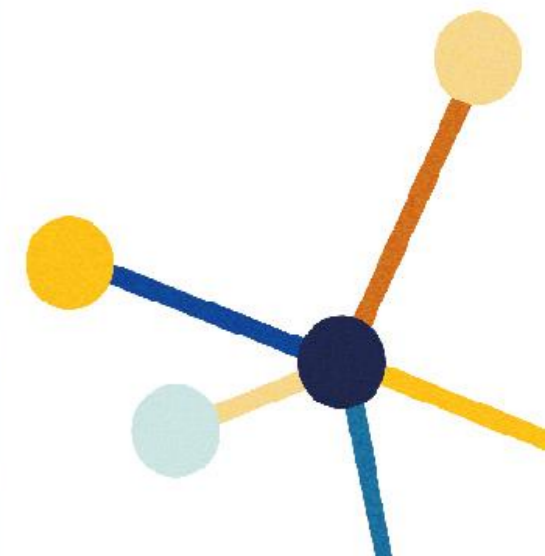
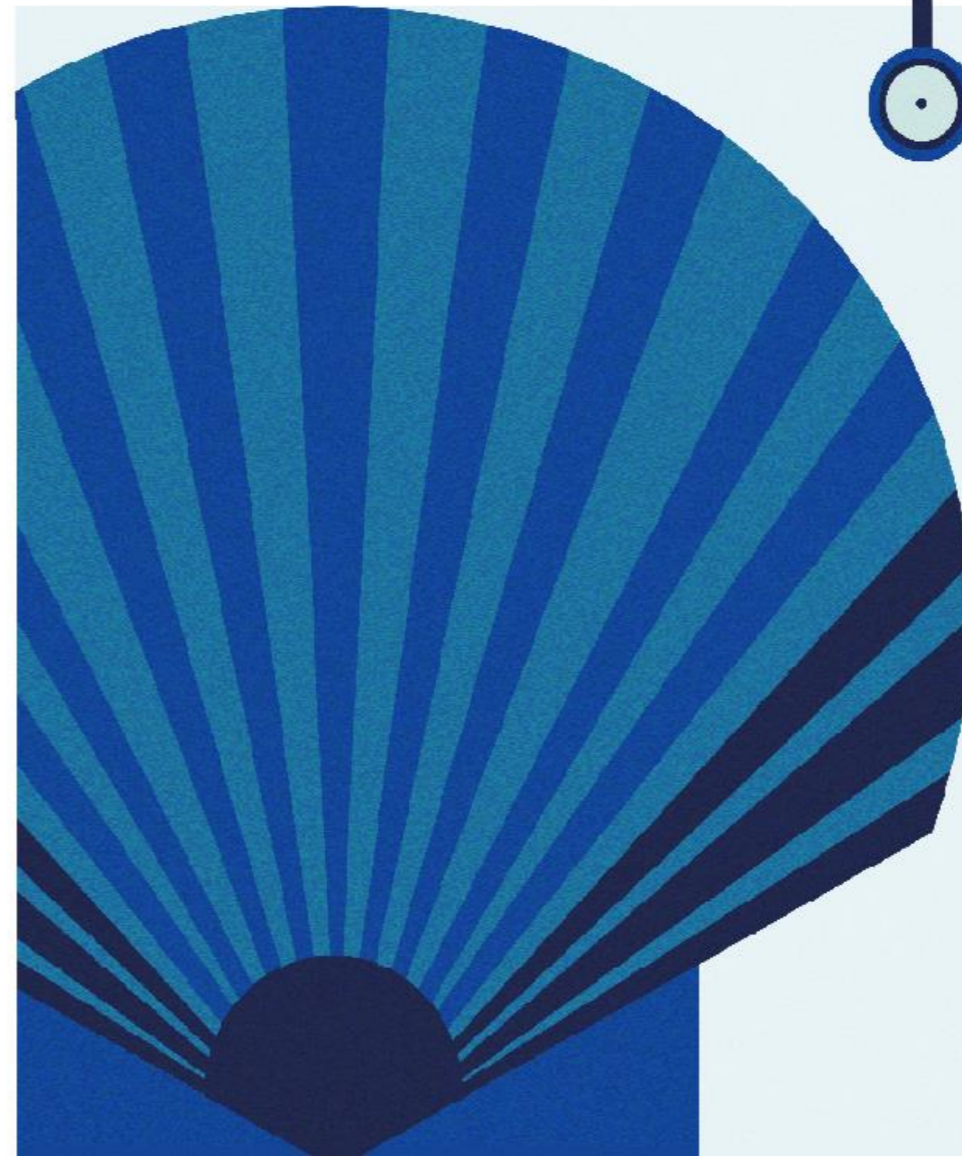


CASOS CLÍNICOS Y DERMATOSCOPIA

para **A**tención **P**rimaria

Juan Jurado Moreno
Rafael Sánchez Camacho



**Observación
clínica**



+



=



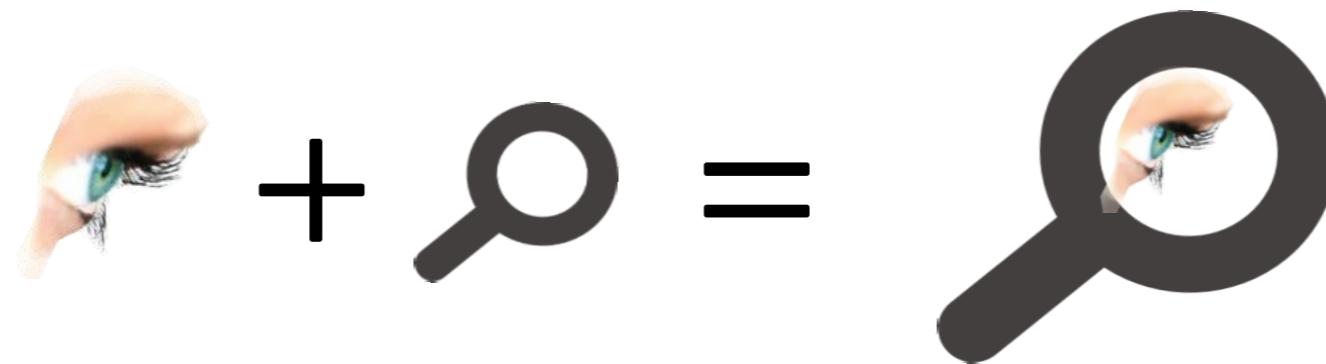
ENTRENAMIENTO

**“OJO CLÍNICO”
DERMATOLÓGICO**

¿Es útil la

DERMATOSCOPIA

en AP?



UTILIZACIÓN EN CONSULTA



DERMATOSCOPIA

2 cosas a **destacar**:



IMAGEN

- **Estandarización**
- **Color**

¡LO IMPORTANTE!

LA ESTANDARIZACIÓN

Percepción visual
individual



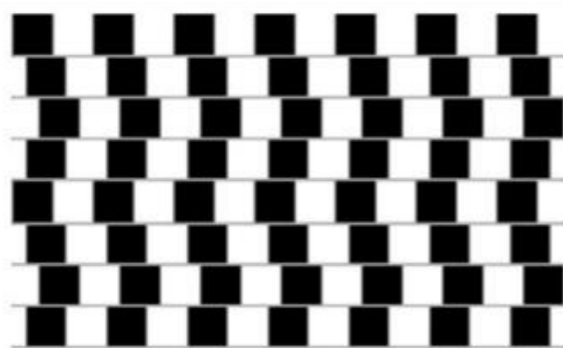
¡LO IMPORTANTE!

LA ESTANDARIZACIÓN

Percepción visual



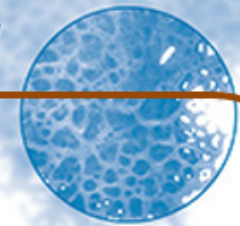
Errores de Percepción



ESTANDARIZACIÓN



international
dermoscopy
society



❖ Sociedad Internacional de Dermatoscopia (2003)

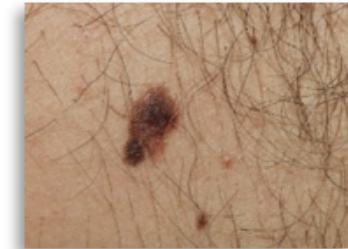
IDS: (Internacional Dermoscopy Society)

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

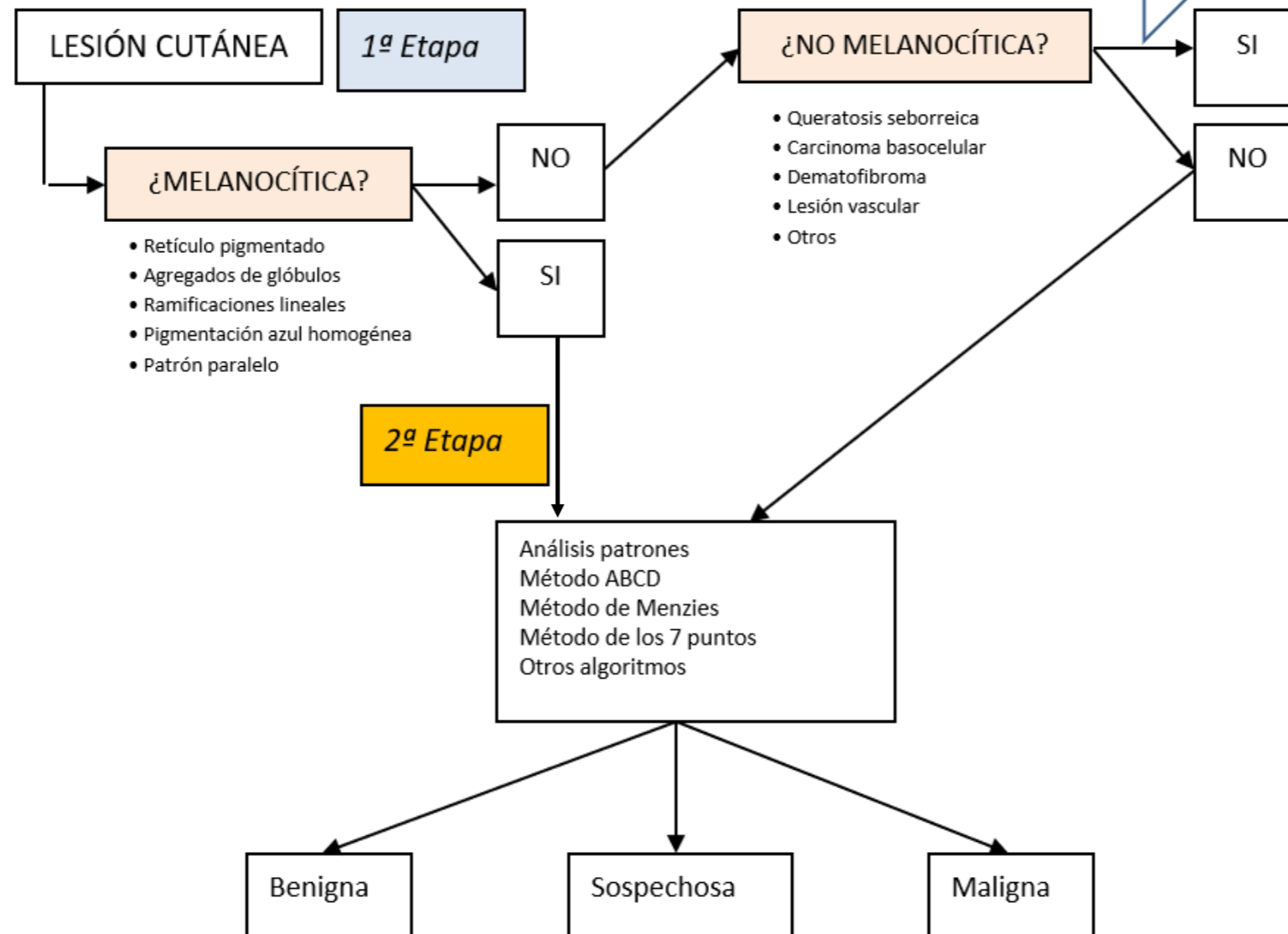
<http://www.dermoscopy.org/consensus/results.asp>

ESTANDARIZACIÓN

Lesión Cutánea



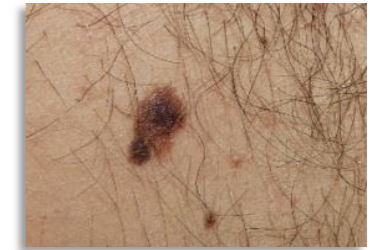
ALGORITMO O MÉTODO DE "DOS ETAPAS"



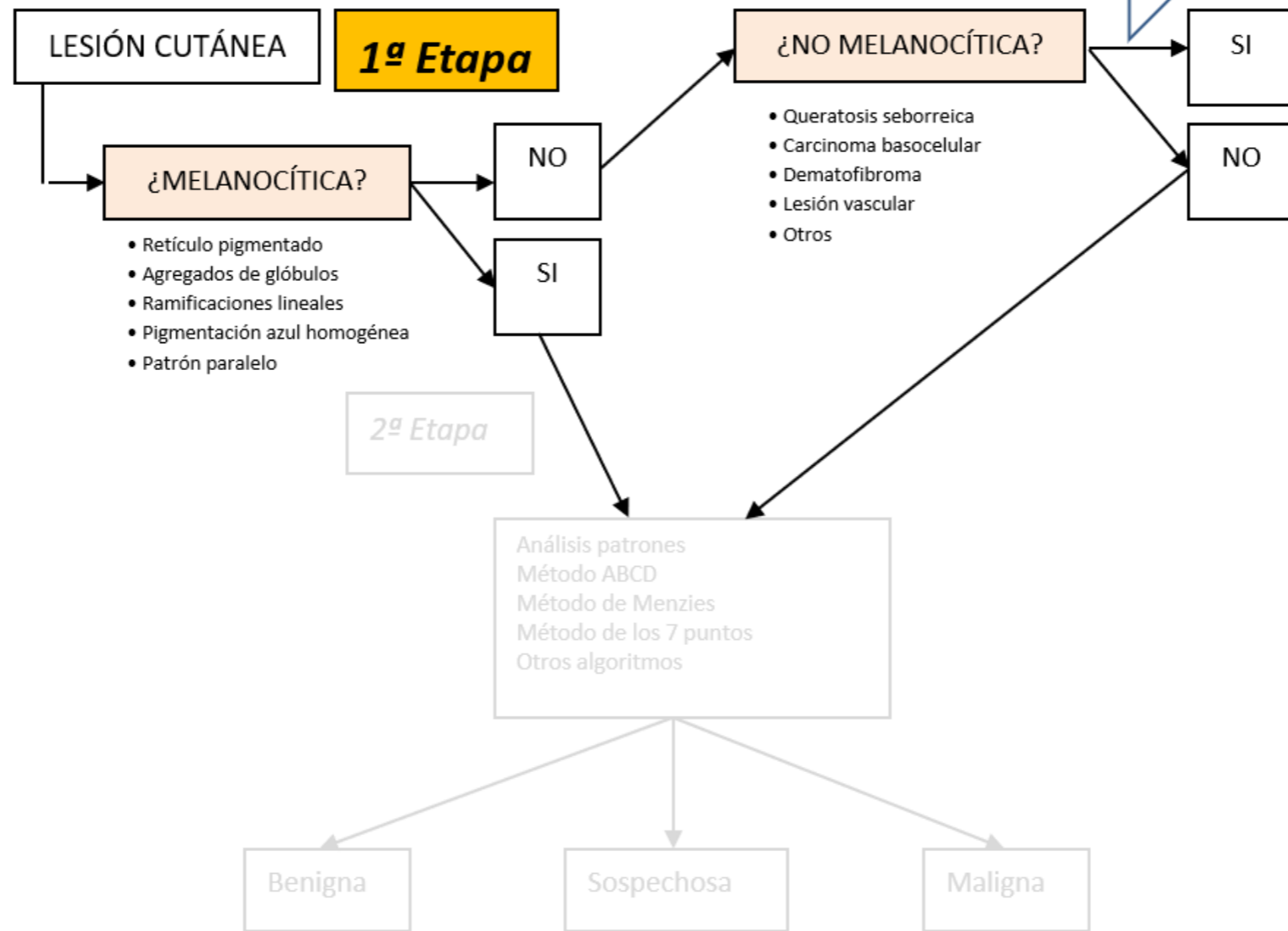
Método de diagnóstico de 2 etapas

ESTANDARIZACIÓN

Lesión Cutánea



ALGORITMO O MÉTODO DE "DOS ETAPAS"



