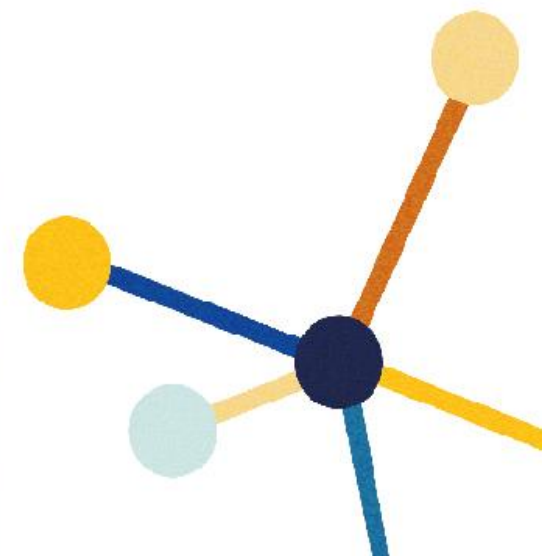
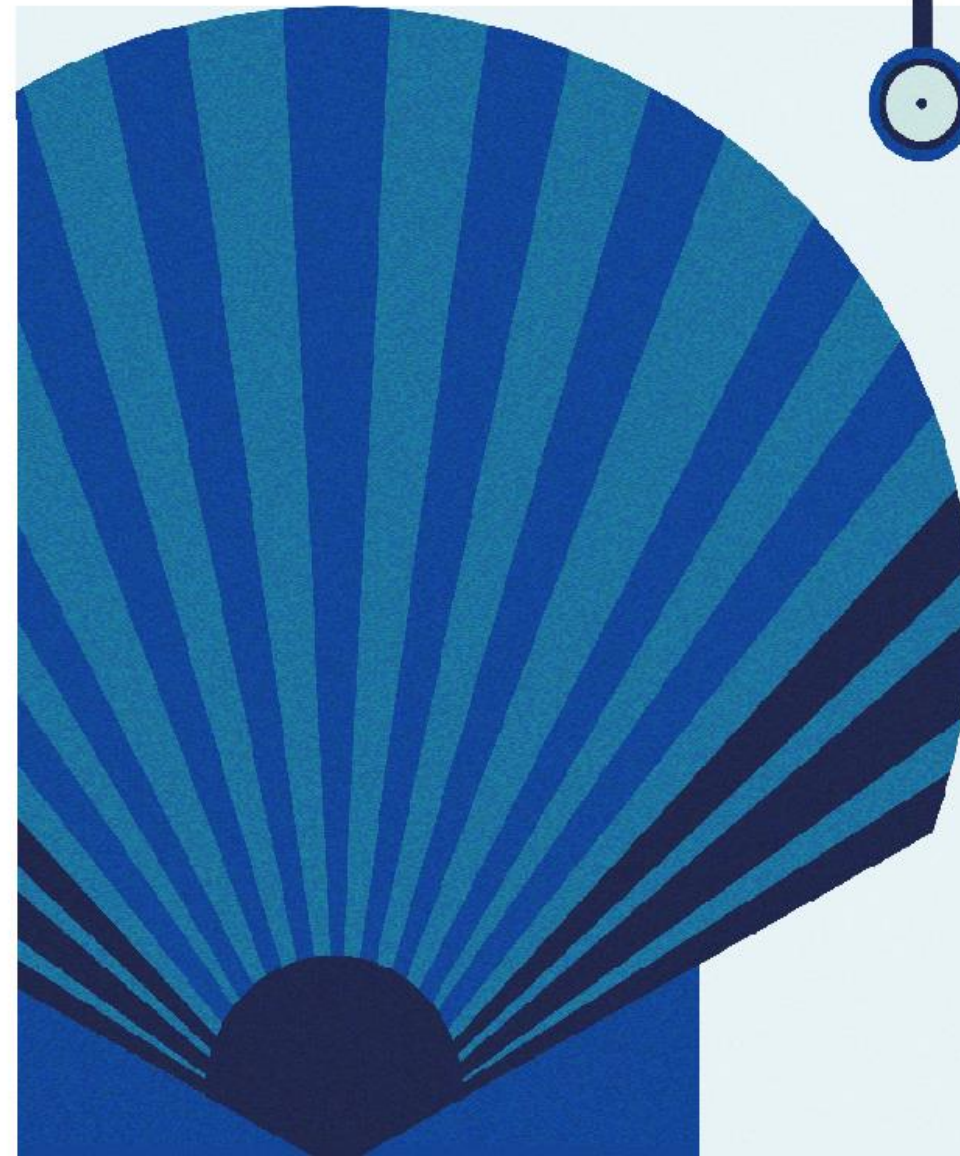


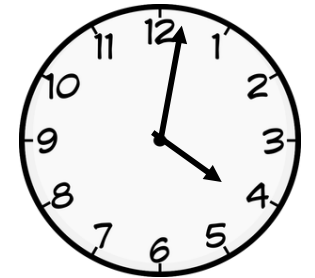
DERMATOSCOPIA

para **A**tención **P**rimaria

Juan Jurado Moreno
Airam Jenny Dávalos



¿El qué?



Dermatoscopia:

- Técnicas de examen clínico *in vivo* no invasiva
- Permiten “**ver**” de forma detallada **estructuras internas**
- Se apoyan en la interpretación metodológica de **imágenes**



¿Por qué?



- Se considera a la **Dermatoscopia** como una técnica con **alto interés** para que sea difundida entre los **profesionales médicos de AP**.



- Existe suficiente **respaldo científico** de su “utilidad” en **AP**
- Exige una **capacitación** relativamente corta



DERMATOSCOPIA

- Permiten establecer una **lógica** en el **Diagnóstico Diferencial**
- Mejora la **precisión diagnóstica** (especificidad y sensibilidad)



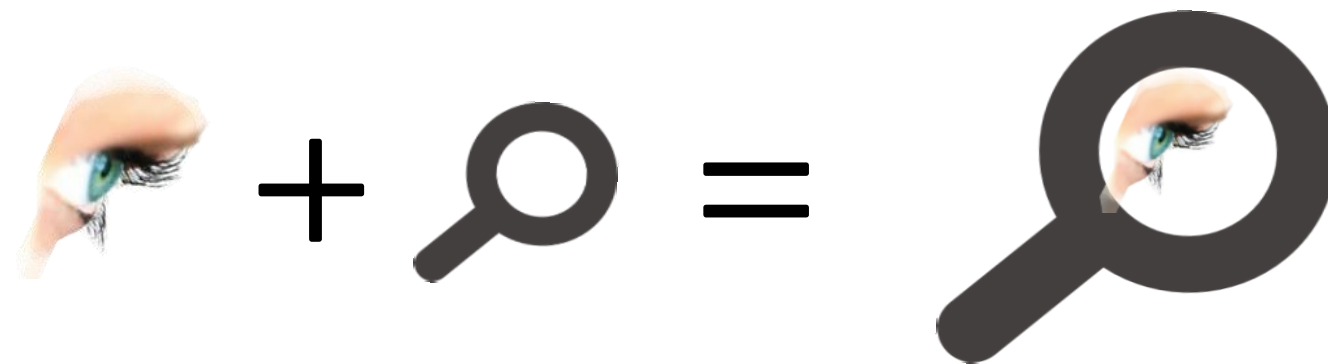


DERMATOSCOPIA

- Son técnicas que “**empoderan**” al **médico de AP**
- Ayuda a transmitir **confianza y tranquilidad** a los pacientes



¿Es útil la **DERMATOSCOPIA** en AP?





DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Atención Primaria

ANAMNESIS

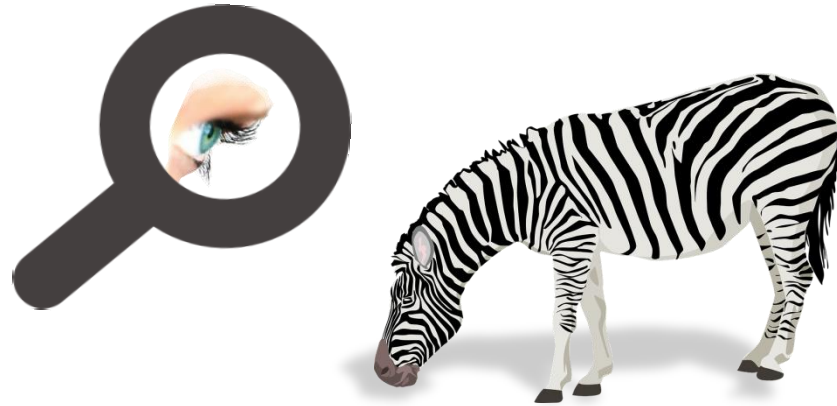
EXPLORACIÓN CLÍNICA

**Inspección
Palpación**

**DIAGNÓSTICO
DERMATOLÓGICO**



DERMATOSCOPIA



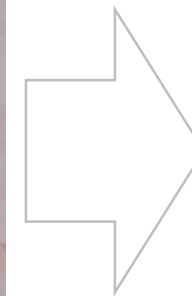
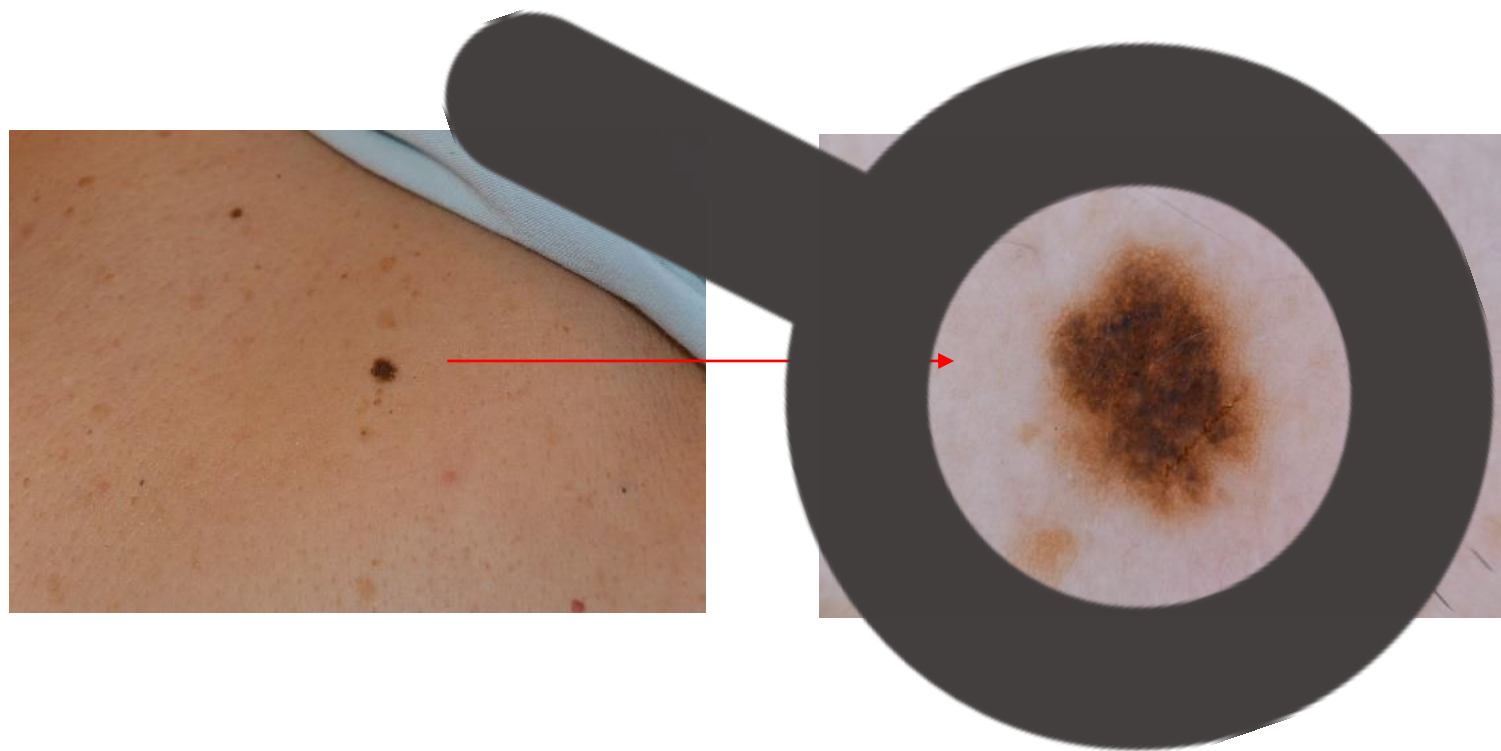
DIAGNÓSTICO
DERMATOSCÓPICO



“ESTRUCTURAS” Y “COLOR”:



DERMATOSCOPIA



ESTRUCTURAS



DERMATOSCOPIA

ESTRUCTURAS **DERMATOSCÓPICAS**

CLASIFICACIÓN de las **lesiones** cutáneas:

- **PIGMENTADAS** {
 - de origen “MELANOCÍTICO”
 - de origen “NO MELANOCÍTICO”
- **NO PIGMENTADAS**
- **VASCULARES**

IMPORTANTE!

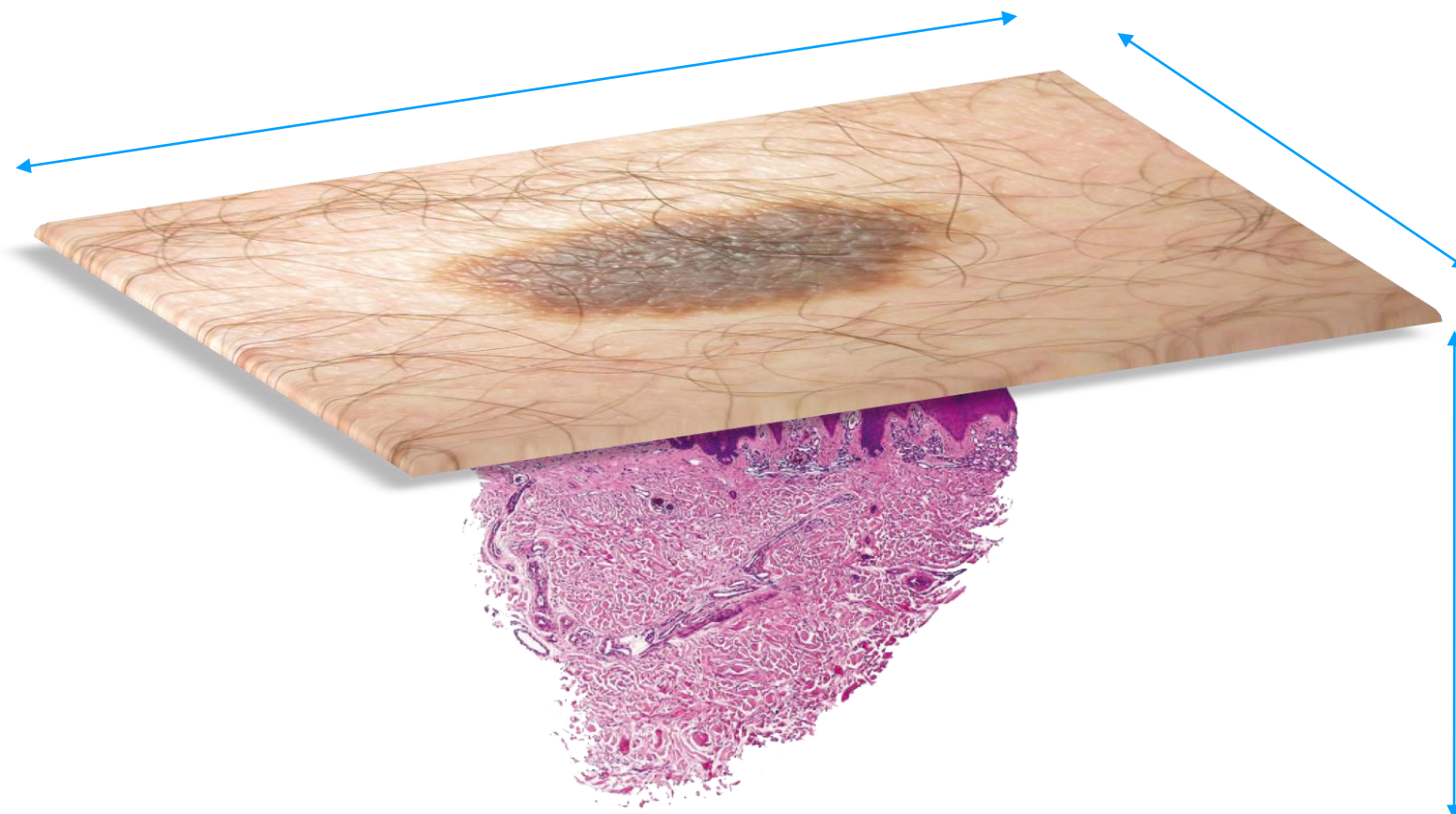
COLORES en Dermatoscopia



2 dimensiones



COLORES en Dermatoscopia



2 dimensiones

Color
(dermatoscopia)

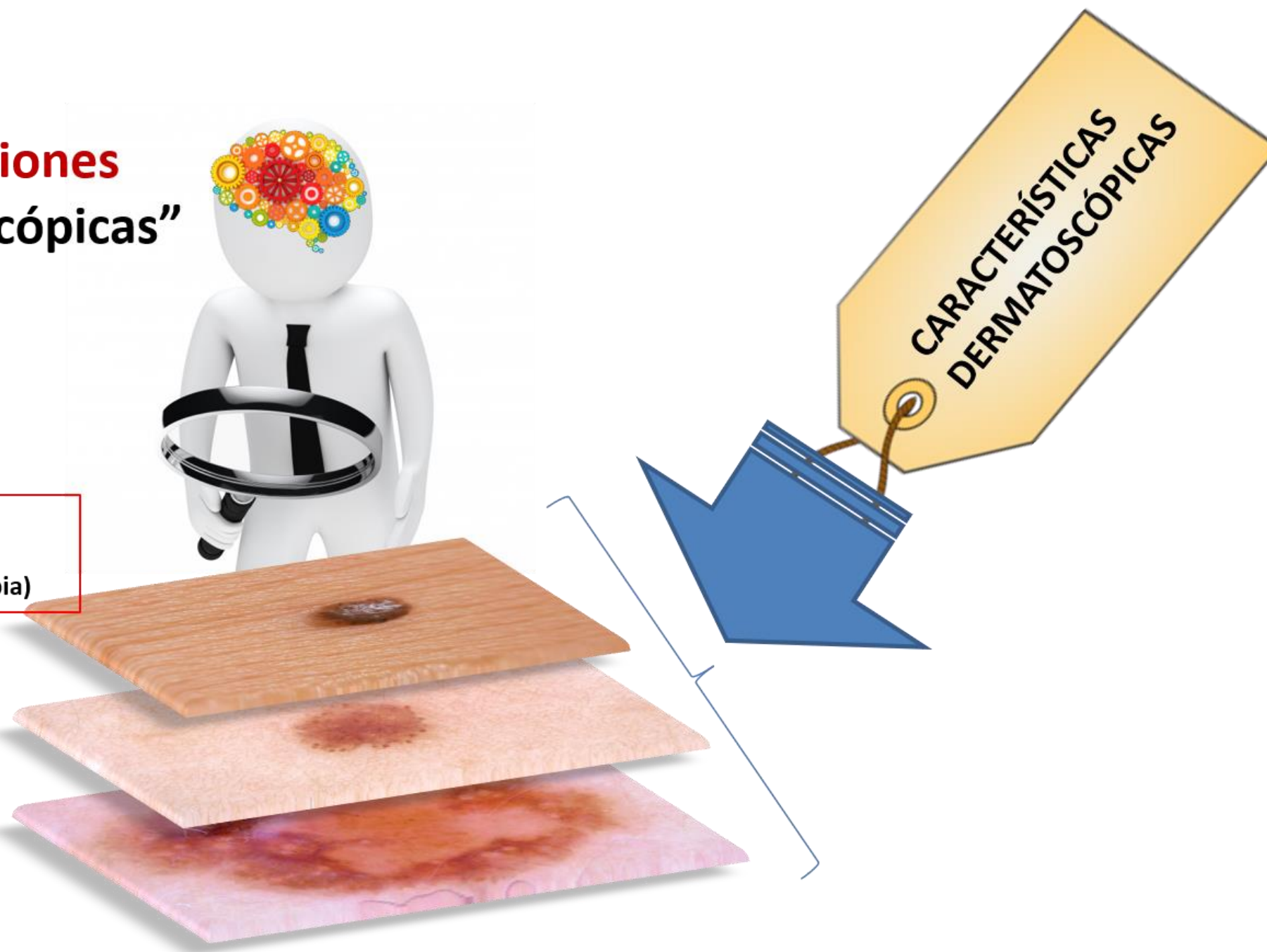
3 “dimensiones
Dermatoscópicas”

¡IMPORTANTE!

COLORES en Dermatoscopia

3 “dimensiones
Dermatoscópicas”

Color
(dermatoscopia)



IMPORTANTE!



COLORES en Dermatoscopia

Cromóforos en Dermatoscopia:

• Queratina

• Melanina

• Hemoglobina (vasos)

• Colágeno



¡IMPORTANTE!

COLORES en Dermatoscopia

LESIONES PIGMENTADAS



Melanina



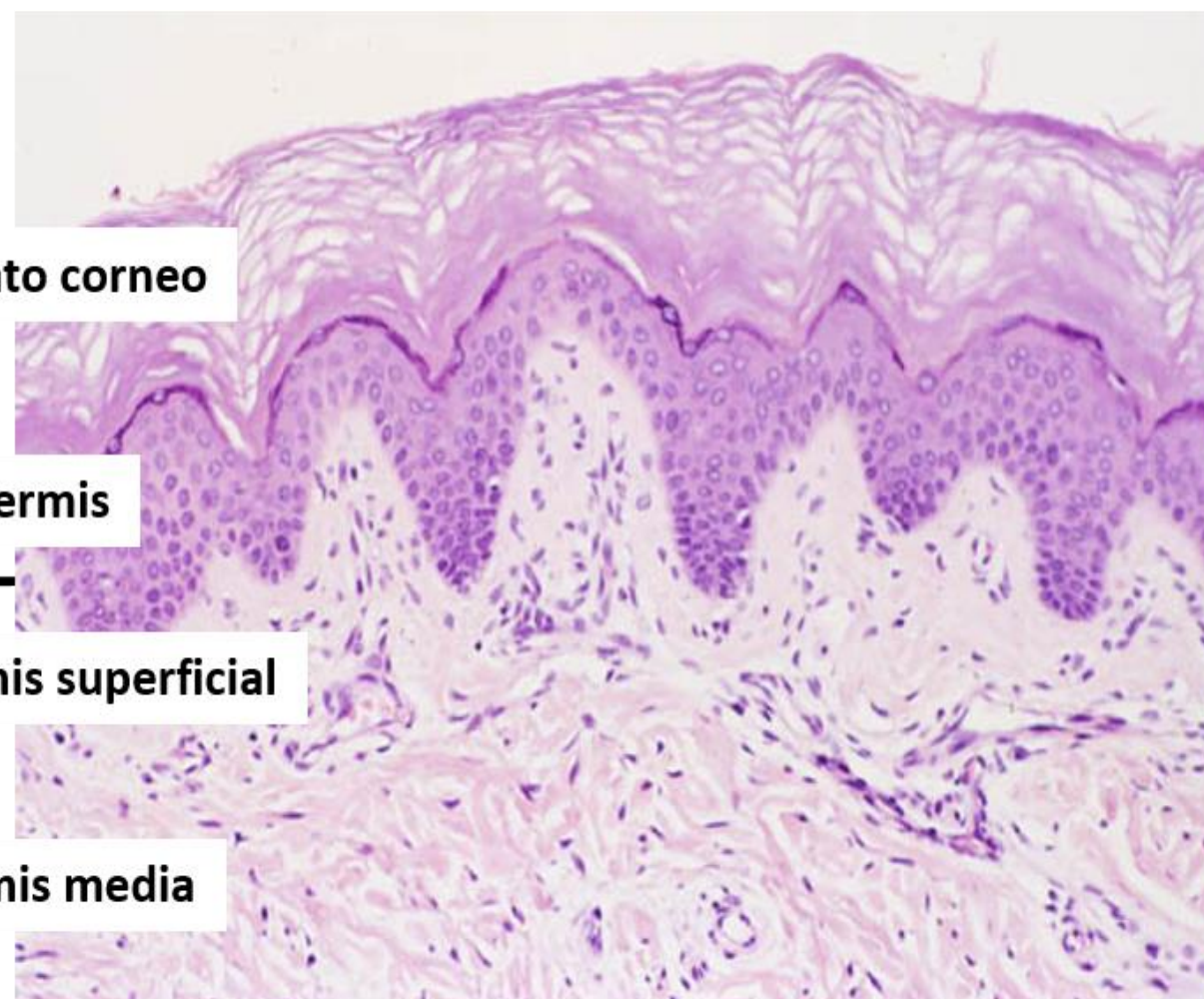
Efecto Tyndall

estrato corneo

epidermis

dermis superficial

dermis media





LESIONES PIGMENTADAS

ESTRUCTURAS DERMATOSCÓPICAS DE

ORIGEN MELANOCÍTICO

Diagnóstico diferencial
para el “**MELANOMA**”

- Nevus melanocíticos congénitos
- Nevus melanocíticos adquiridos
- Nevus atípico
- Nevus azul
- Léntigo actínico
- Melanoma
- Melanoniquias

ESTRUCTURAS **DERMATOSCÓPICAS** DE ORIGEN **MELANOCÍTICO**

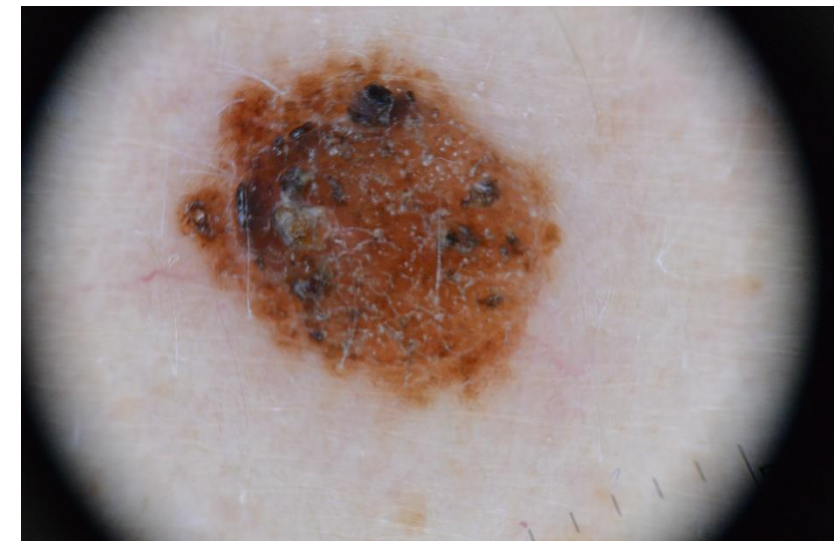


ESTRUCTURAS

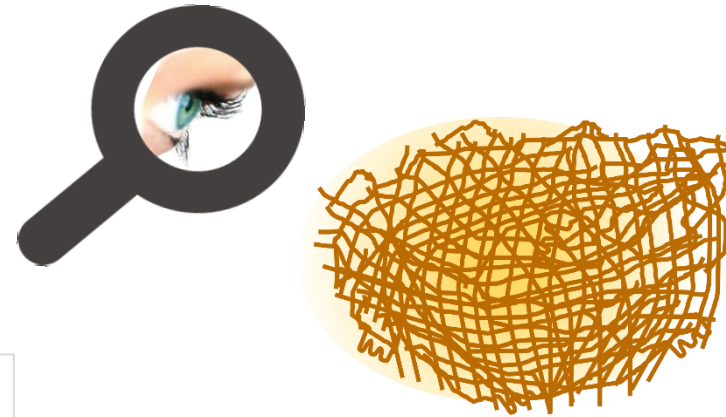
- RETÍCULO PIGMENTADO / PSEUDORETÍCULO
- PUNTOS Y GLÓBULOS
- PROYECCIONES RADIALES LINEALES
- PSEUDÓPODOS
- ÁREAS DE PIGMENTO
- PIGMENTACIÓN AZUL HOMOGÉNEA



