los triturados vegetales, los "constructenos", las grasas animales o vegetales, los colágenos, los "biopolímeros", etc. No incluiré en este estudio algunas sustancias que han sido más o menos aceptadas por los cirujanos, tales como la grasa autógena, los colágenos tratados, la hidroxiapatita, el acrílico, el metilmetacrilato, el ácido hialurónico, la poliglactina, el silicón sólido, el teflón, el colágeno autógeno cultivado, el nylon, el ácido poliglicólico, etc. (3) (Fig.2).

### ALGO DE HISTORIA

El uso de las sustancias de relleno no es nuevo; hace más de un siglo, Gersuny, en 1.899, inyectó parafina en el escroto de un joven a quien le había practicado una orquidectomía. El método cayó en desuso cuando comenzaron a aparecer las tumores producidas por esta sustancia, los parafinomas. Las siliconas, que son polímeros derivados del sílice, comenzaron a llamar la atención desde su descubrimiento; su nombre genérico es dimetilpolisiloxano y su densidad o dureza se mide en centistokes. Son sustancias bastante inertes y pueden prepararse en distintos grados de dureza: desde líquidos hasta en forma sólida. En Japón comenzaron a usarse a



Fig. 3. Paciente a la que le inyectaron sustancias de relleno (posiblemente silicona) en las pantorrillas. Con los años, la sustancia se desplazó por la gravedad a la planta de los pies en donde formó ulceraciones.

principios de la década de los 40 del siglo pasado. Debido a que la silicona en su forma líquida (200 centistoques) se desplazaba o podía ser reabsorbida en parte, Sakurai, en Tokio, en 1946, mezcló esta sustancia con ácidos grasos de origen animal y vegetal al 1%. El objetivo era producir una irritación en los tejidos que la rodean al ser inyectada y que posteriormente esta irritación produjera una cápsula fibrosa que la fijara en el sitio inyectado. Los resultados inmediatos fueron muy buenos. En el término de ocho años llegó a tratar el asombroso número de 72.648 casos. Varios años después, comenzaron a aparecer en los pacientes los “siliconomas”. Más tarde, otro japonés, Akiyama, en 1949, comenzó a usar una variedad de silicona en forma de gel de doble enlace. Miles de senos fueron inyectados con este gel que fue llamado “la grasa natural de Akiyama” o “la cirugía sin bisturí”. En los Estados Unidos, Cronin y Gerow, de la Universidad de Baylor,

en 1962, implantaron bolsas de silicona por primera vez a una paciente en los senos. Esto aseguraba el no desplazamiento de la silicona. Hasta hoy, más de veinte millones de pacientes en el mundo llevan silicona en sus senos. (4) (Fig. 3)

Las complicaciones inmediatas o tardías de las sustancias de relleno, han llevado a que cada día más cirujanos estemos empleando la grasa autógena para rellenar arrugas o depresiones. (5) (Fig. 4 y 5)

El “colágeno”, muy usado, es un conjunto de proteínas compuestas por tres cadenas de polipéptidos, cada una de las cuales contiene mil aminoácidos. Hay 19 tipos diferentes de colágeno. El 80% de la dermis está compuesta por colágeno tipo I y el 20 % por colágeno tipo III. Se puede extraer de la piel misma del paciente y cultivarlo. También puede ser bovino o cadavérico. La hidroxiapatita, que es un material aloplástico biocompatible, tiene una composición parecida a la del hueso humano y se usa como su sustituto. El politetrafluoroetileno, se usa con frecuencia y es bastante biocompatible. El ácido hialurónico, que se encuentra en el tejido conectivo de los mamíferos y en el espacio extracelular, también se usa, inyectado, como relleno. Lo hay también de origen no animal (6, 7).