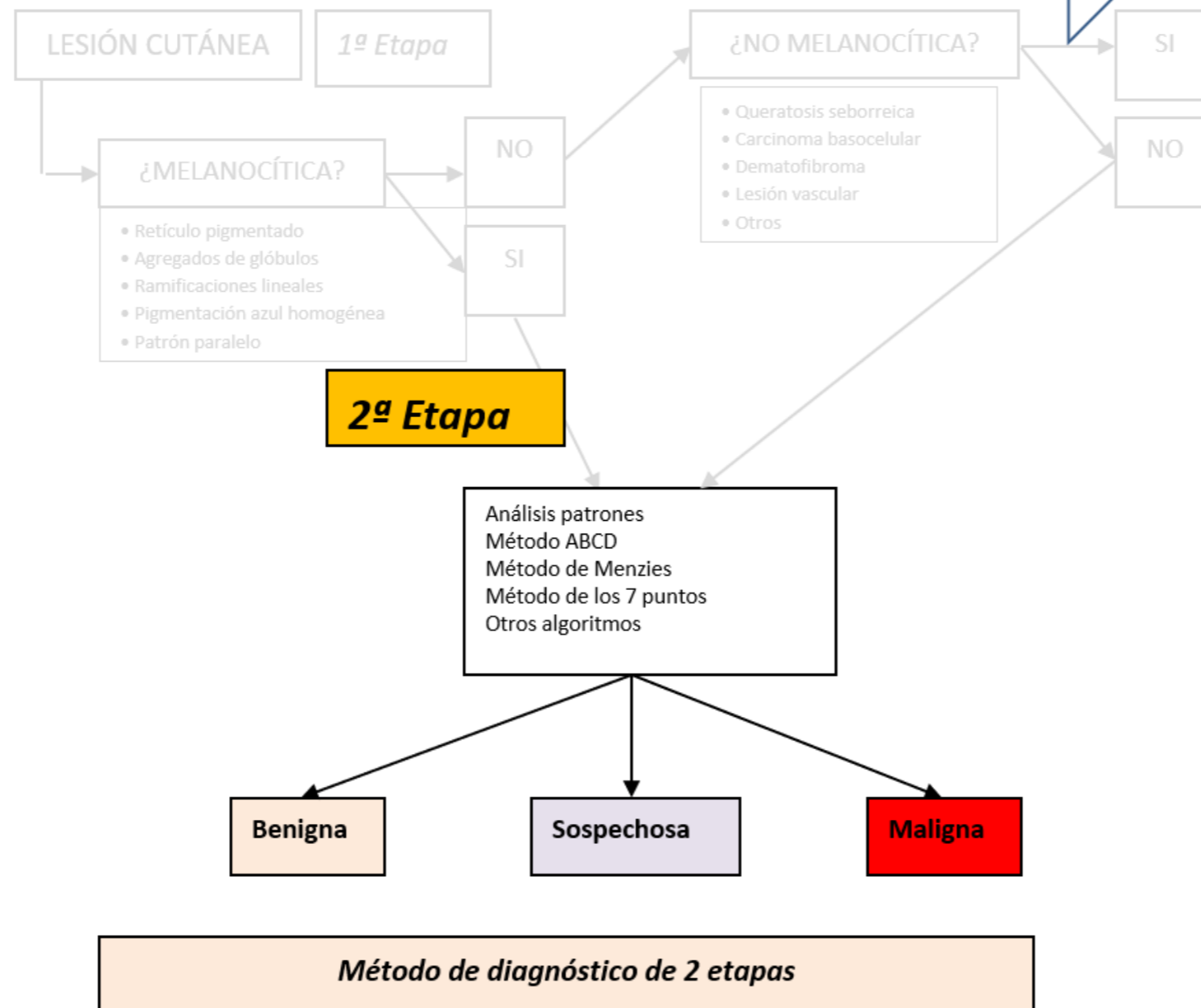
Método de diagnóstico de 2 etapas

ESTANDARIZACIÓN

Lesión Cutánea



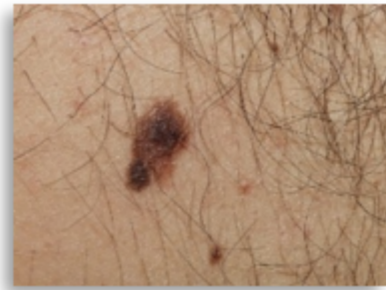
ALGORITMO O MÉTODO DE "DOS ETAPAS"



ESTANDARIZACIÓN

ALGORITMO O MÉTODO DE DOS ETAPAS

Lesión Cutánea



← Evaluación y descripción clínica macroscópica

1ª ETAPA

Lesión: ¿"Melanocítica"?

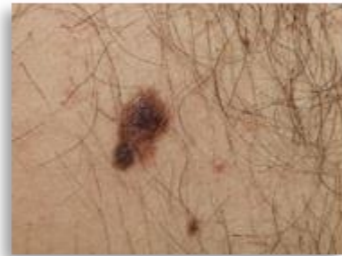
Lesión: ¿"NO melanocítica"?



ESTANDARIZACIÓN

ALGORITMO O MÉTODO DE DOS ETAPAS

Lesión Cutánea pigmentada



← Evaluación y descripción clínica macroscópica

1ª ETAPA

Lesión: ¿"Melanocítica"?

Lesión: ¿"NO melanocítica"?

2ª ETAPA

(Sobre lesiones melanocíticas)

Benigna

Sospechosa

Maligna



ESTANDARIZACIÓN

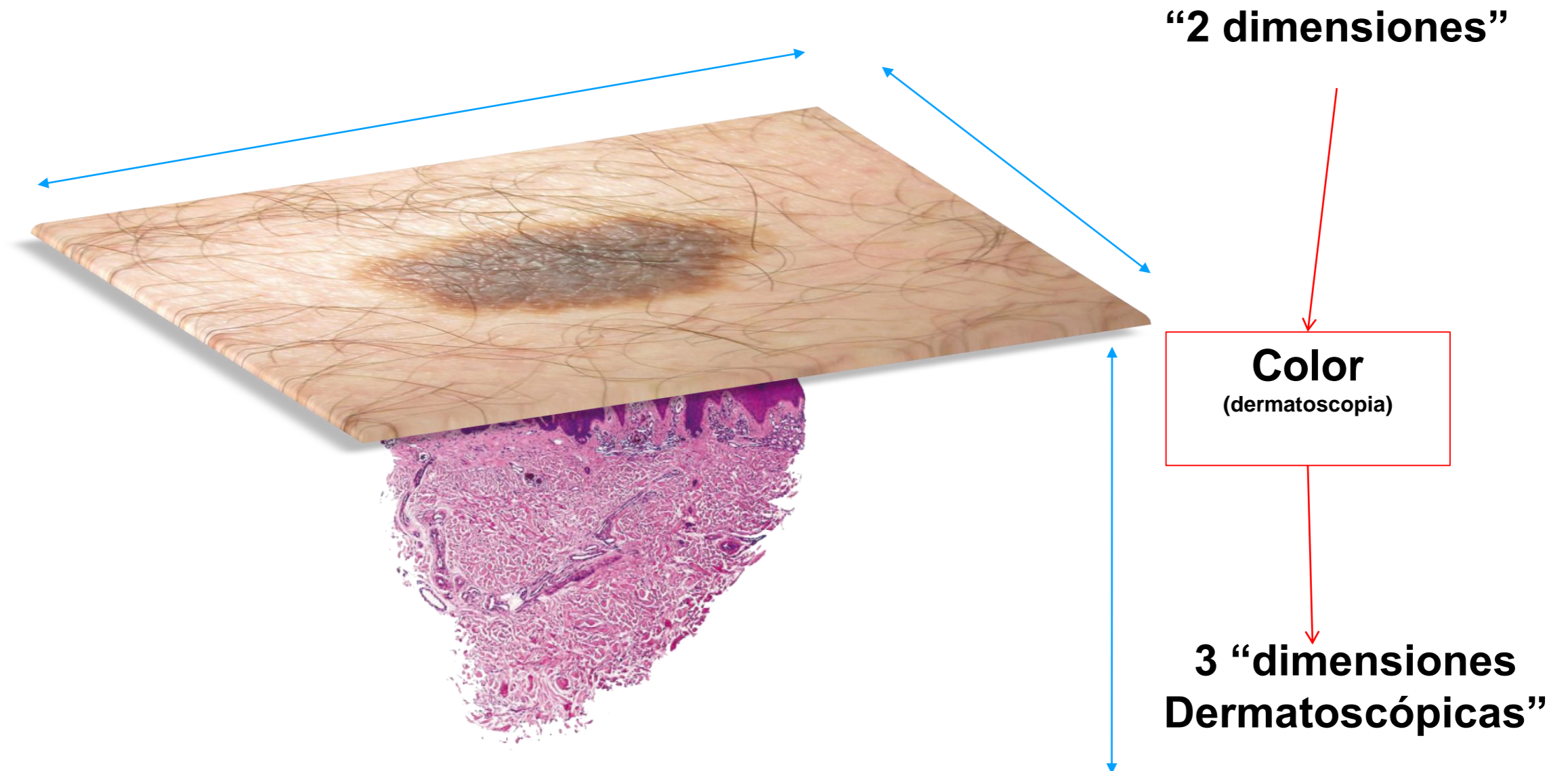
COLORES en Dermatoscopia



2 dimensiones

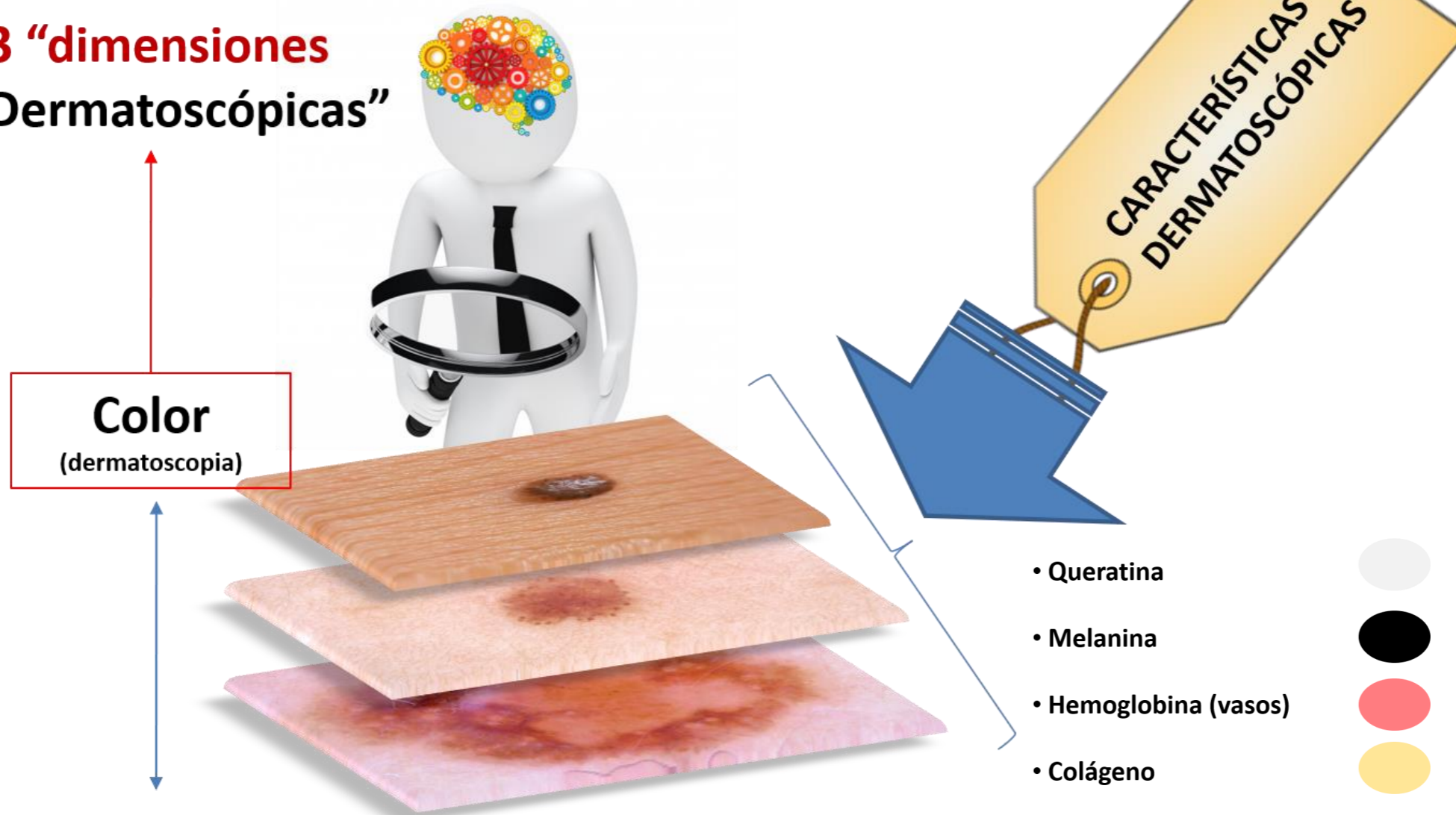
ESTANDARIZACIÓN

COLORES en Dermatoscopia

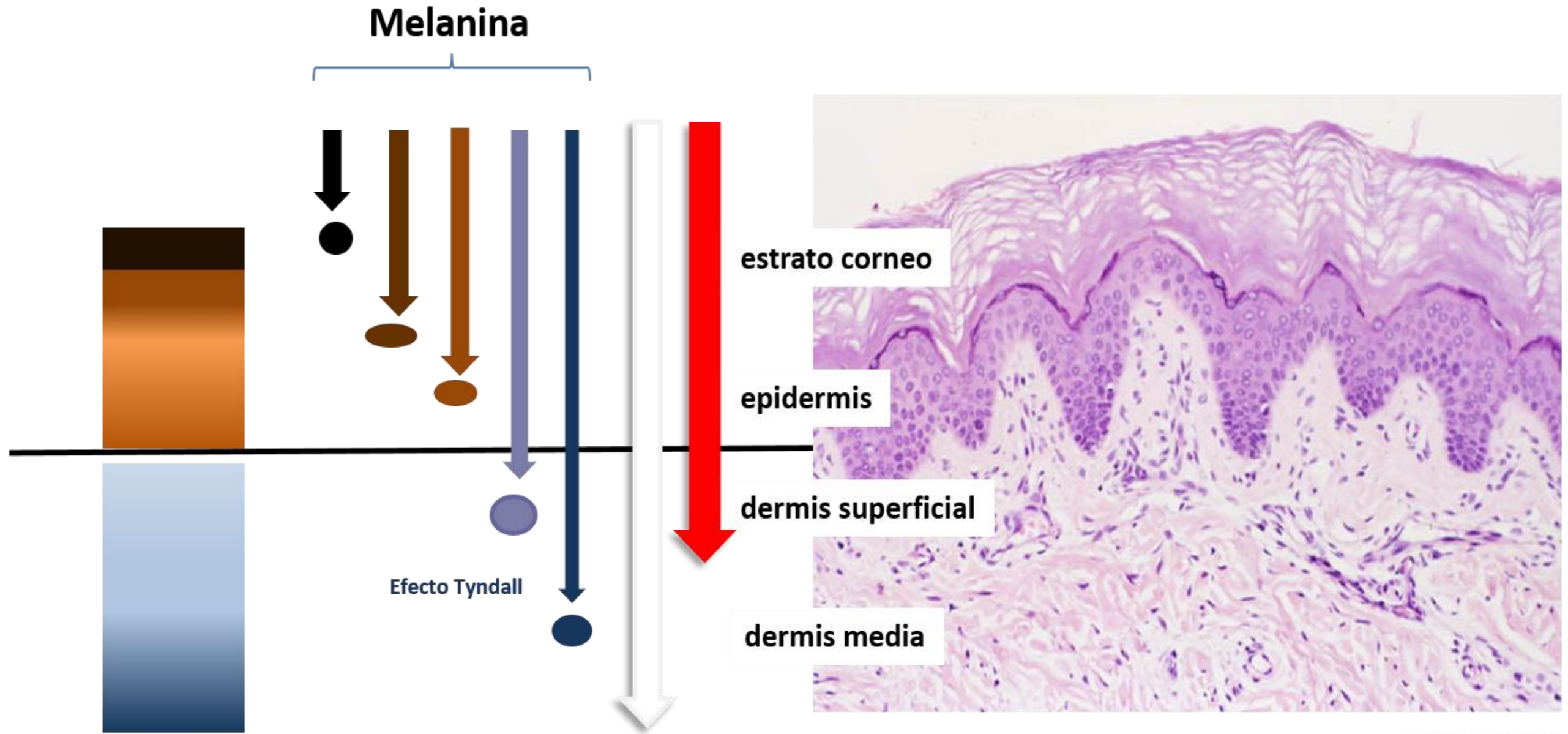


COLORES en Dermatoscopia

3 “dimensiones
Dermatoscópicas”



COLORES en Dermatoscopia



CASO CLÍNICO



CASO CLÍNICO 1º

Varón jubilado de 71 años, que acude a consulta por recetas de su hermano.

