

Alogenosis iatrogénica complicada presentación de 2 casos clínicos

Complicated iatrogenic allogenosis presentation of two clinical cases

Alicia María Tamayo Carbón^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-5006-266x>

Daniela González Alfonso² <https://orcid.org/0009-0009-8902-6365>

Hospital Clínico Quirúrgico “Hermanos Ameijeiras.” La Habana, Cuba.

***Autor para la correspondencia:** nani.alf04@gmail.com

RESUMEN

La necesidad de corregir defectos estéticos, arrugas propias de la edad, así como depresiones cutáneas congénitas o adquiridas, ha llevado a la utilización de múltiples adyuvantes, que una vez inoculados ofrecen resultados inmediatos, sin precisar a largo plazo los efectos sobre la salud. Es así como el doctor Felipe Coiffman definió por primera vez la enfermedad por modelantes en el año 2008 también denominada alojenosis iatrogénica. Desde el punto de vista fisiopatológico, este tipo de sustancias se comportan como cuerpos extraños desencadenando reacciones granulomatosas como parte de la respuesta inmunológica. Las primeras manifestaciones pueden aparecer de 6 horas a 30 años posteriores a la inyección y pueden presentar brotes de 1 a 3 semanas cada 2 meses con síntomas locales y sistémicos. A nivel local hay enrojecimiento, dolor, aumento de volumen y de la temperatura del área, nódulos y edema. Entre los síntomas sistémicos se han descrito fiebre, artralgias, decaimiento y malestar general. La mejoría puede ser de forma espontánea o con tratamiento médico, sin descartar que un número reducido de



pacientes se presentan de forma asintomática. Se presentaron dos casos clínicos con diagnóstico de alojenosis iatrogénica glútea complicada, que fueron atendidos en el servicio de Cirugía Plástica del Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras, La Habana, Cuba; con el objetivo de concientizar sobre el daño que provocan las sustancias de relleno permanentes. La alojenosis iatrogénica constituye un problema de salud, por lo que insistimos en la prevención de esta enfermedad incurable.

Palabras claves: adyuvantes inmunológicos; biopolímeros; rellenos dérmicos.

Abstract

The need to correct aesthetic defects, age-related wrinkles, and congenital or acquired skin depressions has led to the use of multiple adjuvants, which, once injected, offer immediate results without long-term effects on health. This is how the disease caused by modeling agents, defined by Felipe Coiffman in 2008 as iatrogenic allojenosis, arises. Among the most commonly used are: mineral oil, animal fat, petroleum jelly, silicone, paraffin, and biopolymers, which, when injected, behave like foreign bodies, triggering granulomatous reactions as part of the immune response. The first manifestations may appear 6 hours to 30 years after injection and may occur in outbreaks lasting 1 to 3 weeks every 2 months with local and systemic symptoms. Locally, there is redness, pain, increased volume and temperature in the area, nodules, edema, fibrosis, keloids, abscesses, and fistulas. Systemic symptoms include fever, arthralgia, fatigue, and general malaise. Improvement may be spontaneous or with medical treatment, although a small number of patients may be asymptomatic. We present two clinical cases diagnosed with complicated iatrogenic gluteal allojenosis, treated in the Plastic Surgery Department of the Hermanos Ameijeiras Surgical Clinical Hospital, Havana, Cuba. Both patients underwent different surgical techniques, achieving satisfactory results without postoperative complications and favorable clinical outcomes. Iatrogenic allojenosis is a health problem, which is why we insist on raising awareness about the prevention of this incurable disease.

Keywords: immunological adjuvants; biopolymers; dermal fillers.



Recibido: 6/11/2025

Aprobado: 20/08/2026

Introducción

En el año 2008, el doctor Felipe Coiffman define por primera vez la “alogenosis iatrogénica” como la enfermedad resultante a la administración de sustancias alógenas por personal capacitado o no, con fines cosméticos. La necesidad de corregir defectos estéticos ha llevado a la utilización de múltiples sustancias modelantes, que al ser inyectadas ofrecen resultados inmediatos, sin precisar a largo plazo los efectos sobre la salud.⁽¹⁾