## Material y método

Alarmado por las secuelas cada vez más frecuentes de estas sustancias, decidí, hace más de 10 años, estudiar estos casos y aprender de ellos para poderlos tratar. Solicité a todos los colegas, especialmente a los cirujanos plásticos, que me enviaran a mi consultorio a los pacientes que tuvieran estas secuelas. Obviamente, a estos pacientes remitidos no les cobramos consulta. Se les elaboró una completa historia clínica



Fig. 4. El edema de los párpados inferiores puede hacerse crónico. A esta paciente le inyectaron 3 años antes, posiblemente parafina en párpados inferiores.



Fig. 5. La misma paciente anterior. Otro cirujano le reseco los abultamientos en los párpados inferiores en una sola sesión quirúrgica. Nótese las depresiones y las cicatrices irregulares.



Fig. 6. Cuando la piel se fistuliza debido a la sustancia de relleno, el contenido que elimina tiene el aspecto de una crema dental.

y se les tomaron fotografías. Sumando los casos vistos en varias instituciones y los examinados en mi consultorio, he estudiado 342. Hasta donde llegan mis informaciones, es el mayor número de pacientes estudiados con estos problemas por un mismo cirujano. Los he agrupado por síntomas, signos, evolución, tipo de sustancia implantada, etc. He sacado denominadores comunes y de ellos, conclusiones y conductas a seguir (8,9).

Uno de los problemas más serios que encontré fue el de que los pacientes no sabían qué se les habían inyectado. Los médicos y las cosmetólogas emplean términos que no dicen mucho tales como “biopolímeros”, “células vivas”, “colágeno”, “grasa inerte”, “constructenos”, “polixano V 10”, “un producto alemán”, etc. La gran mayoría de los pacientes nos comunicaron que la persona que les había aplicado la sustancia no les quería dar el nombre de dicho producto. Los implantes fueron hechos, en números redondos, en un 70% por cosmetólogas o personal paramédico y en un 30% por médicos, especialmente dermatólogos, cirujanos plásticos, otorrinolaringólogos y odontólogos (Fig. 6).



Fig. 7. Paciente a la cual le inyectaron una mezcla de “colágeno y silicona” en surcos nasogenianos. Los abultamientos persisten después de 10 años.

## Resultados

Veamos lo que he encontrado en común hasta ahora.

Un 97% de los pacientes son de género femenino.

Todos los pacientes salen satisfechos inmediatamente terminada la implantación y solo se quejan de “ligeras molestias”.

El período de latencia de los signos y síntomas varía entre unas horas y 25 años. Durante este período de latencia es cuando el paciente, que se siente contento y satisfecho, recomienda entusiasmado a sus amigos o amigas el tratamiento. Viene entonces la repentina fama de quien aplicó la sustancia y el consiguiente aumento de pacientes, por no decir de “víctimas” (10,11).

Un 95% no sabe qué le inyectaron.

El promedio de sesiones de inyección fue de 2. Variaron entre 1 y 4.

Más de un 98% de los pacientes insatisfechos recibieron masajes, ultrasonido o algún corticoide inyectado, por vía oral o aplicado localmente.

Por fortuna, en los casos vistos por nosotros, no hemos encontrado cegueras ni parálisis debidas a estas inyecciones, pero sí han sido reportados.

Dos pacientes, ambas con serias deformaciones faciales y corporales, terminaron en suicidio después de un largo período de depresión.

Tres “cosmetólogas” están encarceladas después de perder una demanda penal. Ocho tienen demandas penales pendientes y cuatro han tenido que salir del país.

Uno de cada cinco pacientes complicados, ha recurrido a tratamiento psiquiátrico (Fig. 7 y 8).



Fig. 8. Paciente al que le inyectaron “silicona” en las mejillas para corregir irregularidades y atrofas de la piel por secuelas de acné.