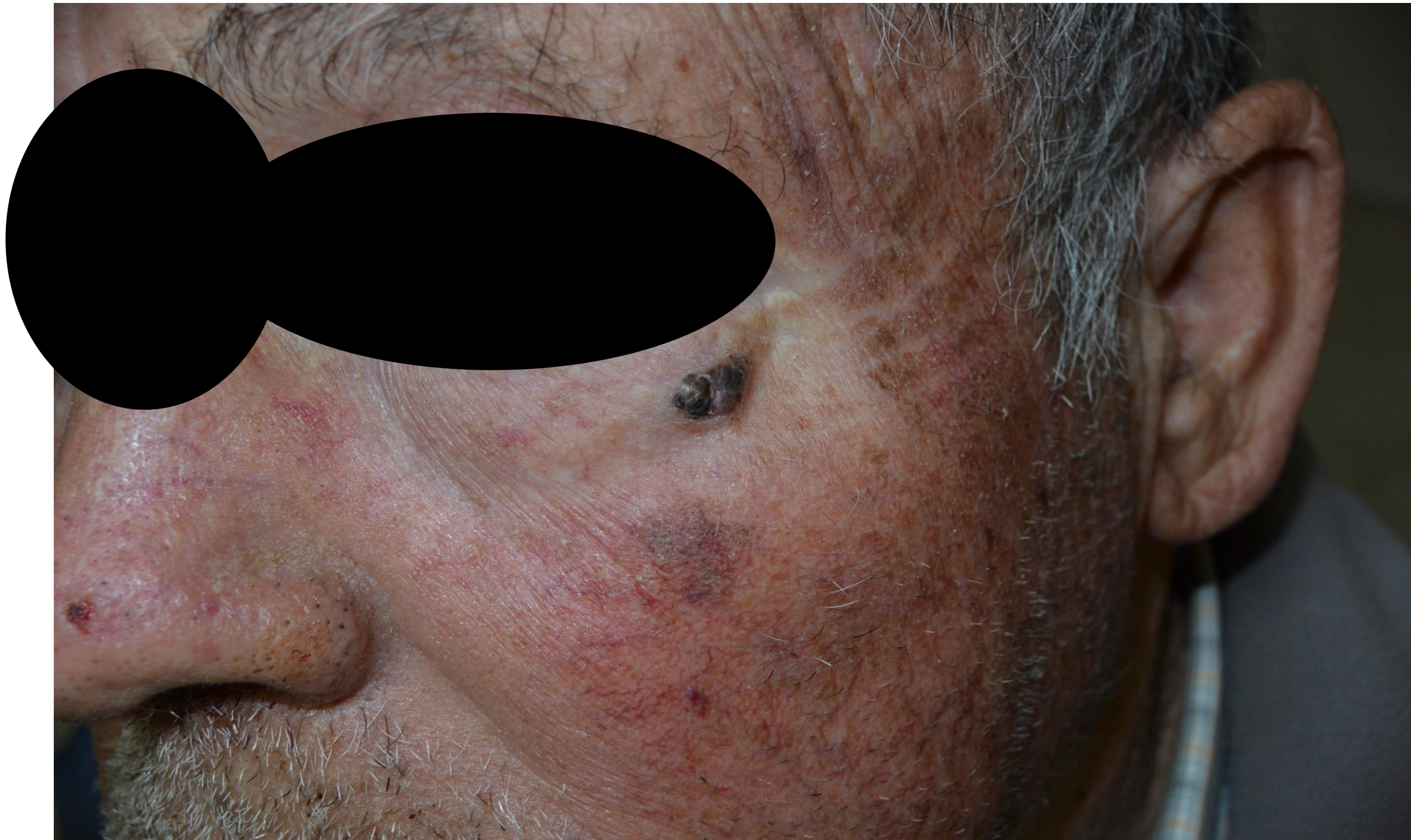
Durante el acto, se le observa una piel muy dañada por el sol, destacando una lesión en zona malar izq.

Le preguntamos por ella y nos indica que la tiene desde hace ya muchos años y que no ha cambiado ni le ha molestado nada.

Se le pide permiso para explorarla (algo reticente).



¿QUÉ OS PARECE?





CASO CLÍNICO 1º

Posibles Diagnósticos

1. QUERATOSIS SEBORREICA
2. BASOCELULAR PERLADO PIGMENTADO
3. MELANOMA NODULAR



CASO CLÍNICO 1º

Posibles Diagnósticos

1. QUERATOSIS SEBORREICA
2. BASOCELULAR PERLADO PIGMENTADO
- 3.

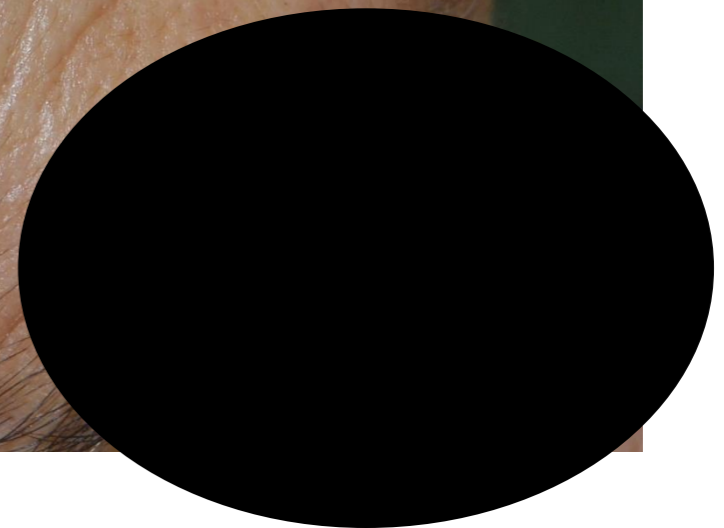
**DEJÉMOSLO
PENDIENTE DE
SOLUCIÓN**



DERMATOSCOPIA



¿QUÉ OS PARECE?



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



¿QUÉ OS PARECE?



DERMATOSCOPIA



¿QUÉ OS PARECE?



CASO CLÍNICO 2º

Posibles Diagnósticos



1. QUERATOSIS SEBORREICA INCIPIENTE
2. BASOCELULAR PERLADO PIGMENTADO
3. MELANOMA NODULAR



CASO CLÍNICO 2º

Posibles Diagnósticos



1. QUERATOSIS SEBORREICA INCIPIENTE
- 2. BASOCELULAR PERLADO PIGMENTADO**
3. MELANOMA NODULAR

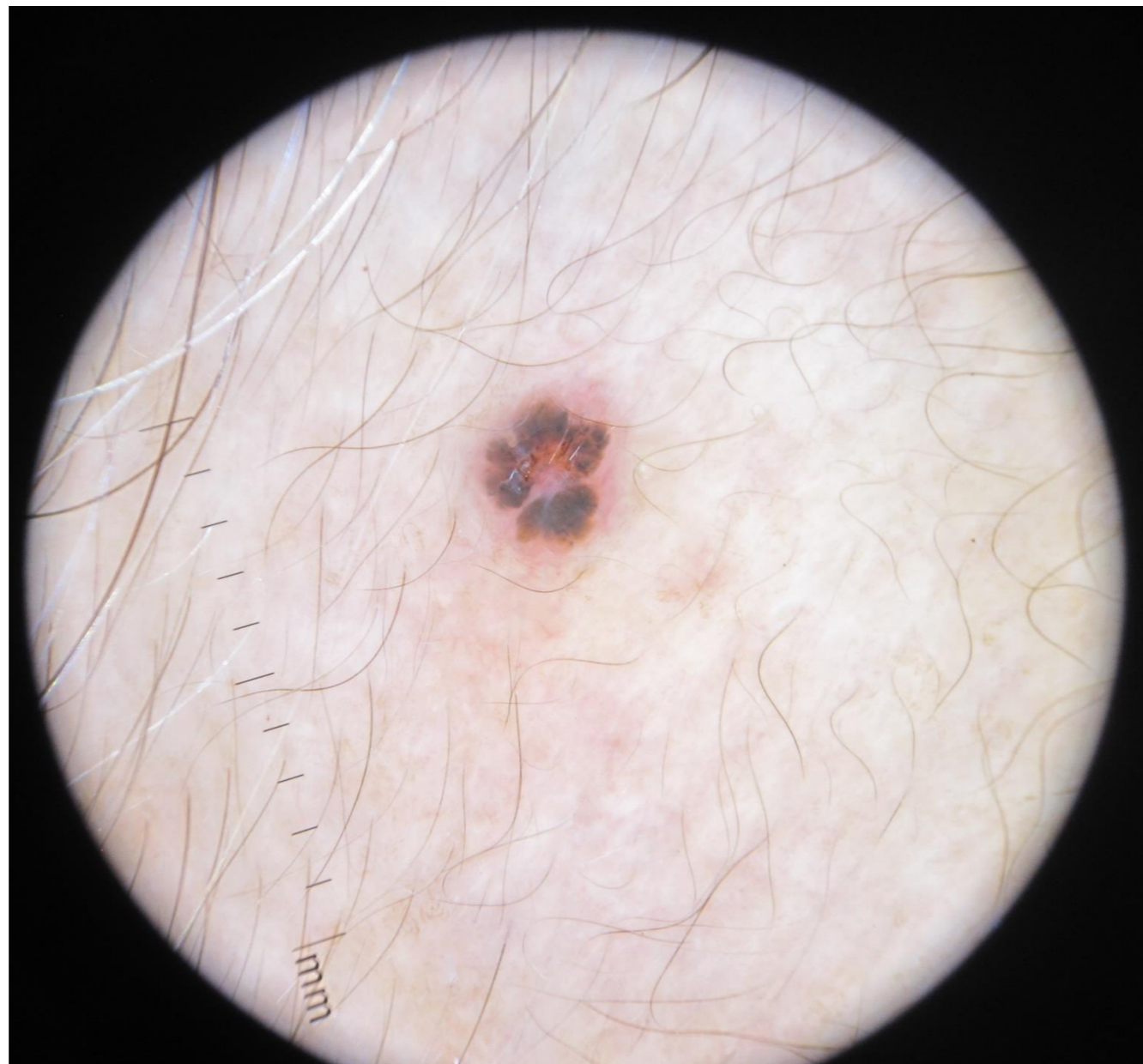




BASOCELULAR PERLADO PIGMENTADO



¿PORQUÉ LO SABEMOS?







BASOCELULAR PERLADO PIGMENTADO



¿PORQUÉ LO SABEMOS?

CARACTERÍSTICAS DERMATOSCÓPICAS



- Áreas en “hoja de arce”
- Nidos ovoides azul-grises
- Múltiples glóbulos azul-grises
- Ulceración
- Telangiectasias ramificadas o “arboriformes”
- Estructura “en rueda de carro”

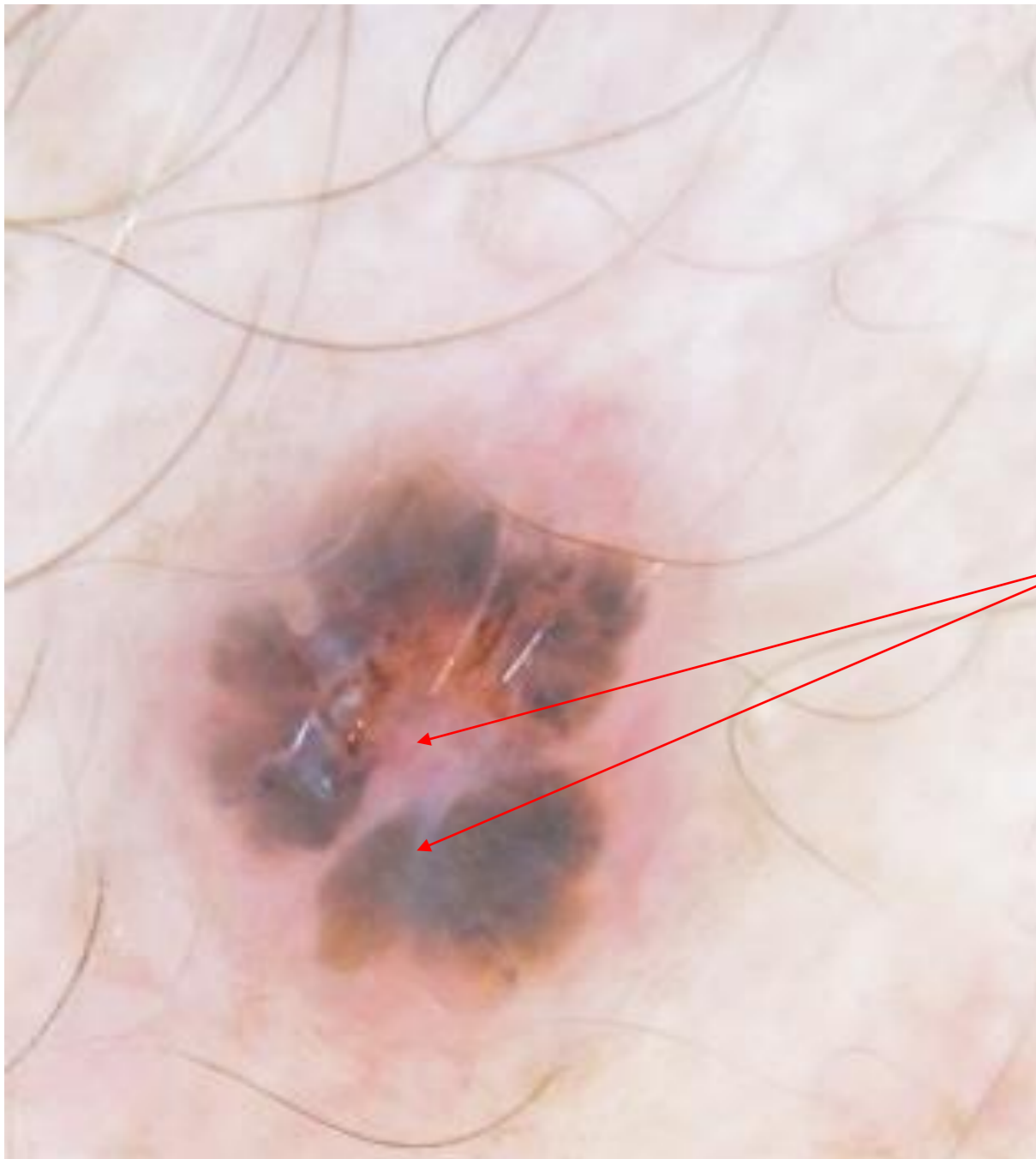


BASOCELULAR PERLADO PIGMENTADO



¿PORQUÉ LO SABEMOS?

CARACTERÍSTICAS DERMATOSCÓPICAS

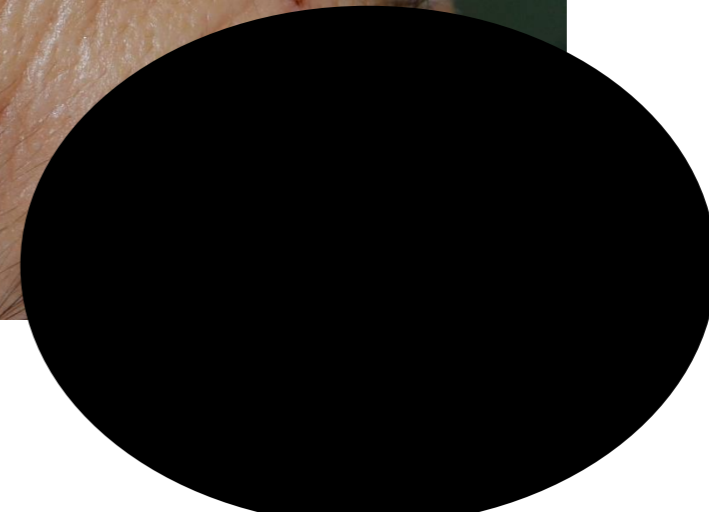


- Áreas en “hoja de arce”
- Nidos ovoides azul-grises
- Múltiples glóbulos azul-grises
- Ulceración
- Telangiectasias ramificadas o “arboriformes”
- Estructura “en rueda de carro”

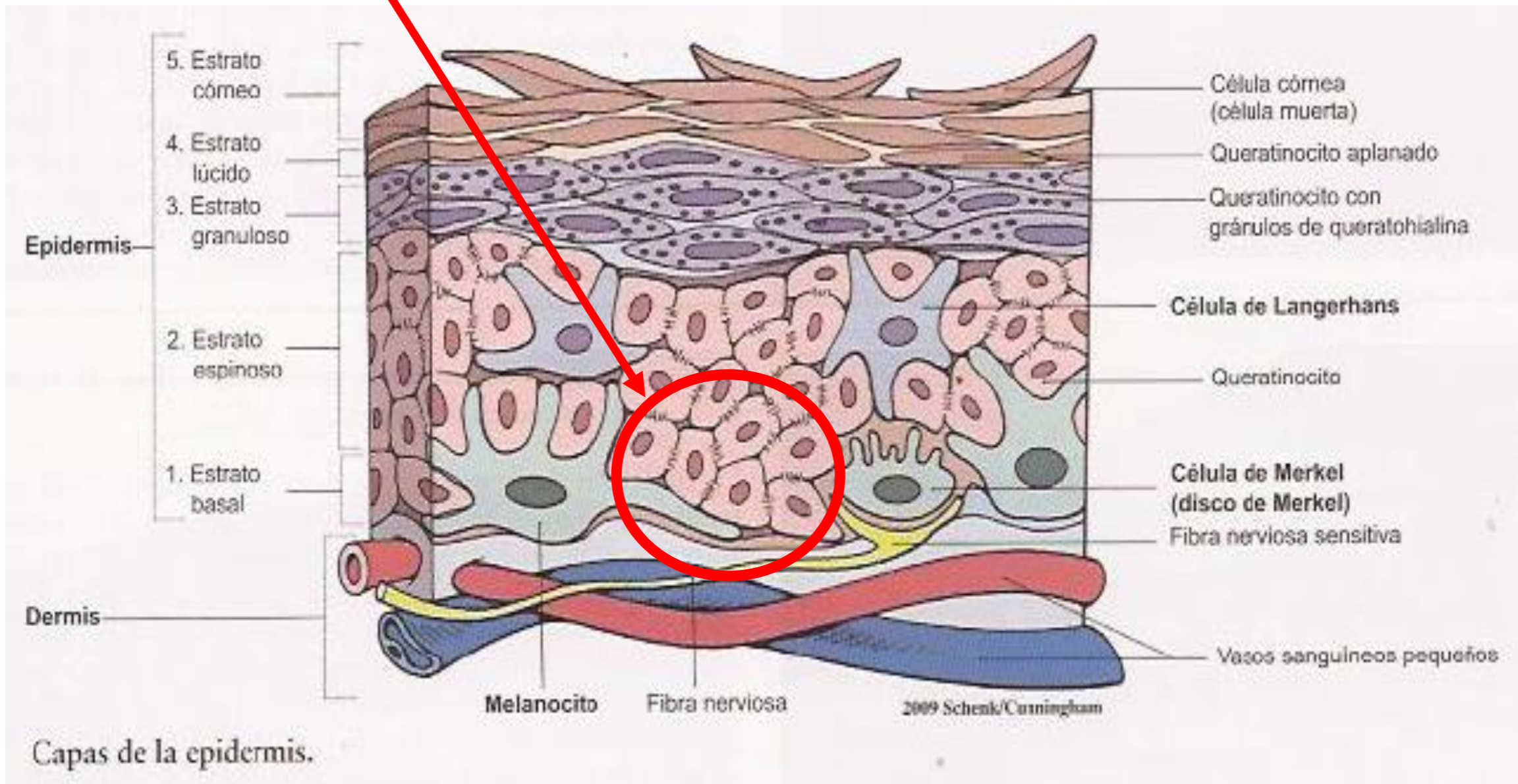


BASOCELULAR PERLADO PIGMENTADO

¿QUÉ HARÍAMOS?