Componentes
“**característicos**”
de una lesión



ESTRUCTURAS DERMATOSCÓPICAS DE ORIGEN MELANOCÍTICO

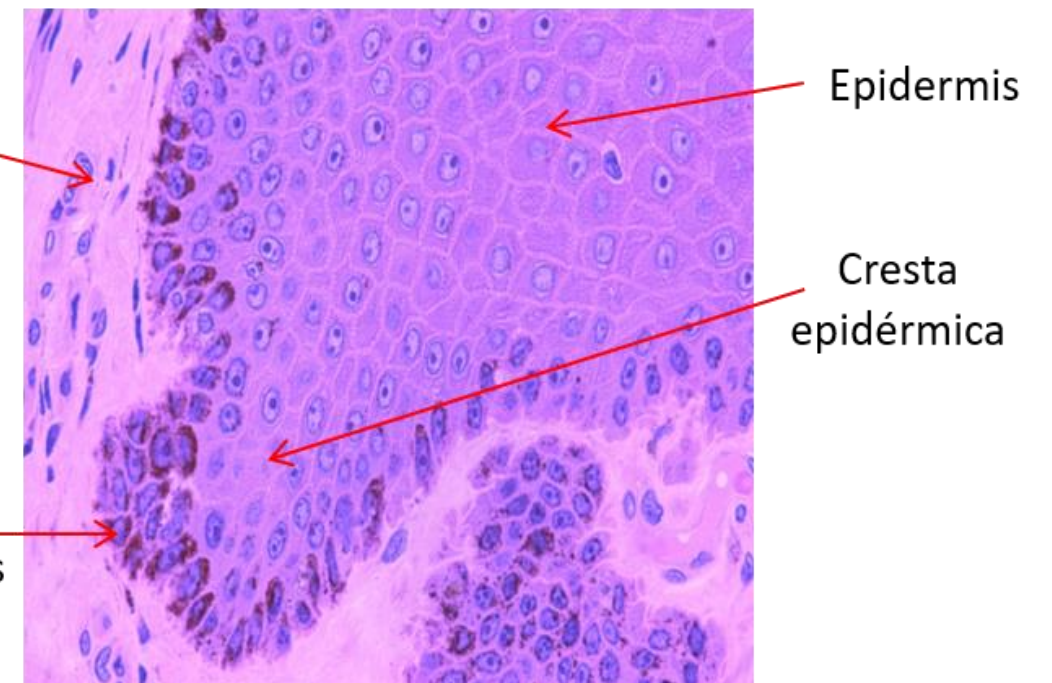
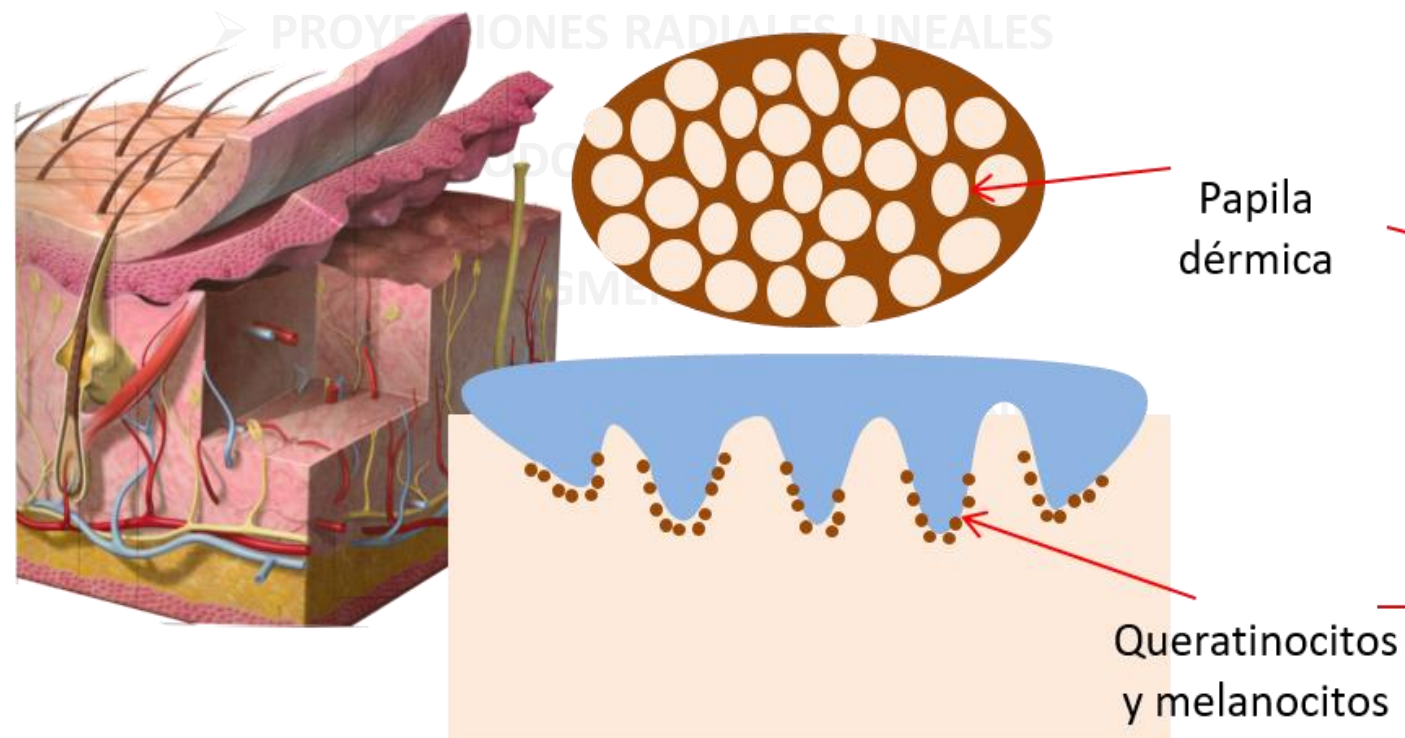
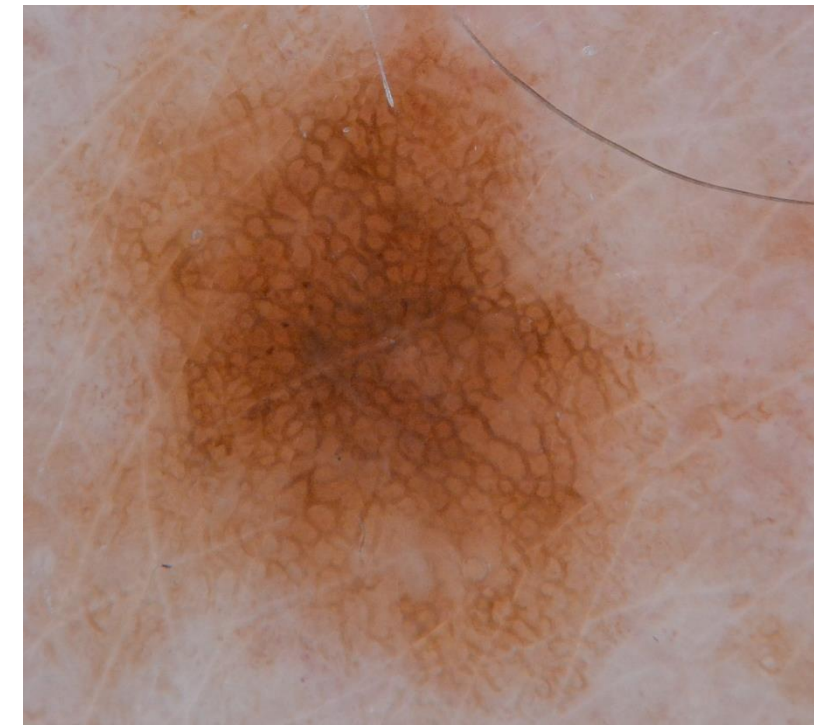


ESTRUCTURAS

➤ RETÍCULO PIGMENTADO / PSEUDORETÍCULO

➤ PUNTOS Y GLÓBULOS

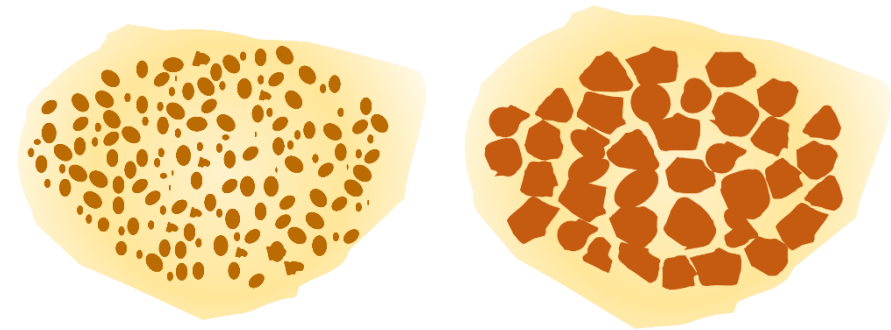
➤ PROYECCIONES RADIALES LINEALES



ESTRUCTURAS **DERMATOSCÓPICAS** DE ORIGEN **MELANOCÍTICO**



ESTRUCTURAS



➤ RETÍCULO PIGMENTADO / PSEUDORETÍCULO

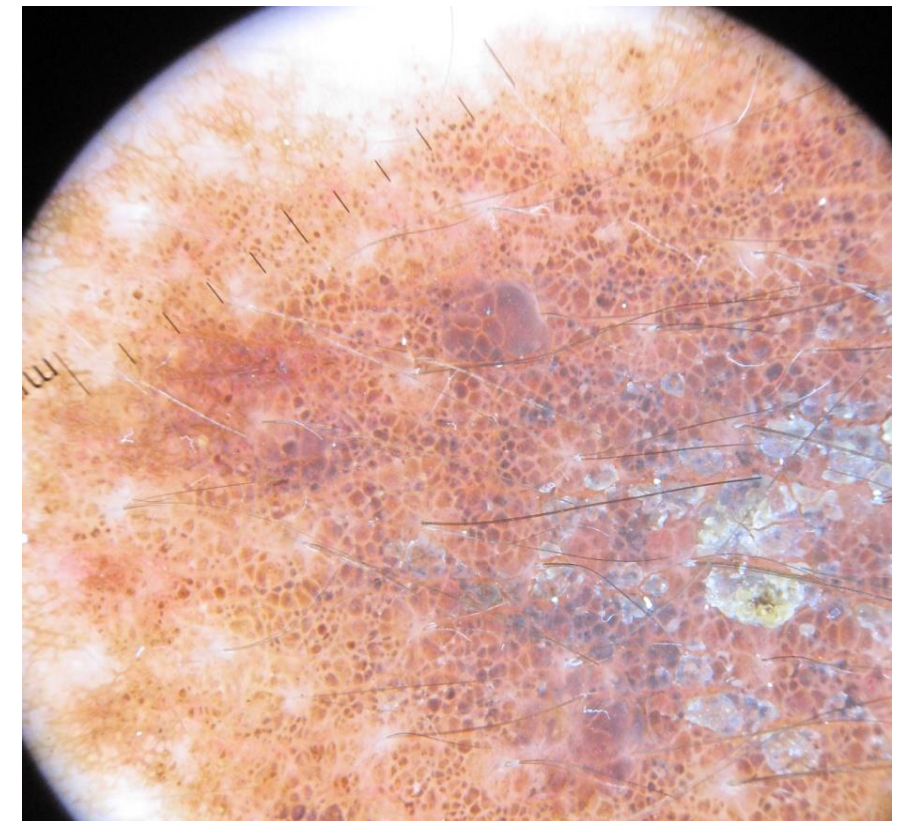
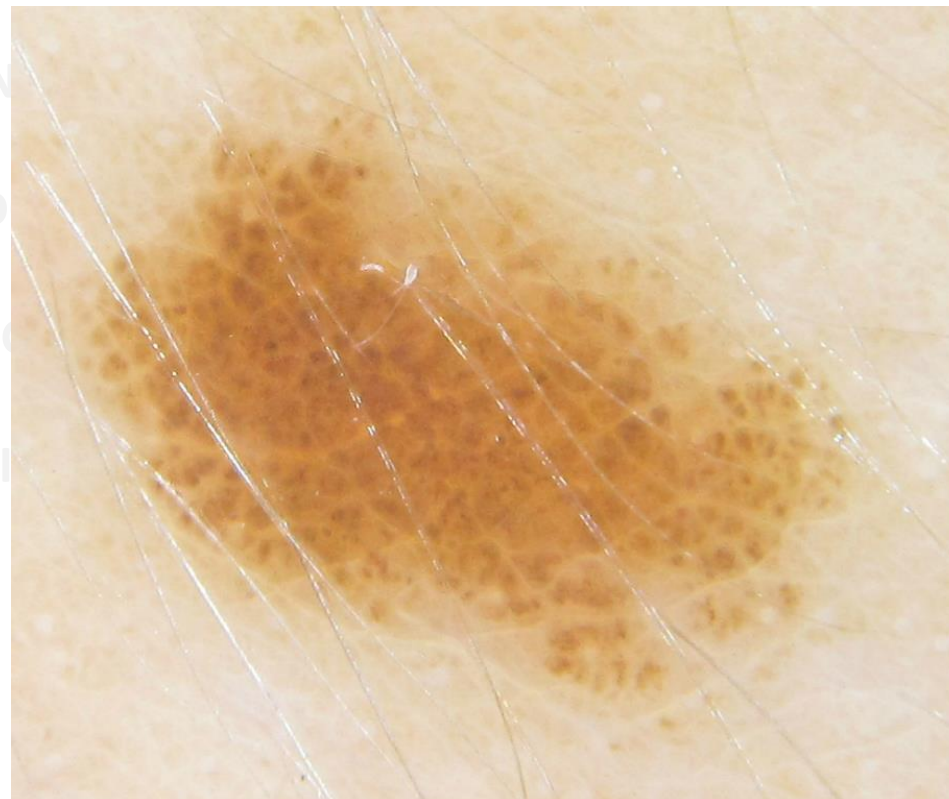
➤ PUNTOS Y GLÓBULOS

➤ PROYECCIONES

➤ PSEUDÓPODOS

➤ ÁREAS DE PIGMENTACIÓN

➤ PIGMENTACIÓN



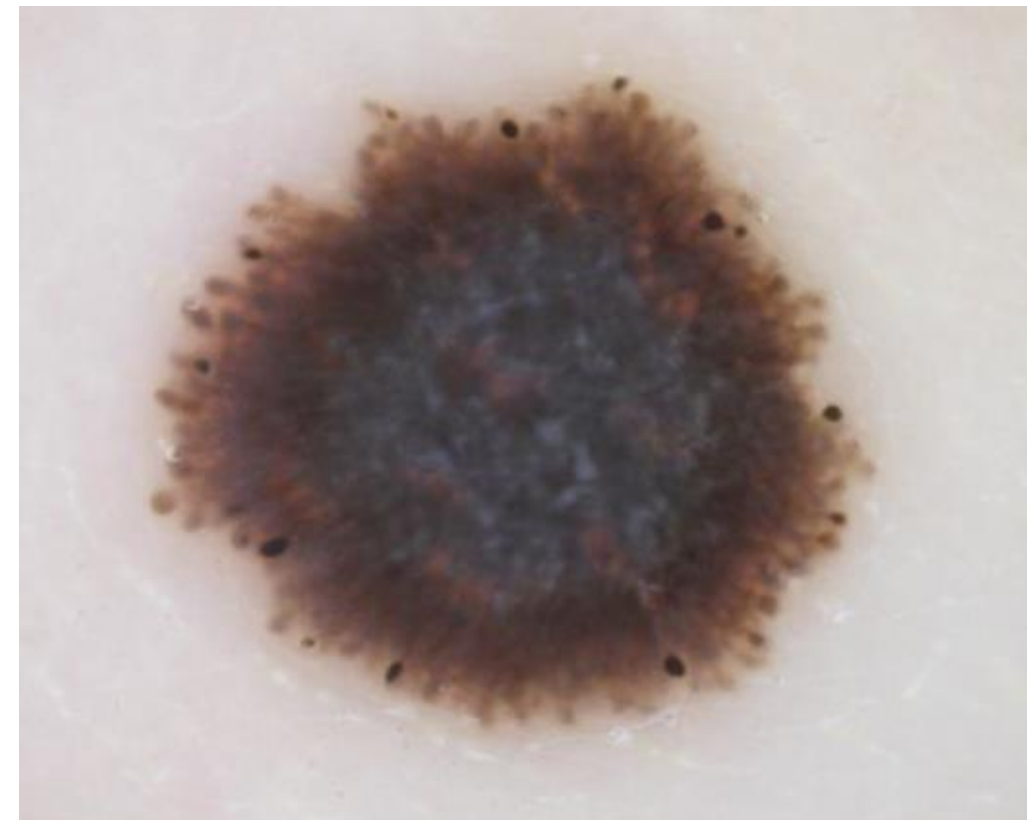
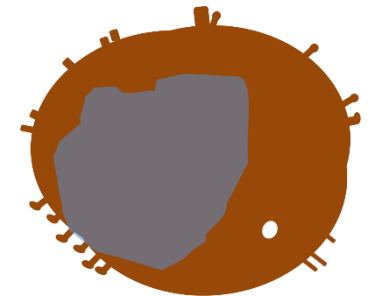
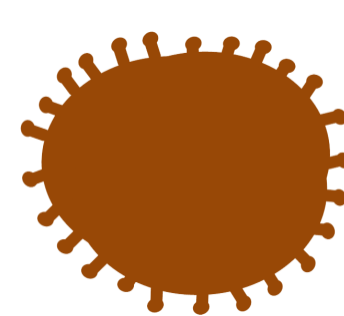
ESTRUCTURAS **DERMATOSCÓPICAS** DE ORIGEN **MELANOCÍTICO**



ESTRUCTURAS

- RETÍCULO PIGMENTADO / PSEUDORETÍCULO
- PUNTOS Y GLÓBULOS
- PROYECCIONES RADIALES LINEALES
- PSEUDÓPODOS

➤ ÁREAS DE PIGMENTO

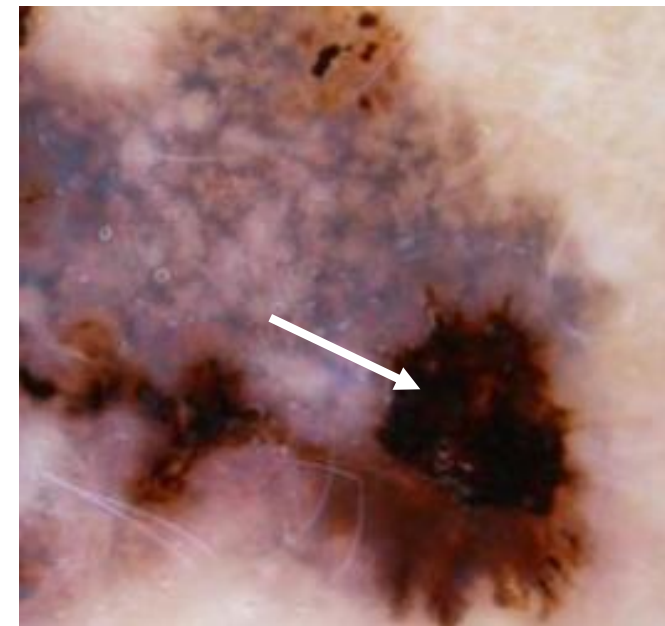


ESTRUCTURAS **DERMATOSCÓPICAS** DE **ORIGEN MELANOCÍTICO**



ESTRUCTURAS

- RETÍCULO PIGMENTADO / PSEUDORETÍCULO
- PUNTOS Y GLÓBULOS
- PROYECCIONES RADIALES LINEALES
- PSEUDÓPODOS
- ÁREAS DE PIGMENTO
- PIGMENTACIÓN AZUL HOMOGÉNEA





DERMATOSCOPIA

ESTRUCTURAS DERMATOSCÓPICAS

CLASIFICACIÓN

de las **lesiones** cutáneas:

➤ **PIGMENTADAS**

de origen “MELANOCÍTICO”

de origen “NO MELANOCÍTICO”

➤ **NO PIGMENTADAS**

➤ **VASCULARES**

ESTRUCTURAS **DERMATOSCÓPICAS** DE **ORIGEN NO MELANOCÍTICO**

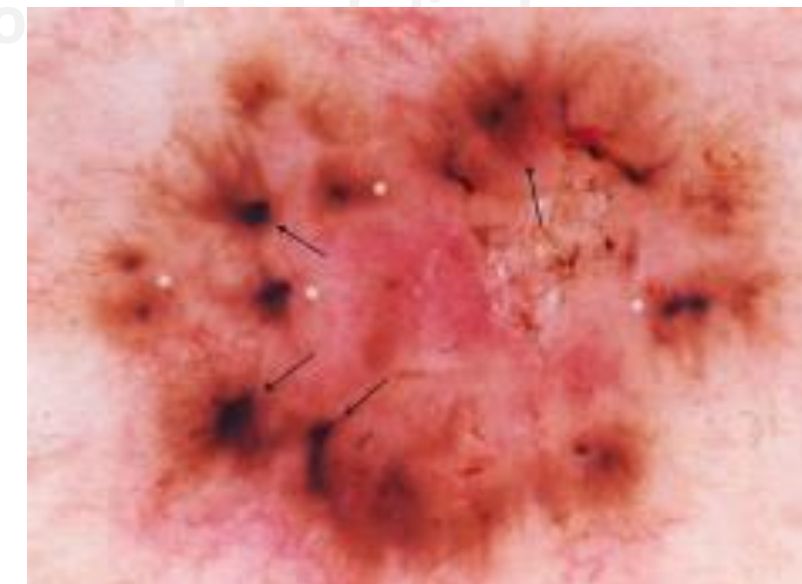
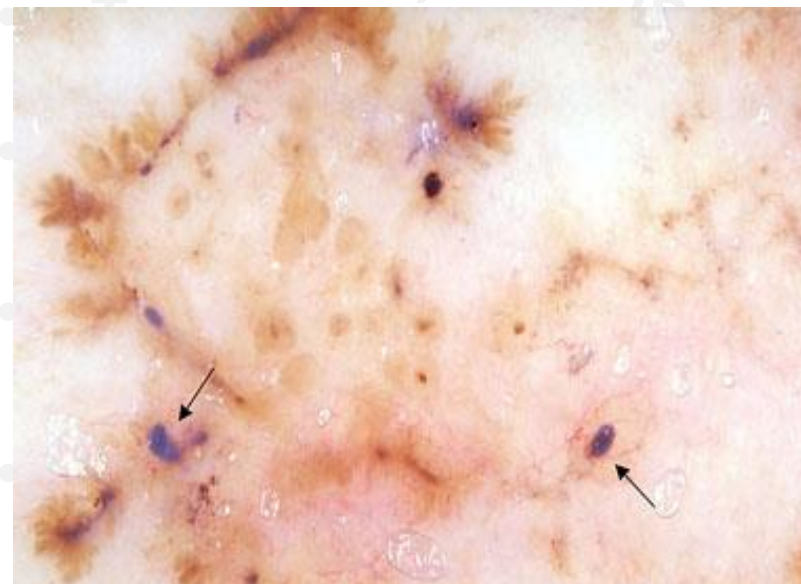
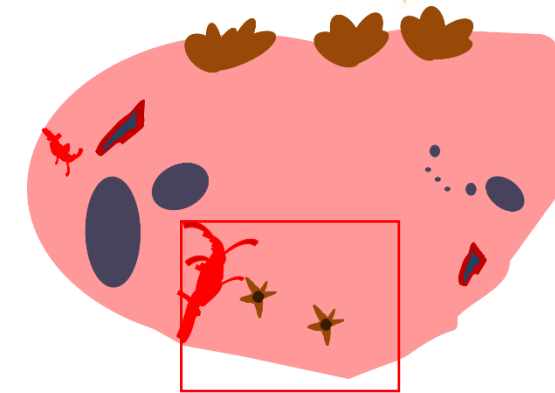
Diagnóstico diferencial
para el “**MELANOMA**”

- Proyecciones “en rueda de carro”
- En “hoja de arce”
- Nidos ovoides (grandes, medianos)
- Quistes de “tipo milio”
- Tapones córneos/Pseudoaperturas foliculares
- Bordes apolillados
- Parche blanco central
- Otras

ESTRUCTURAS DERMATOSCÓPICAS DE ORIGEN **NO MELANOCÍTICO**

Diagnóstico diferencial
para el “**MELANOMA**”

- Proyecciones “en rueda de carro”
- En “hoja de arce”
- Nidos ovoides (grandes, medianos)
- Quistes de “tipo milio”

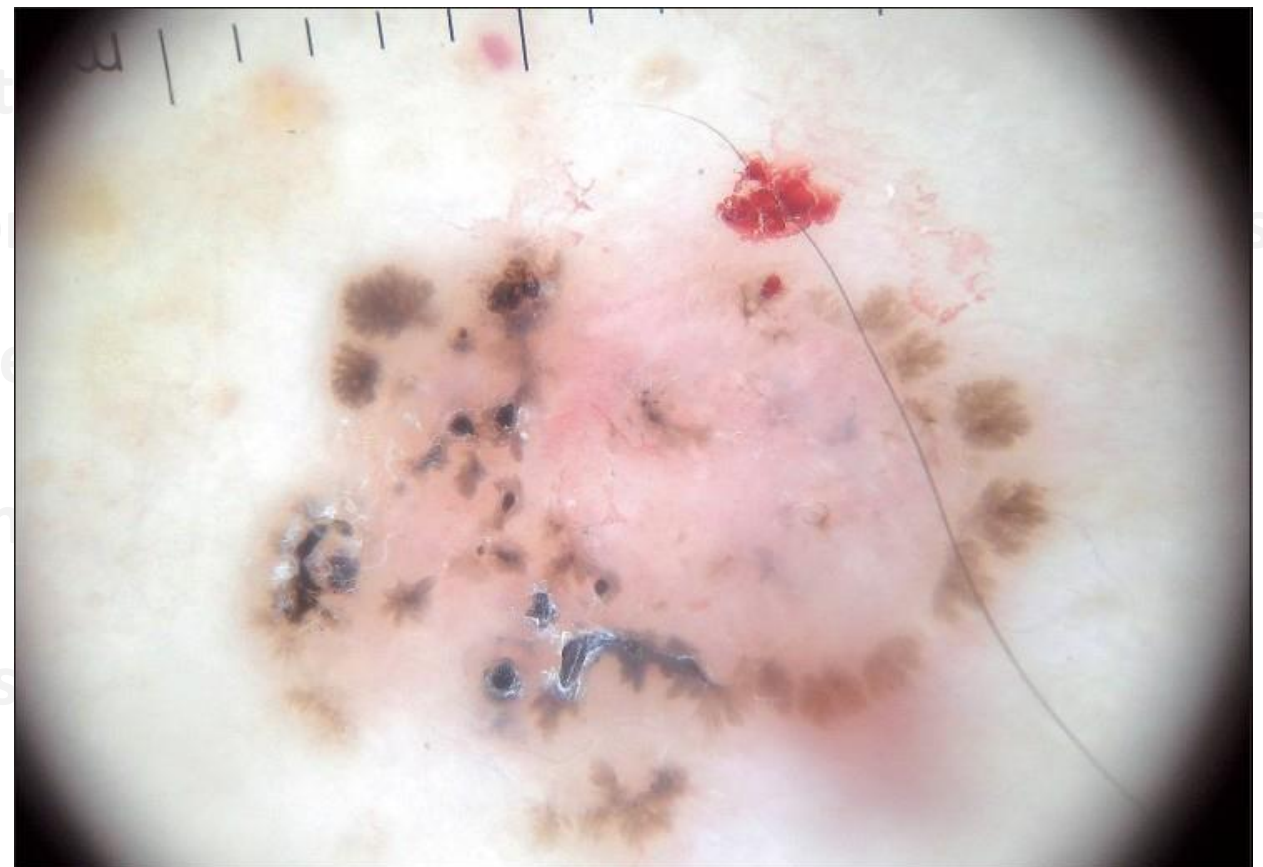
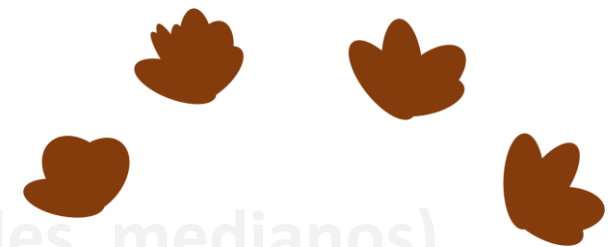
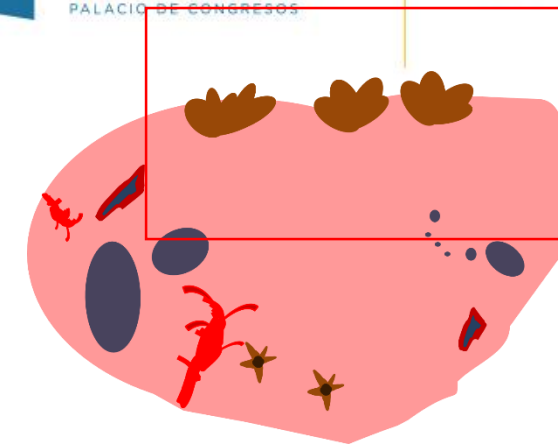