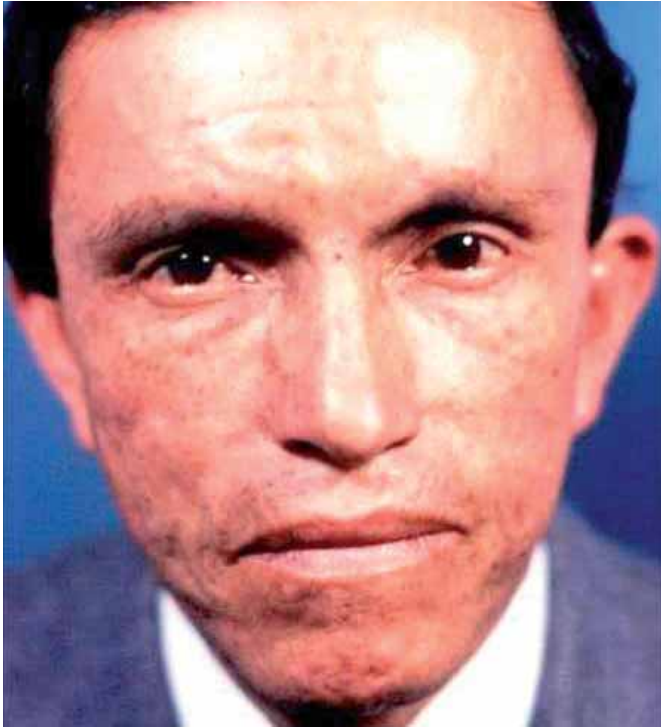


Fig. 9. El mismo paciente anterior después de varias sesiones quirúrgicas para reseca los siliconomas.

### Síntomas y signos

Son locales y generales.

Los signos locales más comunes fueron: inflamación, irregularidades, edema, eritema, cicatrices que-  
loideas, hiper o hipopigmentaciones, ulceraciones, endurecimiento, necrosis, esclerosis, fibrosis, despla-  
zamiento por gravedad de la sustancia, infección y fístulas. Una de nuestras pacientes no podía separar las  
arcadas dentarias más de 8 mm. debido a la fibrosis de los tejidos de la cara. En los raros casos en que la piel  
se fistuliza, la sustancia sale con un aspecto de crema dental. Las ulceraciones tardan meses o años en sanar,  
pero generalmente curan con el tiempo (12,13).



Fig. 11. Paciente a la que le inyectaron "un producto alemán" en párpados inferiores 3 años antes. Las masas estaban bien delimitadas.



Fig. 10. Paciente a la que le inyectaron silicona en varias regiones de la cara 12 años antes. Obsérvense las deformaciones producidas por la piel fibrosada y retráctil.

Los síntomas generales más comunes fueron: dolor, fiebre, decaimiento, dolores articulares, som-  
nolencia, malestar general y depresión. No encon-  
tramos exacerbación de enfermedades latentes tales  
como dermatomiositis, esclerodermia, etc.(14,15)  
(Fig. 9 y 10).

### Tratamiento y Evolución

El tratamiento debe ser sintomático en los períodos  
de exacerbación, aunque, los síntomas pasan con o sin  
tratamiento.

Los síntomas generales descritos duran entre una y  
dos semanas. Sin embargo, el uso de analgésicos,  
antihistamínicos no corticoideos y antiinflamatorios  
no esteroideos, acortan los períodos de exacerbación.  
Estos períodos de exacerbación se repiten, en prome-  
dio, cada tres meses. Las infecciones son raras y por  
ello los antibióticos no modifican la evolución (Fig.  
11 y 12).



Fig. 12. La misma paciente anterior 8 meses después de las correcciones quirúrgicas.



Fig. 13. La misma paciente anterior después de 4 sesiones quirúrgicas en las que se resecaron masas fibróticas.

Las sustancias inyectadas, con el tiempo, se van superficializando e invadiendo la piel por reacción de defensa del organismo. La piel se adelgaza, se esclerosa y puede ulcerarse; por ello recomendamos extraer quirúrgicamente estas masas lo más pronto posible. Pero esta extracción es muy difícil o imposible si la zona inyectada es muy extensa. Solo las



Fig. 14. Abscesos en cara por inyección de "biopolímeros".

masas muy localizadas y enquistadas deben ser reseca- das con cautela y preferiblemente en varias sesiones quirúrgicas. Pueden quedar depresiones y las cicatri- ces tienden a hacerse queloideas (16) (Fig. 13).