Una vez inoculadas se desencadenan reacciones granulomatosas en respuesta a un cuerpo extraño dichas manifestaciones clínicas son inespecíficas tanto en el tiempo de aparición como en la forma de presentación. Los primeros síntomas pueden aparecer de 6 horas a 30 años posteriores a la inyección y por lo general se presentan por brotes de 1 a 3 semanas cada 2 meses. La mejoría del cuadro agudo puede ser de forma espontánea o con tratamiento médico, sin descartar que un número reducido de casos cursa de forma asintomática.⁽¹⁾

A nivel local hay dolor, cambios de coloración de la piel, aumento de volumen y temperatura en el área, nódulos subcutáneos y migración del producto por gravedad hacia otras regiones. Entre los síntomas sistémicos se han descrito fiebre, artralgias, decaimiento, malestar general, somnolencia; incluso se registran casos que han desarrollado cuadros de pancreatitis autoinmune y nefritis túbulo intersticial como complicaciones mayores.^(2,3)

Por la creciente demanda de procedimientos estéticos, su realización extra hospitalaria por personal no calificado y el desconocimiento del personal médico en esta enfermedad, se presentan dos casos con diagnóstico de alogenosis iatrogénica complicada, atendidos en el



servicio de Cirugía Plástica del Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras, La Habana, Cuba; con el objetivo de concientizar sobre el daño que provocan las sustancias de relleno permanentes lo cual constituye una problemática de salud actual.

Presentación de caso 1

Mujer de 32 años de edad, color de piel mestiza, sin enfermedades previas, con antecedente de inyección de colágeno en ambos glúteos hace 3 años, en cantidades inespecíficas por personal no médico. Pasados 5 meses de la inoculación presenta dolor punzante en glúteo izquierdo con aumento de volumen, cambios de coloración y temperatura local y prurito generalizado. Acude a urgencias donde le prescriben tratamiento antimicrobiano y analgésicos.

Posteriormente se realiza incisión y drenaje en glúteo izquierdo de aproximadamente 30ml de pus, con indicación de curas locales durante un mes hasta lograr cierre por segunda intención de zona cruenta resultante. Lograda la cicatrización se realiza fisioterapia con ultrasonido y láser durante 2 meses sin signos de mejoría. El área permanecía indurada con nódulos subcutáneos palpables y comienzan a aparecer orificios exudativos con salida de material purulento en glúteo izquierdo (Figura 1A).

Se realiza incisión y drenaje por segunda ocasión (Figura 1B) y durante curas locales era frecuente la expulsión de pequeños depósitos sintéticos, de coloración amarilla y consistencia dura semejante a una perla (Figura 1C).



Fig 1(A): Apertura de orificios exudativos en piel; (B) Zona cruenta posterior a incisión y drenaje; (C) Restos de material sintético expulsado en curas locales.



Una vez cicatrizada el área aparecían nuevamente orificios exudativos, repitiéndose este ciclo durante 2 años, con esquemas prolongados de antimicrobianos sin presentar alteraciones en glúteo derecho.

En abril de 2025, acude a consulta externa de Cirugía Plástica y Caumatología del Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras, presentando 3 orificios con secreciones purulentas en glúteo izquierdo, dolor intenso y parestesias en ambos miembros inferiores. Se decide ingreso hospitalario para tratamiento quirúrgico. Se realizan análisis complementarios con resultados dentro de valores normales. El exudado bacteriológico de las lesiones mostró presencia de *Staphylococcus aureus* sensible a Clindamicina. Se indicó fistulografía que mostro trayecto fistuloso músculo-cutáneo con profundidad de 60 mm, a 7 mm de espina ilíaca antero-inferior derecha y márgenes de predominio regular existiendo confluencia de otros tres trayectos fistulosos en sus extremos distales.

Se planifica resección quirúrgica de trayecto fistuloso en bloque. Se realizan medidas preoperatorias acordes a protocolos ERAS (Enhanced Recovery After Surgery), se indica ingerir 250ml de bebida azucarada 2 horas previas a la intervención, profilaxis antiemética con Dimenhidrinato 50mg intramuscular, analgesia preoperatoria con Dipirona 600mg intramuscular, tromboprofilaxis con uso de medias compresivas y administración de Fraxiheparina 2000 unidades subcutáneas así como profilaxis antibiótica con Cefazolina (bbo de 1 gr en 3 dosis endovenosas).