CARCINOMA BASOCELULAR



TIPOS:

CARCINOMAS BASOCELULARES

➤ PLANO / SUPERFICIAL

- Eritematoide
- Pagetoide
- Esclerodermiforme

TIPOS:

CARCINOMAS BASOCELULARES

➤ PLANO / SUPERFICIAL

- Eritematoide
- Pagetoide
- Esclerodermif



TIPOS:

CARCINOMAS BASOCELULARES

➤ PLANO/SUPERFICIAL

- Eritematoide
- **Pagetoide**
- Esclerodermifor



TIPOS:

CARCINOMAS BASOCELULARES

➤ PLANO/SUPERFICIAL

- Eritematoide
- Pagetoide
- Esclerodermiforme



TIPOS:

CARCINOMAS BASOCELULARES

- PLANO/SUPERFICIAL
 - Eritematoso
 - Pagetoide
 - Esclerodermico
- **PERLADO**
- TUMORAL PIGMENTADO
- ULCERADO
- FIBROEPITELIAL



TIPOS:

CARCINOMAS BASOCELULARES

- PLANO/SUPERFICIAL
 - Eritematoide
 - Pagetoide
 - Esclerodermiforme
- PERLADO
- **TUMORAL**
- **ULCERADO**
- FIBROEPITELIAL DE PIN



TIPOS:

CARCINOMAS BASOCELULARES

- PLANO/SUPERFICIAL
 - Eritematoide
 - Pagetoide
 - Esclerodermiforme

- PERLADO

- TUMORAL

- **ULCERADO** (ULCUS RODENS)

- FIBROEPITELIAL DE PIN



TIPOS:

CARCINOMAS BASOCELULARES

- PLANO/SUPERFICIAL
 - Eritematoide
 - Pagetoide
 - Esclerodermiforme

- PERLADO

- TUMORAL

- ULCERADO (ULCUS RODENS)

- **FIBROEPITELIAL DE PINKUS**



CASO CLÍNICO 3º



¿QUÉ OS PARECE?