Pocas veces las sustancias se enquistan. Lo habitual es que el tejido que las circunda las invada y forme una sola masa sin límites definidos; por ello es tan difícil su extracción. Si la piel que las recubre es muy delgada, termina necrosándose (17).

La piel esclerótica cicatriza después de una inci- sión, aunque tarda varios días más en cicatrizar debi- do a la pobre circulación (18).

Las depresiones que resultan pueden rellenarse con grasa autógena (varias sesiones) o con bloques de sili- cón blando, tallados a la medida.

La piel debe ser protegida con cremas emolientes y antisolares. Una de las mejores cremas protectoras que hemos encontrado, es la de "Nutrientes autóge- nos"; la llamamos así porque es una crema base rica en antioxidantes a la que agregamos plasma extraído de la sangre del mismo paciente (autógeno) en una proporción del 2%.(19) (Fig. 14 y 15).



Fig. 15. Necrosis de piel en regiones glúteas tras inyección de "con- structenos" 6 años antes.

En algunos casos, la lipoaspiración hecha con una aguja de venopunción larga No. 14 puede lograr extraer algo de la masa. A estas agujas se les debe devastar ligeramente el filo y montarlas en una jeringa pequeña (2 ó 3 ml.) para que el poder de succión sea mayor. Este procedimiento debe ser seguido de presión por varias semanas. Si la masa es pequeña y profunda, es preferible dejarla en observación. Si las masas son muy grandes e infiltrantes es aconsejable no tratarlas, pues la reconstrucción dejaría serias deformaciones (20,21).

### Qué no debe hacerse

Entre las conclusiones más importantes de nuestro estudio destacamos qué es lo que no debe hacerse en estos casos (22, 23).

Uno de los errores serios es el de aplicar corticoides indiscriminadamente. Estos no disuelven la masa y en cambio adelgazan la piel, lo que hace que el abultamiento se haga más ostensible.

Los masajes no disuelven las masas y al igual que los corticoides, adelgazan la piel que recubre.

La lipoaspiración convencional, lo mismo que el ultrasonido o los masajes eléctricos vibratorios, no ayudan. Por el contrario, empeoran la situación.

## Discusión

Debido a diversidad de sustancias usadas como relleno es muy difícil predecir su comportamiento. Los resultados de los estudios de patología son muy similares; todos se expresan en estos términos: "fibrosis e inflamación crónica de tipo cuerpo extraño", "Granulomas", "Numerosas vacuolas claras, de diferente tamaño rodeadas de un infiltrado linfohistiocítico", "Histiocitos de aspecto espumoso que contienen material que refringe con la luz polarizada y provoca un aspecto vacuolizado", "Calcificación distrófica", "No es posible identificar la sustancia inyectada", etc.

Las radiografías, el ultrasonido, la resonancia magnética, la tomografía computerizada, etc., sólo nos ayudan a determinar el tamaño aproximado de las masas y su profundidad, pero no nos diagnostican las sustancias inyectadas (24, 25).

Los alergólogos poco pueden ayudar en estos casos. No cabe duda de que el sistema inmunitario, ese juego de antígenos-anticuerpos, tiene un papel definitivo en estas reacciones. Sin embargo, los exámenes de laboratorio no muestran cambios significativos (26, 27).