LESIONES PIGMENTADAS

ESTRUCTURAS DERMATOSCÓPICAS DE ORIGEN **NO MELANOCÍTICO**

Diagnóstico diferencial
para el “**MELANOMA**”

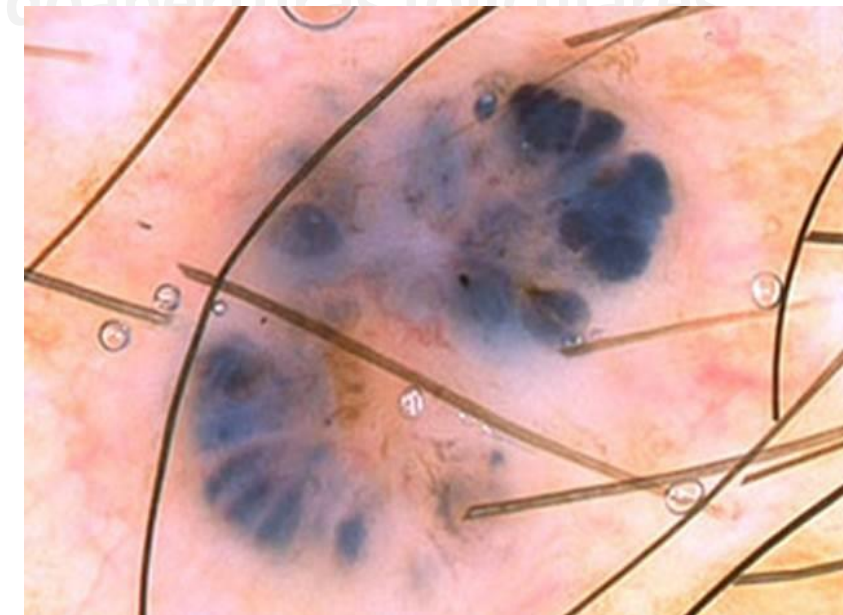
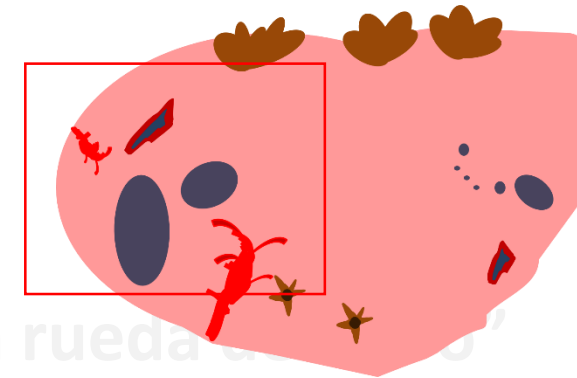
- Proyecciones “en rueda de carro”
- En “hoja de arce”
- Nidos ovoides (grandes, medianos)
- Quistes
- Tapones
- Bordes
- Parches
- Otras



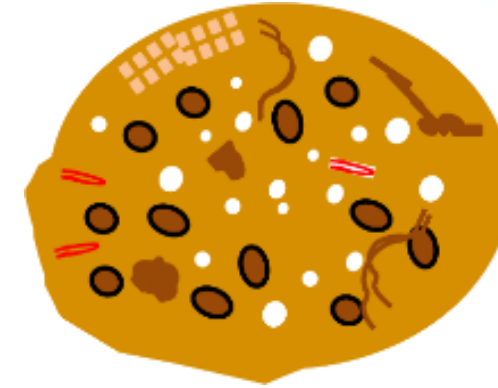
ESTRUCTURAS DERMATOSCÓPICAS DE ORIGEN **NO MELANOCÍTICO**

Diagnóstico diferencial
para el “**MELANOMA**”

- Proyecciones “en rueda de carro”
- En “hoja de arce”
- Nidos ovoides (grandes, medianos)
- Quistes de “tipo milio”
- Tapones córneos / Pseudoaperturas foliculares



ESTRUCTURAS DERMATOSCÓPICAS DE ORIGEN **NO MELANOCÍTICO**

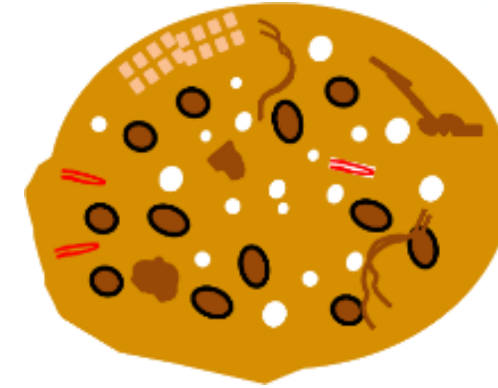


- Proyecciones “en rueda de carro”
- En “hoja de arce”
- Nidos ovoides (grandes, medianos)
- Quistes de “tipo milio”

Diagnóstico diferencial
para el “**MELANOMA**”



ESTRUCTURAS DERMATOSCÓPICAS DE ORIGEN **NO MELANOCÍTICO**



Diagnóstico diferencial
para el “**MELANOMA**”

- Proyecciones “en rueda de carro”
- En “hoja de arce”
- Nidos ovoides (grandes, medianos)
- Quistes de “tipo milio”
- **Tapones córneos/Pseudoaperturas foliculares**

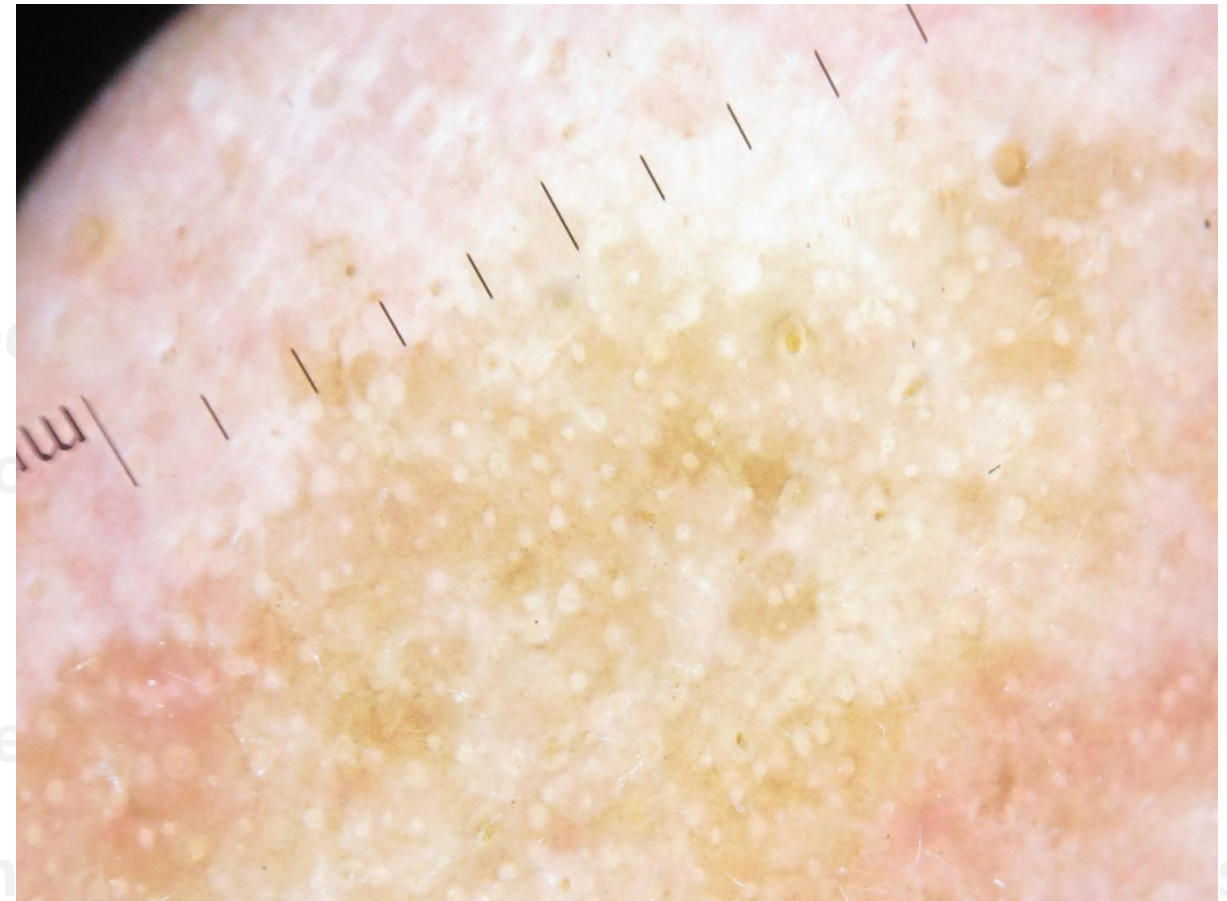


ESTRUCTURAS DERMATOSCÓPICAS DE

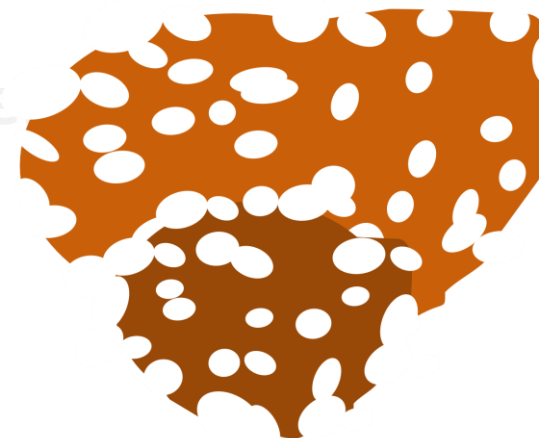
ORIGEN **NO MELANOCÍTICO**

Diagnóstico diferencial
para el “**MELANOMA**”

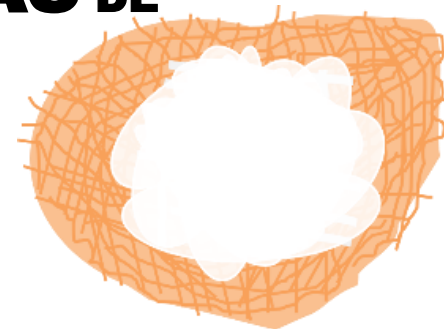
- Proyección
- En “hollow”
- Nidos
- Quistes
- Taponamiento



- Bordes apolillados
- Parche blanco central
- Otras

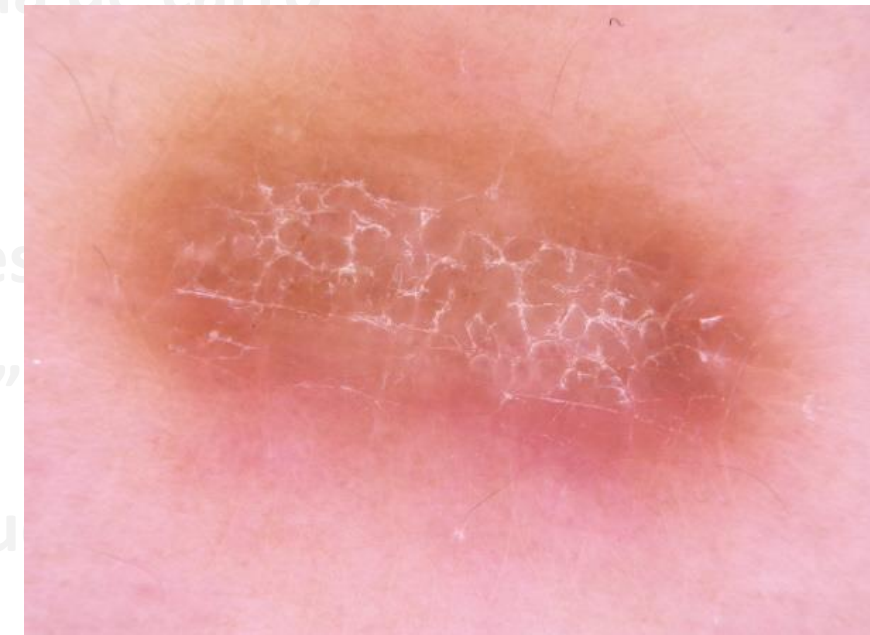


ESTRUCTURAS DERMATOSCÓPICAS DE ORIGEN **NO MELANOCÍTICO**



Diagnóstico diferencial
para el “**MELANOMA**”

- Provecciones “en rueda de carro”



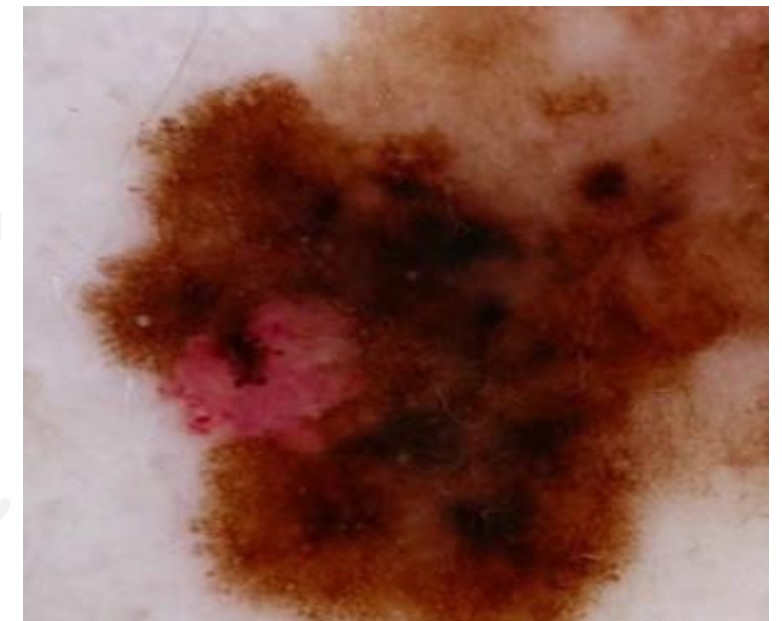
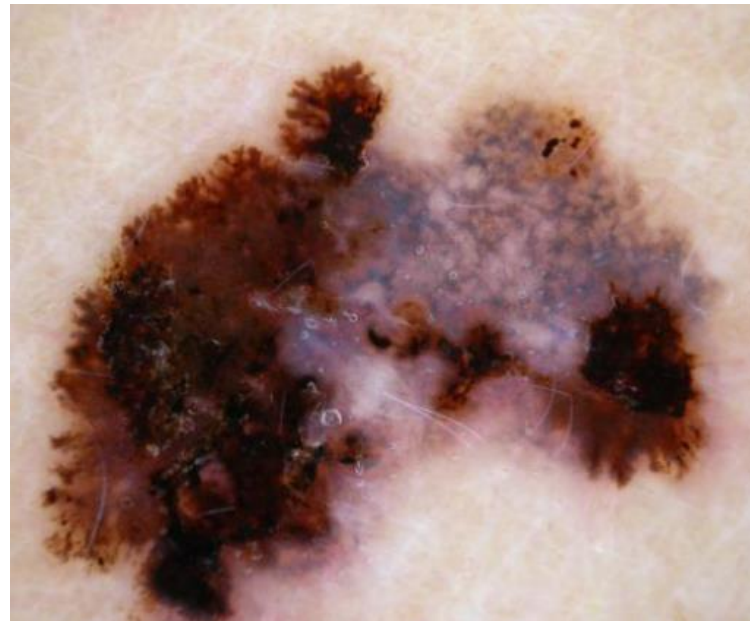
- Bordes apolillados

- Parche blanco central

- Otras

ESTRUCTURAS DERMATOSCÓPICAS DE ORIGEN **NO MELANOCÍTICO**

Diagnóstico diferencial
para el “**MELANOMA**”



- Otras



DERMATOSCOPIA

ESTRUCTURAS **DERMATOSCÓPICAS**

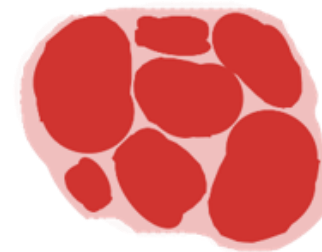
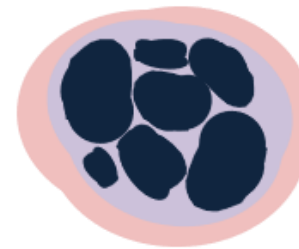
CLASIFICACIÓN de las lesiones cutáneas:

- PIGMENTADAS { de origen “MELANOCÍTICO”
de origen “NO MELANOCÍTICO”
- NO PIGMENTADAS
- VASCULARES

ESTRUCTURAS DERMATOSCÓPICAS DE

ESTRUCTURAS VASCULARES

- **Lagunas** rojo-azuladas múltiples



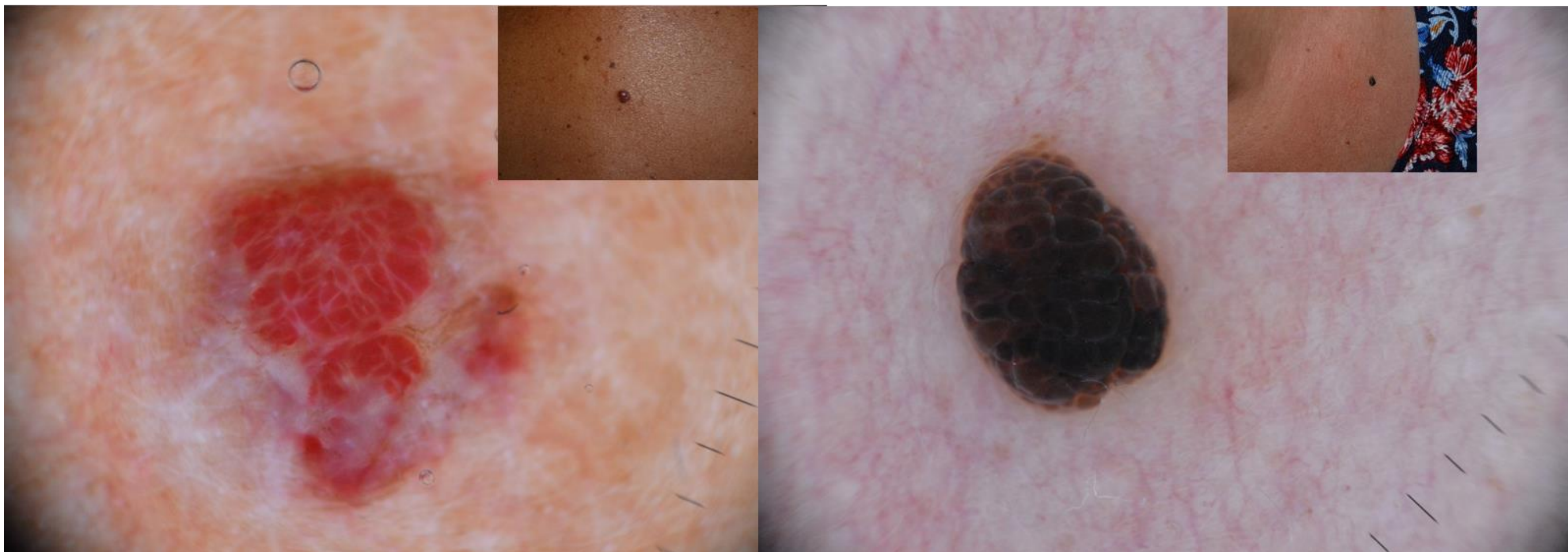
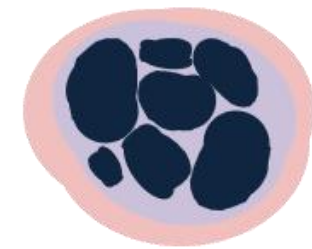
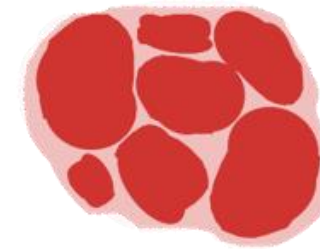
- Alteraciones vasculares en lesiones cutáneas





ESTRUCTURAS VASCULARES

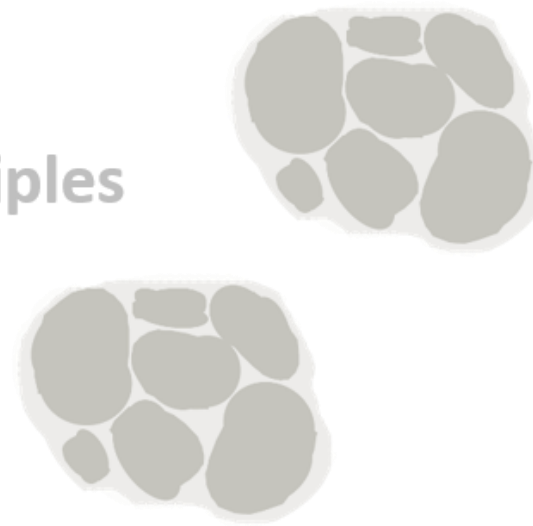
- **Lagunas** rojo-azuladas múltiples





ESTRUCTURAS VASCULARES

- Lagunas rojo-azuladas múltiples



- **Alteraciones vasculares** en lesiones cutáneas





ESTRUCTURAS VASCULARES

ALTERACIONES VASCULARES EN LESIONES CUTÁNEAS

- Vasos “en horquilla”
- Vasos “en coma”
- Vasos puntiformes
- Vasos puntiformes “en collar de perlas”
- Vasos “arboriformes”
- Vasos lineales irregulares
- Vasos “en sacacorchos”
- Vasos “glomerulares”
- Vasos “en corona”





ESTRUCTURAS VASCULARES

ALTERACIONES VASCULARES EN LESIONES CUTÁNEAS

➤ Vasos “en horquilla”

➤ Vasos “en coma”

➤ Vaso

- Queratosis seborreica

➤ Vaso

➤ Vaso

- Melanoma hipo-amelánico (distribución irregular y escasa)

➤ Vaso

- Tumores “queratinizantes”

➤ Vasos “en sacacorchos”

➤ Vasos “glomerulares”

➤ Vasos “en corona”





ESTRUCTURAS VASCULARES

ALTERACIONES VASCULARES EN LESIONES CUTÁNEAS

- Vasos “en horquilla”
- Vasos “en coma”
- Vasos puntiformes
- Vasos punti
- Vasos “arb
- Vasos lineales irregulares
- Vasos “en sacacorchos”
- Vasos “glomerulares”
- Vasos “en corona”

- Melanoma hipo-amelánico





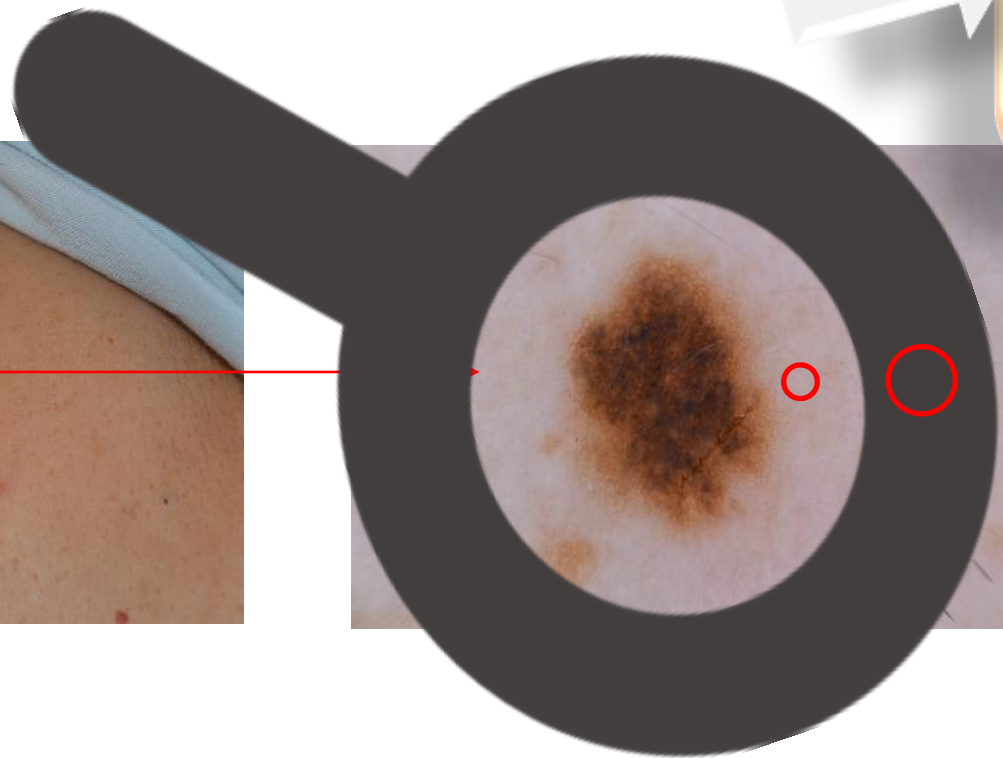
ESTRUCTURAS VASCULARES

ALTERACIONES VASCULARES EN LESIONES CUTÁNEAS

- Vasos “en horquilla”
- Vasos “en c” - **Carcinoma basocelular**
- Vasos puntiformes - Tumores anexiales
- Vasos puntiformes “en collar de perlas”
- **Vasos “arboriformes”**
- Vasos lineales irregulares
- Vasos “en sacacorchos”
- Vasos “glomerulares”
- Vasos “en corona”



DERMATOSCOPIA



**Correspondencia
con la
HISTOPATOLOGÍA**



CASO CLÍNICO 1:

Mujer de 76 años, trasplantada renal, que acude por **lesión pigmentada** asintomática, en cara interna de antebrazo derecho.

Sobre una **mancha** previa más clara de años de evolución, le aparece en las últimas semanas, otra **lesión sobreelevada y mas oscura**,.