Se inicia proceder quirúrgico con paciente en decúbito prono, previa sedación con anestesia, se instila azul de metileno a través de orificios exudativos para demarcación de trayectos comunicantes, se realiza asepsia y antisepsia con colocación de paños de campos, se realiza incisión elíptica horizontal en glúteo izquierdo y se procede a decolar toda la zona hasta resecar el trayecto fistuloso en su totalidad (Figura 2).





Figura 2 (A): Imagen preoperatoria que evidencia la lesión. (B) Área decolada tras exéresis en bloque; (C) Trayecto fistuloso resecado.

Se extraen restos de material aloplástico diseminados en tejido celular subcutáneo distinguibles del tejido adiposo circundante, de contextura gomosa y elástica (Figura 3). Se toma muestra para biopsia y se realiza hemostasia exhaustiva. Se procede al cierre por planos y culmina proceder sin complicaciones.



Figura 3 (A): Orificio fistuloso instilado con azul de metileno; (B) Material aloplástico alojado en grasa subcutánea; (C) Material alogénico extraído.

La paciente evoluciona satisfactoriamente, se repite analítica con parámetros normales y es dada de alta hospitalaria al quinto día. El estudio anatomopatológico de partes blandas mostró proceso inflamatorio crónico granulomatoso a cuerpo extraño. Al corte histológico se observan células gigantes multinucleadas como expresión de la respuesta inflamatoria. Posterior al egreso se realizaron revisiones periódicas en consulta externa cada 7 días y se retiraron puntos quirúrgicos a los 18 días de evolución. La paciente mostró mejoría clínica sin recidivas ni complicaciones. Se indicó seguimiento anual como parte del programa de atención de alojenosis iatrogénica con asesoramiento educacional referente a la enfermedad.

Presentación de caso 2

Mujer de 42 años de edad, color de piel blanca, sin morbilidades asociadas, con antecedente de inyección de colágeno hace 1 año, en cantidades aproximadas de 50 cc en cada glúteo durante 2 sesiones. Proceder realizado por personal no capacitado a nivel extrahospitalario. Pasados 4 meses de inoculada la sustancia comienza a presentar intenso dolor en ambos glúteos que se irradiaba a muslo derecho, asociado a picos febriles de 38°C y cambios inflamatorios en la zona que mostraba enrojecimiento con aumento de la consistencia y temperatura local. Acude a responsable del proceder y este indica antibioticoterapia vía oral con toma de analgésicos y realización de masajes locales.

Sin muestra de mejoría clínica, el dolor se intensifica lo que imposibilitó la deambulaci3n y presentó episodios de diarrea. El cuadro agudo comienza a revertir espontáneamente a los 15 días de evolución.

La paciente acude a consulta externa de Cirugía Plástica y Caumatología del Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras, mostró preocupación por su estado de salud sin presentar síntomas activos. Se le realiza examen físico lo que constató la presencia de pequeñas tumoraciones palpables, duras y móviles en toda la región sacra. Recibe instrucci3n acerca de esta enfermedad y se le indica seguimiento rutinario. En abril de 2025 acude nuevamente por exacerbaci3n de síntomas inflamatorios en regi3n glútea y se decide su ingreso para tratamiento quirúrgico.



Los exámenes complementarios al ingreso muestran elevación de la eritrosedimentación (75 mm/h) y proteína C reactiva (28.2 mg/l). Los valores de ferritina (35.03 ng/ml) y factor reumatoideo (0 UI/ml) permanecieron en límites normales así como anticuerpos antinucleares totales negativos. Hemograma y química sanguínea sin alteraciones.

Se realiza radiografía de tórax (vista PA) negativo de lesiones pleuro-pulmonares y radiografía de pelvis (vista AP) mostrando adecuada alineación de las estructuras óseas con conservación de la densidad. Se indica ultrasonido abdominal observándose alteración difusa del patrón graso con imágenes hipoeoicas que provocan artefactos y se distribuyen en todo el espesor de la grasa extendiéndose hacia región lateral y tercio superior de muslo derecho, sin alteraciones del plano muscular en pared anterior del abdomen.

La resonancia magnética nuclear muestra múltiples imágenes de pequeño tamaño en el espesor del TCS de ambas regiones glúteas y espalda baja, confluentes, de predominio hipointensa en T1 y T2 e hiperintensa en STIR, edema leve en la totalidad del TCS de ambas regiones glúteas y planos musculares glúteos normales (Figura 4).