El proceso "normal" de reacción inflamatoria nos ayuda a entender algunos aspectos. Las células T, al igual que los monocitos, los macrófagos y los mastocitos producen citoquinas en presencia de cuerpos extraños. Estas estimulan la aparición de interleuquinas que explicarían la fiebre, la inflamación tisular, el malestar general, la anorexia, la somnolencia y la activación linfocitaria. Cuando la producción de citoquinas cesa, los linfocitos sufren apoptosis (suicidio celular) y los síntomas también cesan. Nos preguntamos si algunos productos ampliamente utilizados que son proteínas desnaturalizadas tipo toxinas botulínicas, ácido hialurónico, etc., se convertirán a la larga en antígenos que estimularán la formación de anticuerpos. Espero que no tengamos que arrepentirnos dentro de varios años. Seamos prudentes. Nos falta mucho por aprender. Recordemos el fenómeno antígeno-anticuerpo (28, 29).

Sabemos que no existe la sustancia de relleno ideal. Aún los tejidos autólogos (del mismo paciente) cuando son cambiados de sitio, se resienten. La grasa autógena se reabsorbe en más de un 50% en la mayoría de los casos, a menos que se inyecte en el músculo o en columnas no mayores de 3mm de diámetro. La fascia, el cartílago, el hueso, etc., también autógenos, no nos garantizan el 100% de supervivencia a largo plazo. Sólo nos queda esperar que la ingeniería genética ayude produciendo tejidos autógenos cultivados o clonados para ser usados más tarde. El futuro es prometedor (30, 31).

## Conclusiones

Consideramos que debe llevarse a cabo en todos los países una intensa campaña de divulgación al público, al cuerpo médico y a las cosmetólogas. Los departamentos de control de drogas y cosméticos de los ministerios de protección social, deben ser más estrictos en la supervigilancia de estas sustancias de relleno y deben pedirles períodos de estudio mucho más largos (32).

La Alogenosis Iatrogénica no mata físicamente al paciente, pero sí destruye su psiquismo, su autoestima y su calidad de vida.

## Dirección del autor

Dr. Felipe Coiffman  
Avenida (Cra.) 9 # 116-20. Cons. 301.  
Bogotá. Colombia.  
e-mail: fecoiffman@yahoo.com