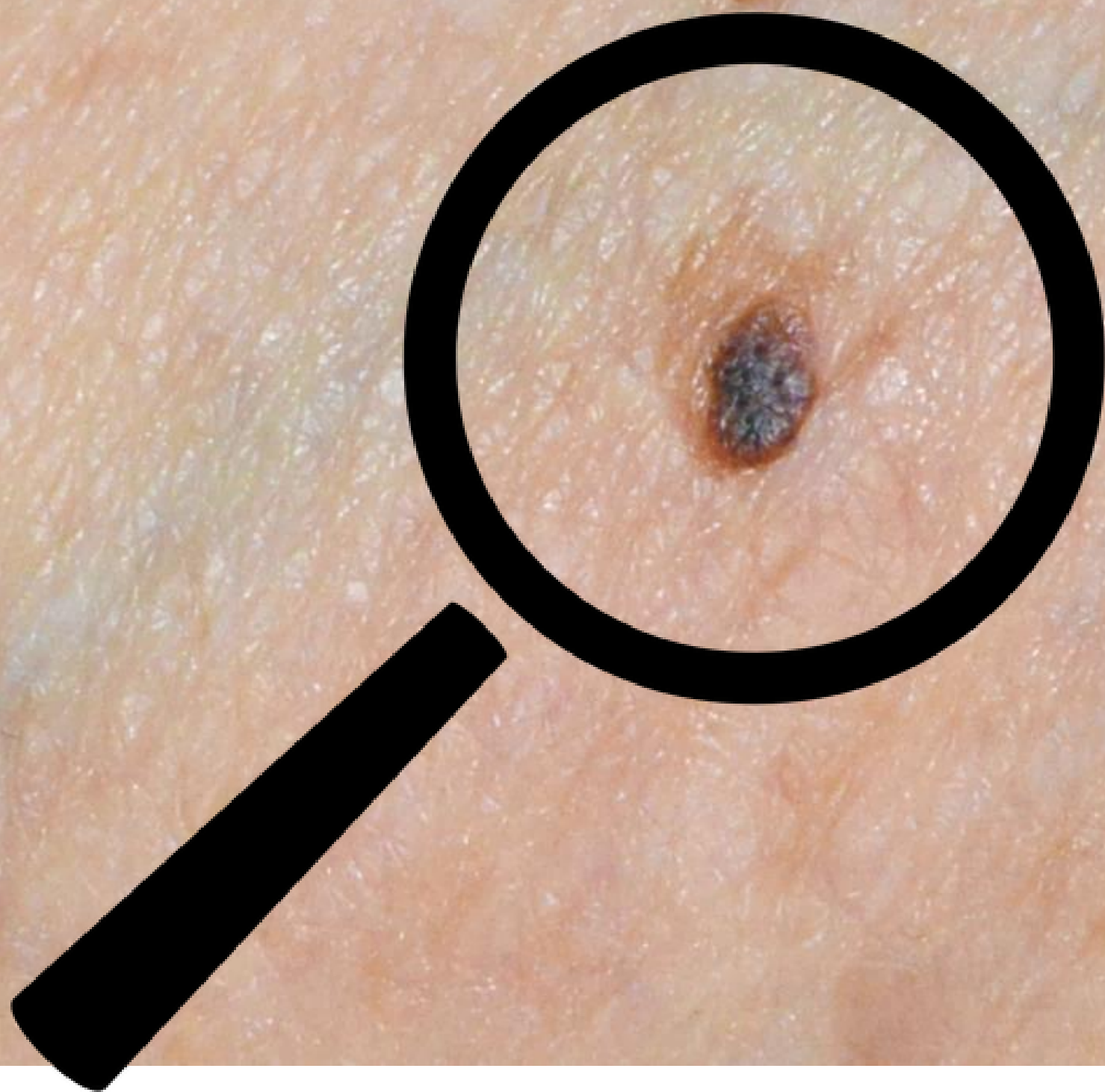


CASO CLÍNICO 1:

Mujer
cara

Le a
lesi





CASO CLÍNICO 1:

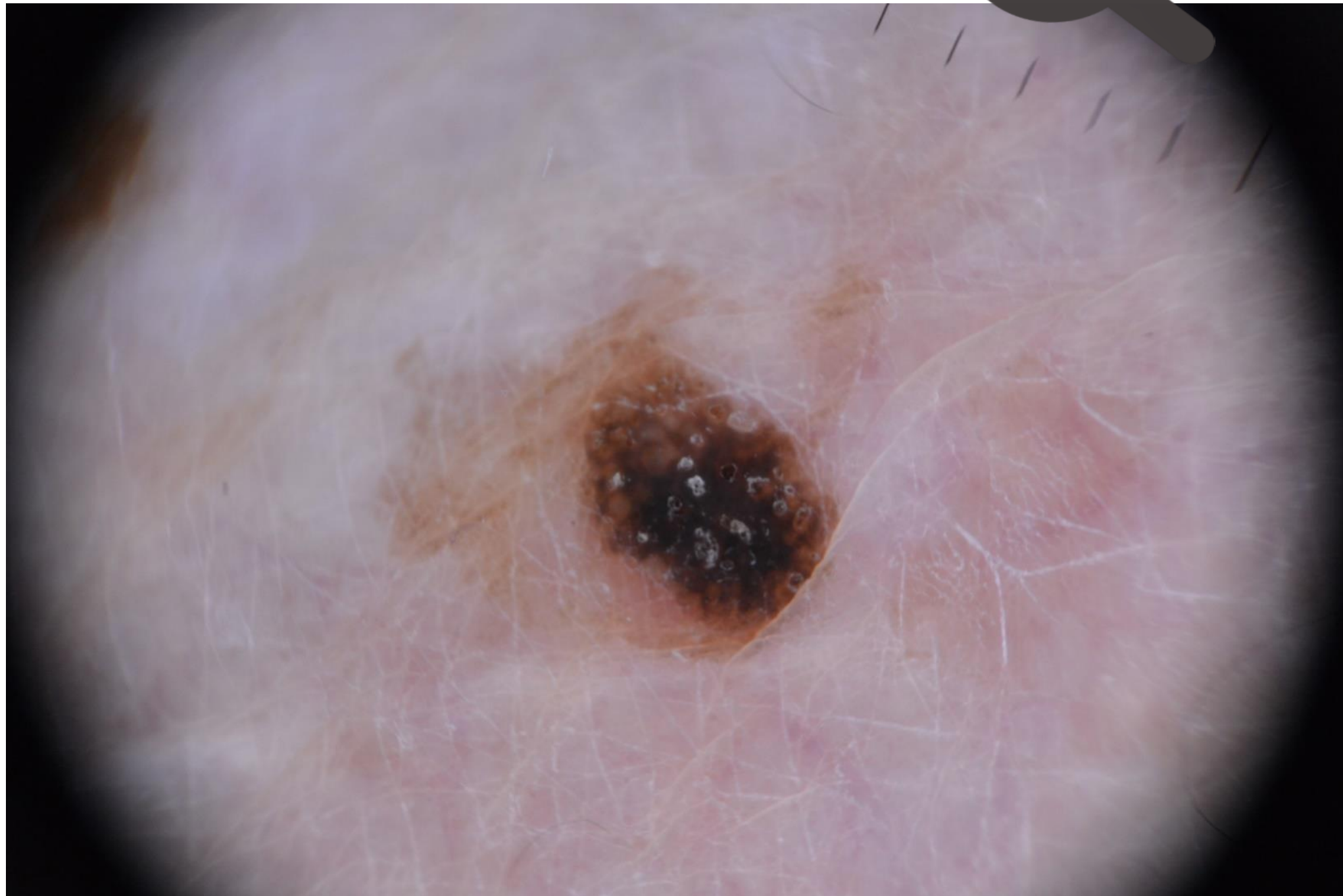
Mujer de 76 años, trasplantada renal, que acude por lesión pigmentada en cara interna de antebrazo derecho.

1. **Nevus melanocítico atípico**
2. **Basocelular pigmentado**
3. **Queratosis actínica pigmentada**
4. **Queratosis seborreica**
5. **Melanoma nodular sobre léntigo actínico**



CASO CLÍNICO 1:

DERMATOSCOPIA

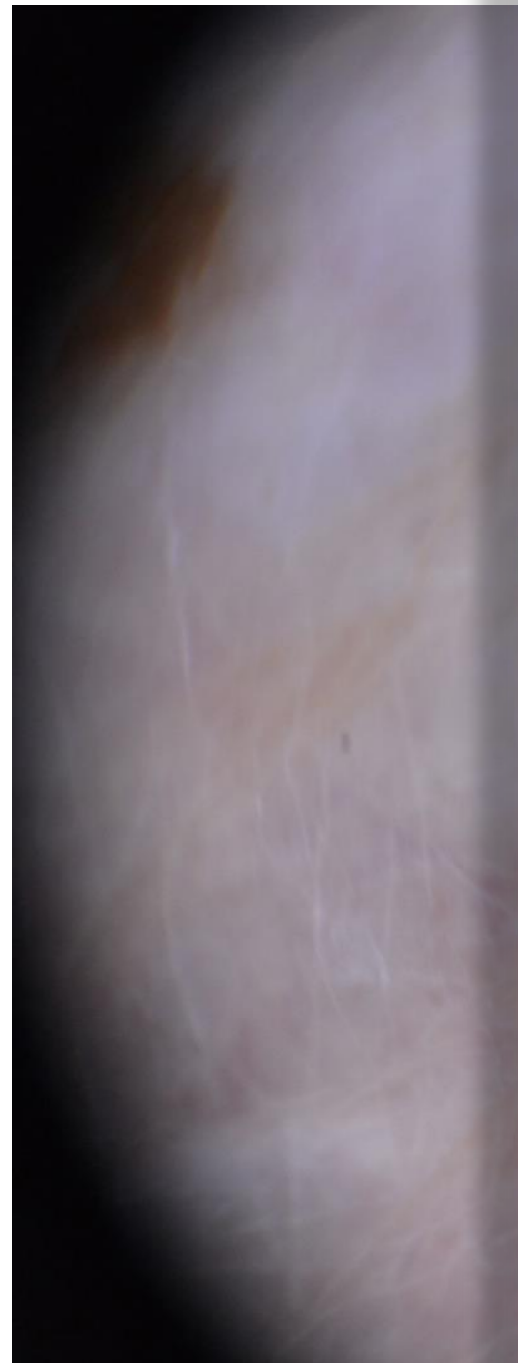


Criterios “dermatoscópicos”

CASO CLÍNICO 1

¡Veámoslo mejor!

¿“Estructuras dermatoscópicas”?

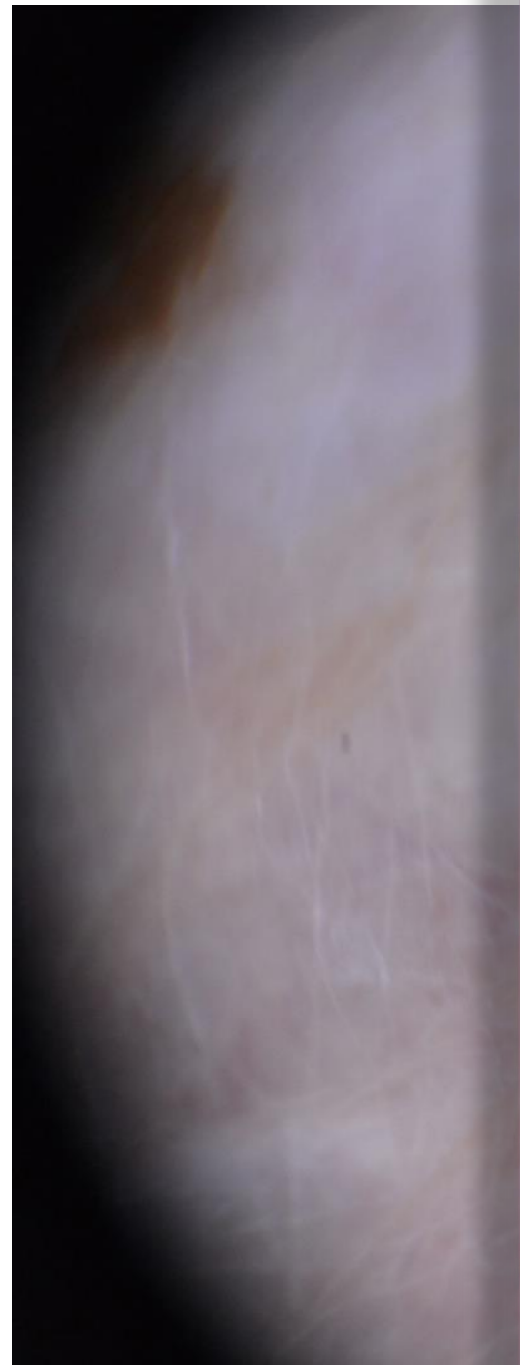


Criterios “dermatoscópicos”

CASO CLÍNICO 1

¡Veámoslo!

• Quistes tipo **milio**



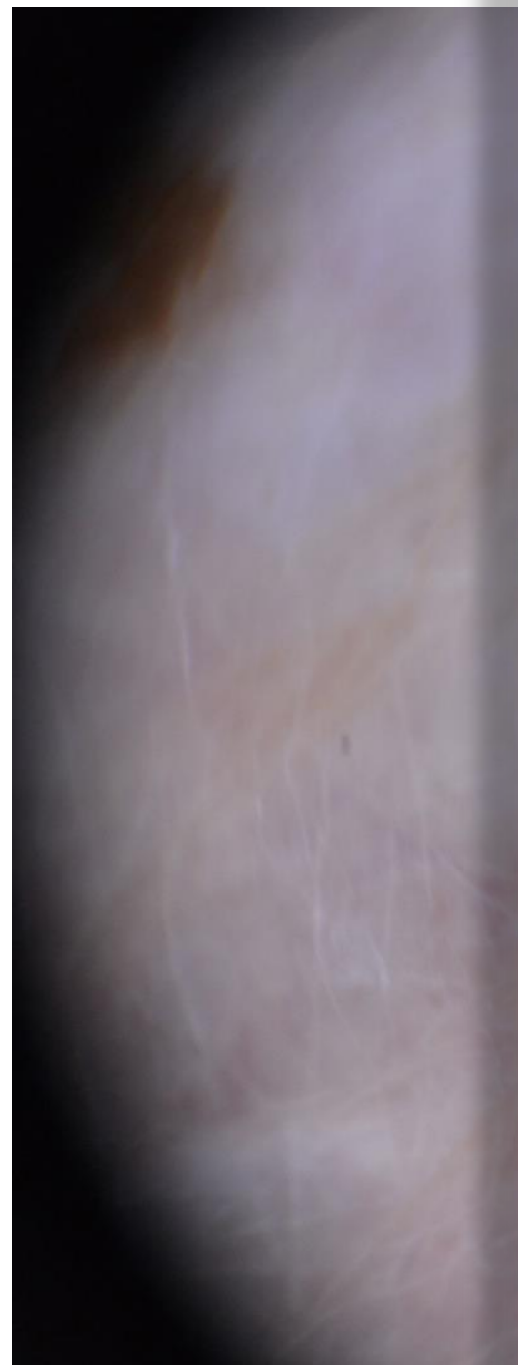
Criterios “dermatoscópicos”

CASO CLÍNICO 1

¡Veámoslo!

Quistes tipo **milio**

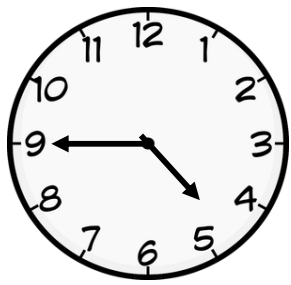
Pseudoaperturas foliculares/Taponos córneos



CRITERIOS DE: ¿Queratosis seborreica?

- Quistes tipo **milio**
- Pseudoaperturas foliculares/Tapones córneos
- Estructuras en “**huella digital**” marrón-claro en periferia (zonas faciales)
- “**Pseudoretículos**” pigmentados (zonas faciales)
- Vasos en “**horquilla**”
- Patrón “**cerebriforme**” (**criptas, fisuras y crestas papilomatosas**)

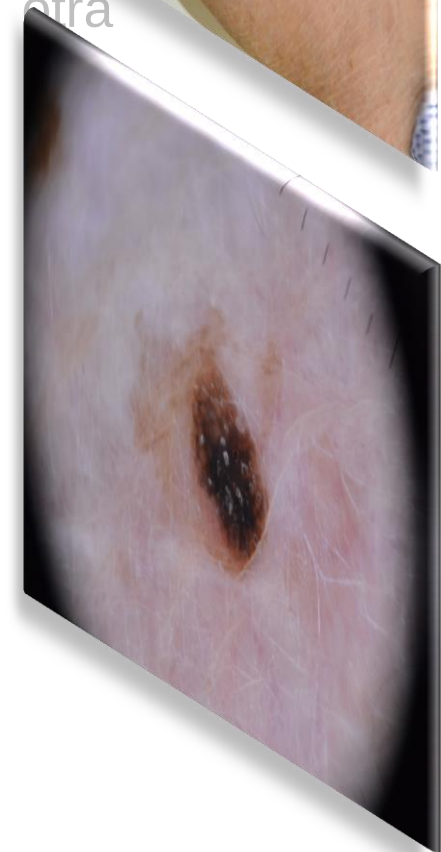




CASO CLÍNICO 1:

Mujer de 76 años, trasplantada renal, que acude por lesión pigmentada asintomática, cara interna de antebrazo derecho.

1. Nevus melanocítico atípico
2. Basocelular pigmentado
3. Queratosis actínica pigmentada
- 4. Queratosis seborreica**
5. Melanoma nodular sobre léntigo actínico



de evolución, otra



DERMATOSCOPIA



Criterios
“dermatoscópicos” } **ESTANDARIZADOS**

DERMATOSCOPIA



Criterios
“dermatoscópicos”

ESTANDARIZADOS



“ESTRUCTURAS”
Y
“PATRONES”

DERMATOSCOPIA



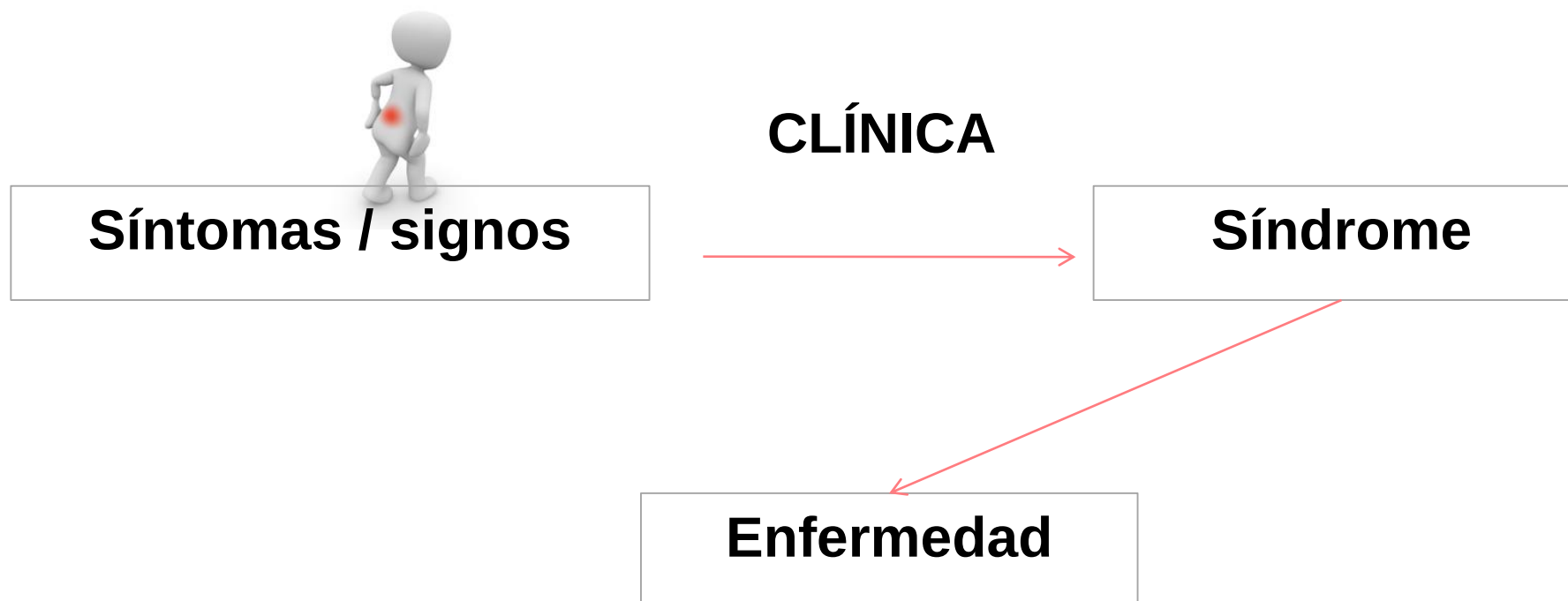
**Criterios
“dermatoscópicos”**

ESTANDARIZADOS

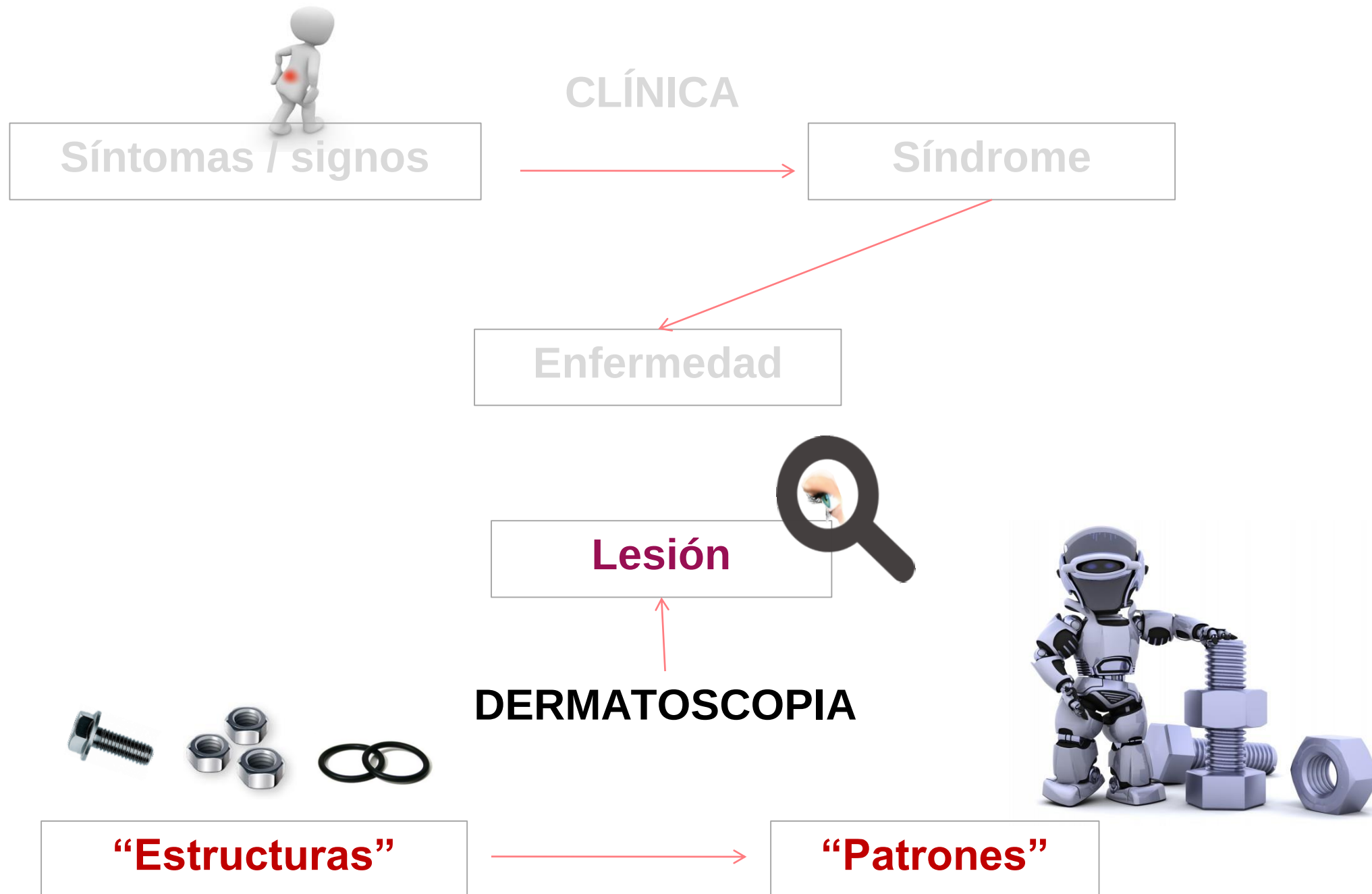
**“ESTRUCTURAS”
Y
“PATRONES”**

**Correspondencia
con la
HISTOPATOLOGÍA**

“ESTRUCTURAS” Y “PATRONES”



“ESTRUCTURAS” Y “PATRONES”



CASO CLÍNICO 2:

Mujer de 78 años, que acude a consulta por un problema urológico. Hacía años que no pasaba por la consulta de su MF.

Durante la consulta, se observan **lesiones pigmentadas diversas** en área **facial y cuero cabelludo**.

¿Ha sido vista por algún dermatólogo?

Ella indica **que hacía ya siete años** fue estudiada en el S. de Dermatología y que le dijeron que estas lesiones carecían de importancia.



CASO CLÍNICO 2:

Mujer
que no
Durante
cuero
Se le
Ella in
dijeron



CASO CLÍNICO 2:

Mujer
que no
Durante
cuero
Se le
Ella in
dijeron



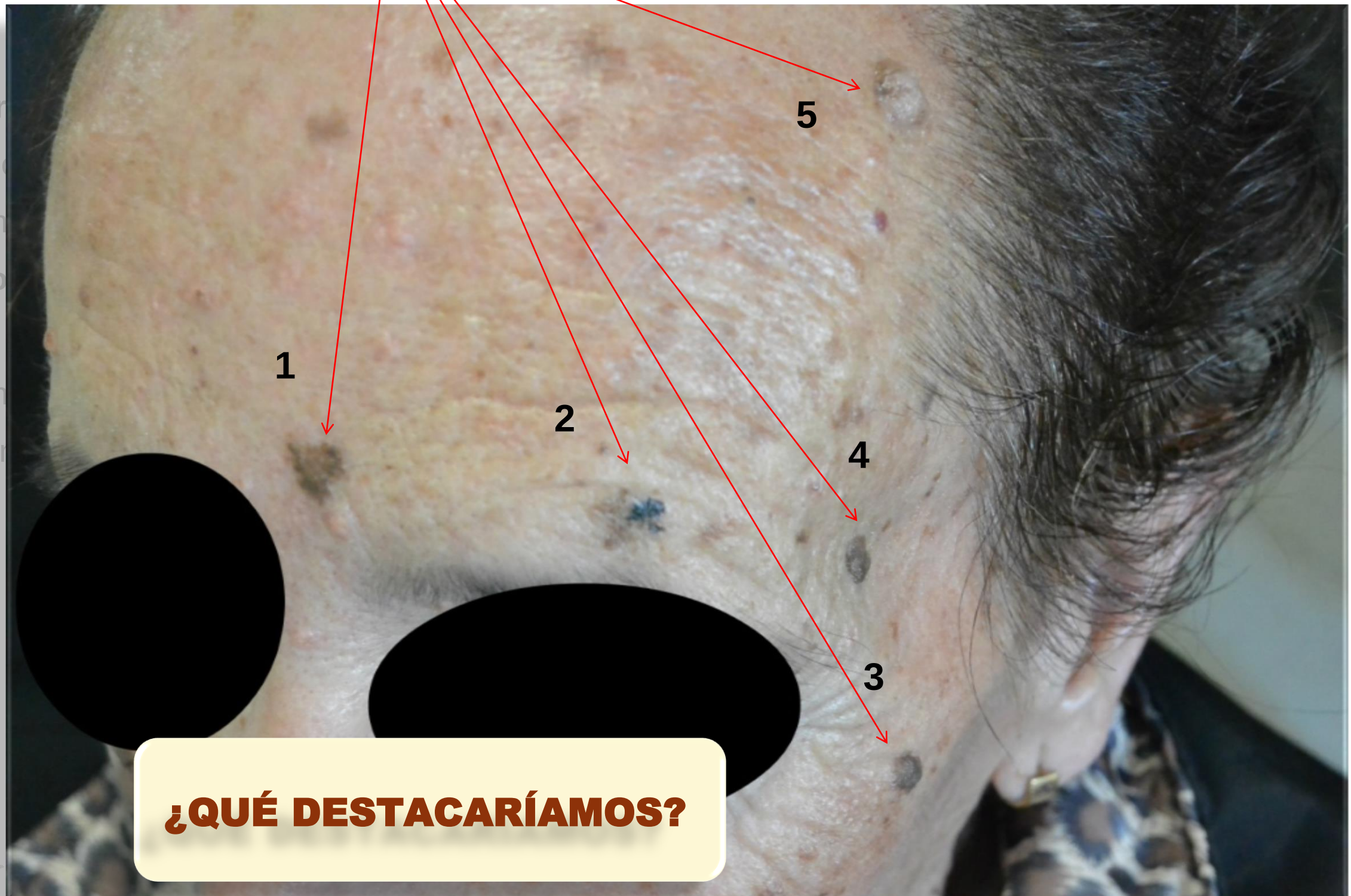
¿QUÉ DESTACARÍAMOS?



MÚLTIPLES LESIONES PIGMENTADAS

CASO CLÍNICO 2:

Mujer
que no
Durante
cuero
Se le
Ella in
dijeron



¿QUÉ DESTACARÍAMOS?



CAS

Mujer

que no

Duran

cuero

Se le

Ella in

dijeron



¿QUÉ DESTACARÍAMOS?



CAS

Mujer

que no

Duran

cuero

Se le

Ella in

dijeron



¿QUÉ DESTACARÍAMOS?





CASO CLÍNICO 2:

Mujer de 78 años, que acude a consulta por un pro
que no pasaba por la consulta de su MF.

Durante la consulta, se observan lesiones pigmentad
cuero cabelludo.