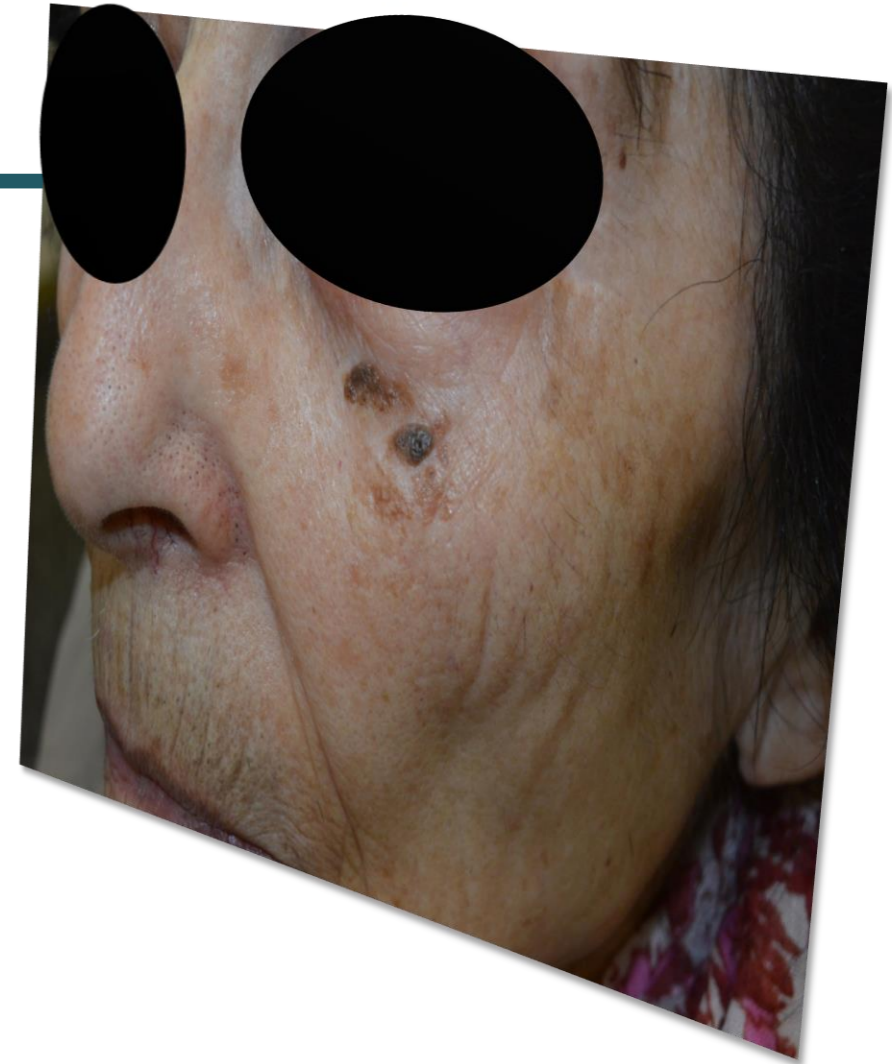


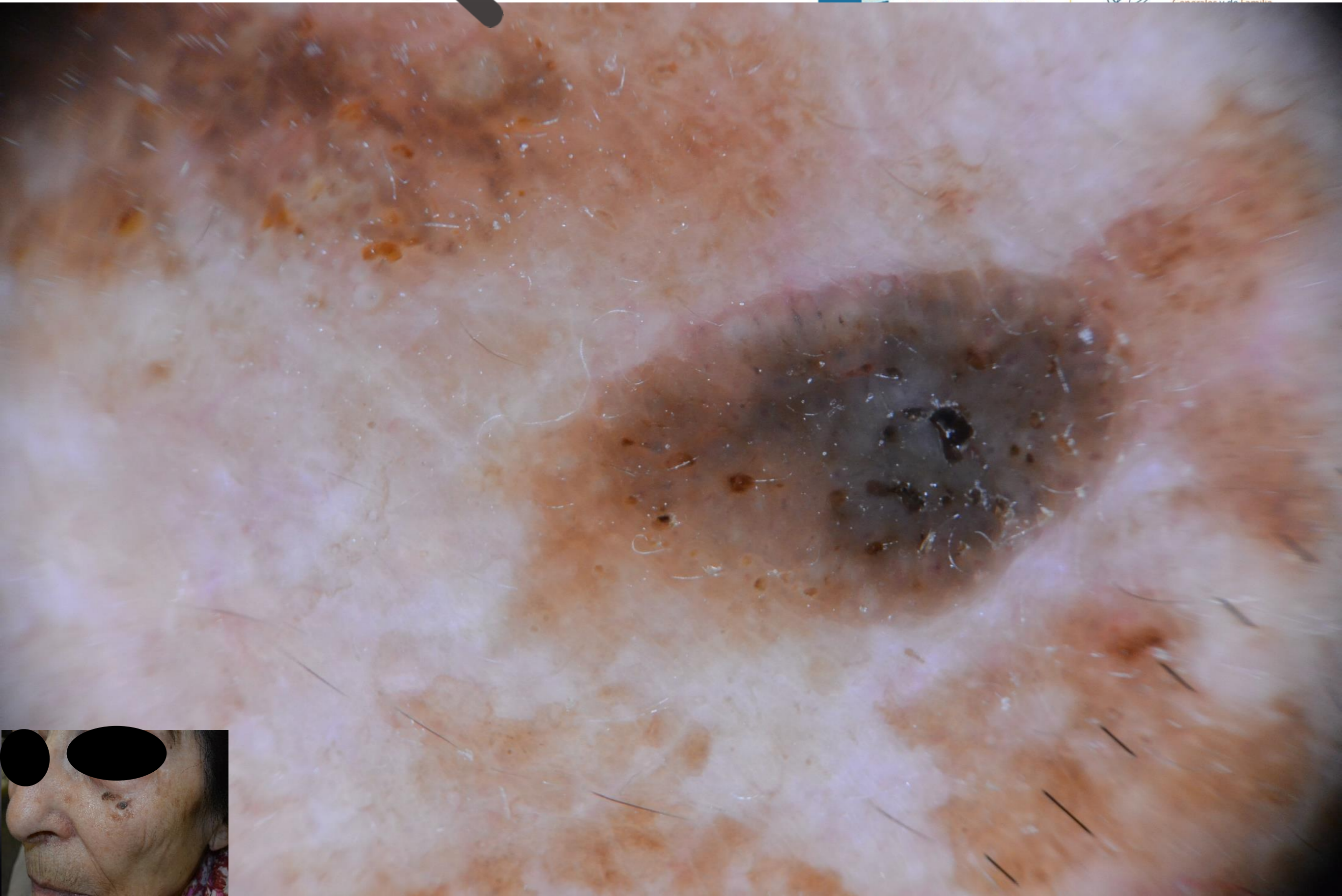
CASO CLÍNICO 3º

Posibles Diagnósticos



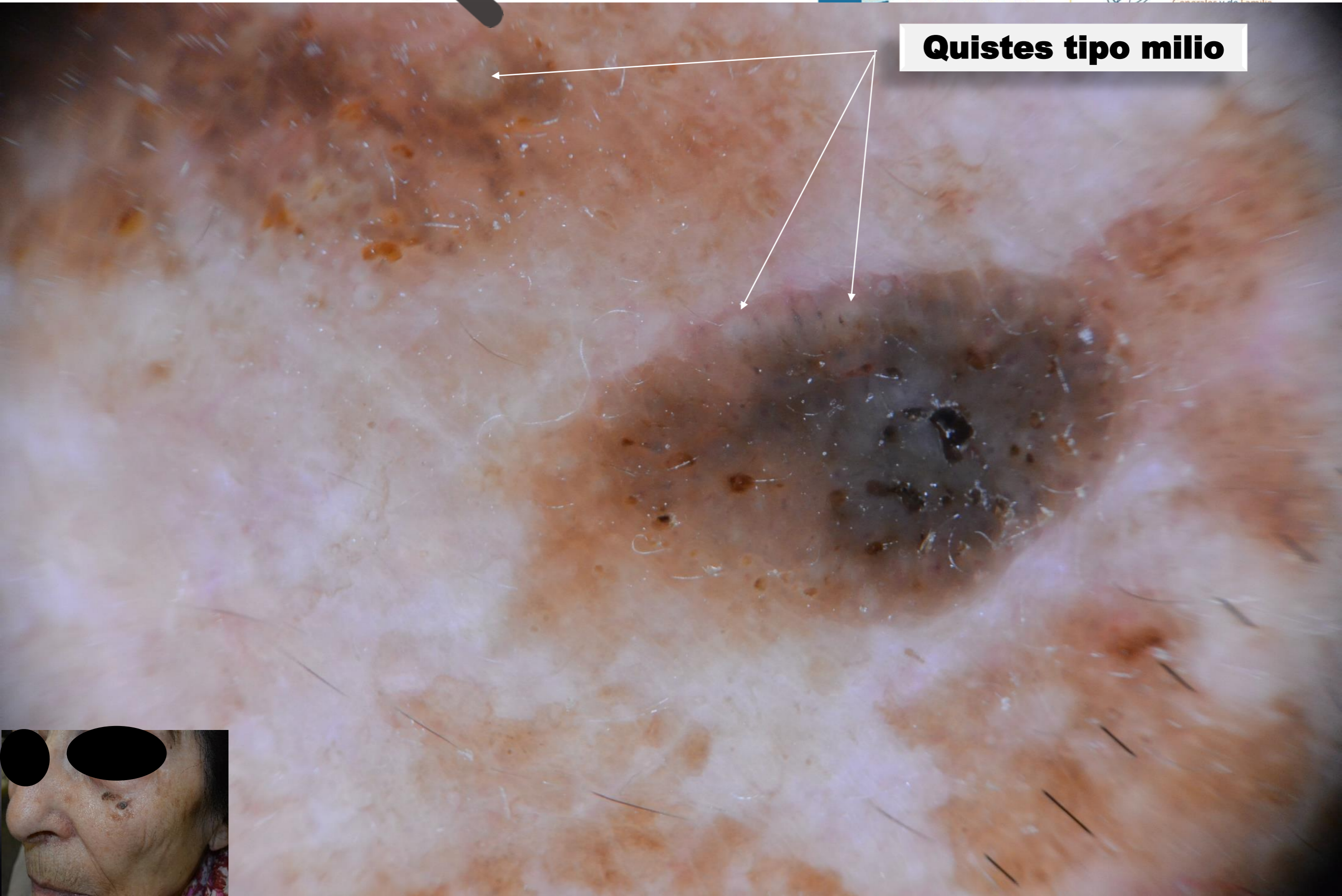
1. QUERATOSIS SEBORREICA
2. BASOCELULAR PERLADO PIGMENTADO
3. MELANOMA NODULAR

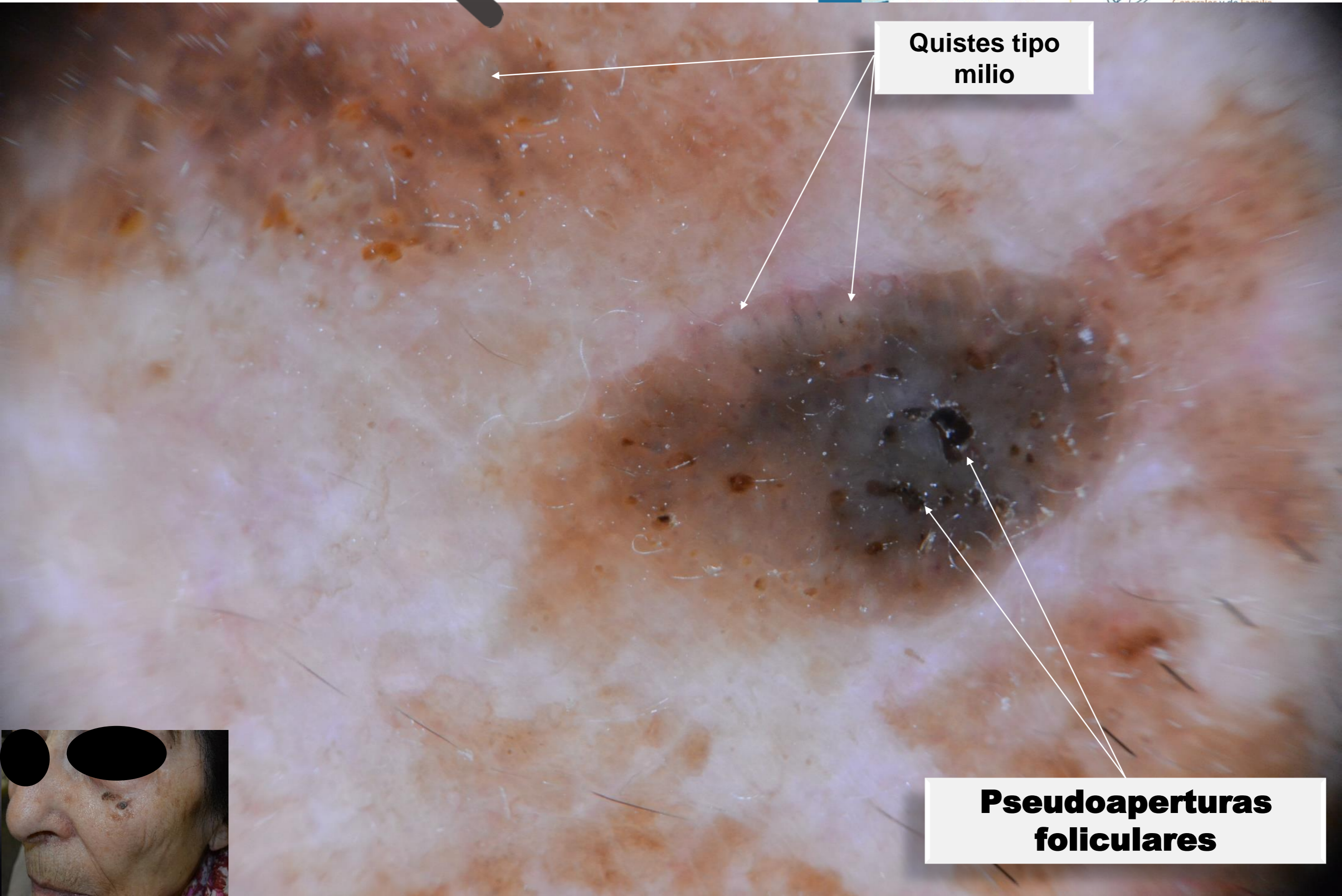






Quistes tipo milio

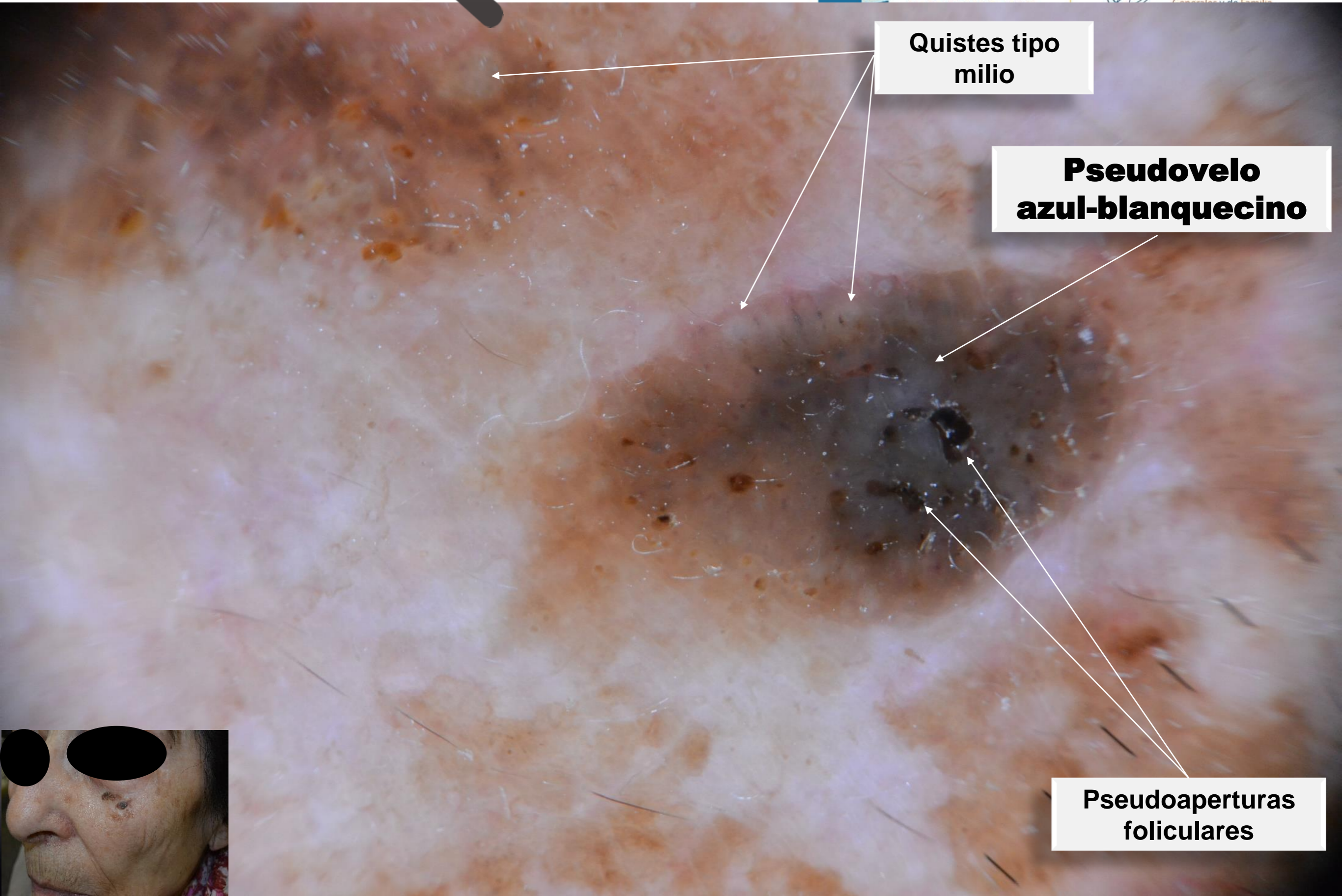




**Quistes tipo
milio**

**Pseudoaperturas
foliculares**





Quistes tipo milio

Pseudovelo azul-blanquecino

Pseudoaperturas foliculares



Queratosis Seborreica

Quistes tipo
milio

Pseudovelo
azul-blanquecino

Área de regresión
blanca. Fibrosis

Pseudoaperturas
foliculares



CASO CLÍNICO 1º

Posibles Diagnósticos

1. QUERATOSIS SEBORREICA
2. BASOCELULAR PERLADO PIGMENTADO
- 3.

**VOLVAMOS A
NUESTRO CASO**

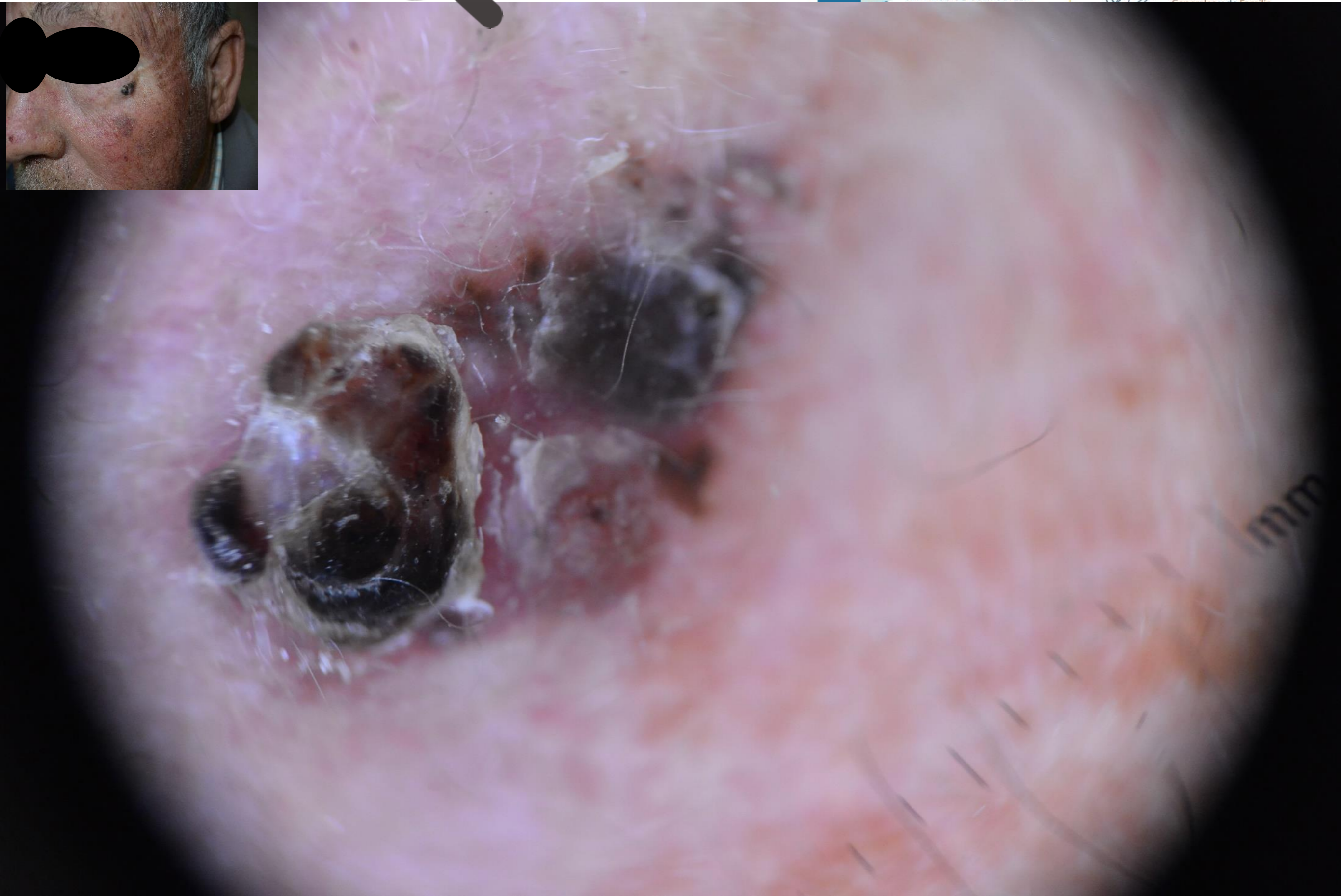


CASO CLÍNICO 1º

Posibles Diagnósticos

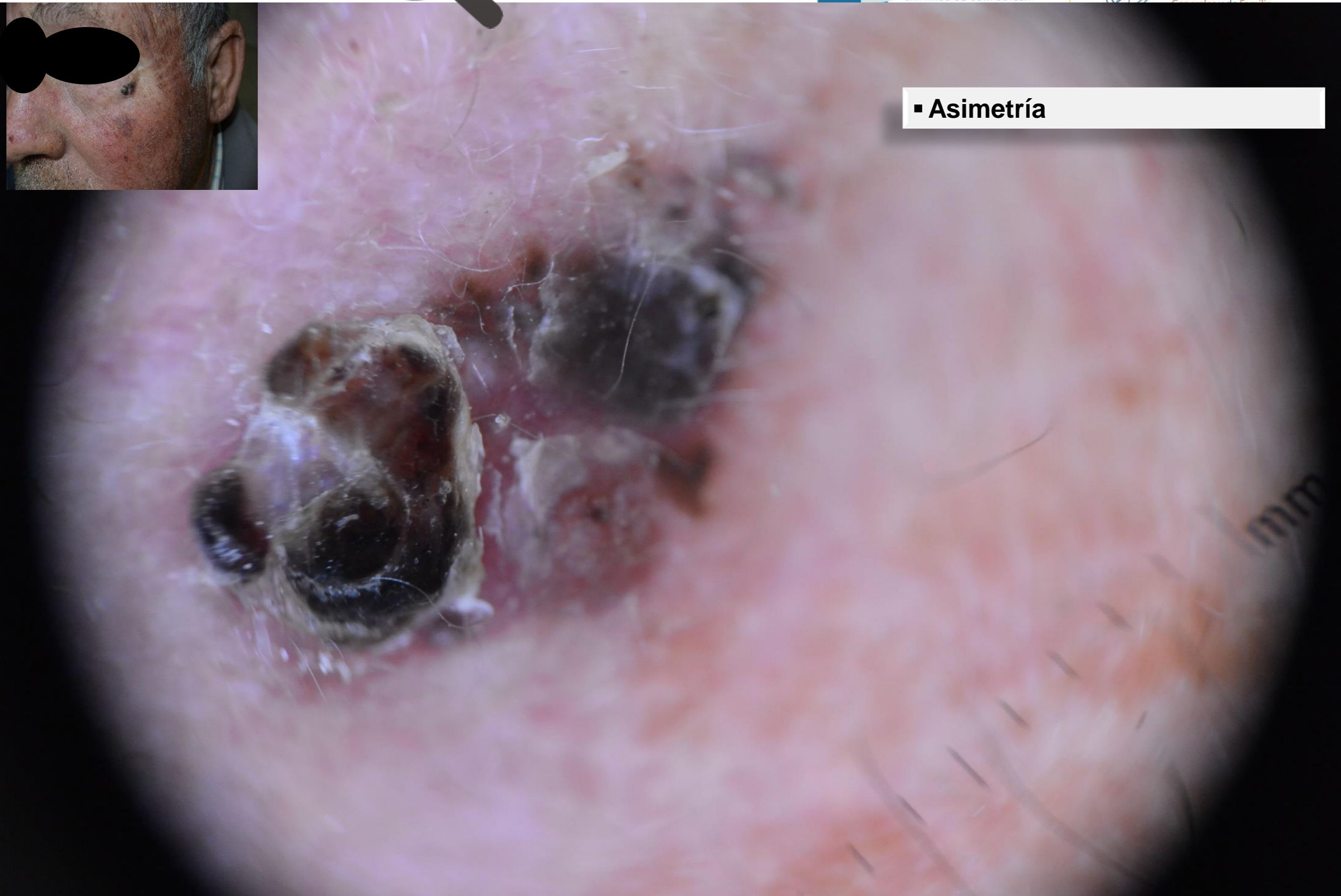
1. QUERATOSIS SEBORREICA
2. BASOCELULAR PERLADO PIGMENTADO
3. MELANOMA NODULAR







▪ **Asimetría**





- Asimetría
- Policromía



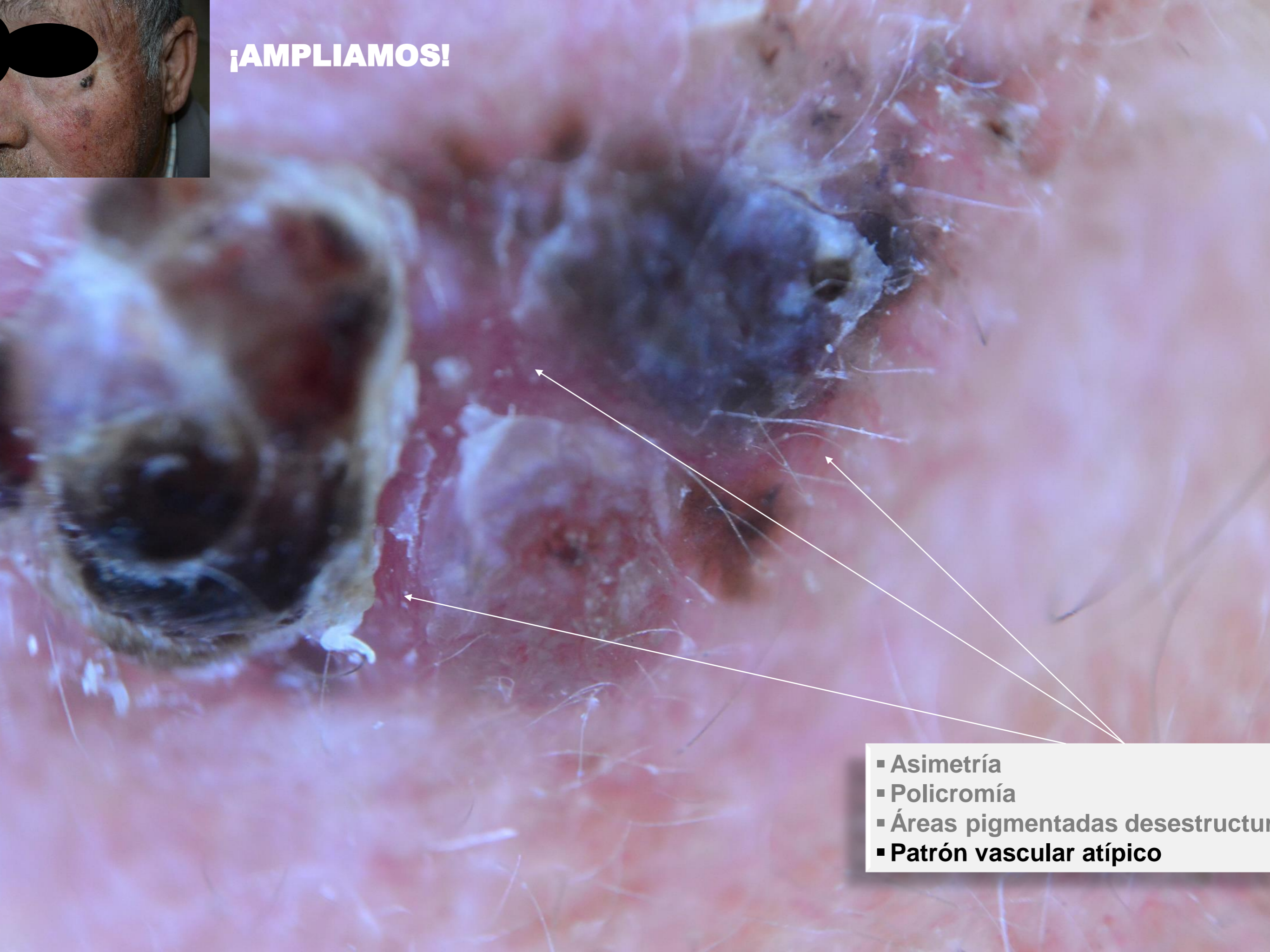


- Asimetría
- Policromía
- Áreas pigmentadas desestructuradas

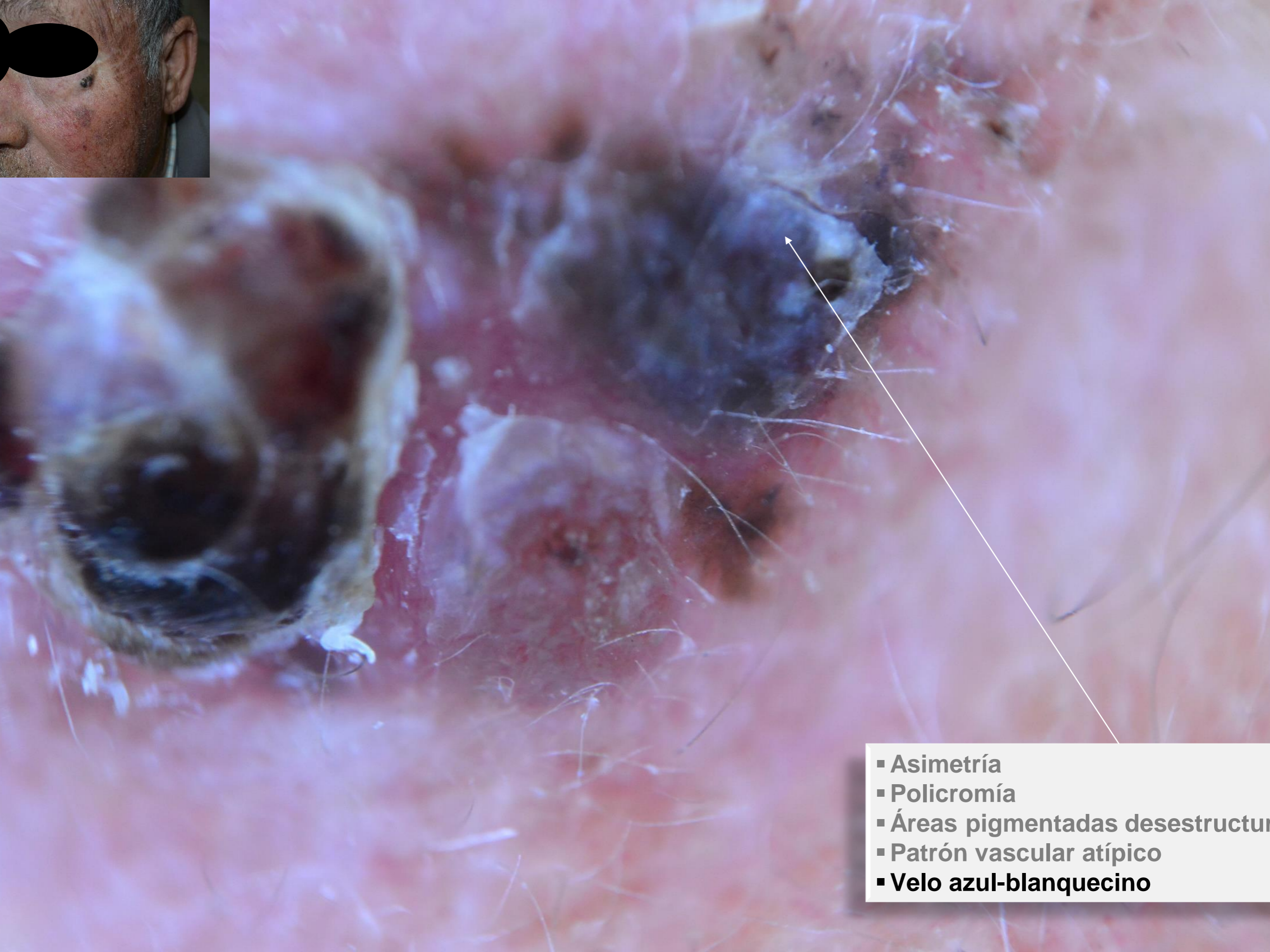




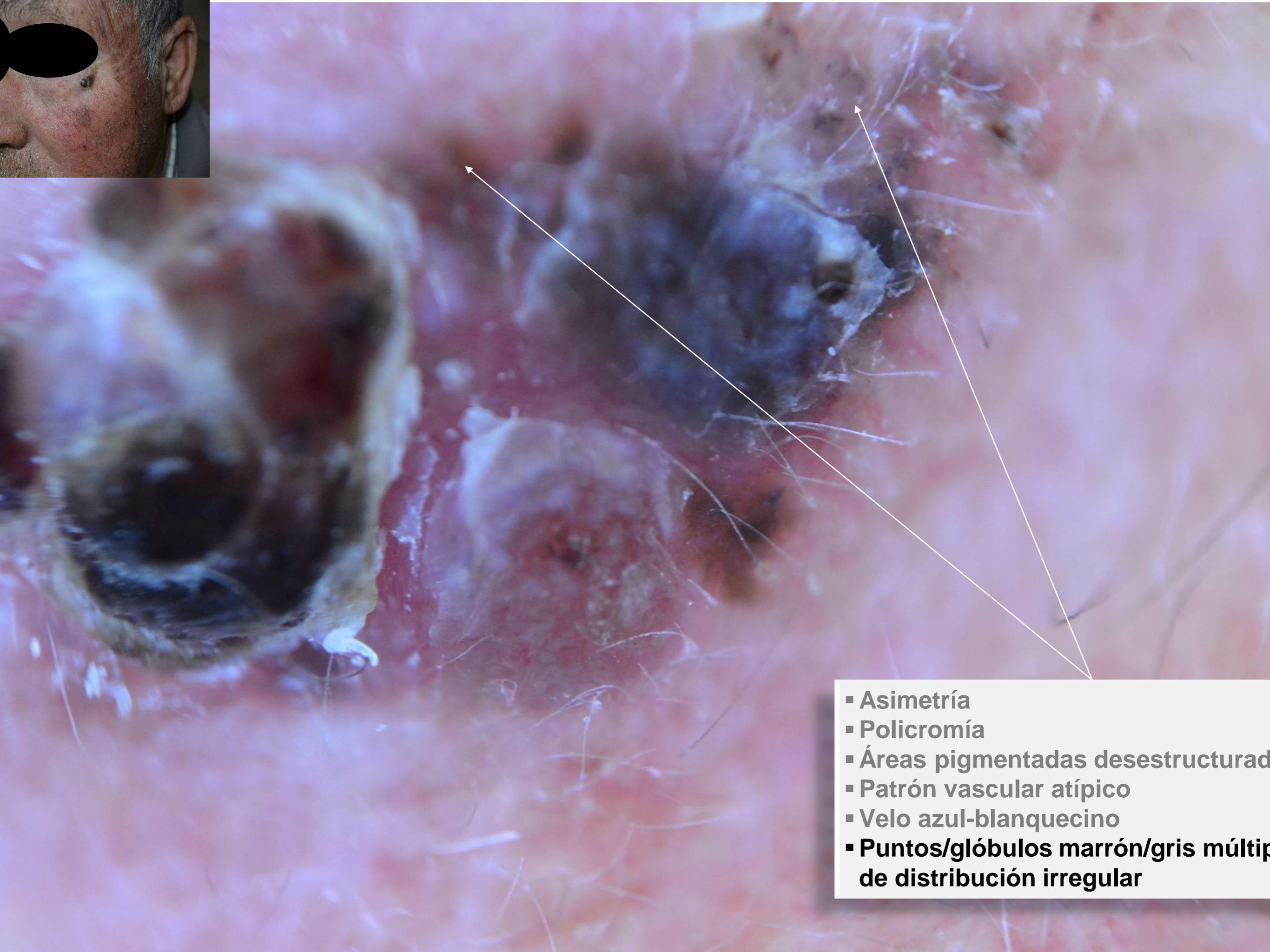
¡AMPLIAMOS!



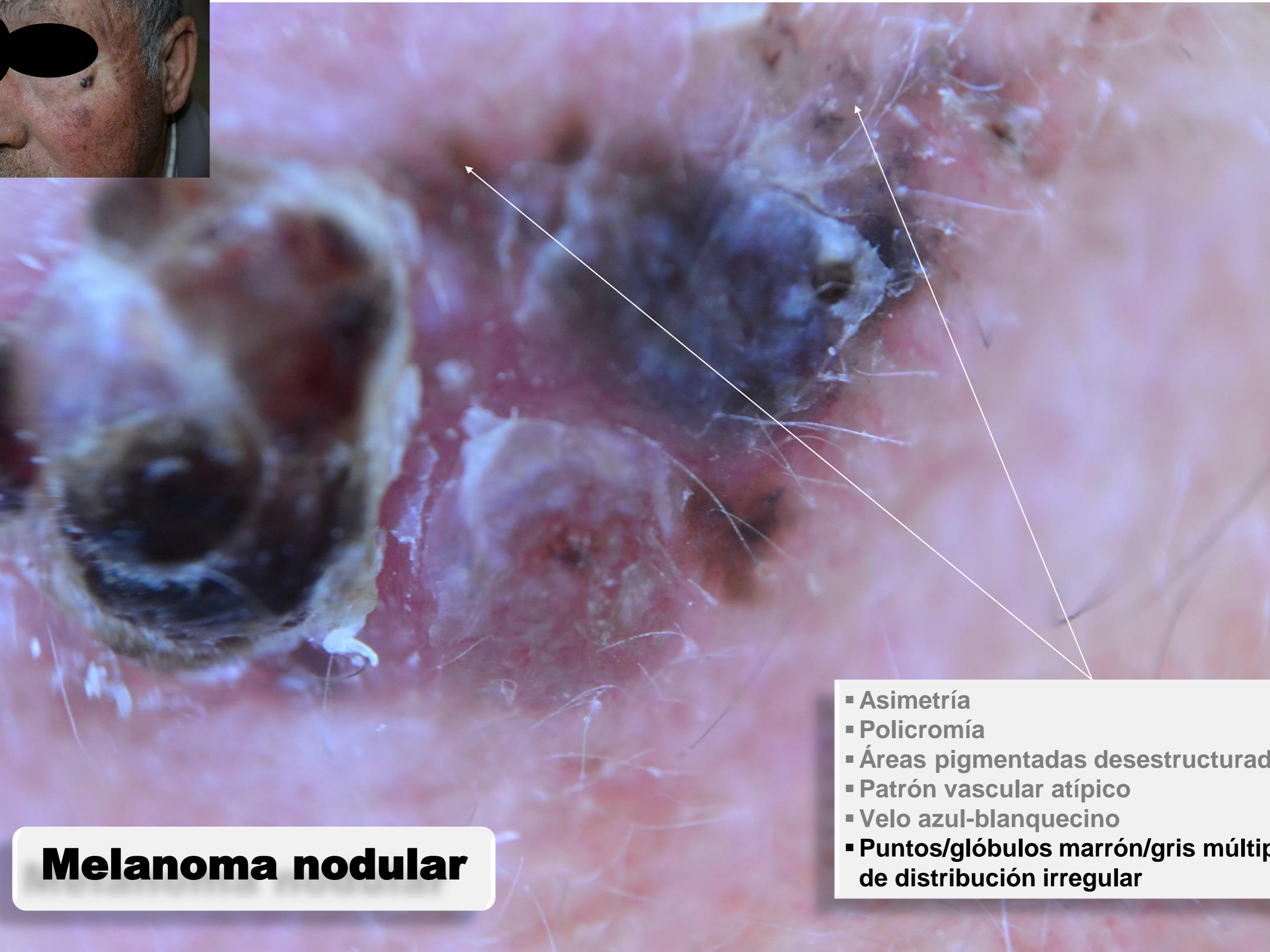