## Bibliografía

1. **Spector, M.:** "Biomaterials". En Plastic Surgery. Indications, operations and outcomes. Editor Achaner et al. Mosby. Tomo 1. 2000. Pp. 239-260.
2. **Kagan, H.D.:** "Sakurai injectable silicone formula". Arch. Otol., 1963, 78:663.
3. **Ashinobb, R.:** "Overview: soft tissue augmentation". Clin. Plast. Surg., 2000, 27:479.
4. **Klein A.W.:** "Collagen Substitutes. Bovine Collagen". Clin. Plast. Surg., 2001, 28:35.
5. **Hobar P.C., Pantaloni M. and Byrd H.S.:** "Porous Hydroxiapatite Granules for Alloplastic Enhancement of the Facial Region". Clin. Plast. Surg. 2000, 27:557.
6. **Waldman Sr.:** "Gore-Tex for augmentation of the nasal dorsum: A preliminary report". Annals of Restorative Surgery, 1991, 26:520.
7. **Frank P. and Gendler E.:** "Hyaluronic Acid for Soft-Tissue Augmentation". Clin. Plast. Surg. 2001, 28:121.
8. **Coiffman, F.:** "Transplantes de tejidos". En "Cirugía plástica, reconstructiva y estética". Editor: F. Coiffman. Masson-Salvat. Barcelona. 2ª edición, 1er tomo, (de 4), 1.994. Pp. 679.
9. **Moody, B.R. et al.:** "Self limited adverse reaction to human derived collagen injectable product". Dermatol. Surg. 2000, 26: 936.
10. **Breiner, M et al.:** "Collagen injection". En Plastic, Maxilofacial and Reconstructive Surgery. Ed: Georgiade, G. 3a. Ed.: W:B: Saunders Co. Philadelphia, 1999, Pp. 617-634.
11. **Bigata, X et al.:** "Adverse granulomatous reaction after cosmetic dermal silicone injection". Dermatol. Surg., 2001, 27:198.
12. **Jackson, I. T. Et al.:** "Alloderm for nasal irregularities". Plast. Recons. Surg. 2001: 553.
13. **Klein, AW.:** "Substances for soft tissues augmentation". En Dermatology in general medicine. 5a. Ed. Ed. Fritzpatrick. C.V. Mosby Co. St. Louis, 2000. Pp: 2.969-2.980.
14. **Asperos, J et al.:** "Autologen". Clin. Plast. Surg., 2000, 27: 507.
15. **Coleman, S.R.:** "Avoidance of arterial occlusion from injection of soft tissue fillers". Aesth. Surg. J. 2002, 22: 555.
16. **Guerrerosantos, J. et al.:** "Aesthetic Facial Contour Augmentation With Microlipofilling". Aesth. Surg. J. July/August, 2003.
17. **Sailan, Z.:** "Facial Fillers and their Complications". Aesth. Surg. J. May/June, 2003.
18. **Ashinoff, R.:** "Overview: Soft Tissue Augmentation". Clin. Plast. Surg., 2000, 27 (4).
19. **Rorhich, R., et al.:** "Role of New Fillers in Facial Rejuvenation: A Cautious Outlook". Plas. Reconst. Surg. 2003, 112 (7).
20. **Irvine, D.:** "Particulate AlloDerm: A Permanent Injection for Lips and Perioral Rejuvenation". Aesthetic Surg. J. July/August, 2003.
21. **Reinmuller, J.:** "Hyaluronic Acid". Aesthetic Surg. J. July/August, 2003.
22. **Coiffman, F.:** "Inyección de sustancias alógenas. Sus peligros". Revista Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica. Bogotá, 2000.
23. **Coiffman, F., Múnera, T., Prada, R.:** "Inyecciones de colágeno: un desastre. Su tratamiento". Revista Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica. Bogotá Junio de 1999.
24. **Coiffman, F.:** "Una nueva enfermedad: alogenesis iatrogénica". Trabajo presentado en el XVI Congreso de ISAPS. Estambul. Turquía. Mayo, 2002.
25. **Coiffman, F.:** "Alogenesis iatrogénica: una nueva enfermedad". Revista Médica Sánitas. Bogotá, Abril-Junio, 2006.
26. **Coiffman, F.:** "Una nueva enfermedad: alogenesis iatrogénica", XXVIII Congreso de la Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica. Cali, Noviembre, 2001.
27. **Coiffman, F.:** "Alogenesis iatrogénica. Qué hacer y qué no hacer". XIV Congreso de la FILACP. Cancún, México, Octubre, 2002.
28. **Coiffman, F.:** "Los desastres de algunas sustancias inyectables de relleno. Alogenesis iatrogénica". XV Congreso FILACP, Sevilla. España, Mayo, 2004.
29. **Coiffman, F.:** "Desastres de algunas sustancias inyectables de relleno". V Congreso Centroamericano y del Caribe de Cirugía Plástica. Managua, Nicaragua, Junio, 2005.
30. **Coiffman, F.:** "Alogenesis iatrogénica". XXX Congreso Colombiano de Cirugía Plástica y IV Congreso Regional Bolivariano de la FILACP. Cartagena. Colombia. Abril, 2005.
31. **Coiffman, F.:** "Alogenesis iatrogénica: una nueva enfermedad". XVI Congreso FILACP. Buenos Aires, Argentina. Marzo, 2006.
32. **Coiffman, F.:** Editor en "Coiffman. Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética" 3ª. Edición. Amolca. Bogotá. 2º Tomo, 2007. Pp. 951.



## Comentario al trabajo «Alogenosis iatrogénica. Una nueva enfermedad»

Dr. Luis de la Cruz. Cirujano Plástico. Clínica "La Luz". Madrid. España

Estoy totalmente de acuerdo en que el problema, aunque muy distinto en su desarrollo y presentación, pero común en su etiología, merece, por su gravedad la categoría de enfermedad, y creo adecuado el nombre de Alogenosis Iatrogénica por las razones que se describen en el artículo.