Se le interroga

Ella indica que

dijeron

SOSPECHA CLÍNICA

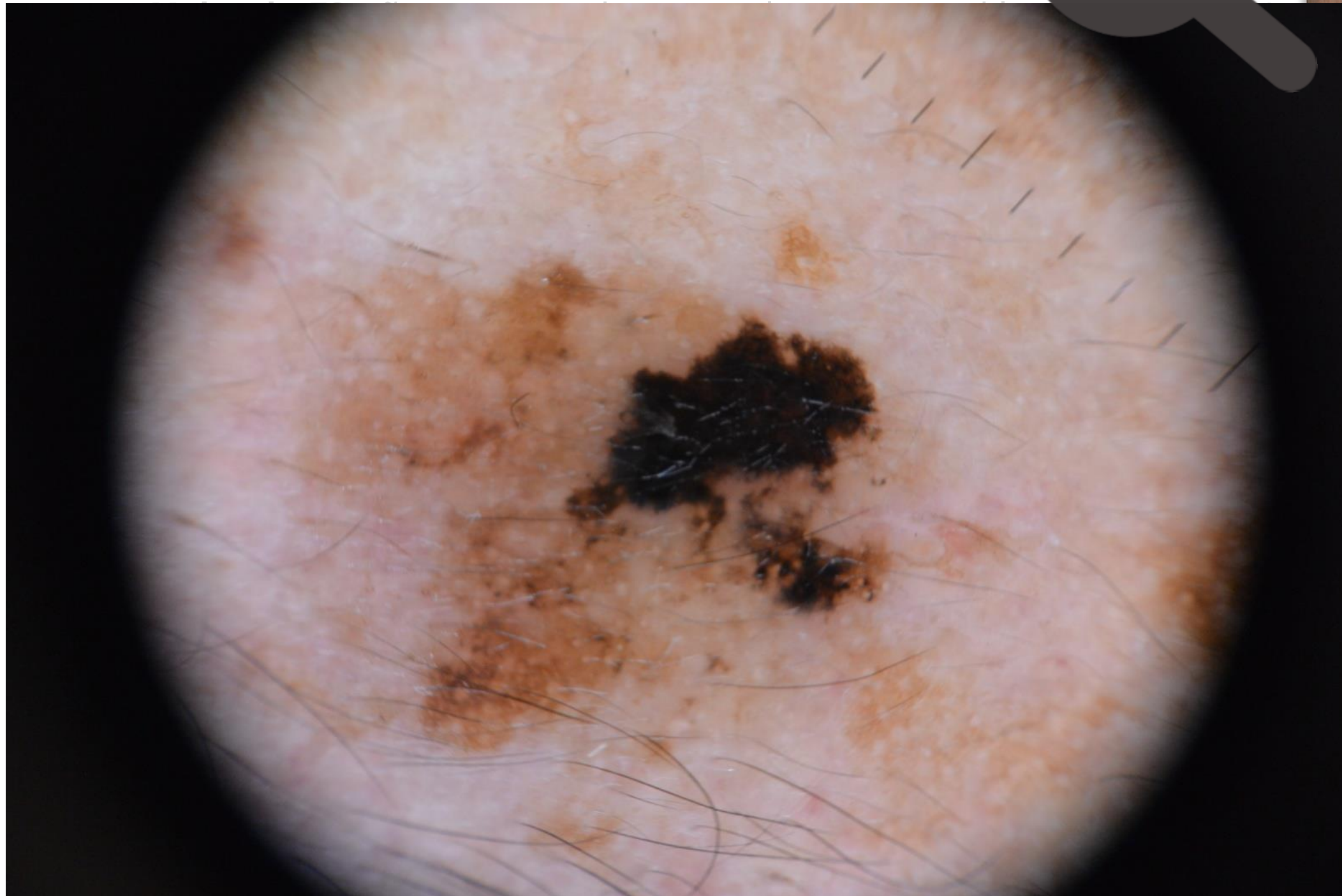
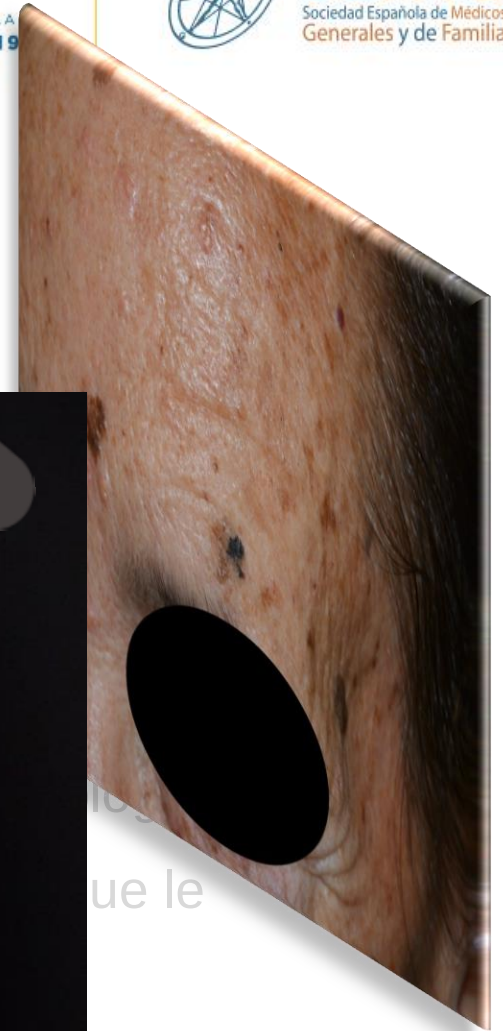


1. **Nevus melanocítico atípico**
2. **Basocelular plano hiperpigmentado**
3. **Queratosis actínica pigmentada**
4. **Queratosis seborreica plana pigmentada**
5. **Léntigo maligno**



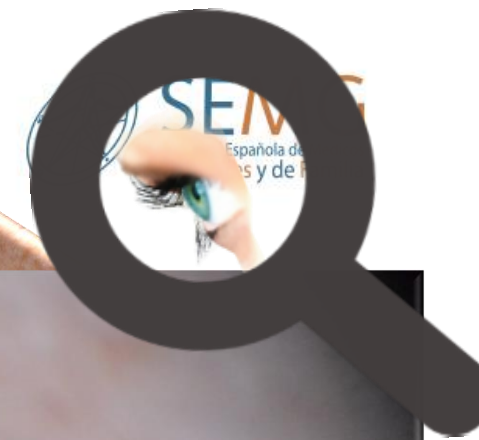
CASO CLÍNICO 2:

DERMATOSCOPIA



¡Ampliamos!





¡Ampliamos!

ESTANDARIZACIÓN

❖ Sociedad Internacional de Dermatoscopia (2003)

IDS: (Internacional Dermoscopy Society)

<http://www.dermoscopy-ids.org/>

<http://www.dermoscopy.org/consensus/results.asp>



ESTANDARIZACIÓN

ALGORITMO O MÉTODO DE “DOS ETAPAS”

Lesión
Cutánea



1ª ETAPA

¿Es una lesión
MELANOCÍTICA?

ESTANDARIZACIÓN

ALGORITMO O MÉTODO DE “DOS ETAPAS”

**Lesión
Cutánea**



1ª ETAPA

**¿Es una lesión
MELANOCÍTICA?**

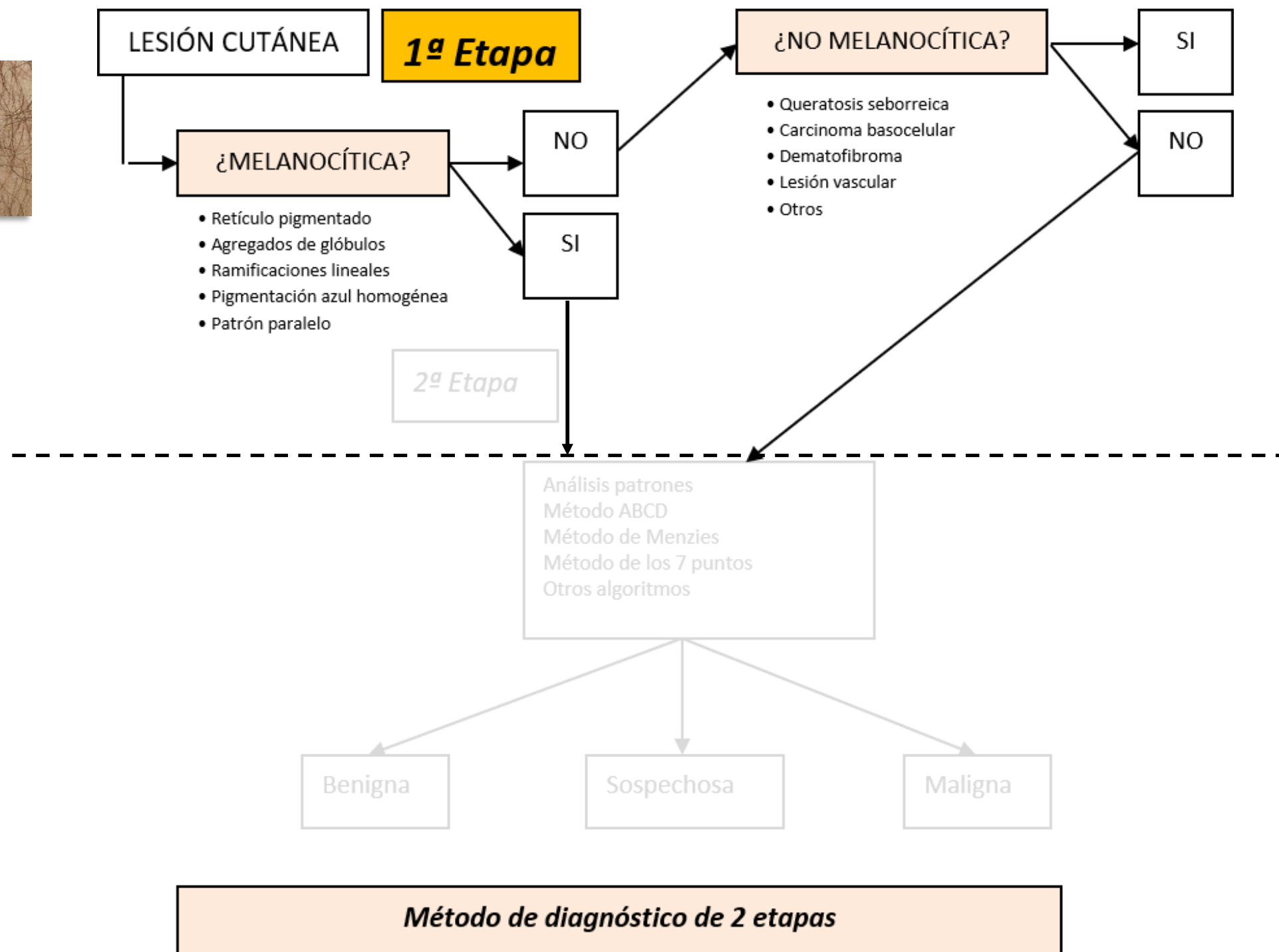
2ª ETAPA

**¿Es una lesión
MALIGNA?**

ESTANDARIZACIÓN

ALGORITMO O MÉTODO DE “DOS ETAPAS”

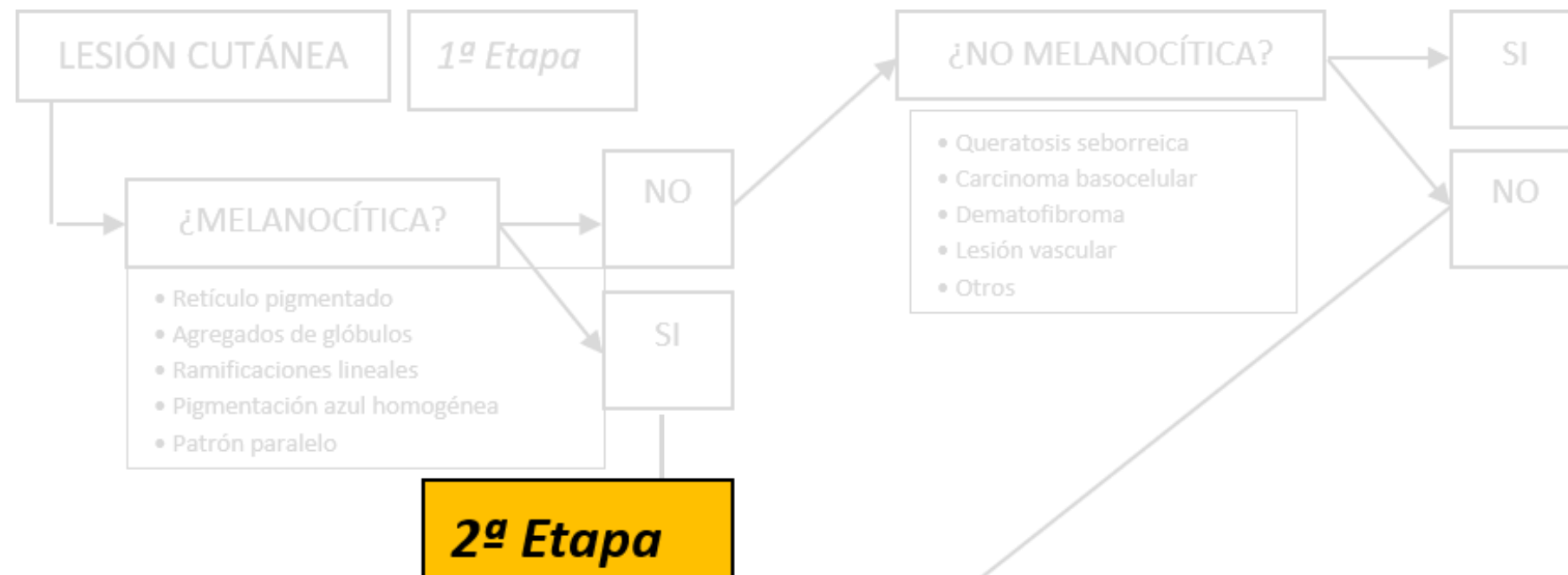
Lesión Cutánea



ESTANDARIZACIÓN

ALGORITMO O MÉTODO DE “DOS ETAPAS”

Lesión Cutánea



Análisis patrones
Método ABCD
Método de Menzies
Método de los 7 puntos
Otros algoritmos



Benigna

Sospechosa

Maligna



Método de diagnóstico de 2 etapas

CRITERIOS

DD LÉNTIGO MALIGNO / MELANOMA (Estructuras) En regiones faciales:

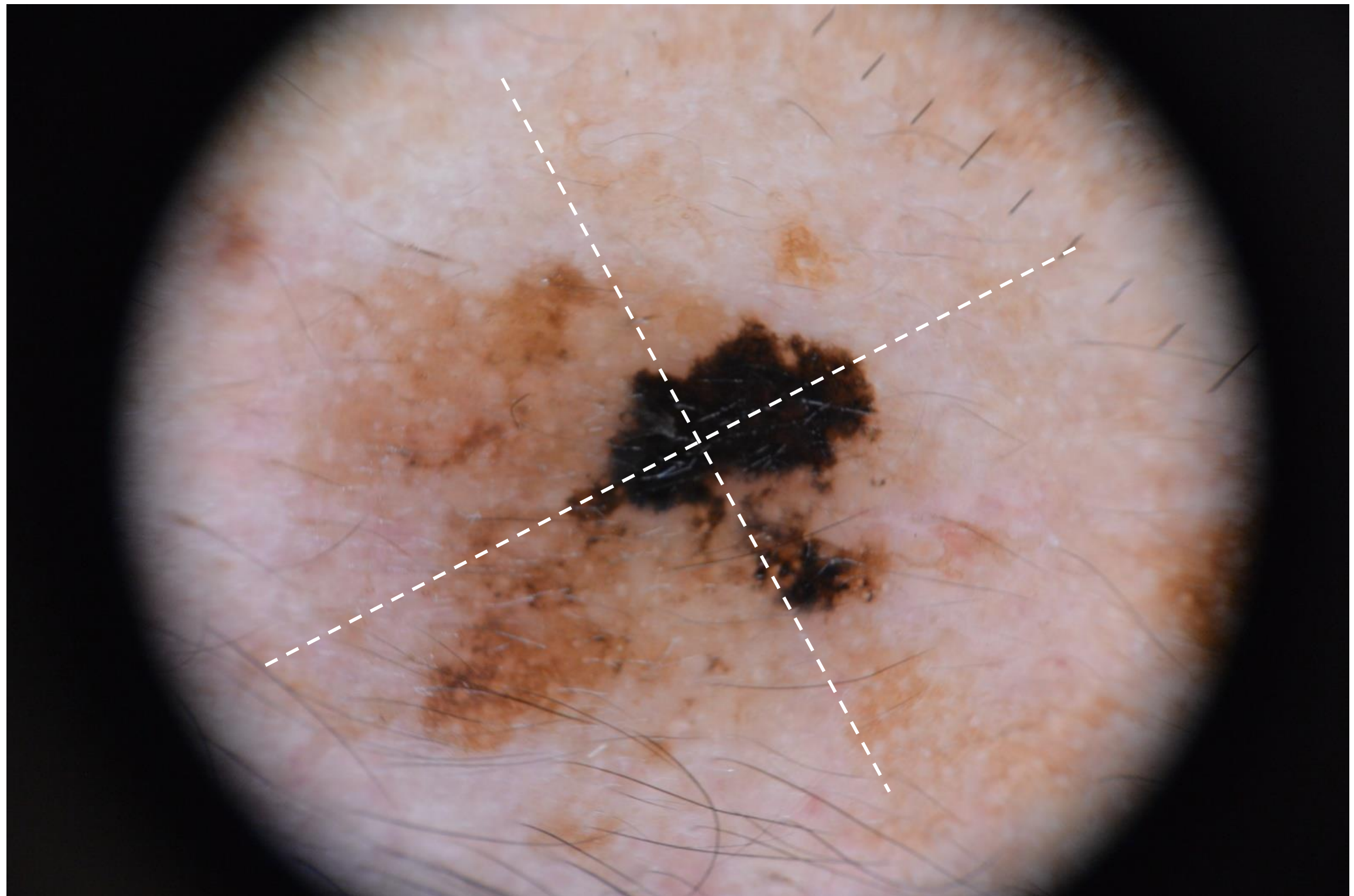
- Asimetría
- Salidas foliculares pigmentadas asimétricamente
- Estructuras romboidales-poligonales
- Puntos/glóbulos azul-grisáceo de distribución/tamaño irregular.
- Líneas oscuras.
- Áreas homogéneas oscuras de distribución irregular.



DERMATOSCO

**DD LÉNTIGO MALIGNO / MELANOMA
(Estructuras) En regiones faciales:**

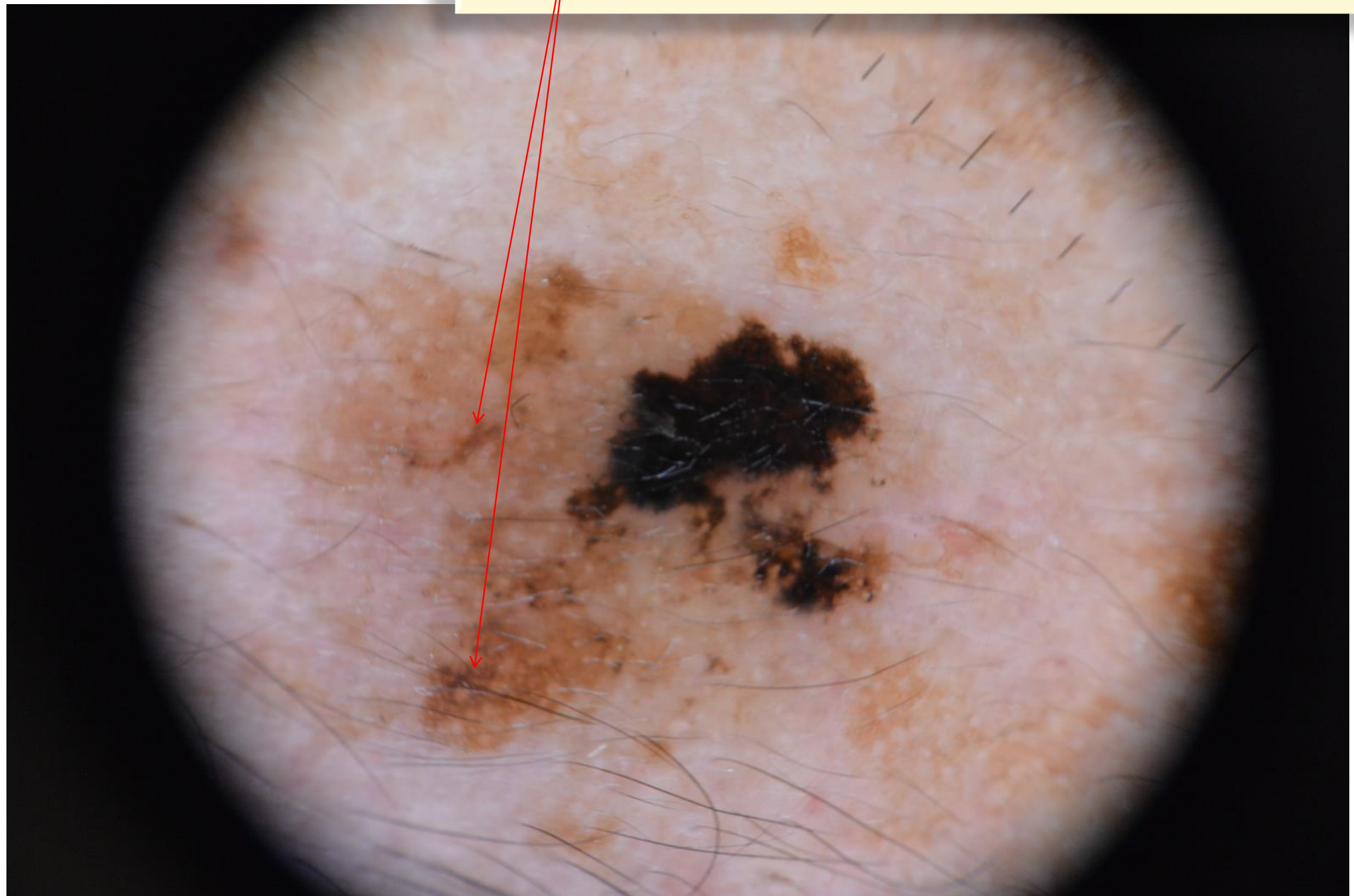
- Asimetría



DERMATOSCO

DD LÉNTIGO MALIGNO / MELANOMA (Estructuras) En regiones faciales:

- Asimetría
- Salidas foliculares pigmentadas asimétricamente



DERMATOSCO

DD LÉNTIGO MALIGNO / MELANOMA (Estructuras) En regiones faciales:

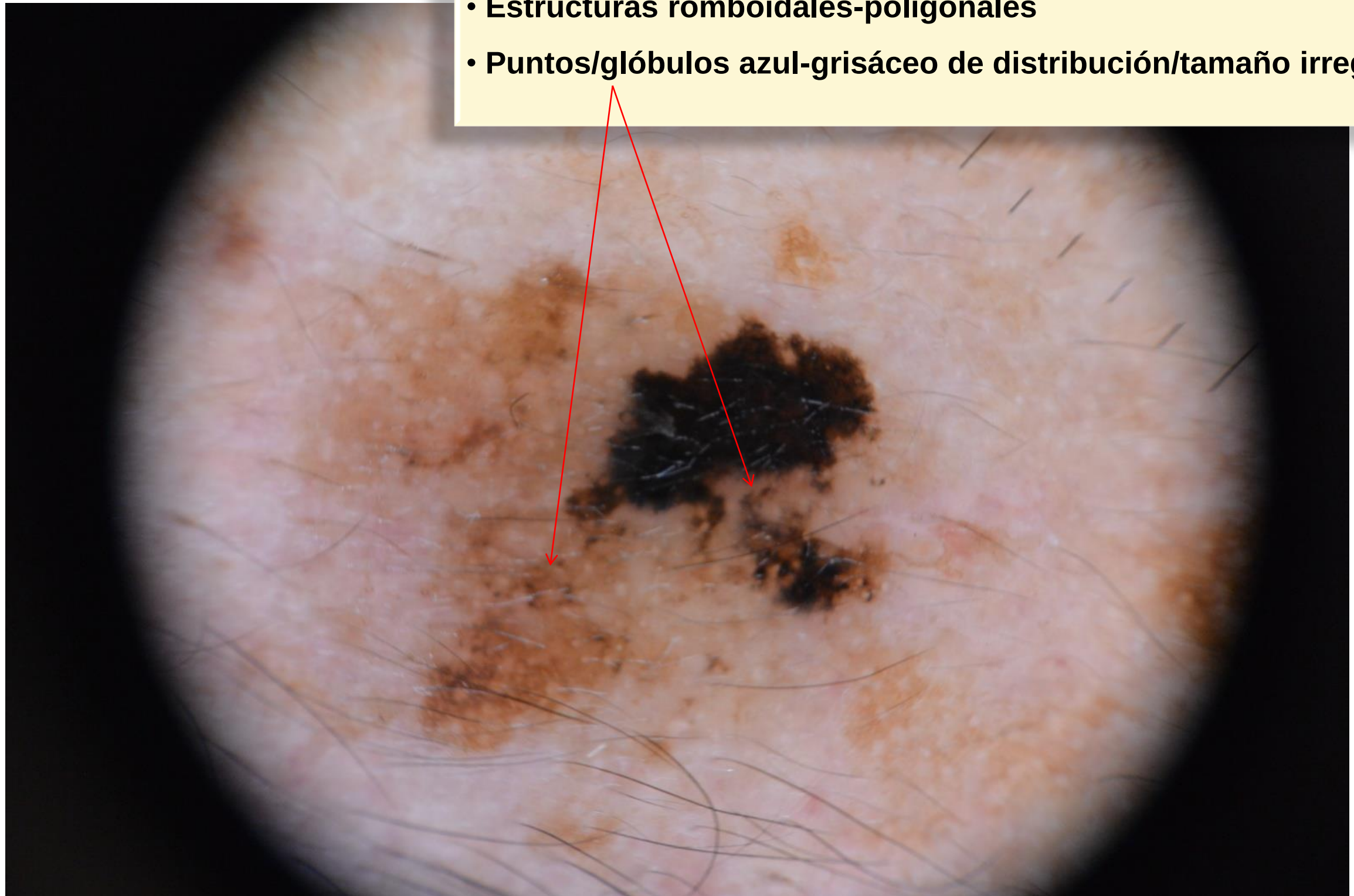
- Asimetría
- Salidas foliculares pigmentadas asimétricamente
- Estructuras romboidales-poligonales



DERMATOSCO

DD LÉNTIGO MALIGNO / MELANOMA (Estructuras) En regiones faciales:

- Asimetría
- Salidas foliculares pigmentadas asimétricamente
- Estructuras romboidales-poligonales
- Puntos/glóbulos azul-grisáceo de distribución/tamaño irregular.



DERMATOSCO

DD LÉNTIGO MALIGNO / MELANOMA (Estructuras) En regiones faciales:

- Asimetría
- Salidas foliculares pigmentadas asimétricamente
- Estructuras romboidales-poligonales
- Puntos/glóbulos azul-grisáceo de distribución/tamaño irregular.
- Líneas oscuras.
- Áreas homogéneas oscuras de distribución irregular.



CASO CLÍNICO 2:

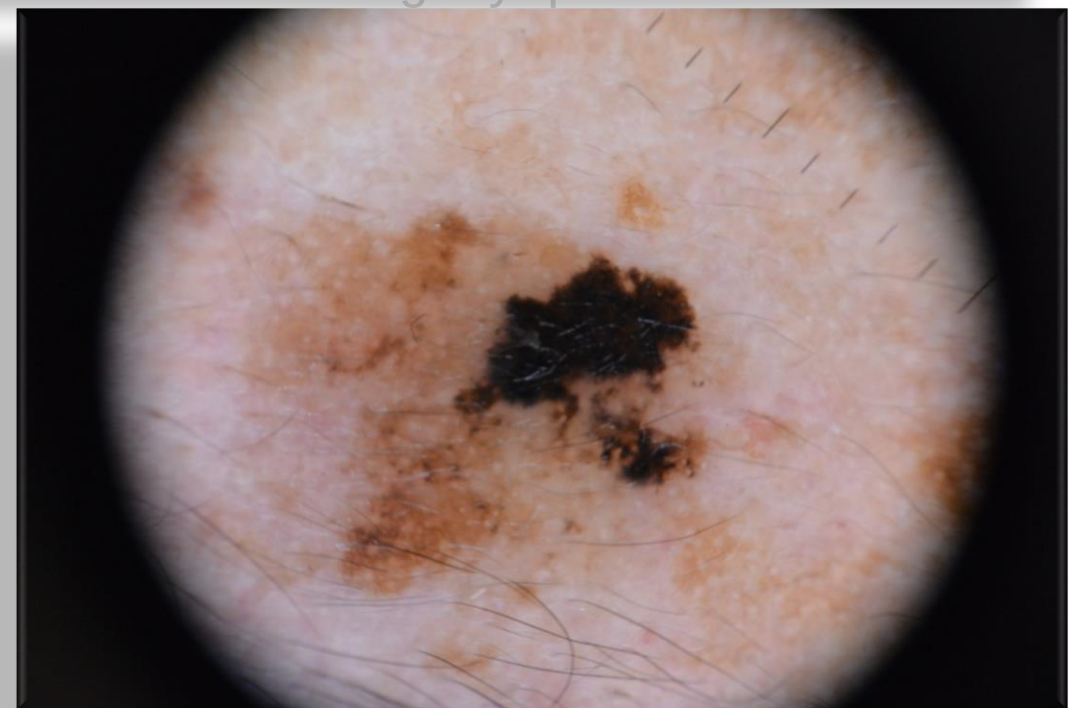
Mujer de 78 años, que acude a consulta por un problema de piel que no pasaba por la consulta de su MF.

Durante la consulta, se observan lesiones pigmentadas en el cuero cabelludo.

Se le informó que en los últimos años ha sido visitada por un dermatólogo. Ella indicó que la lesión fue estudiada en el S. de Dermatología y que le dijeron que estas lesiones carecían de importancia.