Fig4. RMN que muestra imágenes hiperintensas en ambas regiones glúteas sin alteración de planos musculares. (A) vista coronal; (B) vista sagital; (C) vista axial.

Se planifica liposucción lumbosacra por método manual para extracción de sustancia adyuvante con medidas preoperatorias según protocolos ERAS. La paciente es llevada a sala de operaciones con previa demarcación en región glútea. Se coloca en decúbito prono y se procede a la sedación con anestesia. Se realiza asepsia y antisepsia, colocación de paños

de campos y se realiza pequeña incisión a nivel del pliegue interglúteo para infiltración de 1000ml de solución anestésica con fórmula de Klein modificada. Se realiza succión con cánula y se extraen aproximadamente 1000 ml de tejido adiposo y restos serohemáticos donde se observan abundantes partículas de material aloplástico de coloración blanquecina y pequeño tamaño (Figura 5). Se colocan 2 drenajes de aspiración negativa a través del puerto central, vendajes estériles y faja abdominal compresiva. Culmina intervención sin complicaciones.

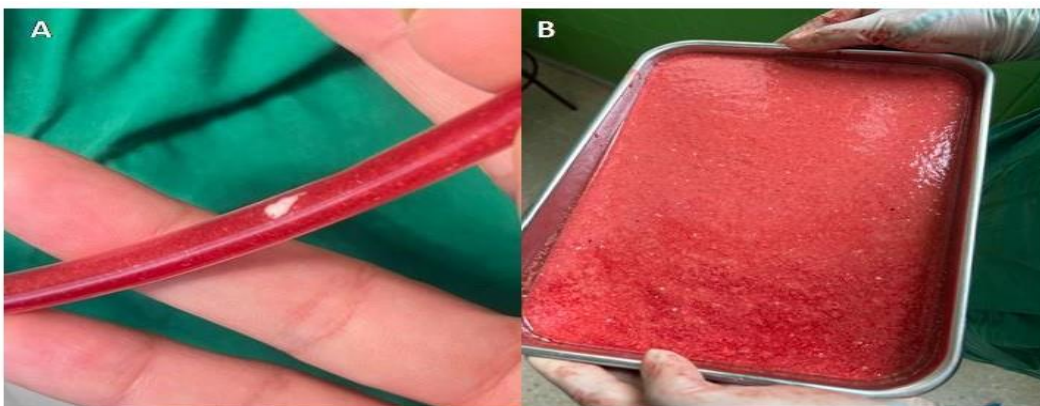


Fig5 (A) Partículas de material aloplástico extraídas por cánulas; (B) Restos de material sintético diseminados en grasa decantada.

Se indicó reposo relativo, deambulación inmediata, medidas antitrombos, antieméticas y analgesia para alivio del dolor. Cura diaria con colocación de faja abdominal y cuidados del drenaje, con la salida de aproximadamente 50 ml de contenido serohemático al día. A los 3 días de evolución se repite analítica sanguínea que muestra ligera disminución de proteína C reactiva (27.72 mg/l) y descenso en la cifras de eritrosedimentación (25 mm/h) con valores normales.

Se decide alta hospitalaria al quinto día del posoperatorio con buena evolución clínica y humoral al disminuir la curva de reactantes de fase aguda. La paciente permaneció en seguimiento por consulta externa cada 7 días durante un mes sin complicaciones asociadas. Se indicó seguimiento de rutina anual por protocolo de alogenesis iatrogénica.

Discusión

Los primeros informes de complicaciones clínicas posteriores a la inoculación de sustancias alógenas datan del año 1886, cuando Balzer describe induraciones cutáneas por sustancias de consistencia oleosa. En el año 1920, Mook y Wander registran hallazgo de tumoraciones blandas tras la inyección de aceite de alcanfor y en 1928, Woringer hace referencia a la formación de granulomas como reacción a cuerpo extraño.⁽⁴⁾

En la actualidad, a pesar de no existir cifras oficiales a nivel global, se registran altas tasas de incidencia durante más de 40 años, por la creciente utilización de materiales de relleno como alternativa a procedimientos mayores. En consecuencia, los pacientes se someten a prácticas inseguras en manos inexpertas, lo que incrementa las complicaciones.⁽⁵⁾