- **Asimetría**
- **Policromía**
- **Áreas pigmentadas desestructuradas**
- **Patrón vascular atípico**



- **Asimetría**
- **Policromía**
- **Áreas pigmentadas desestructuradas**
- **Patrón vascular atípico**
- **Velo azul-blanquecino**



- **Asimetría**
- **Policromía**
- **Áreas pigmentadas desestructuradas**
- **Patrón vascular atípico**
- **Velo azul-blanquecino**
- **Puntos/glóbulos marrón/gris múltiples de distribución irregular**

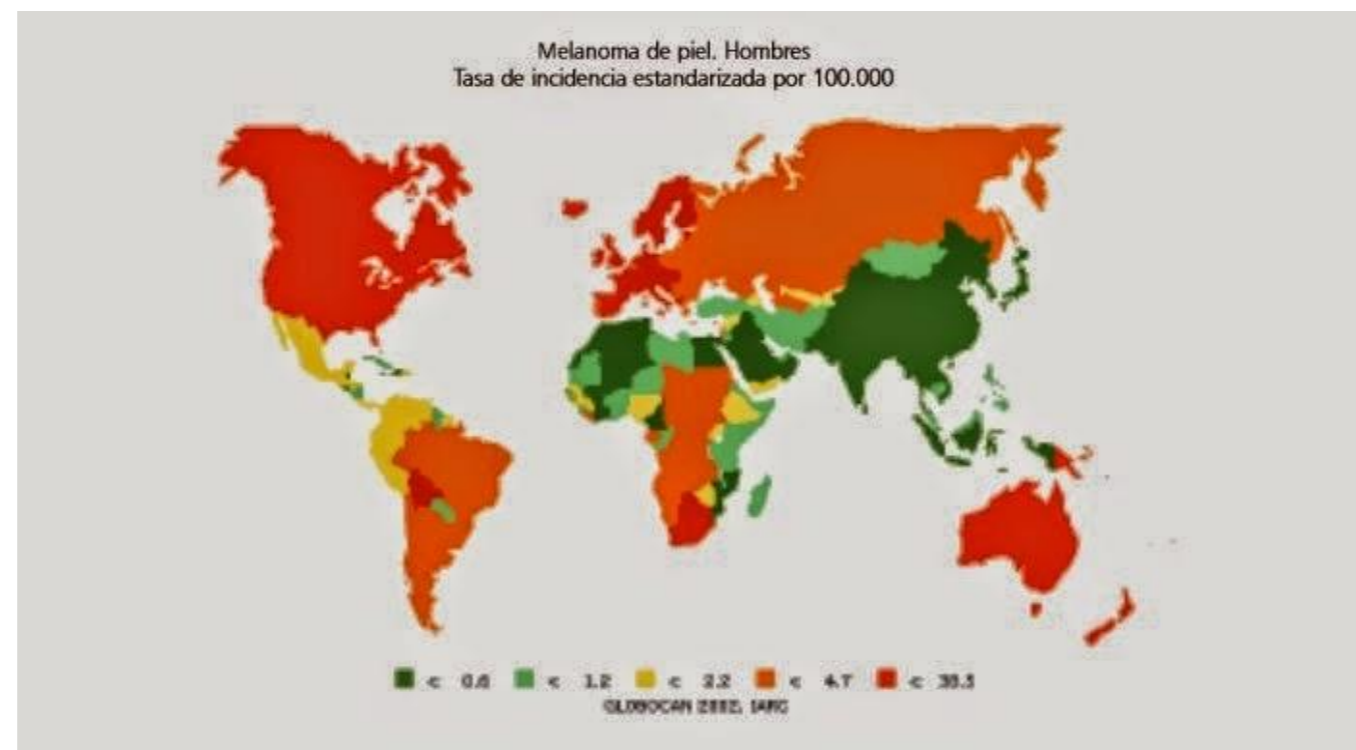


Melanoma nodular

- **Asimetría**
- **Policromía**
- **Áreas pigmentadas desestructuradas**
- **Patrón vascular atípico**
- **Velo azul-blanquecino**
- **Puntos/glóbulos marrón/gris múltiples de distribución irregular**

FORMAS CLÍNICAS DEL MELANOMA

- Representa el 2,5% de todos los cánceres.
- Responsable del 1 - 2% de las muertes por cáncer.
- Y del 60 - 80 % de las muertes producidas por cáncer de piel.
- Incidencia/mortalidad: incremento de un 3 - 8 % anual (países desarrollados)



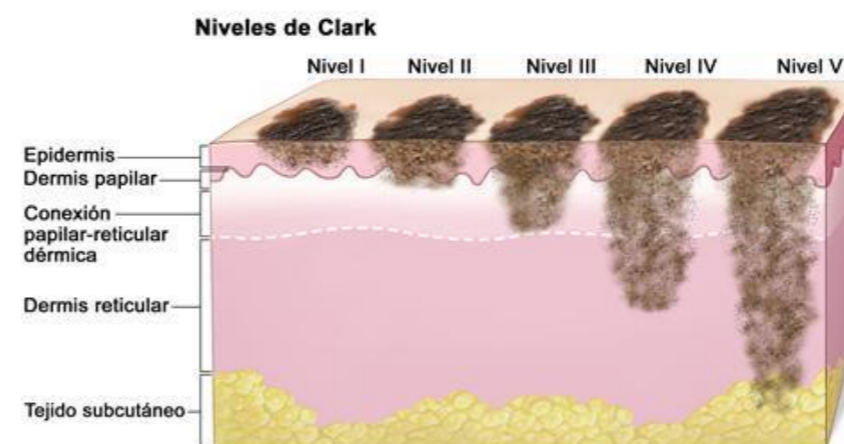
FORMAS CLÍNICAS DEL MELANOMA

- Léntigo maligno (melanoma “in situ”) / Léntigo maligno melanoma (4-15 %)
- Melanoma de extensión superficial (70 %)
- Melanoma nodular (10-15 %)
- Melanoma lentiginoso acral (2-8 %)
- Melanoma desmoplásico (1%)
- Melanoma de mucosas