SOSPECHA CLÍNICA

1. **Nevus melanocítico atípico**
2. **Basocelular plano hiperpigmentado**
3. **Queratosis actínica pigmentada**
4. **Queratosis seborreica plana pigmentada**
5. **Lentigo maligno**



CASO CLÍNICO 2:

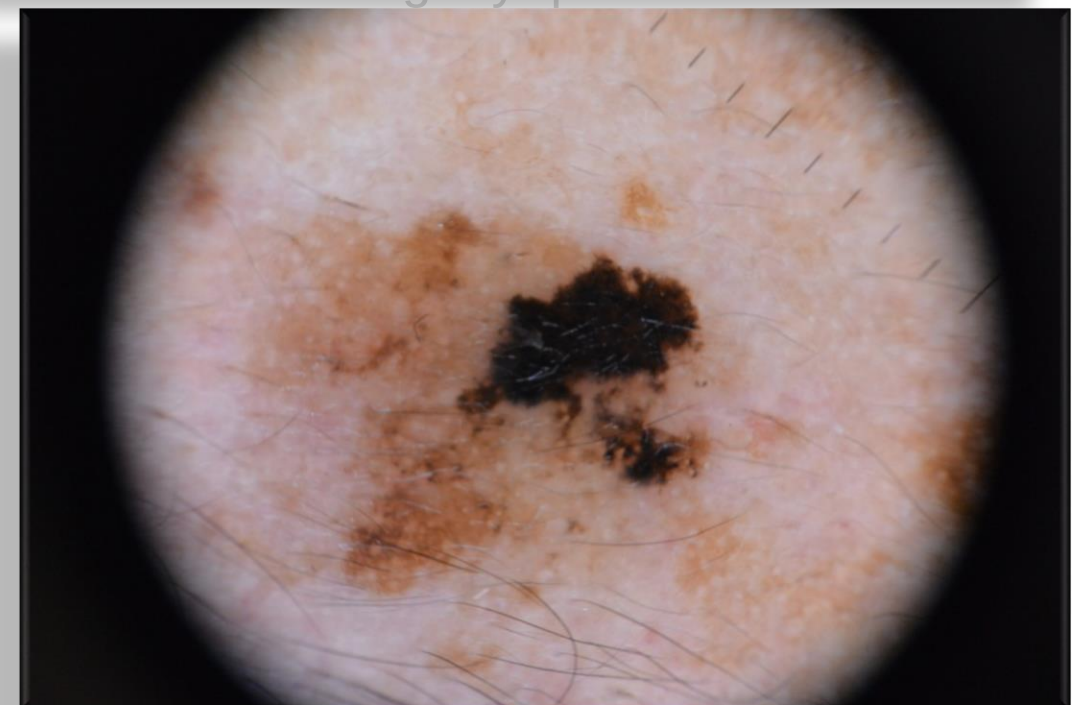
Mujer de 78 años, que acude a consulta por un problema de piel que no pasaba por la consulta de su MF.

Durante la consulta, se observan **lesiones pigmentadas** en el cuero cabelludo.

Se le informó que en los últimos años ha sido visitada por un dermatólogo. Ella indicó que la lesión fue estudiada en el S. de Dermatología y que le dijeron que estas lesiones carecían de importancia.

SOSPECHA CLÍNICA

1. Nevus melanocítico atípico
2. Basocelular plano hiperpigmentado
3. Queratosis actínica pigmentada
4. Queratosis seborreica plana pigmentada
5. **Léntigo maligno /Léntigo maligno melanoma**



CASO CLÍNICO 3:

Mujer de 72 años, que presenta una pequeña lesión en dorso nasal de unos 2 meses de evolución. Inicialmente salió como una pequeño “granito” que ha crecido hasta el tamaño actual. Lesión redondeada, ligeramente sobreelevada, no pigmentada. Asintomática.

Sólo desea ver si se le puede quitar, ya que le afea algo y tiene la comunión del nieto muy cerca.



Mujer de
de evolu
tamaño
Asintom
Sólo des
muy cer





CASO CLÍNICO 3:

Mujer de 72 años, que presenta una pequeña lesión de evolución. Inicialmente salió como una pequeña lesión de tamaño actual. Lesión redondeada, ligeramente sobre el nivel de la piel. Asintomática.

SOSPECHA CLÍNICA



- 1. Hiperplasia sebácea**
- 2. Carcinoma basocelular**
- 3. Dermatofibroma**
- 4. Nevus melanocítico intradérmico**
- 5. Melanoma amelanítico**

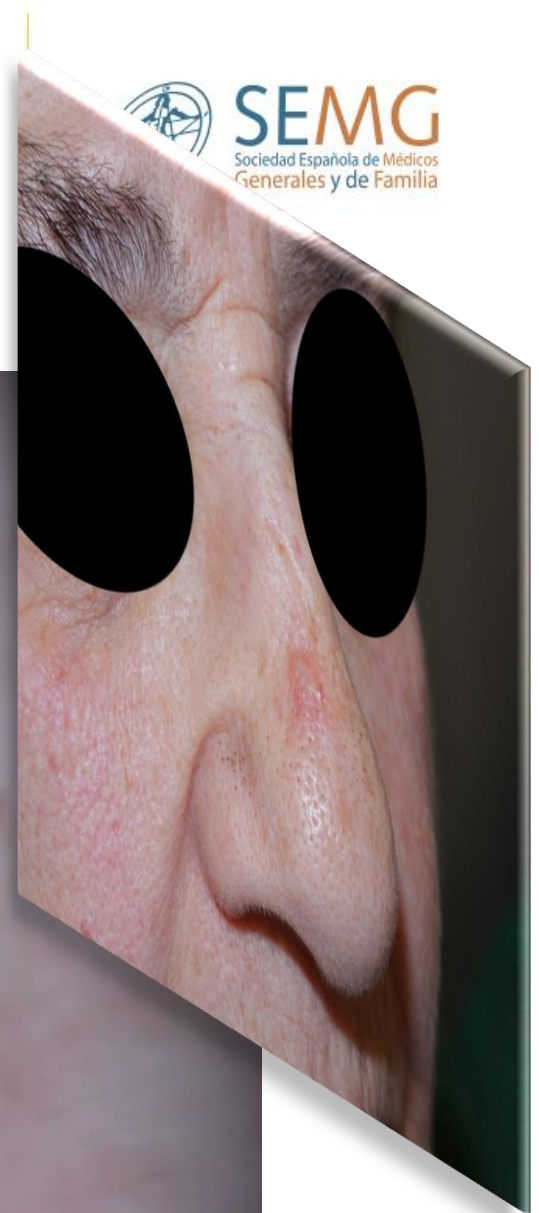


DERMATOSCOPIA



XXVI Congreso Nacional
de Medicina General
y de Familia
SANTIAGO DE COMPOSTELA
16-18 DE MAYO 2019
PALACIO DE CONGRESOS

SEMG
Sociedad Española de Médicos
Generales y de Familia



DERMATOSCOPIA



XXVI Congreso Nacional
de Medicina General
y de Familia
SANTIAGO DE COMPOSTELA
16-18 DE MAYO 2019
PALACIO DE CONGRESOS

SEMG
Sociedad Española de Médicos
Generales y de Familia

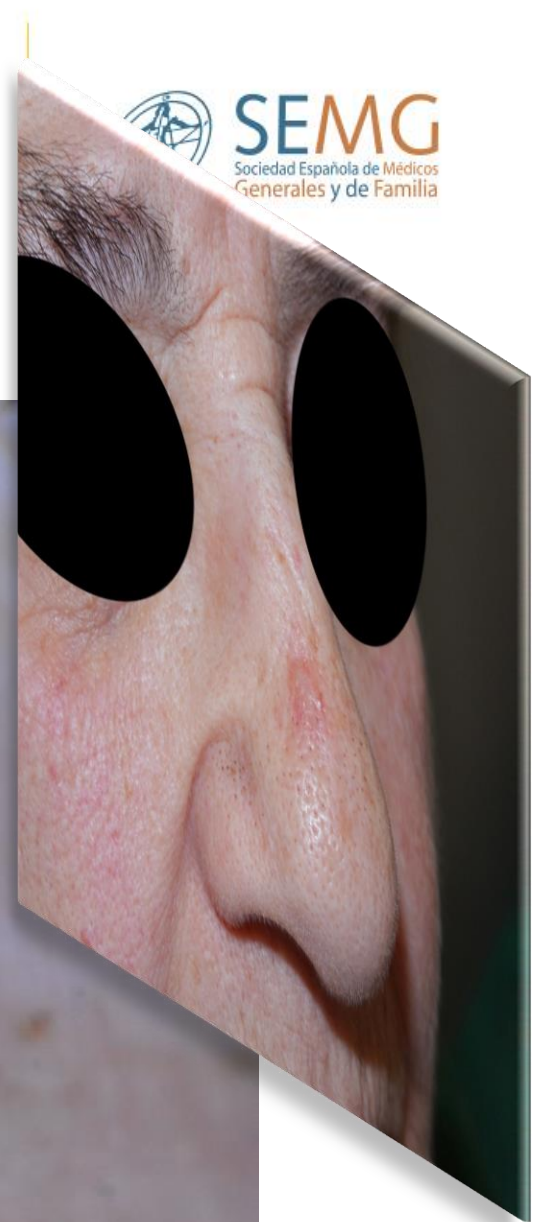
Con gel ecográfico



DERMATOSCOPIA



Vasos “arboriformes”



CASO CLÍNICO 3:

Mujer de 72 años, que presenta una pequeña lesión de evolución. Inicialmente salió como una pequeña lesión de tamaño actual. Lesión redondeada, ligeramente solitaria. Asintomática.

SOSPECHA CLÍNICA



- 1. Hiperplasia sebácea**
- 2. Carcinoma basocelular**
- 3. Dermatofibroma**
- 4. Nevus melanocítico intradérmico**
- 5. Melanoma amelanítico**



CASO CLÍNICO 3:

Mujer de 72 años, que presenta una pequeña lesión de evolución. Inicialmente salió como una pequeña lesión de tamaño actual. Lesión redondeada, ligeramente sobre el nivel de la piel. Asintomática.

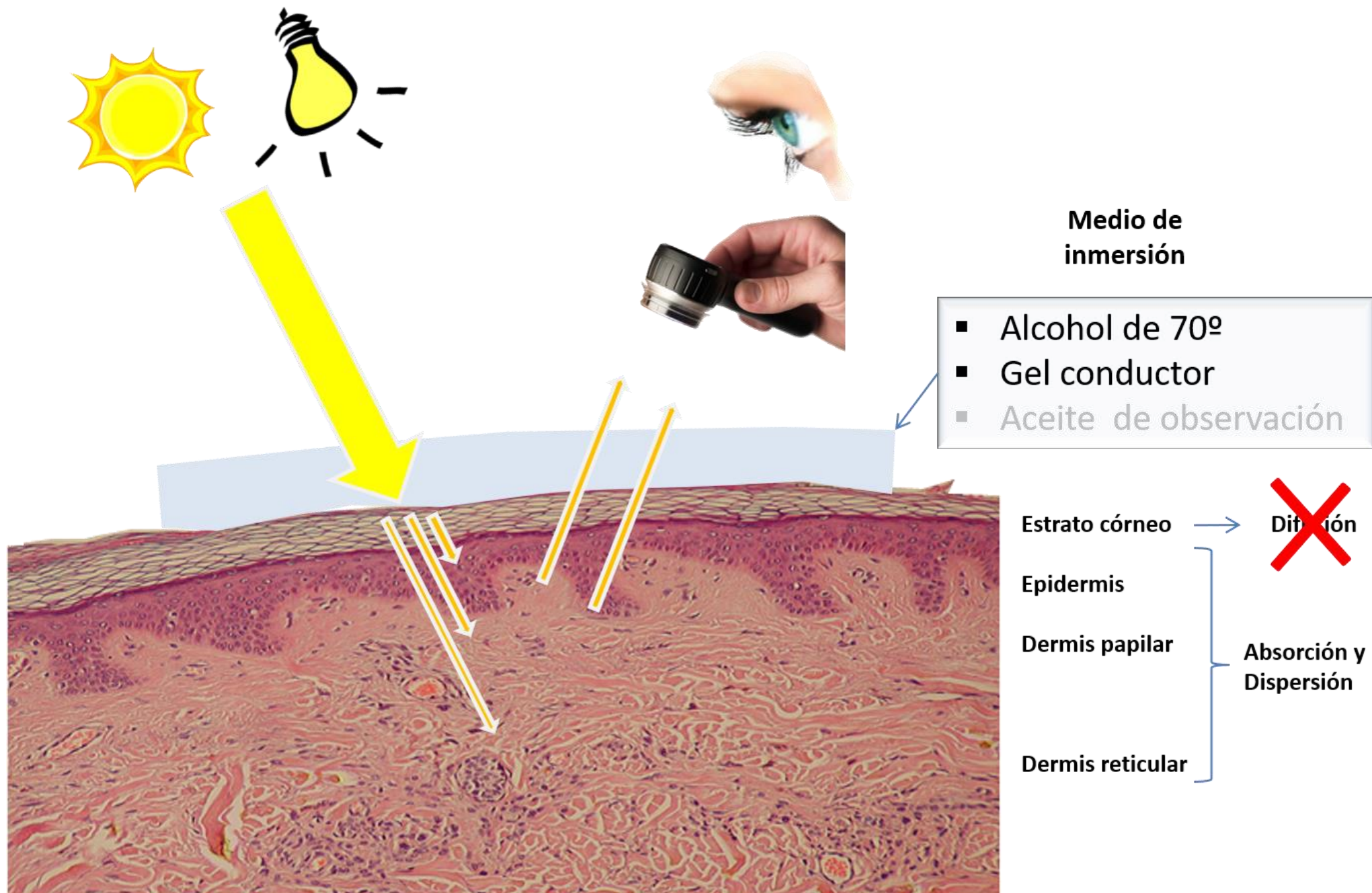
SOSPECHA CLÍNICA



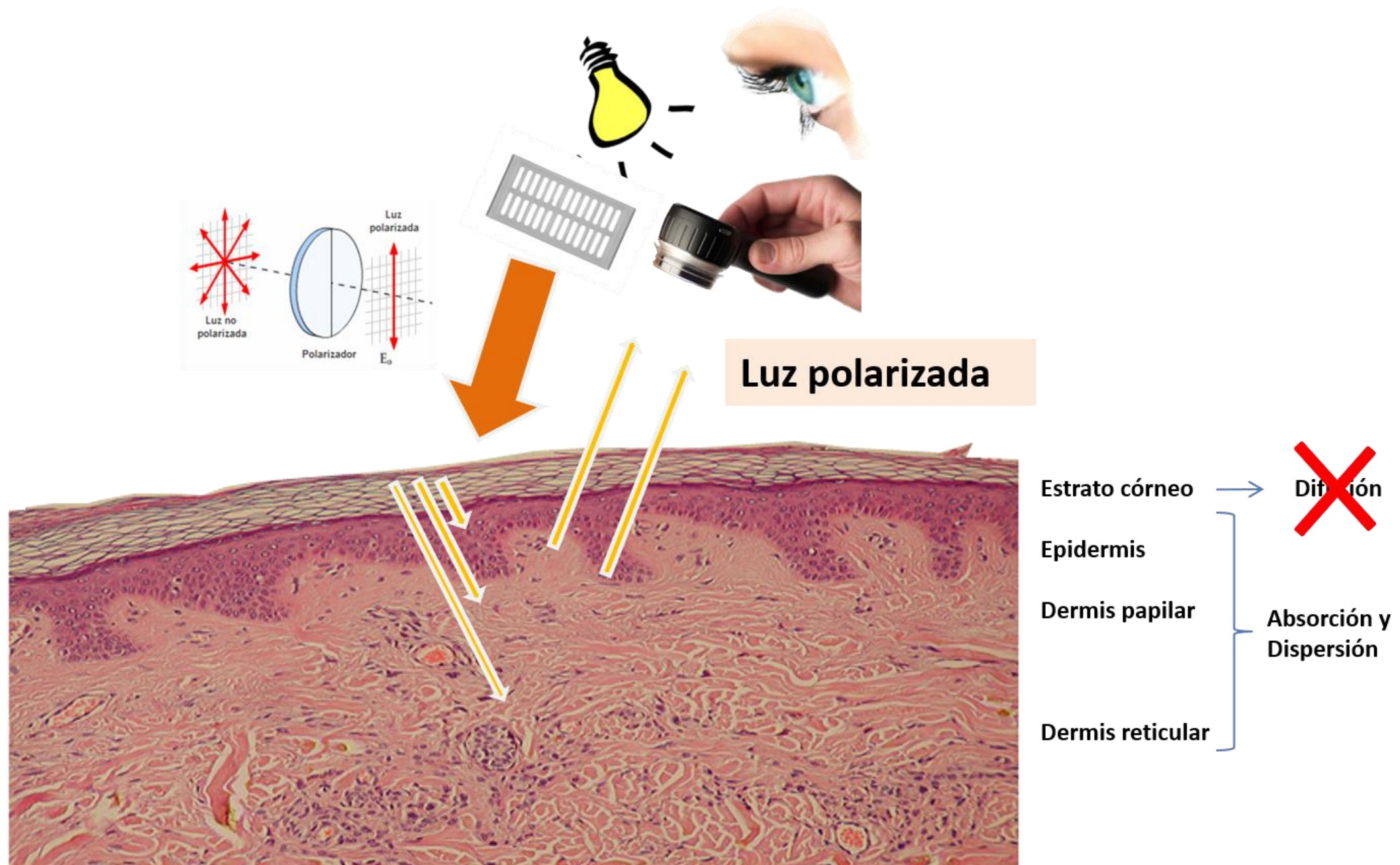
1. Hiperplasia sebácea
- 2. Carcinoma basocelular**
3. Dermatofibroma
4. Nevus melanocítico intradérmico
5. Melanoma amelanítico



¿Qué hace?



¿Qué hace?





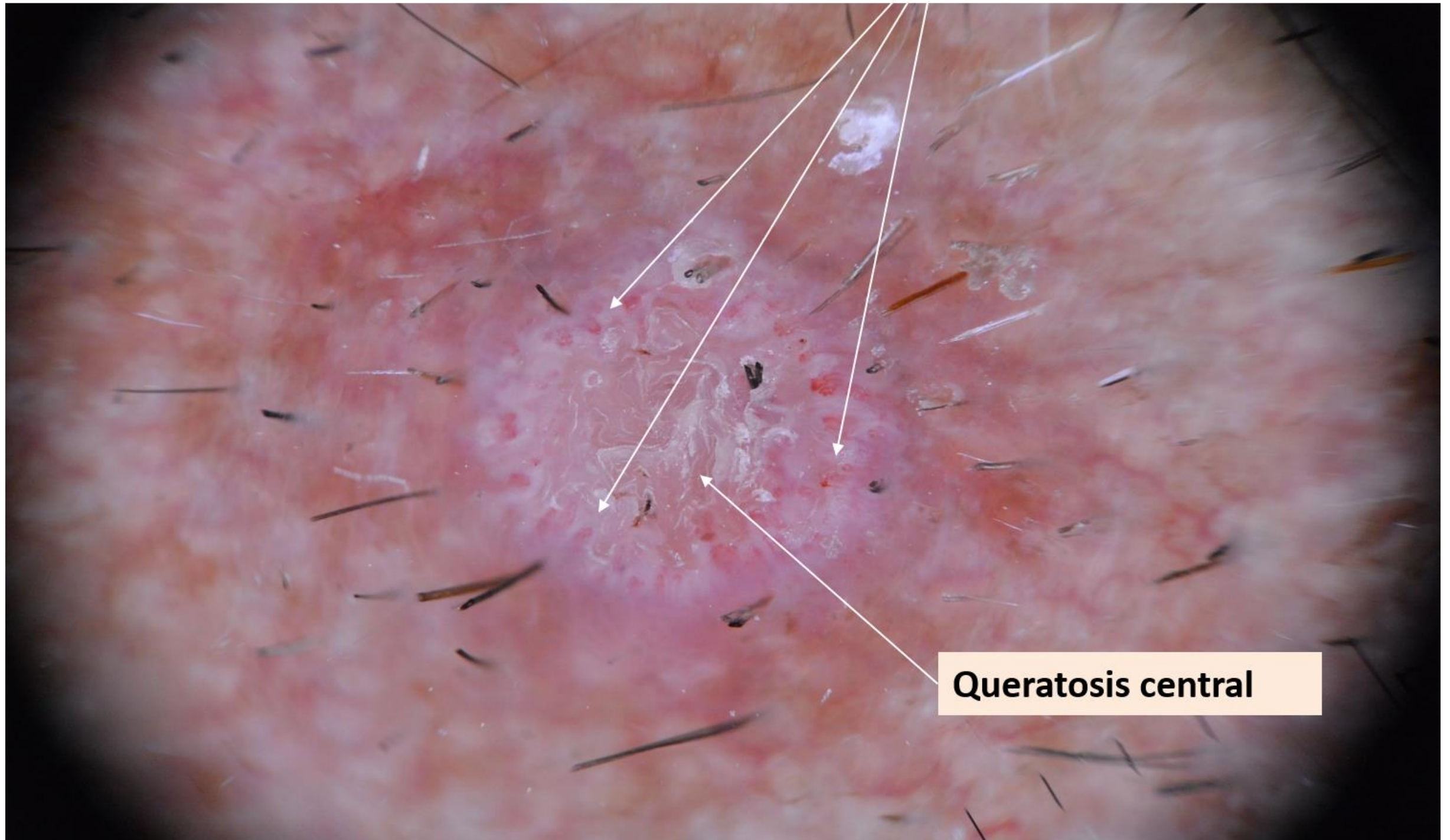
¿Qué os parece?



¿Qué os parece?



Vasos en “horquilla”

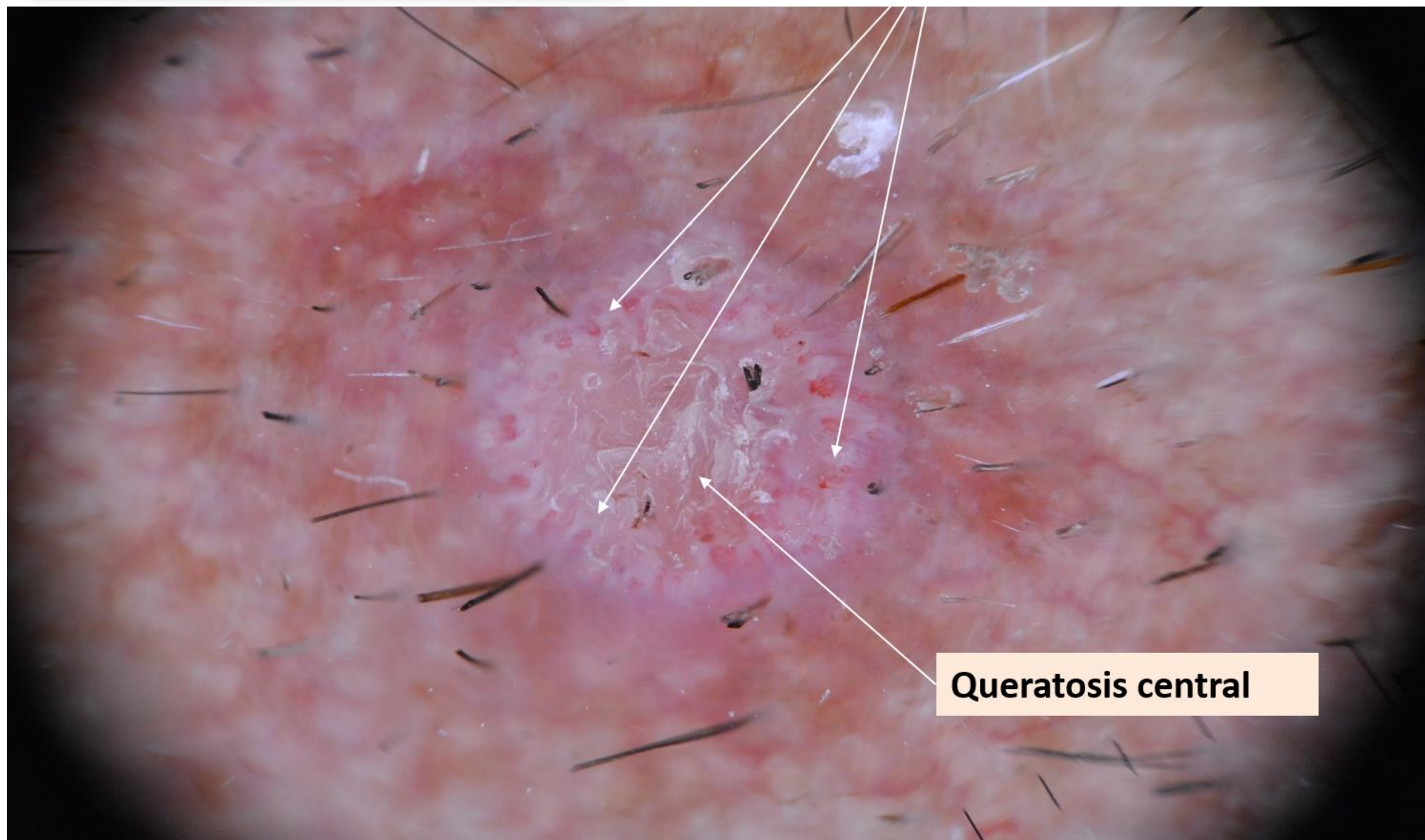


Queratosis central



Queratoacantoma

Vasos en “horquilla”

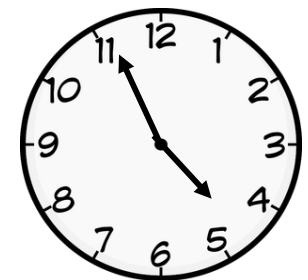


Queratosis central

CASO CLÍNICO 4:

Mujer de 27 años, que acude con su madre por comentar que tenía una pequeña lesión en zona anterolateral derecha del tórax, desde hace ya bastante tiempo (no lo precisa).

Le ha preocupado porque le ha crecido un poquito y se ha oscurecido. Se observa como lesión única, sobreelevada, cupuliforme, no descamativa, con ligera pigmentación.



CASO CLÍNICO 4:

Mu
pec
bas

Le
Se
des



CASO CLÍNICO 4:

Mujer
pequeña
basal

Le ha
Se o
des



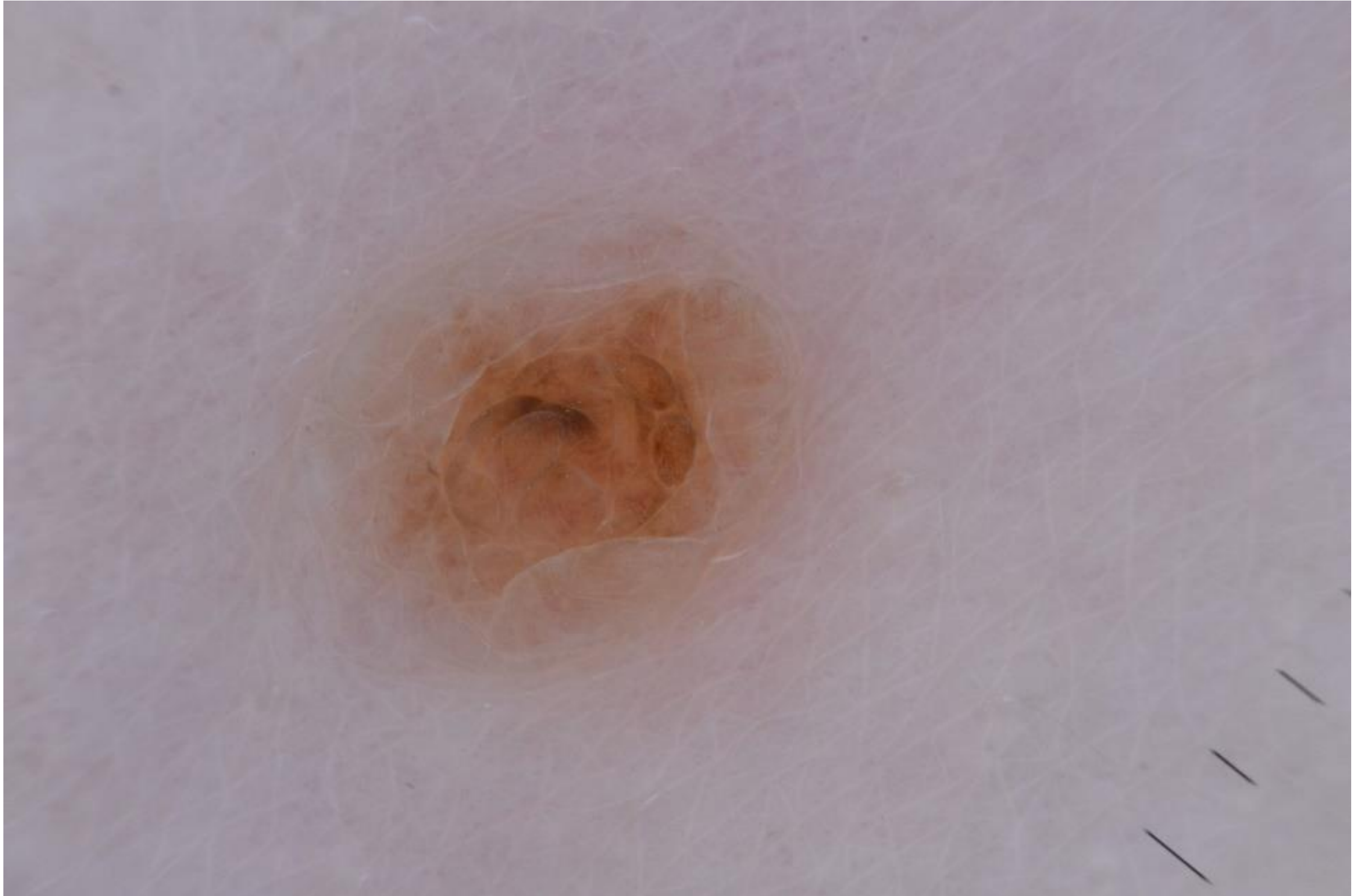
CASO CLÍNICO 4:

SOSPECHA CLÍNICA

1. Botriomicoma
2. Carcinoma basocelular pigmentado
3. Dermatofibroma
4. Nevus melanocítico intradérmico
5. Pezón supernumerario



DERMATOSCOPIA





**Zona pigmentada difusa, sin estructuras claras,
con una hendidura central**



CASO CLÍNICO 4:

SOSPECHA CLÍNICA

1. Botriomicoma
2. Carcinoma basocelular pigmentado
3. Dermatofibroma
4. Nevus melanocítico intradérmico
- 5. Pezón supernumerario**



CASO CLÍNICO 5:

Varón de 16 años, que acude con su madre por presentar numerosos “lunares” desde el nacimiento. Posteriormente, le han salido más. Les preocupa que alguno sea “malo”.