Se presentan dos casos con diagnóstico de alojenosis iatrogénica complicada, ambas del sexo femenino lo que coincidió con los resultados presentados por Narváez-Riera en una muestra de 250 pacientes venezolanas donde el sexo femenino mostró mayor predominio sobre el masculino en 98.66% de los casos, siendo la región glútea la de mayor incidencia.⁽⁶⁾

Con respecto a la edad, las pacientes en estudio se encuentran en el rango más frecuente según caracterización de alojenosis iatrogénica en población cubana, dicha muestra de 25 pacientes prueba mayor incidencia en las edades comprendidas entre 31 a 40 años de edad. La misma coincide en que la región glútea es la más afectada en cuanto a localización con una incidencia del 78% del total de la muestra.⁽⁷⁾

Las manifestaciones clínicas descritas en ambos casos destacan entre las más comunes de acuerdo a artículo de revisión sobre enfermedad por modelantes publicado por Contreras Díaz, donde sobresalió el eritema 68,5 %, dolor a nivel localizado 62,8 %, nódulos con 61,4 % y migración de la sustancia infiltrada 27,4 % de los casos. Como complicaciones a repetición se destaca la formación de fístulas con salida de material blanquecino de consistencia oleosa que pueden tardar meses o años en cicatrizar, en correspondencia con el primer caso en cuestión.⁽³⁾



Cabe destacar, que el tiempo de aparición de los síntomas es irregular. Narváez- Riera presenta 3 grupos considerando el periodo de 5-10 años como el de mayor incidencia.⁽⁶⁾ Las pacientes presentadas expresaron los primeros signos inflamatorios a los 5 y 6 meses de inyectadas respectivamente, por lo cual demostramos que la aparición clínica puede ser menor al año de evolución, tal como describe Coiffman.⁽¹⁾ Referente al tipo de sustancia utilizada, ambas pacientes desconocían el origen real de la misma sin ser provistas de información verídica del envase y sus componentes.

El procedimiento quirúrgico utilizado en el primer caso fue la exéresis en bloque. Esta técnica permite hacer resección del tejido comprometido en una sola pieza cuando se trata de deformidades localizadas.⁽⁸⁾ Para ello se valoran las características físicas de la paciente y se determina realizar resección cuidadosa sin causar deformaciones. De esta forma es resecado el trayecto fistuloso con buenos resultados.

Asimismo, en el caso número dos existe prueba imagenológica de la diseminación del producto en toda la extensión lumbosacra, por ende la resección en bloque es una contraindicación. Se valora la posibilidad de hacer extracción por método abierto mediante técnica de tres colgajos que facilita el acceso amplio para una remoción precisa, a la cual la paciente se negó en favor de un proceder menos deformante. Es así como se considera realizar liposucción lumbosacra para extracción de la sustancia, atendiendo a estudios que presentan hallazgos intraoperatorios de perlas posteriores al año de evolución.⁽⁹⁾

Por otro lado, existen autores que contraindican radicalmente la liposucción como método para extracción de biopolímeros porque no permite una remoción completa, fragmenta el producto y facilita su diseminación por nuevos trayectos. En este caso se considera el tiempo transcurrido de inyección de la sustancia, el área comprometida con abundante tejido adiposo dicha extracción no crea deformaciones y el consentimiento a realizar el proceder a expensas de las complicaciones.

Si bien es cierto que existen pocos estudios que describan hallazgos intraoperatorios. Duarte y Sánchez presentan un caso clínico de mujer de 50 años de edad atendida en Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" en Ciudad de México, con antecedentes de inyección de silicona en ambos glúteos que al ser intervenida se muestra necrosis grasa y



material de coloración blanquecina, consistencia media y ligera fetidez que abarcaba todo el plano muscular y subcutáneo.⁽¹⁰⁾

La doctora Tamayo Carbón publica estudio descriptivo de 15 pacientes con diagnóstico de alojenosis iatrogénica atendidas en Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras, La Habana Cuba, encontrándose en 100 % de la muestra un tejido con pérdida de la anatomía normal, múltiples nódulos en forma de perlas de pequeño tamaño y cavernas con material aceitoso, siendo estos hallazgos similares a los encontrados en los casos que se presentan. De esta forma mostramos la similitud entre hallazgos descritos en población cubana a consecuencia del amplio uso de modelantes.⁽⁹⁾

El uso de sustancias adyuvantes constituye un problema de salud. Divulgar las complicaciones locales y sistémicas, así como las escasas alternativas terapéuticas que no garantizan la completa resolución, es una de las formas de concientizar a la población en vistas a prevenir una enfermedad incurable. Insistimos en la necesidad de crear mecanismos legales que sancionen la distribución de tales sustancias y el ejercicio ilegal por personal no autorizado.