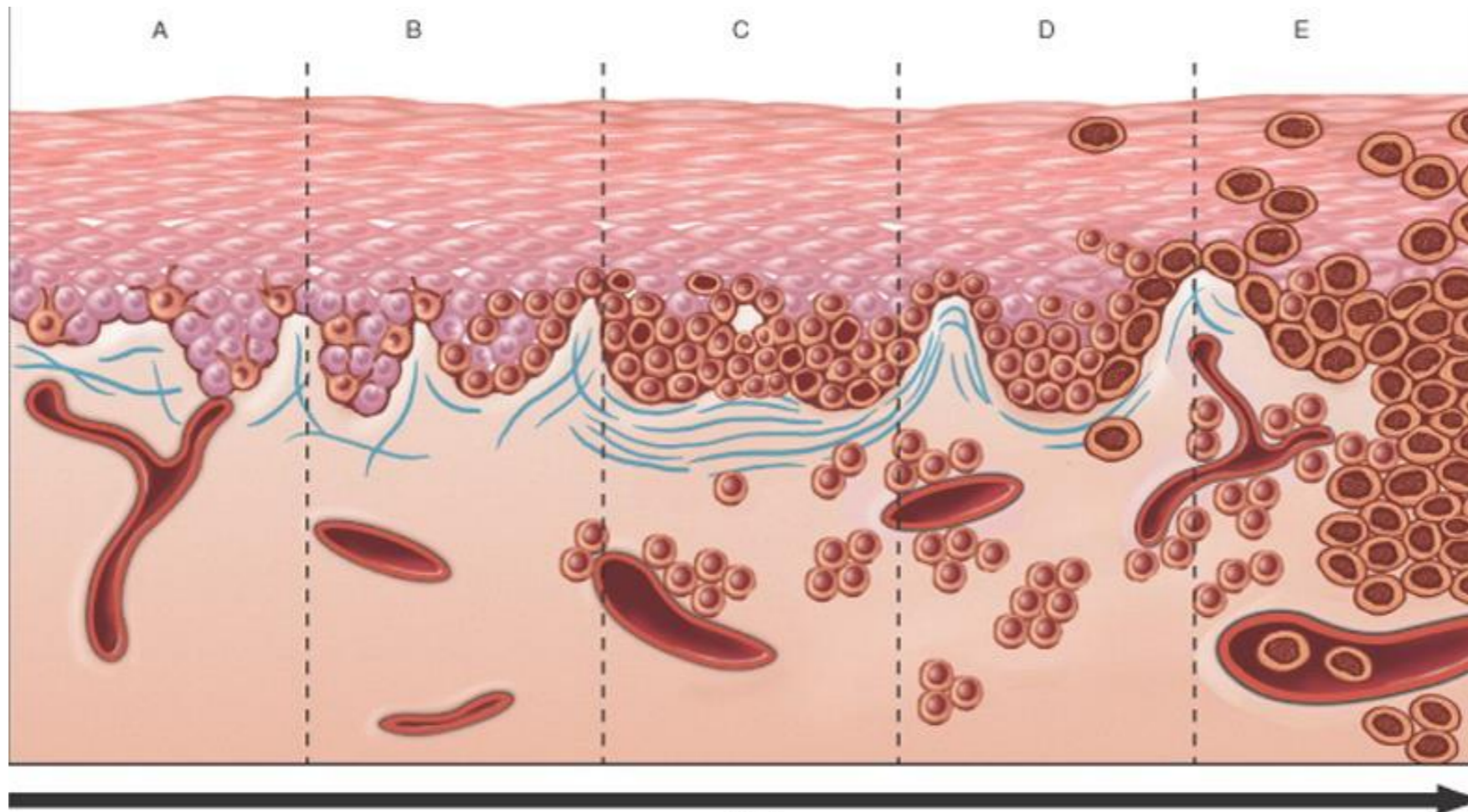
Niveles de Clark (5 n)

Índice de Breslow (mm)



FORMAS CLÍNICAS DEL MELANOMA

- En epidermis hiperplasia de melanocitos atípicos que ascienden hacia las capas superiores.
- En dermis, acúmulos de melanocitos atípicos.



FORMAS CLÍNICAS DEL MELANOMA

Regla **ABCDE** en el diagnóstico del MELANOMA

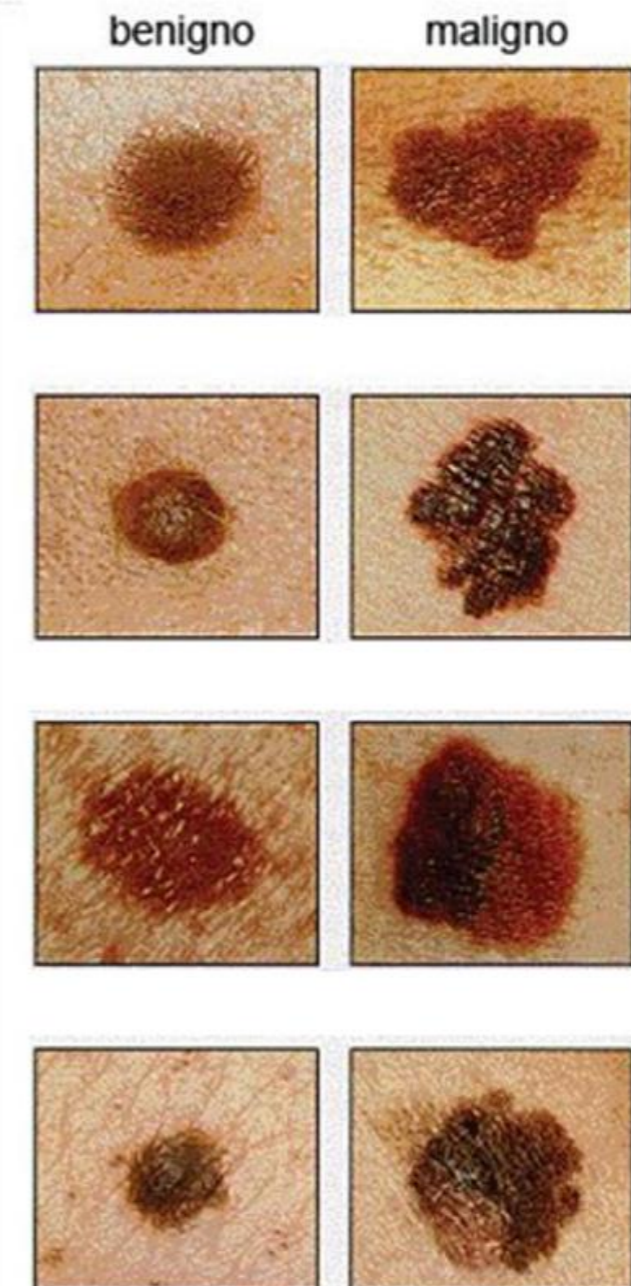
A de Asimetría

B de Bordes irregulares

C de Coloración diversa

D de Diámetro > 6 mm (en discusión)

E de Elevación / Evolución



FORMAS CLÍNICAS DEL MELANOMA

- **Léntigo maligno (melanoma “in situ”) / Léntigo maligno melanoma (4-15 %)**



Melanoma sobre léntigo maligno



FORMAS CLÍNICAS DEL MELANOMA

- Melanoma de extensión superficial (70 %)

• Melanoma nodular (10-15 %)



FORMAS CLÍNICAS DEL MELANOMA

- **Melanoma nodular (10-15 %)**

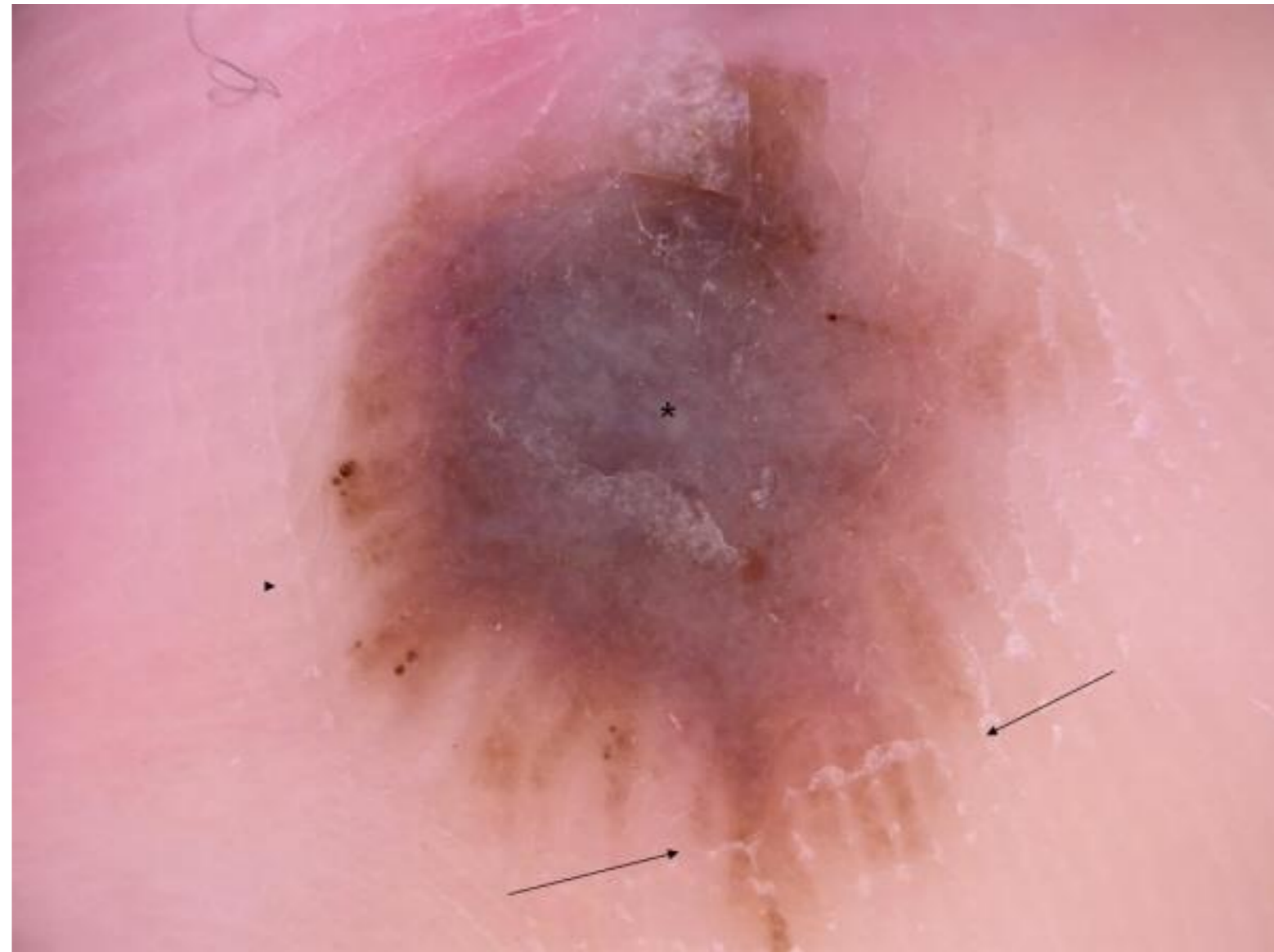
- Melanoma lentiginoso acral (2-8 %)
- Melanoma desmoplásico (1%)
- Melanoma de mucosas



FORMAS CLÍNICAS DEL MELANOMA

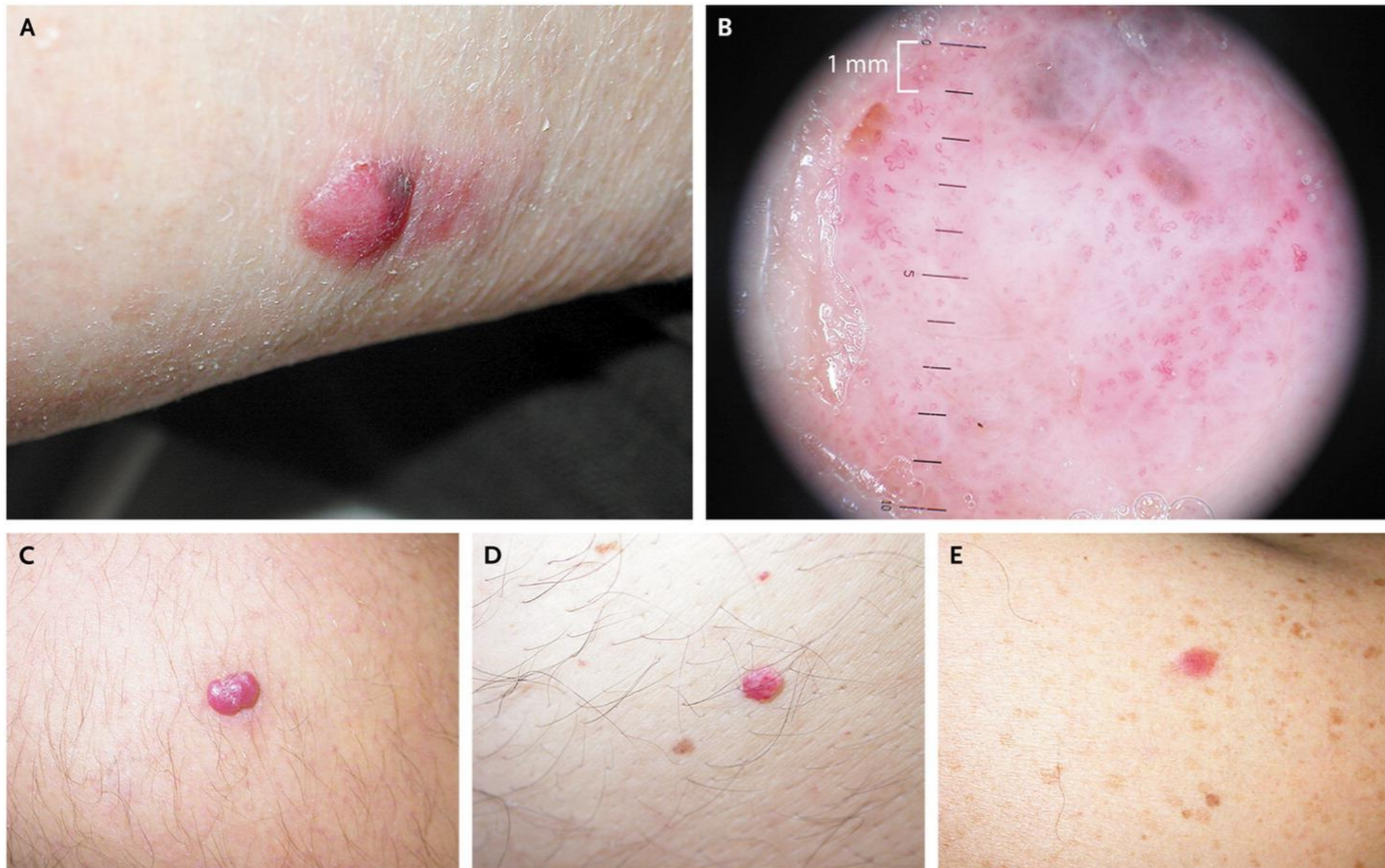
- **Melanoma lentiginoso acral (2-8 %)**

- Melanoma desmoplásico (1%)
- Melanoma de mucosas



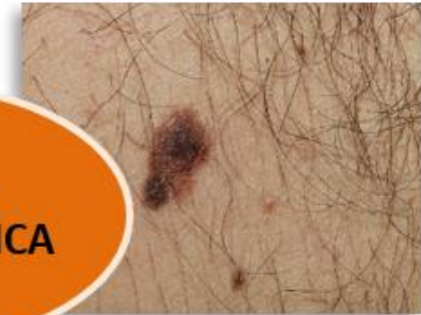
FORMAS CLÍNICAS DEL MELANOMA

- Melanoma hipo/amelánico (2-8 %)



MÉTODO DE LOS 3 PUNTOS (Soyer, Argenziano)

Lesión
Cutánea
MELANOCÍTICA



MÉTODO DE LOS 3 PUNTOS DE SOYER-ARGENZIANO



- Diseñado específicamente para **médicos** con **escasa formación** en dermatoscopia.
- Se utiliza como **método de cribado** y ayuda, en el **diagnóstico precoz de malignidad**.



- **No diferencia** entre lesiones “melanocíticas” y “no melanocíticas”

MÉTODO DE LOS 3 PUNTOS DE SOYER-ARGENZIANO

Los criterios son:

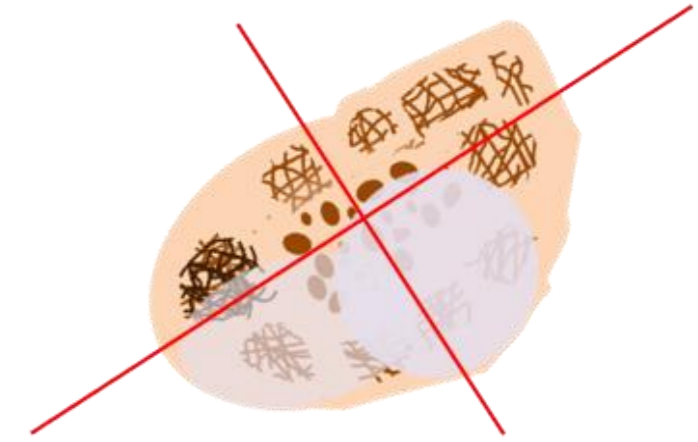
- **Asimetría** (de Color y Estructuras)
- Retículo **atípico**
- Estructuras **azules-blancas**: Cualquier tipo de color azul y/o blanco.



MÉTODO DE LOS 3 PUNTOS DE SOYER-ARGENZIANO

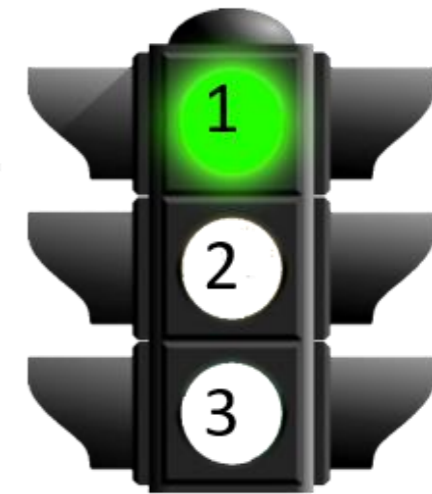
Los **critérios** son:

- **Asimetría** (de Color y Estructuras)
- Retículo **atípico**
- Estructuras **azules-blancas**: Cualquier tipo de color azul y/o blanco.