CASO CLÍNICO 5:

Varón de
“lunares”
Les prece



CASO CLÍNICO 5:

Varón de
“lunares”
Les preo



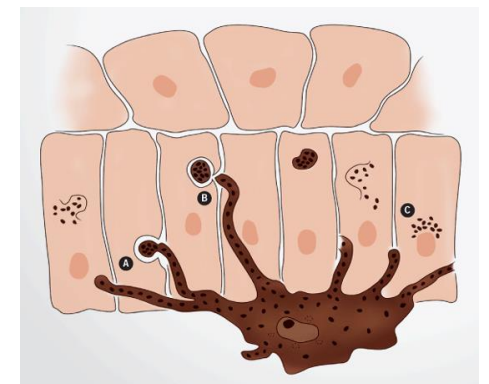
¿Qué hacemos?



LESIONES “MELANOCÍTICAS”

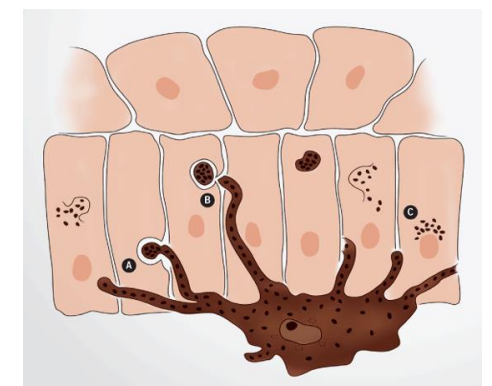
- Nevus melanocíticos
- CONGÉNITOS

ADQUIRIDOS
- Nevus AZUL
 - Nevus ATÍPICO o displásico
 - Nevus de SPITZ / DE REED
 - LÉNTIGOS
 - MELANOMA



LESIONES “MELANOCÍTICAS”

- Nevus melanocíticos { CONGÉNITOS
ADQUIRIDOS
- Nevus AZUL
- **Nevus ATÍPICO o displásico**
- Nevus de SPITZ / DE REED
- LÉNTIGOS
- MELANOMA



LESIONES “MELANOCÍTICAS”

NEVUS **ATÍPICO** (N. de CLARK)

- Lesiones **pigmentadas**, maculares o papulosas
- De **5-12 mm**, en tronco y extremidades superiores de adultos jóvenes
- Pacientes sin una relación familiar (**esporádicos**)
- O en un entorno genético familiar

LESIONES “MELANOCÍTICAS”

Regla ABCDE en el diagnóstico del **MELANOMA**

A de Asimetría

B de Bordes irregulares

C de Coloración diversa

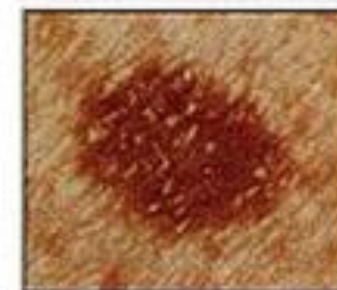
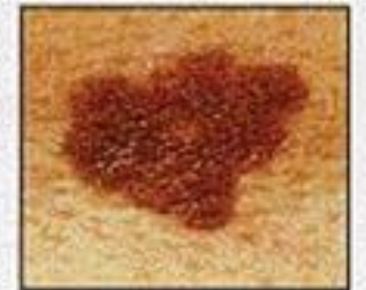
D de Diámetro > 6 mm (en discusión)

E de Elevación / Evolución

benigno



maligno



LESIONES “MELANOCÍTICAS”

“7 puntos de Glasgow” *en el diagnóstico del MELANOMA*

➤ Criterios mayores (2 puntos por cada uno):

1. Cambio en el **tamaño**/ lesión pigmentada **nueva**
2. Cambio de **forma**/ forma **irregular**
3. Cambio de **color**

➤ Criterios menores (1 puntos por cada uno):

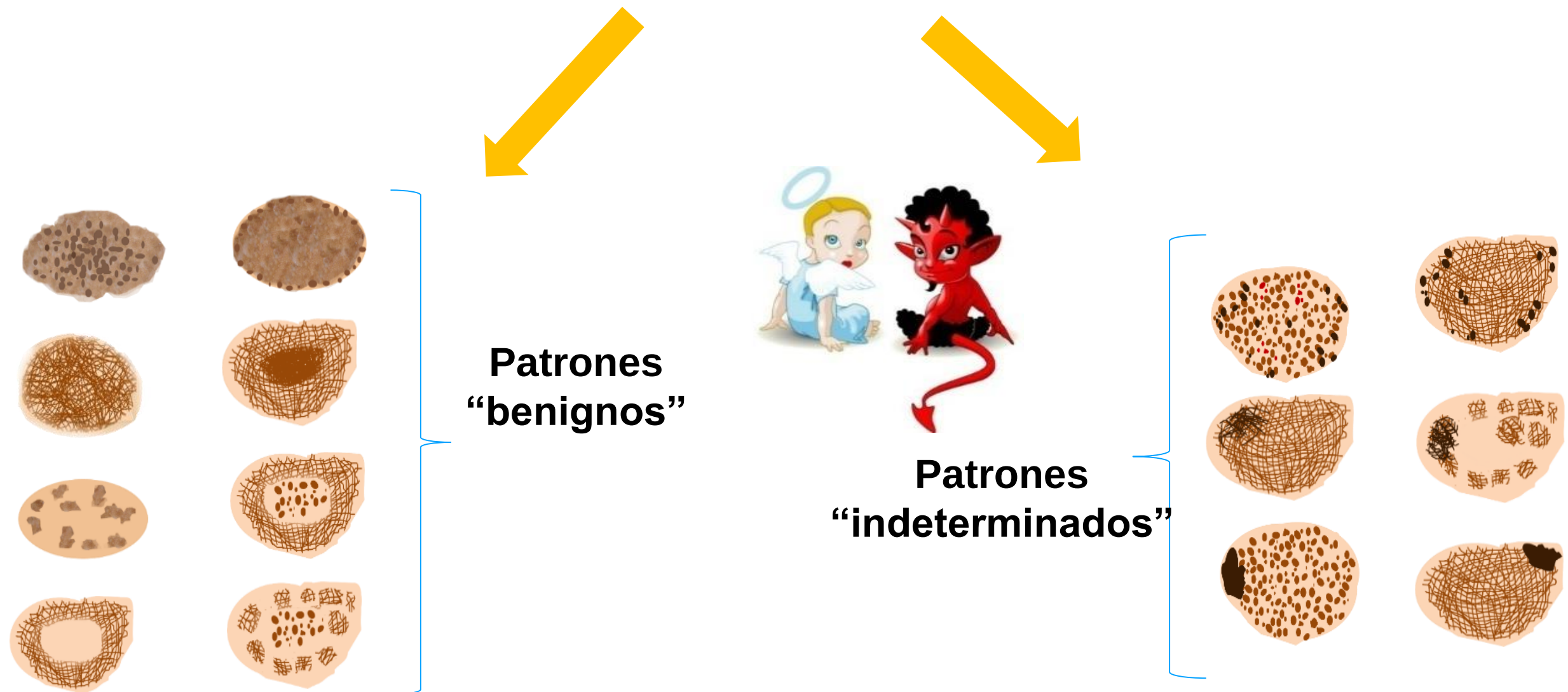
4. Diámetro = o > 7 mm,
5. Signos inflamatorios
6. Sangrado, áreas erosivas, costras o piel eccematosa
7. Cambios en la sensibilidad (prurito, escozor, ...)

Lesión sospechosa: 3 o más puntos

NEVUS ATÍPICO (N. de CLARK)



Caracterización DERMATOSCÓPICA

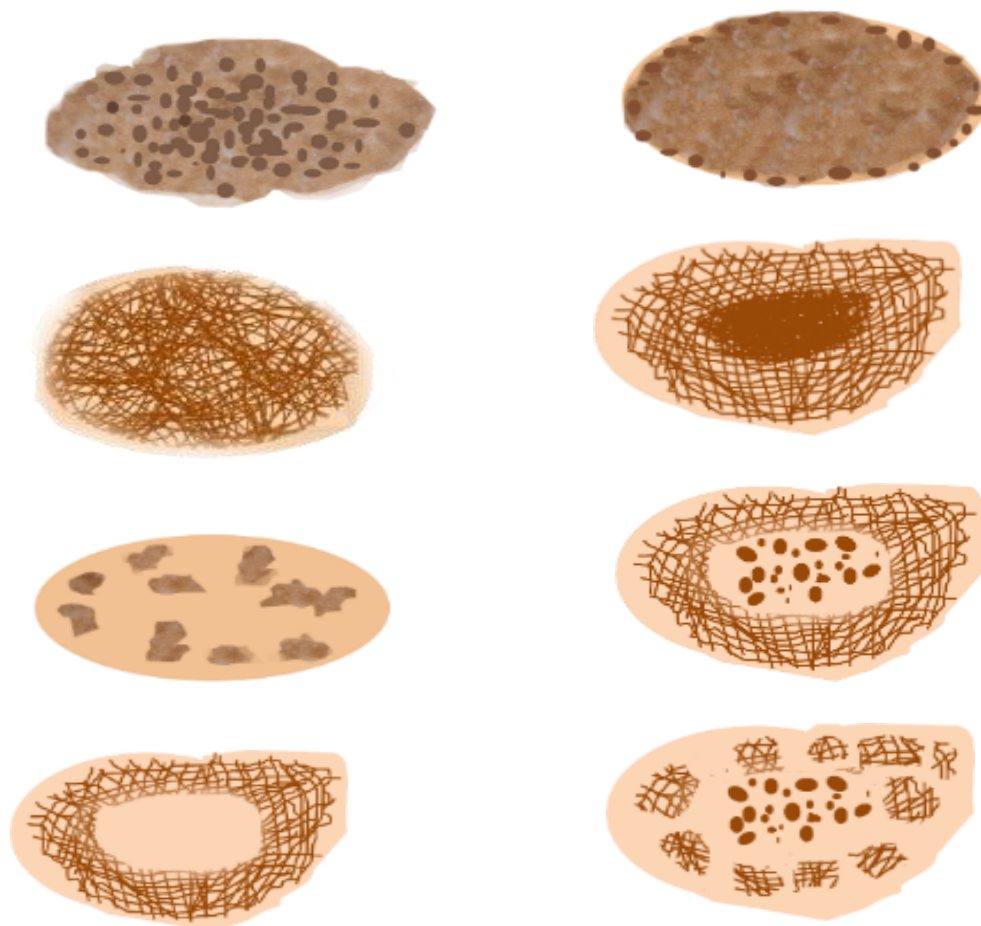


NEVUS ATÍPICO (N. de CLARK)



Caracterización DERMATOSCÓPICA

Patrones “benignos”



- Simetria
- Monocolor
- Distribución uniforme
- ...

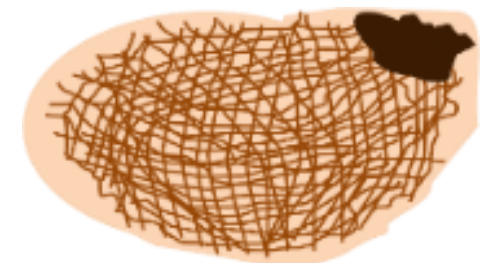
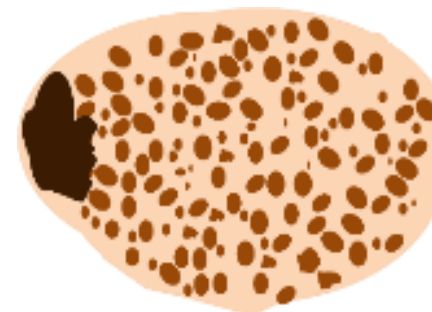
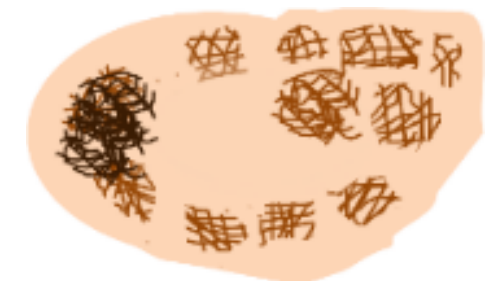
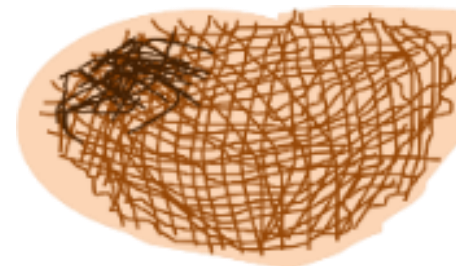
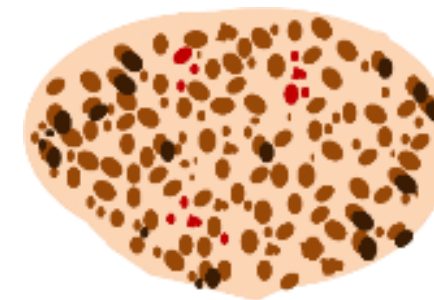
NEVUS ATÍPICO (N. de CLARK)



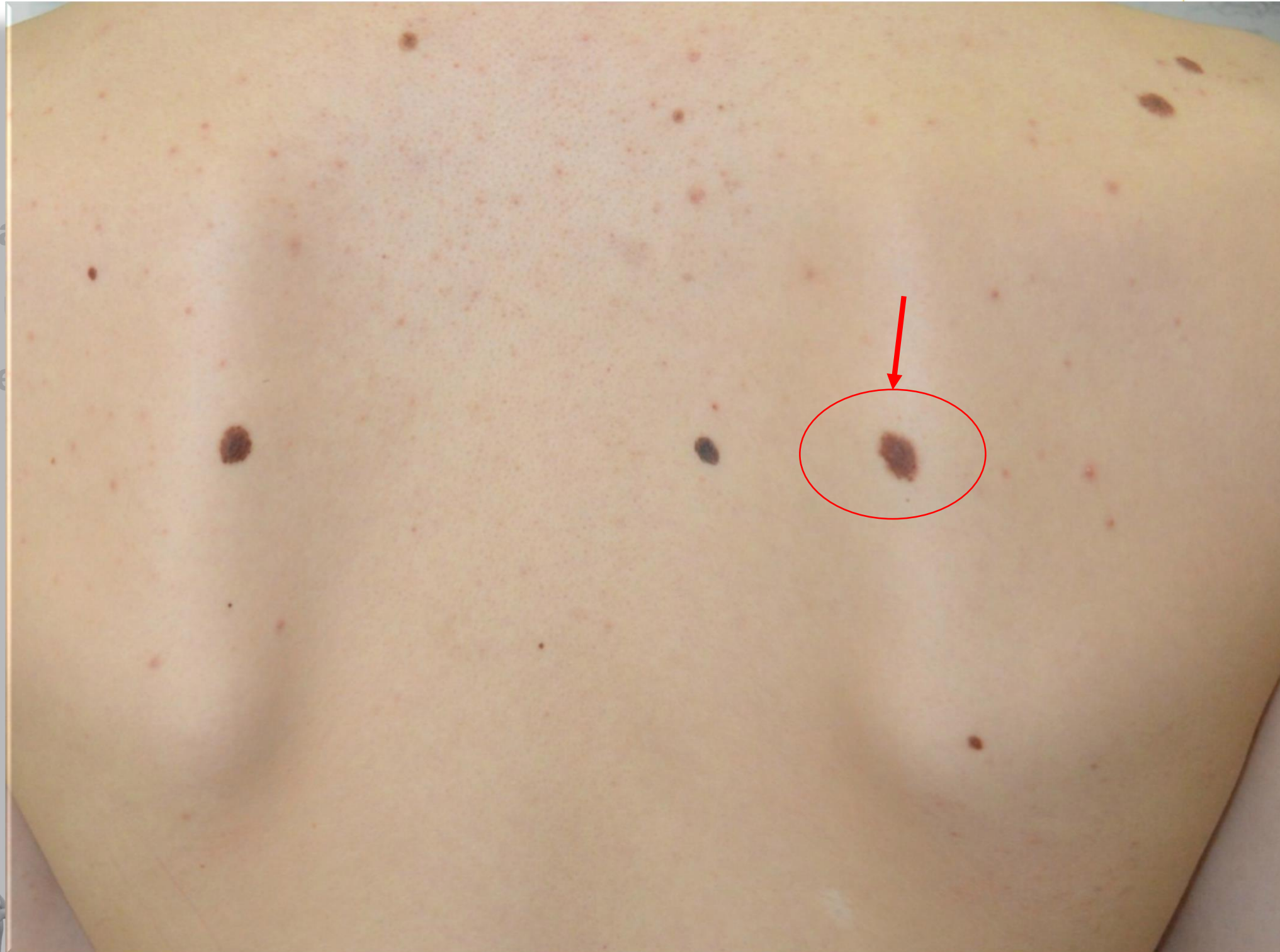
Caracterización DERMATOSCÓPICA

Patrones “indeterminados”

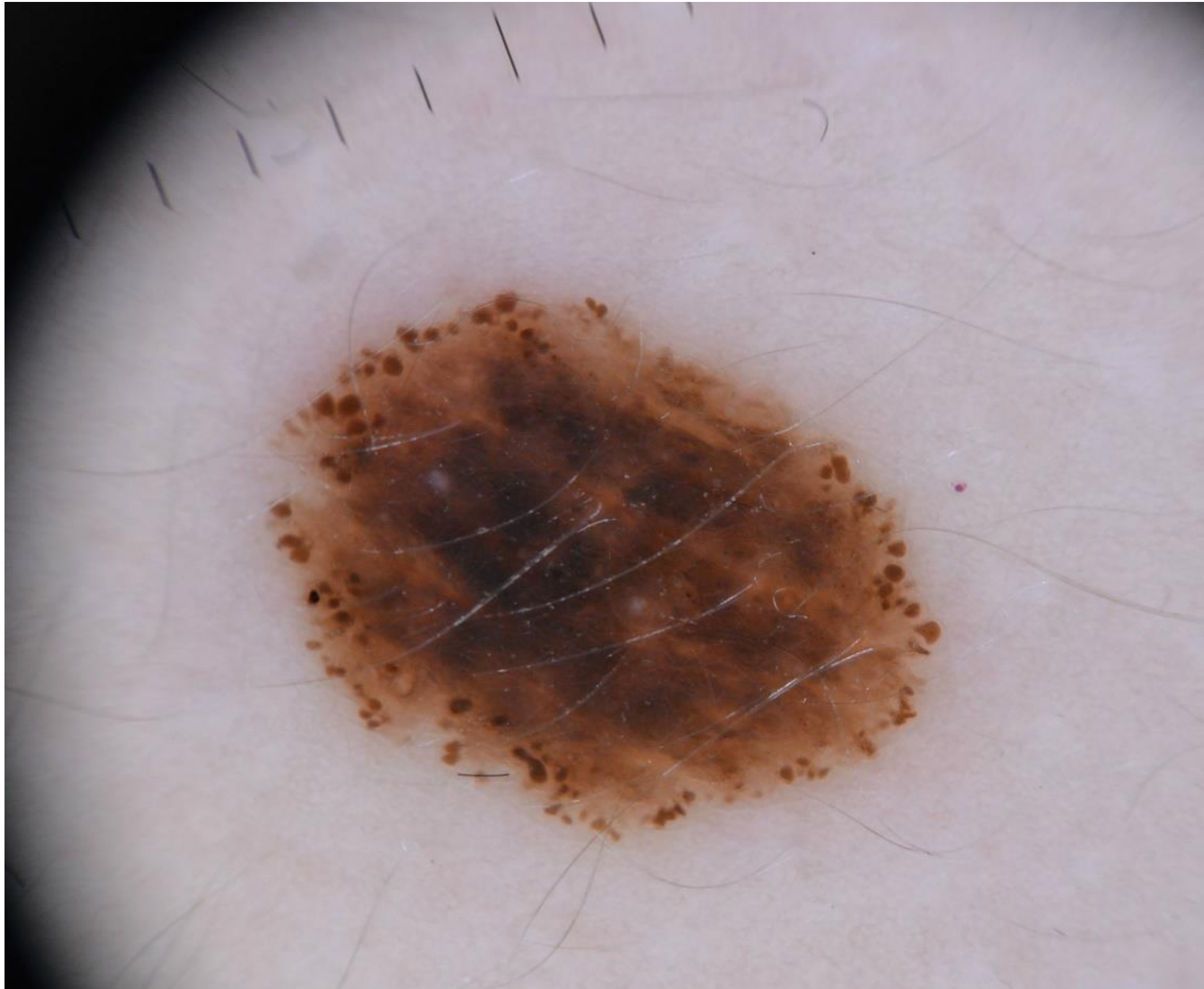
- Asimetría
- Multicolor
- Focalidad
- ...



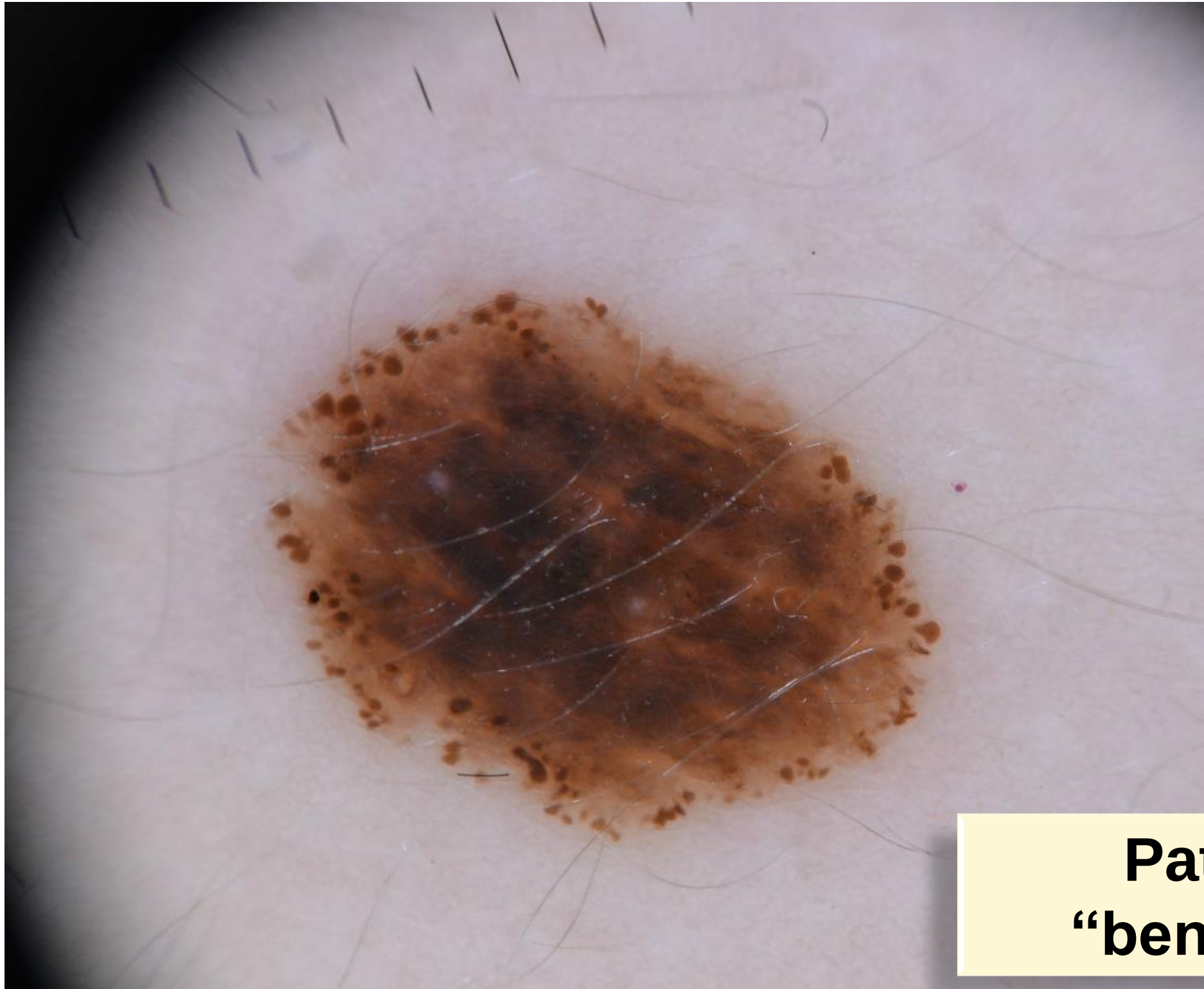
CASO CLÍNICO 5:



DERMATOSCOPIA

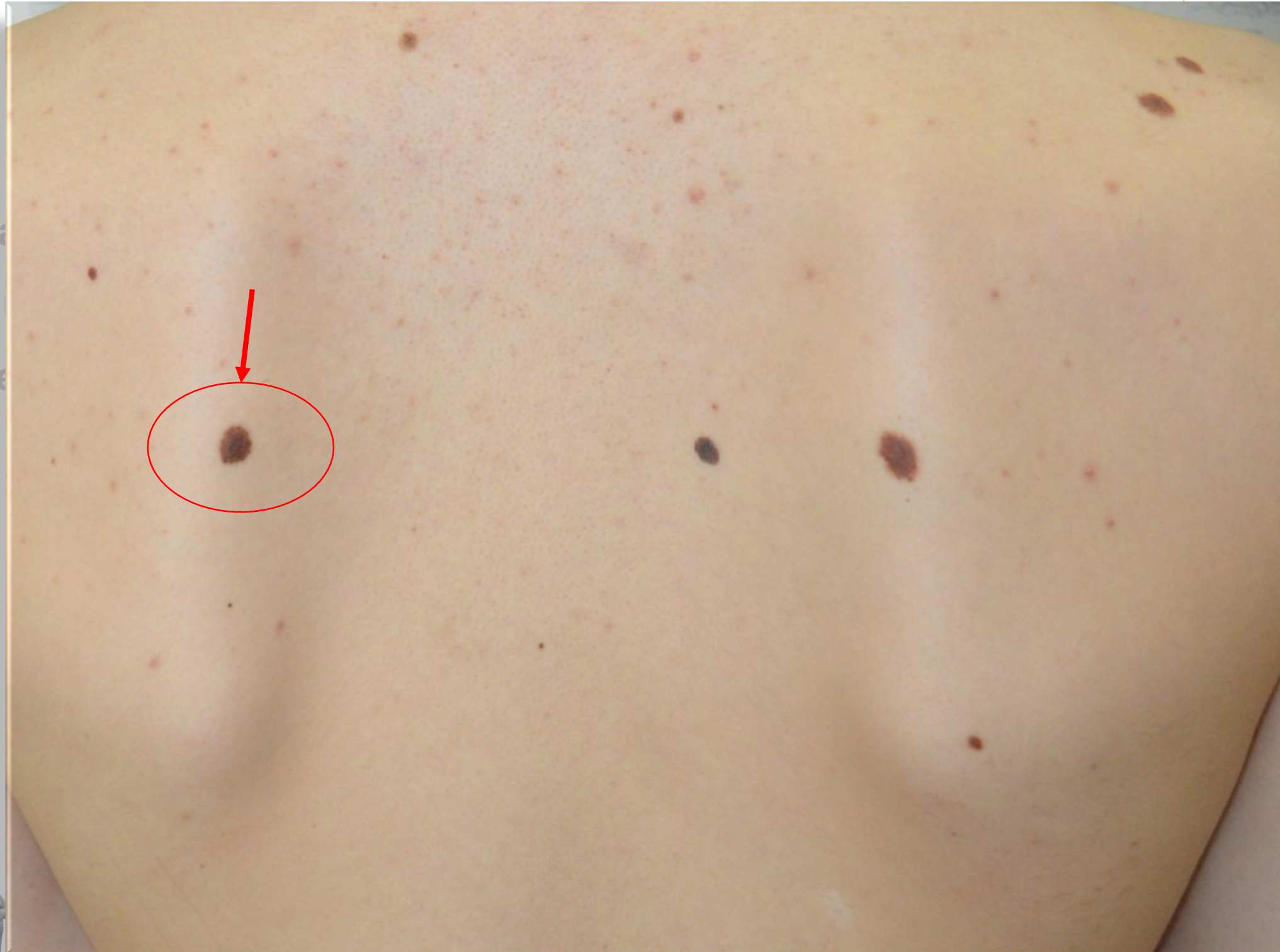


DERMATOSCOPIA

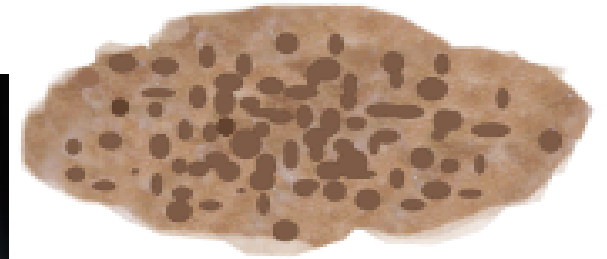
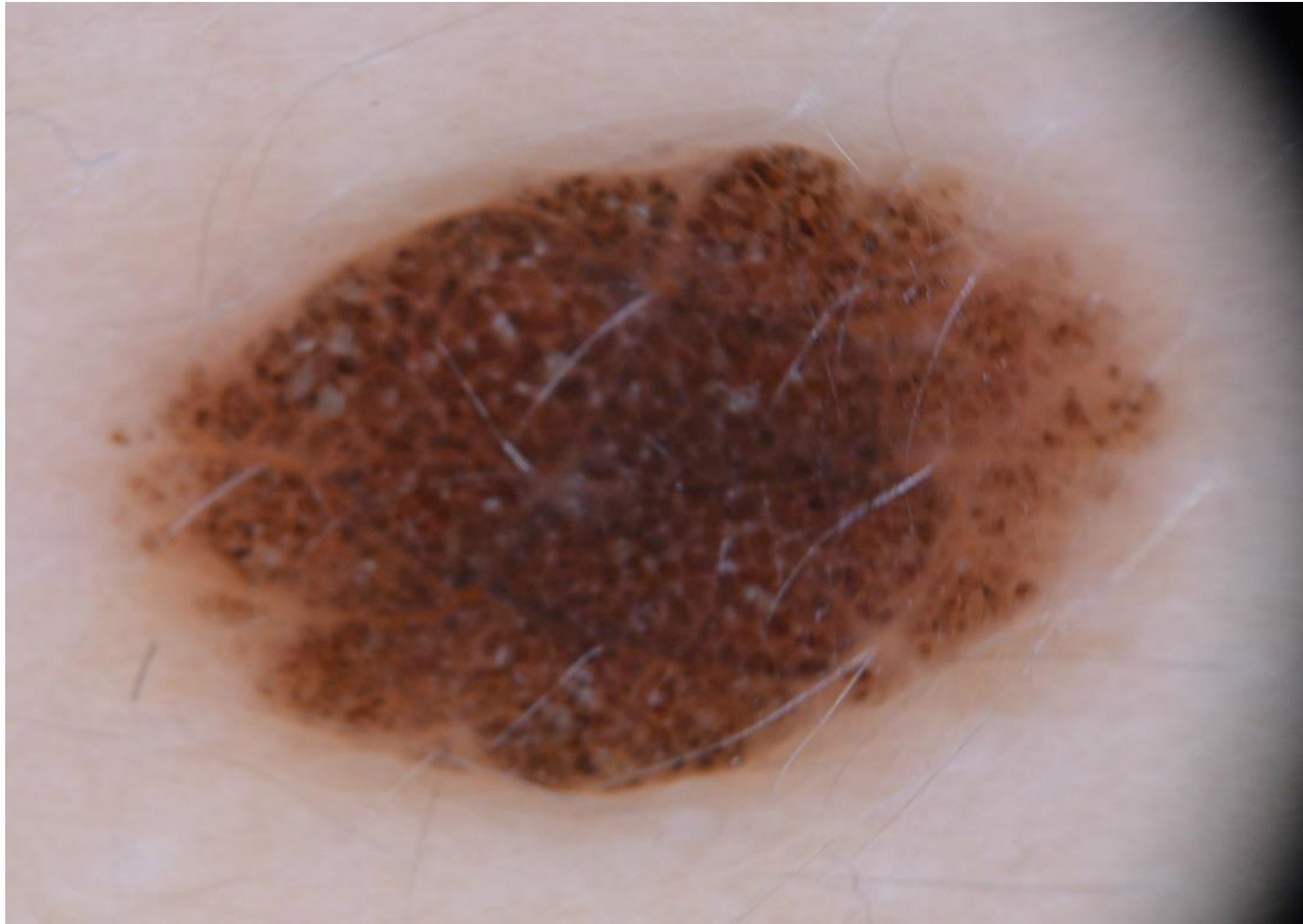


**Patrón
“benigno”**

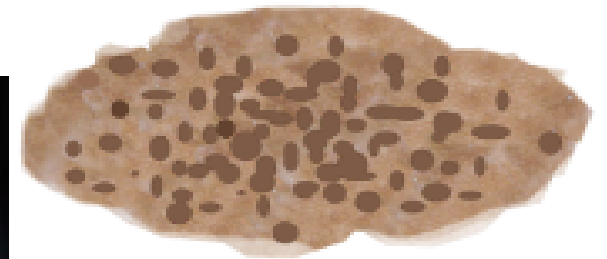
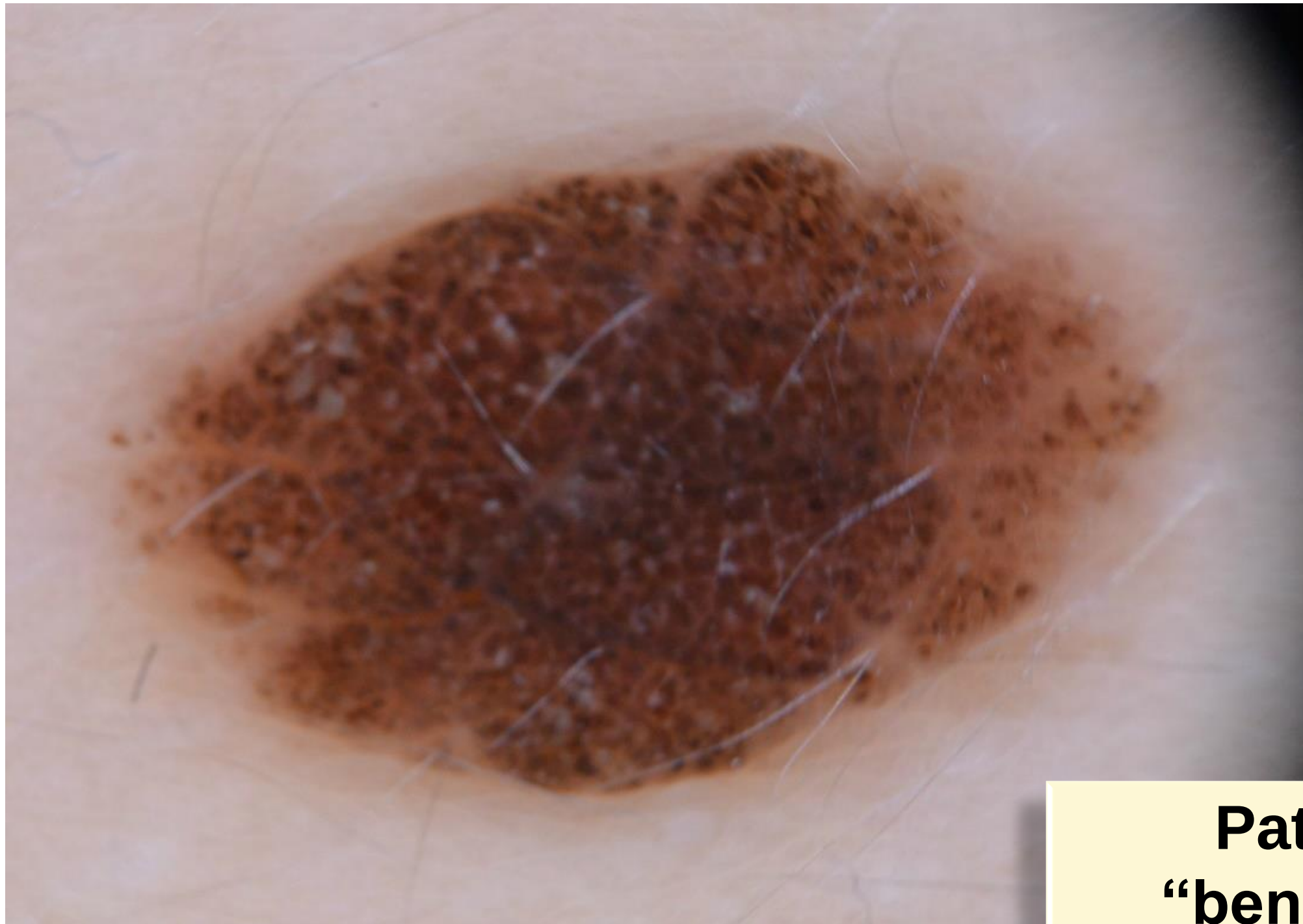
CASO CLÍNICO 5:



DERMATOSCOPIA



DERMATOSCOPIA

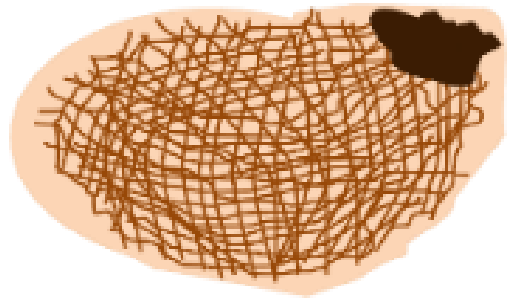


**Patrón
“benigno”**

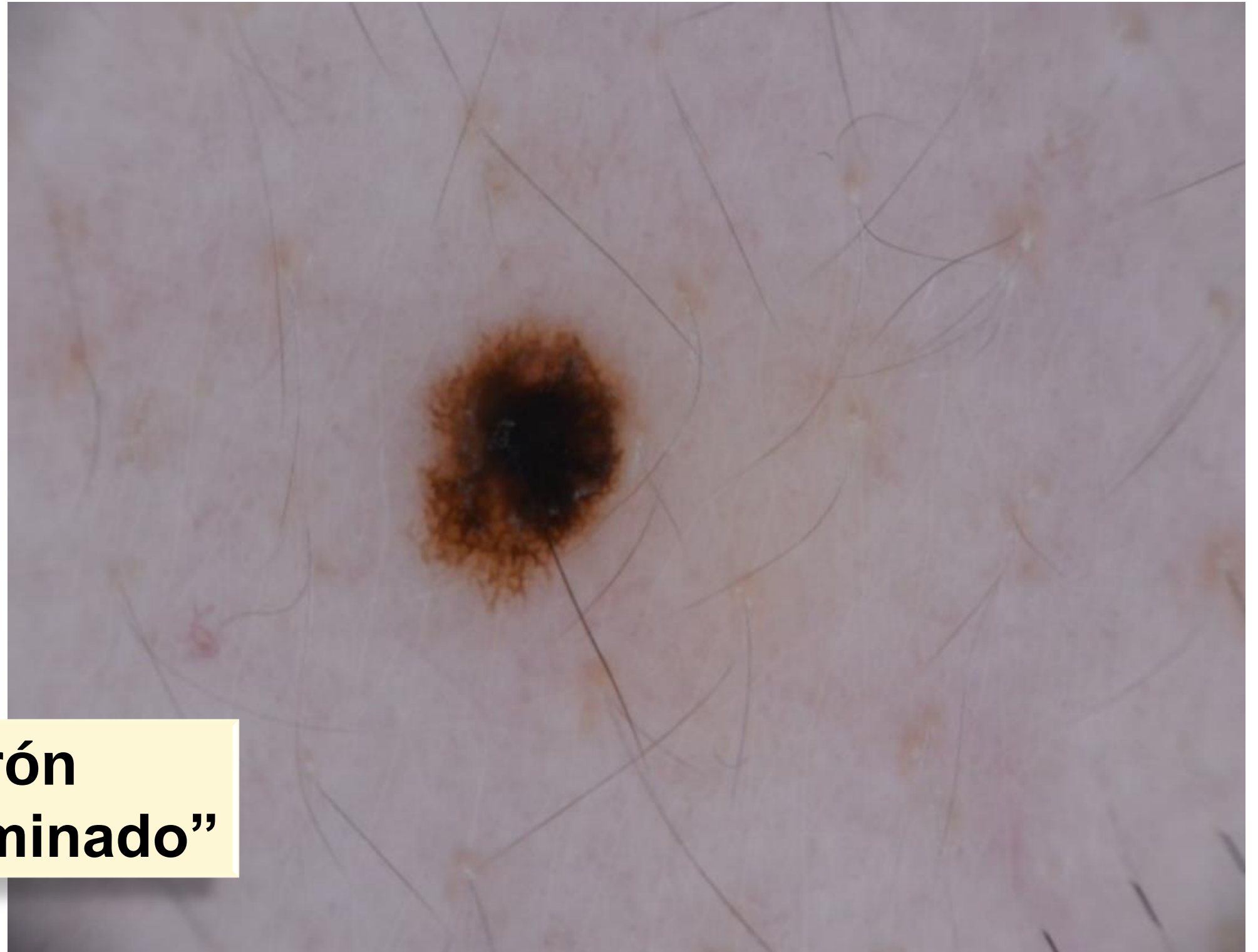
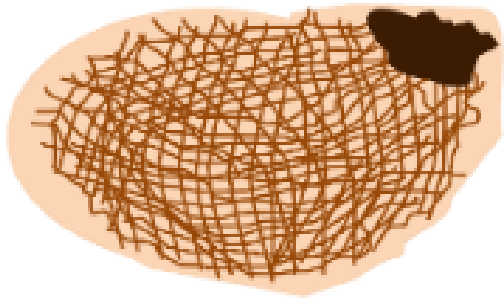
CASO CLÍNICO 5:



DERMATOSCOPIA



DERMATOSCOPIA



**Patrón
“indeterminado”**

Diagnóstico “**precoz**” del **Cáncer Cutáneo**

DERMATOSCOPIA



¿Sabías que los tipos de melanoma:

- Melanoma de **extensión superficial** (70 %)
 - **Léntigo maligno** melanoma (4-15%)
 - Melanoma **acrolentiginoso** (2-8%)
- } 75 – 95 %

Al tener un **desarrollo lento**, diagnosticándose **precozmente**,
pueden tener una **curación de casi el 100%?**

Diagnóstico “**precoz**” del **Cáncer Cutáneo**

DERMATOSCOPIA



¿Sabías del melanomas que:

Los costes económicos, de **1** solo caso de melanoma,
son
50 veces menores, en el **1º** año de evolución,
si se diagnostica **precozmente?**

Measuring performance on **the Healthcare Access and Quality Index** for 195 countries and territories and selected subnational locations: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2016.

The Lancet. 23 May 2018

¿Sabías que España se encuentra en los vagones de cola en el manejo del Cáncer Cutáneo?

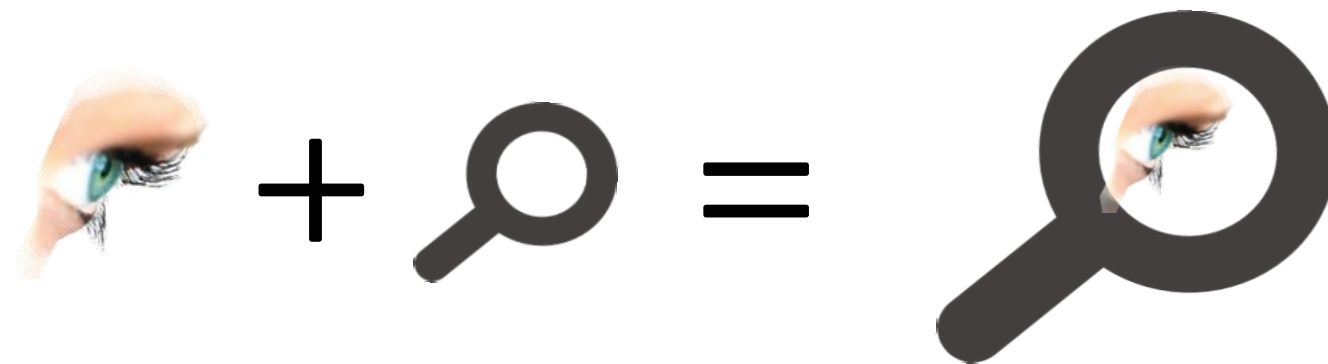
	HAQ Index	Tuberculosis	Diarrhoeal diseases	LRIs	URLs	Diphtheria	Whooping cough	Tetanus	Measles	Maternal disorders	Neonatal disorders	NM skin cancer (SCC)	Breast cancer	Cervical cancer	Uterine cancer	Colon cancer	Testicular cancer	Hodgkin's lymphoma	Leukaemia	Rheumatic HD	Ischaemic HD	Stroke	Hypertensive HD	Chronic respiratory	Peptic ulcer	Appendicitis	Hernia	Gallbladder	Epilepsy	Diabetes	Chronic kidney	Congenital heart	Adverse med treat
Iceland [1]	97	100	98	76	100	100	100	100	100	100	100	72	100	95	99	96	100	100	98	100	87	96	94	100	100	100	100	98	85	100	100	94	93
Norway [2]	97	100	99	90	100	100	100	100	100	100	95	75	97	95	95	95	100	100	95	100	91	90	100	100	87	100	100	99	78	85	100	88	100
Netherlands [3]	96	100	97	81	100	100	100	100	100	100	80	74	97	86	97	97	100	99	97	100	100	95	100	100	100	100	99	92	84	94	97	89	100
Luxembourg [4]	96	100	90	99	100	100	99	100	100	100	99	67	99	82	100	99	100	100	97	89	99	97	92	100	100	100	98	96	84	100	88	100	77
Australia [5]	96	100	96	93	100	100	100	100	100	100	83	100	99	69	86	100	100	100	99	97	96	100	100	91	100	100	100	99	88	89	87	87	88
Finland [6]	96	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	71	100	100	91	92	95	98	90	100	78	84	77	100	81	100	99	96	84	85	100	88	100
Switzerland [7]	96	100	90	98	100	100	100	100	100	100	81	77	93	78	94	99	82	95	97	100	98	100	92	100	100	100	100	99	95	100	99	86	100
Sweden [8]	95	100	99	86	100	100	100	100	100	100	95	73	98	86	96	88	100	94	79	100	81	90	96	100	83	100	100	98	90	86	97	92	99
Italy [9]	95	100	99	100	100	100	100	100	100	100	86	67	98	74	100	99	96	88	67	86	99	98	70	100	100	100	99	92	100	99	89	86	94
Andorra [10]	95	100	96	81	100	100	97	100	100	100	98	58	97	94	97	95	99	99	98	99	85	98	91	74	87	100	99	95	85	94	100	81	92
Ireland [11]	95	97	97	85	100	100	100	100	100	100	88	73	92	89	92	89	95	95	83	97	83	99	97	95	90	100	99	94	86	100	91	80	98
Japan [12]	94	95	90	71	100	100	100	100	100	100	100	27	100	100	92	100	92	92	95	100	99	76	99	93	98	100	100	90	100	100	79	84	99
Austria [13]	94	100	99	100	100	100	100	100	100	100	89	42	89	84	96	91	95	83	95	98	87	100	74	100	99	100	100	99	97	95	80	90	73
Canada [14]	94	100	95	81	100	100	100	100	100	100	70	57	94	79	94	92	97	100	97	91	76	93	100	93	98	100	100	99	97	82	84	79	93
Belgium [15]	93	100	91	74	100	100	100	100	100	100	86	60	94	79	94	93	97	95	88	93	91	92	99	96	94	100	98	94	78	99	92	93	74
New Zealand [16]	92	100	91	100	100	100	100	100	100	96	76	95	89	84	78	88	86	89	90	74	83	93	98	85	100	100	100	97	82	91	70	78	100
Denmark [17]	92	100	90	84	100	100	100	100	100	100	79	53	87	86	91	88	98	85	99	100	97	89	100	98	75	100	98	90	84	78	86	83	95
Germany [18]	92	100	96	83	100	100	100	100	100	100	86	66	92	83	98	94	96	96	37	89	87	97	71	100	86	100	100	95	75	91	82	88	79
Spain [19]	92	99	98	98	100	100	100	100	100	100	88	57	84	60	87	87	79	78	83	82	100	99	96	100	100	100	98	89	100	100	90	90	84
France [20]	92	99	89	89	100	100	100	100	100	100	84	62	89	79	87	86	90	86	69	91	100	100	98	100	100	100	99	97	79	96	99	83	63
Chile [21]	91	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	56	82	80	80	70	84	70	84	84	85	87	60	100	90	100	95	90	80	100	100	80	54

Diagnóstico “precoz” del Cáncer Cutáneo

**¡No dejemos que nos
ocurra esto!**



¿Es útil la **DERMATOSCOPIA** en AP?





o Clínico Dermatológico”

Esta *Guía básica de dermatoscopia* pretende ser el texto de lectura rápida que nos oriente en los primeros pasos de acercamiento a las técnicas dermatoscópicas. La progresiva escalabilidad de su contenido científico y su práctico diseño, complementado con numerosos esquemas descriptivos, tablas y algoritmos, permiten un aprendizaje de los fundamentos de la dermatoscopia, de forma muy sencilla.

La dermatoscopia o epiluminiscencia, aunque sea una técnica de implantación muy reciente, ha supuesto una revolución en el campo de la dermatología extrahospitalaria. Va a permitir de una forma incruenta la observación de características peculiares de las lesiones cutáneas, íntimamente correlacionadas con sus alteraciones histopatológicas, y que son habitualmente invisibles al ojo humano, representando una herramienta de apoyo al diagnóstico dermatológico de inestimable valor.

La aspiración de esta guía es dar a conocer, desde el primer momento, el enorme potencial que tiene la dermatoscopia como elemento de ayuda al diagnóstico diferencial de numerosas enfermedades dermatológicas, habituales en la consulta de atención primaria, especialmente en los casos de sospecha del cáncer cutáneo (melanoma y no melanoma), interviniendo de forma decisiva en su diagnóstico precoz.

Esperamos que su lectura incite a la continuidad en la formación y el entrenamiento de esta técnica tan contrastada y de alta rentabilidad clínica, pretendiendo llegar a ser el “vademécum” dermatoscópico de “cabecera”, para todos los médicos en formación y para los que se inicien en esta disciplina.

GUÍA BÁSICA DE DERMATOSCOPIA

Juan Jurado Moreno

Colaboradores:

Juan F. Garrido Gil

Elena Pérez Domingo



Con el aval de:



Distribuido por:



EDITORIAL

¿Formación Dermatológica en Atención Primaria?



Neoplasia cutánea (Pilomatricoma)

- ¿El aumento de incidencia del cáncer de piel?
- ¿La multiplicación de los procesos y lesiones relacionadas con el fotoenvejecimiento, debidos al aumento de la esperanza de vida y al cambio en los hábitos de ocio?
- ¿La prevalencia de las patologías "clásicas": psoriasis, eccemas, infecciones?
- ¿La progresión de los procesos relacionados con la sensibilización?
- ¿La aparición de nuevas técnicas diagnósticas y terapéuticas dermatológicas asumibles por la Atención Primaria?
- ¿O que las consultas dermatológicas constituyen alrededor del 15% (más según algunas publicaciones) de las consultas clínicas en atención primaria?

Dr. Rafael Sánchez

Creemos que son suficientes razones, y de peso, para hacer esfuerzos en la formación dermatológica del médico de primaria. Cuando el grupo de dermatología de SEMG se formó, hace 20 años, ya planteamos esa necesidad, quizá relegada por la mayor atención a patologías que, por gravedad, cronicidad o costo, supusieran una mayor presencia en el esfuerzo de formación en primaria.

Pero la realidad es que, desde hace décadas, la necesidad de soluciones a los procesos dermatológicos requiere la mejor respuesta diag-

nóstica y terapéutica por nuestra parte y, siempre, desde las premisas propias de nuestro medio: eficacia, respuesta rápida, facilidad de aplicación y eliminación de riesgos.

Esas son las razones que, según nuestro criterio, obligan a impulsar la formación dermatológica en la atención primaria.

En esa actividad y con ese objetivo sigue trabajando SEMG mediante su grupo de trabajo en dermatología.

Dr. Juan Jurado

Punto de Partida

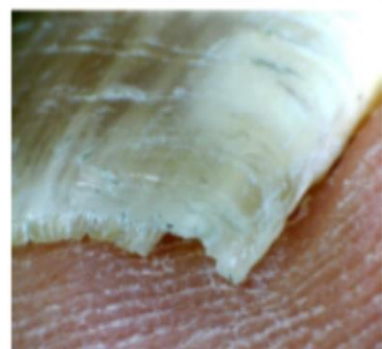
Si analizamos el número y tipo de publicaciones dermatológicas, en soporte papel, accesibles desde AP, en español, y que además mantengan una orientación hacia este tipo de profesionales, se pueden contabilizar con los dedos de "una mano". En los últimos años han destacado algunas páginas web en las que, con un espíritu divulgador y en la mayoría de los casos altruista, permite acceder a repositorios organizados de imágenes dermatológicas (atlas), y a veces junto a resúmenes de sus casos clínicos (Dermapixel) aportando un inestimable valor formativo.

Continúa en pág. 2

Cuidados Dermatológicos
Tópicos
¿ACNÉ?

Pág. 10-11

HOY TOCA REVISAR ...



Onicomicosis blanca superficial

Onicomicosis

Dr. Elena Pérez Domingo
Dr. Juan Jurado Moreno
Grupo Dermatología SEMG

El término onicomicosis se utiliza para definir tanto las infecciones de la uña provocadas por hongos dermatofitos (corresponde con la definición de tinea ungueal/ tinea unguium), como por hongos no dermatofitos (hongos filamentosos), y por levaduras del género candida (candidosis ungueal).

Aunque las onicomicosis de las uñas de los pies suelen ser relativas frecuentes (5-20%

de la población mundial), es habitual que sean confundidas con las también habituales onicodistrofias.

Determinados pacientes son más susceptibles de padecerlas debido a su situación inmunodeprimida (diabetes, trasplantados, tratamientos inmunosupresores), o por mantener algún tipo de factor que las favorece (calor y humedad).

Continúa en pág. 2

SUMARIO

Editorial: ¿Formación Dermatológica en AP?

Punto de partida. Pág. 1-3

Hay que revisar: Onicomicosis. Pág. 1-3

Cirugía Menor: A propósito de un caso: Una verruga muy "rígida". Pág. 4-5

¿Y está? ¿Qué es? Caso clínico. Pág. 6

Dermatología: ¿No hay lesión pequeña? Pág. 7

Debemos saber: Psiodermatología: ¡no tan lejos! Pág. 8-9

Dejando "huella": Productos útiles para el Acné. Pág. 10-11

Estamos en: Cuidados de la piel en la montaña. Pág. 12

La voz de tus pacientes: Hidradenitis suppurativa. ASHENDI. Pág. 13

Examen "lunar": ¿Es probable que sufras un melanoma? Pág. 14

Examen "en fresco": Entrevista a: Dr. Juan José Rodríguez Sendin. Pág. 15-16



**GRUPO DE
DERMATOLOGÍA
SEMG**

***¡Gracias por la atención
prestada!***

Juan Jurado Moreno

Airam Jenny Dávalos Marín