Referencias Bibliográficas

- 1.Coiffman F. Alojenosis iatrogénica. Una nueva enfermedad. Cir. plást. iberolatinoam. 2008[citado 16/8/2026]; 34(1):01-10. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0376-78922008000100002&lng=es.
- 2.Hormaza Jaramillo A, Peñaloza Gonzalez D, Benavides Ibarra SA, Calvache Hernandez N, Muñoz Garcia LE, Hidalgo Cardona A, et al. Severe Complications Due to Biopolymers in a Patient With Autoimmune Disease: A Case Report and Review of the Literature. Aesthet Surg J Open Forum. 2025[citado 16/8/2026]; 7:oja099. Disponible en: <https://academic.oup.com/asjopenforum/article/doi/10.1093/asjof/oja099/8221645>
- 3.Contreras Díaz BR, Córdova Gómez A, Rubio Gómez L, Ruiz Velasco RC. Enfermedad por modelantes, síndrome autoinmune inducido por adyuvantes y otras enfermedades de la



vanidad. Cir. gen. 2021[citado 04/05/2025]; 43(4): 234-42. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992021000400234&lng=es

4. Pachón Suarez JE, Rizo Tello VZ, Rozo Cifuentes RC, Pores Cuadros AM, Salazar M. Biopolymers: Histopathologic Case Series of Patients with Permanent Synthetic Fillers Presenting Chronic Granulomatous Reaction and Hypercalcemia. Plast Reconstr Surg Glob Open. 2024[citado 04/05/2025]; 12(10):e6159. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11479478/>

5. Tamayo Carbón AM, Castellanos Prada AR, Aveiro-Róbalo TR. Alogenosis iatrogénica y enfermedades reumáticas. Rev Cuba Reumatol. 2018[citado 04/05/2025]; 20(2). Disponible en: <https://revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/615/pdf>.

6. Narváez Riera D, Ortiz G. Alogenosis por biomateriales, nuestra experiencia. Cir. plást. iberolatinoam. 2022[citado 05/05/2025]; 48(4): 453-58. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0376-78922022000400012

7. Tamayo Carbón AM, Medina Robainas RE, Cuastumal Figueroa DK, García Batista FM, Gutiérrez Reyes A, González Meraz OZ. Caracterización de la Alogenosis Iatrogénica en la población cubana. Panorama. Cuba y Salud. 2021[citado 24/05/2025]; 16(3). Disponible en: <https://revpanorama.sld.cu/index.php/panorama/article/view/1316>

8. Montealegre G, Uribe R, Martínez Ceballos MA, Rojas Villarraga A. ASIA syndrome symptoms induced by gluteal biopolymer injections: Case-series and narrative review. Toxicol Rep. 2021[citado 24/05/2025]; 8:303-14. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33552929/>

9. Tamayo Carbón AM, Bencosme Escarramán YY, Medina Robainas RE. HALLAZGOS QUIRÚRGICOS EN PACIENTES CON ALOGENOSIS IATROGÉNICA. Rev Cient Cienc Méd. 2021[citado 24/05/2025]; 24(1): 43-51. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332021000100043&lng=es

10. Duarte y Sanchez A, Hedo Toledo AH, Pradel Mora J, Gómez Recilla V. Complicación tardía tras infiltración de biopolímeros en glúteos. Cir. plást. Iberolatinoam. 2016[citado



24/05/2025]; 42(4): 385-89. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0376-78922016000400011&lng=es.

Conflicto de intereses

Se declara que no existen conflictos de interés.

Contribución de los autores

Alicia María Tamayo Carbón: Creación de la idea científica e intervención terapéutica.

Recolección, análisis, procesamiento y presentación de la información. Participación. 60 %

Daniela González Alfonso: intervención terapéutica, Recolección, análisis, procesamiento y presentación de la información. Participación. 40 %.

Revisores: Dra. Olga Rodríguez Sánchez.

MSc. Esther Mayor Guerra

Corrector: Lic. Alexander Brossard Taureaux