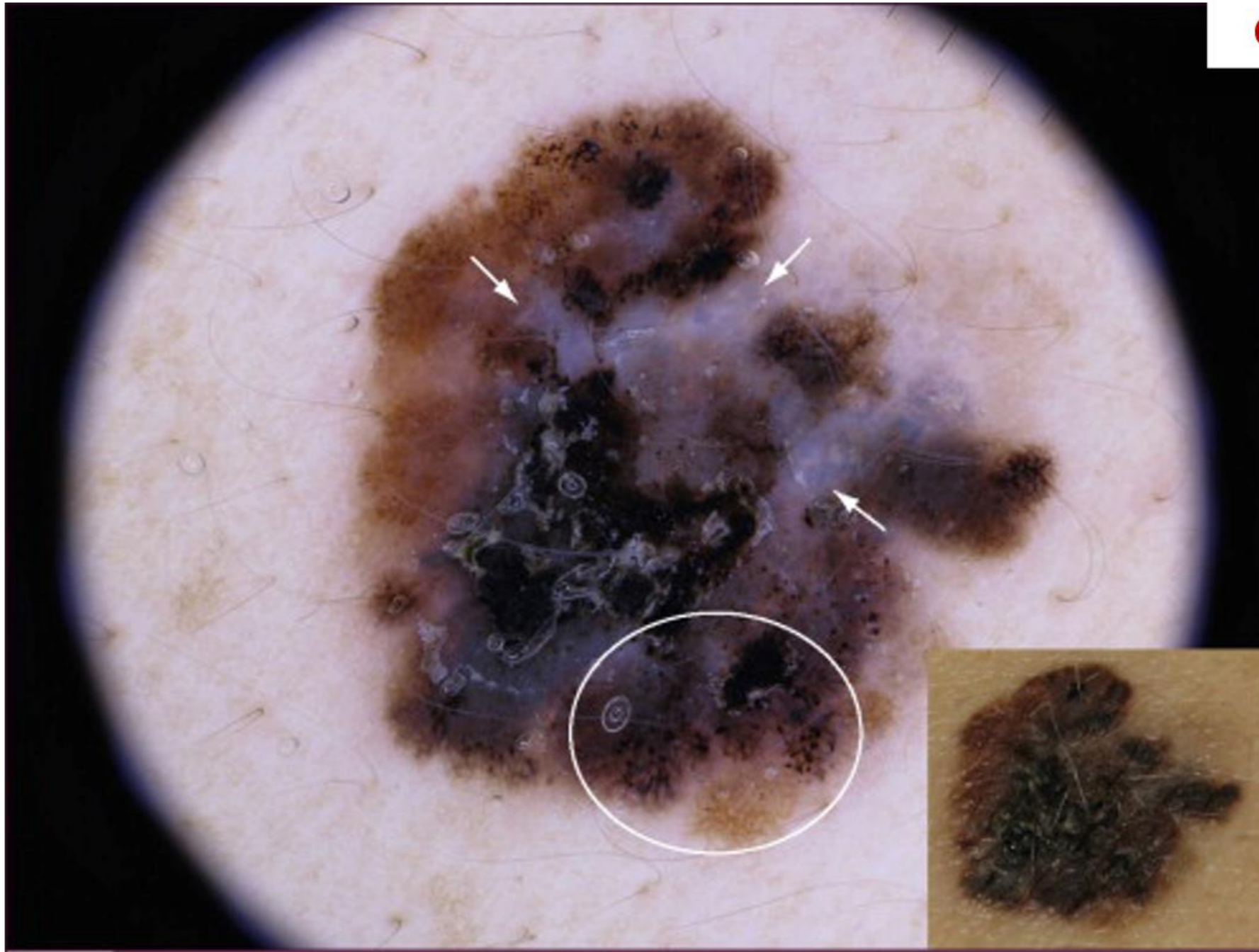


2 ó 3 criterios → lesión sospechosa

- Sensibilidad del 96,3%
- Especificidad del 32,8%

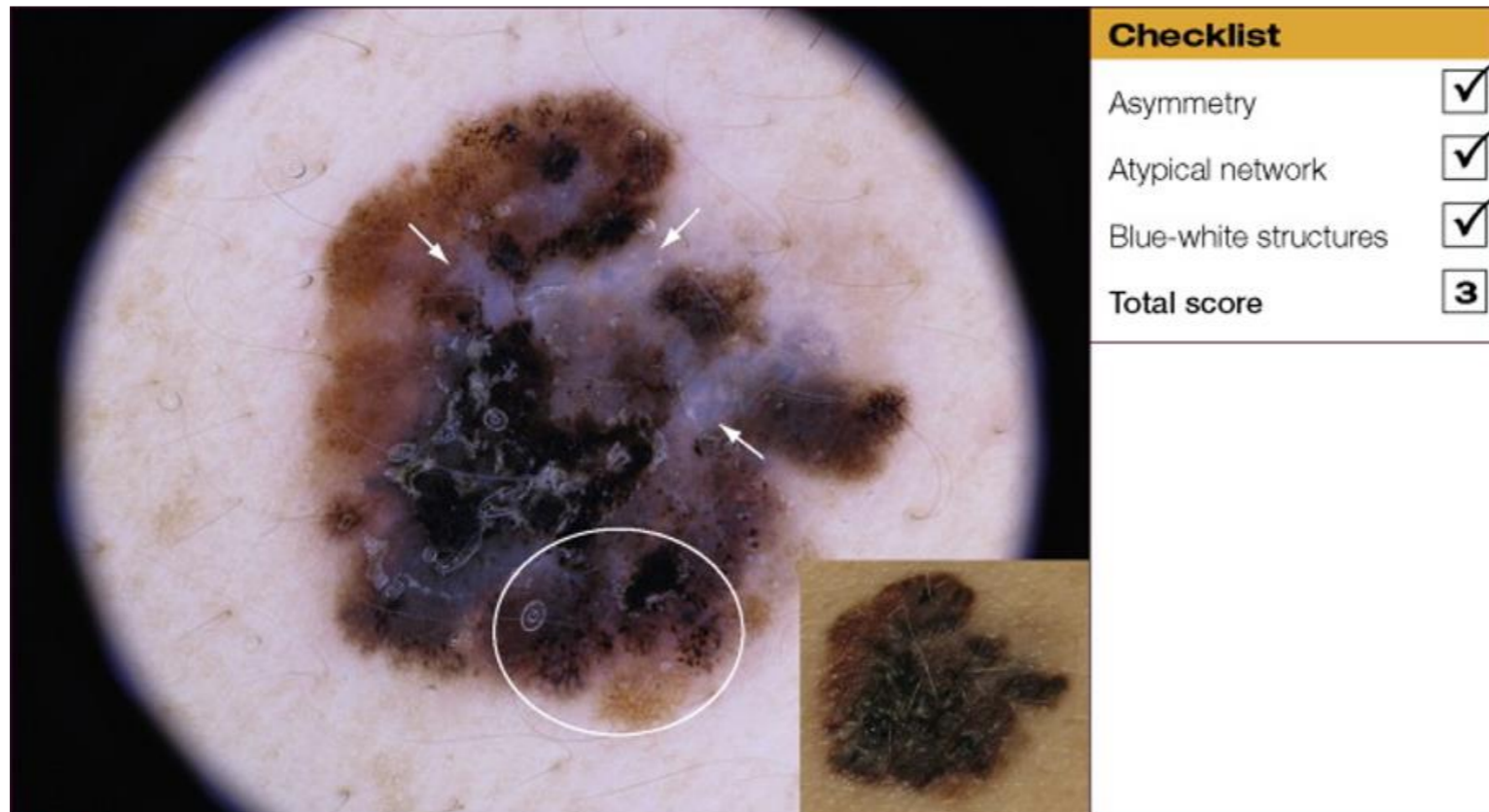


CASO 1º



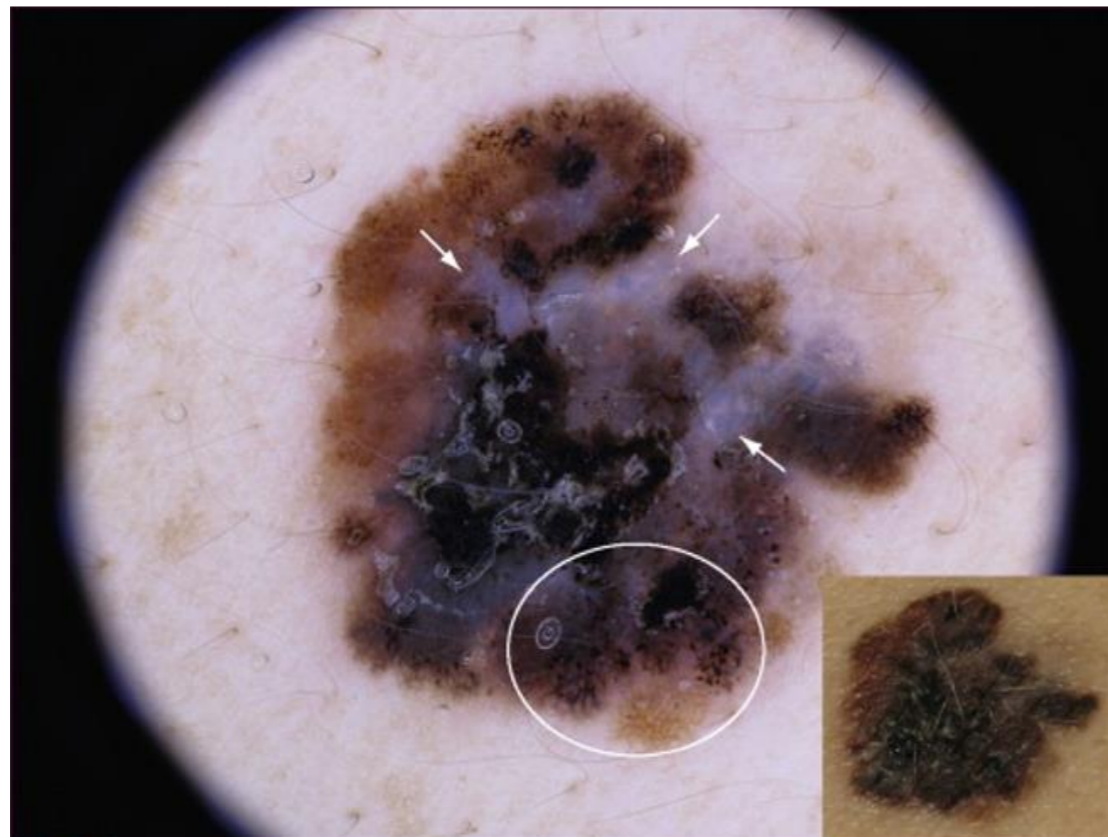
- **Asimetría**
- **Retículo atípico**
- **Estructuras azules-blancas**

CASO 1º



- El **color y la estructura** en la mitad inferior no es una imagen de espejo de la mitad superior: existe una **asimetría**.
- **Red de pigmento atípica** con segmentos engrosados.
- Una línea **punteada** en marcha (círculo)
- Amplia zona de **estructura de color azul-blanco** (flechas).

CASO 1º



Checklist	
Asymmetry	<input checked="" type="checkbox"/>
Atypical network	<input checked="" type="checkbox"/>
Blue-white structures	<input checked="" type="checkbox"/>
Total score	3

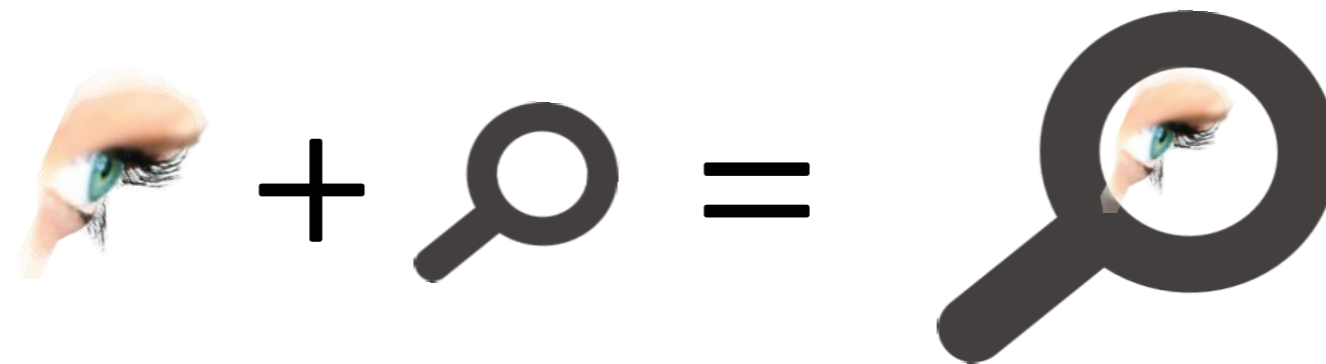
MELANOMA

- El **color y la estructura** en la mitad inferior no es una imagen de espejo de la mitad superior: existe una **asimetría**.
- **Red de pigmento atípica** con segmentos engrosados.
- Una línea **punteada** en marcha (círculo)
- Amplia zona de **estructura de color azul-blanco** (flechas).

¿Es útil la

DERMATOSCOPIA

en AP?



PROYECTO



Proyecto Clínico Dermatológico”

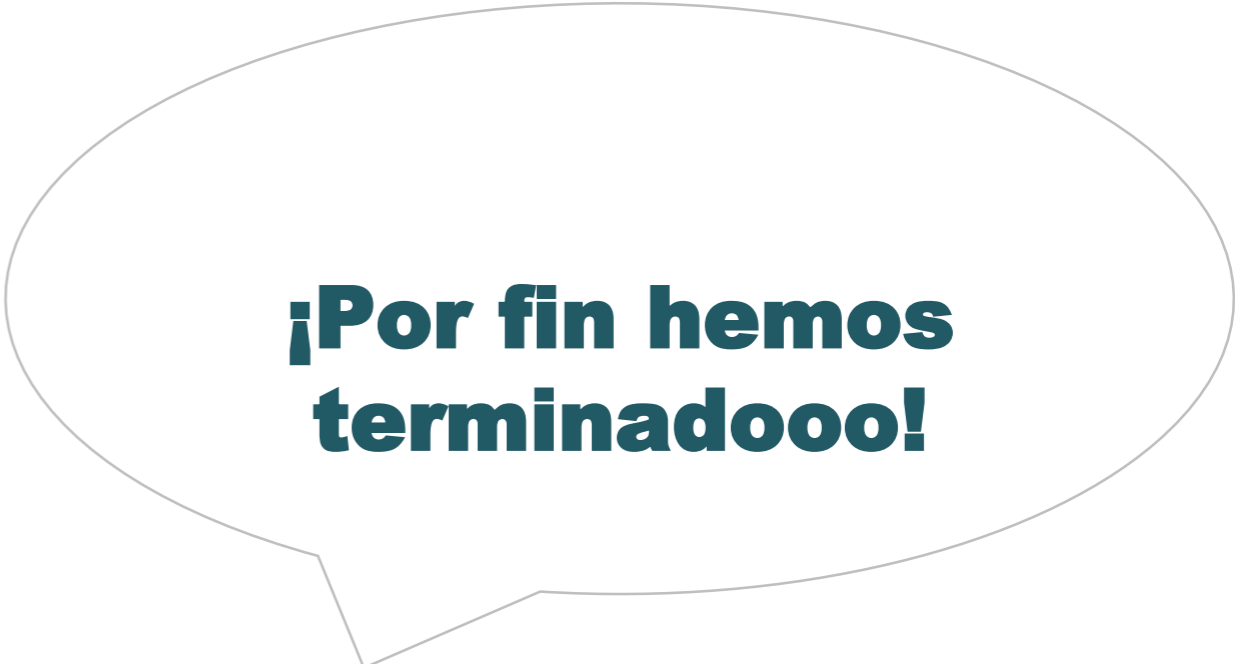


SEMG
Sociedad Española de Médicos
Generales y de Familia





ojo Clínico Dermatológico”



**¡Por fin hemos
terminadooo!**





Ojo 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 outañea (Pilomatricoma)

- ¿El aumento de incidencia del cáncer de piel?
- ¿La multiplicación de los procesos y lesiones relacionados 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. Isabel 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

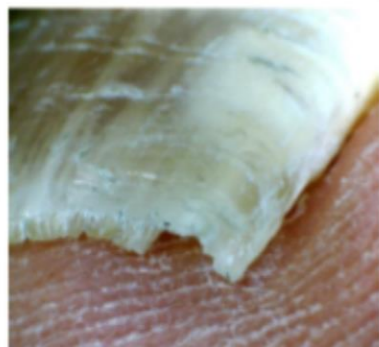
Punto de Partida

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



HOY TOCA REVISAR ...



Onicomicosis blanca superficial

Onicomicosis

Dr. Elena Fíres 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 **tiña ungueal/ tinea unguium**), como por hongos no dermatofíticos (**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 "rapidilla". Pág. 4-5
- ¿Y está? ¿Qué es?: Caso clínico. Pág. 6
- Dermatoscopia: ¡No hay lesión pequeña!. Pág. 7
- Debemos saber: Psiodermatología: ¡no tan lejos!. Pág. 8-9
- Dejado "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 supurativa. 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