Es altamente tentador y demandado por los pacientes "rellenar con una simple inyección surcos, arrugas o depresiones corporales". Si hay demanda tenemos que crear una oferta (debieron pensar los laboratorios). Me figuro que así empezó todo. Lo que no comprendo es los pocos y pobres estudios clínicos que los fabricantes realizaron sobre estas sustancias y la gran permisividad de la Administración Sanitaria, en comparación con los complejíssimos ensayos clínicos que se exigen para que otros medicamentos puedan ser comercializados.

He tenido la suerte de que todos los maestros con los que he trabajado a lo largo de mi vida fueron siempre reacios al uso de sustancias de relleno por la posible peligrosidad que podían aportar a corto y largo plazo. En especial el Dr. Rafael de la Plaza, con el que conviví y trabajé quince años, me alertó una y otra vez de la posible catástrofe futura que estas técnicas iban a provocar. A pesar de ello usé 2 veces estos materiales y aunque de momento no me han producido complicaciones, siempre me arrepentiré. Actualmente uso exclusivamente grasa autóloga con mejores o peores resultados dependiendo del área corporal y de sus condiciones histológicas. Me planteo como probable el uso de los nuevos derivados del ácido hialurónico que sí creo que han demostrado desde hace años sus beneficios y su inocuidad.

Creo que el trabajo del Dr. Coiffman es del máximo interés ya que alerta de una forma contundente, clara y científica sobre un gran peligro del que pocos sospechaban o se podían imaginar.

¿Será que poderoso caballero es Don Dinero? No lo sé. Lo que sé es que se han comercializado pronto y mal multitud de sustancias que están produciendo una enfermedad de muy difícil tratamiento. Como siempre en Medicina hay excepciones y creo que existen actualmente algunas sustancias reabsorbibles, principalmente el ácido hialurónico y sus diversos derivados, que tienen un gran margen de seguridad.

El importante estudio del Dr. Coiffman es una desesperada llamada de atención y prudencia "primum non nocere". Viene también a corroborar la sintomatología de los pacientes que acuden a nuestras consultas con esta enfermedad y las experiencias de algunos colegas que han usado estos materiales ampliamente y nos las han relatado. Pacientes desesperados con una patología crónica cutánea que no tiene tratamiento y que es consecuencia de un relleno realizado para corregir una mínima alteración estética. También creo que el artículo aporta importantísimos consejos sobre el manejo de las complicaciones como el de evitar la corticoterapia tan frecuentemente usada cuando afloran los primeros síntomas de rechazo.

Creo que sería de gran utilidad un registro nacional en cada uno de los países miembros de la FILACP para obtener datos todavía más objetivos de las complicaciones o beneficios que conlleva el uso de estos materiales. De esta forma, se podría realizar un metanálisis que sería muy positivo, tanto para nuestra seguridad como para la de nuestros pacientes.

## Respuesta al comentario del Dr. Luis de la Cruz

Prof. Dr. Coiffman

Estoy profundamente agradecido al Dr. De la Cruz por sus sesudos y elogiosos comentarios sobre mi artículo acerca de "Alogenosis iatrogénica: una nueva enfermedad".

Yo también insisto en recomendar la grasa autógena como única sustancia inyectable de relleno. El tiempo y la experiencia se encargarán de demostrar la eficacia e inocuidad de otras sustancias inyectables de relleno hoy usadas por muchos profesionales. Los médicos

jóvenes son muy sensibles a la presión de la publicidad de las casas productoras.

Estoy de acuerdo con mi colega, el Dr. de la Cruz, sobre la necesidad de publicar las complicaciones y hacerlas conocer por el público. Un metanálisis sería muy útil. A mi me gustaría recibir estas complicaciones por e-mail (fecoiffman@yahoo.com) para aumentar nuestros conocimientos al respecto y tratar de buscar soluciones.