

**CONSENSO DE SEMIOLOGIA DERMATOLÓGICA UNIVERSIDAD NACIONAL
DE COLOMBIA**

**LILIANA PATRICIA LANCHEROS MUNEVAR
CODIGO 05-598069**

Trabajo de grado presentado para optar al título de DERMATOLOGA

**DIRIGIDO POR:
DR. LUIS FERNANDO PALMA**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA
Bogotá, 2011**

*Dedicado al Dr. Guillermo Gutiérrez
Maestro en el arte de observar y palpar*

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a los doctores miembros del comité encargado de la elaboración del consenso por su colaboración y entusiasmo:

DR LUIS FERNANDO PALMA

Profesor Dermatopatología Universidad Nacional de Colombia.

DR ALVARO ACOSTA DE HAART

Profesor Dermatooncología Universidad Nacional de Colombia

DR HECTOR CASTELLANOS LORDUY

Profesor y director del Departamento de Dermatología Universidad Nacional de Colombia

Igualmente mis agradecimientos para todos los dermatólogos que participaron en la encuesta.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION	7
1. MARCO TEORICO	13
2. DEFINICIONES DE LAS LESIONES ELEMENTALES	20
2.1 Lesiones elementales primarias	20
2.2 Lesiones elementales secundarias	39
2.3 Otras lesiones	56
3. TABLAS COMPARATIVAS DE LOS AUTORES	58
1.1 Lesiones elementales primarias	58
1.2 Lesiones elementales secundarias	78
4. ANALISIS DE LA COMPARACION DE LAS DEFINICIONES	96
5. RESULTADOS DE LA ENCUESTA	103
6. DISCUSION	111
7. CONSENSO DE LAS DEFINICIONES	116
CONCLUSIONES	137
BIBLIOGRAFIA	138
ANEXOS	142

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A. ENCUESTA DE SEMIOLOGIA DERMATOLOGICA

RESUMEN

RESUMEN

La base de la descripción semiológica en Dermatología, la constituyen las lesiones elementales. Existen múltiples diferencias en la concepción de dicha terminología básica. El presente consenso de la escuela de dermatología de la Universidad Nacional de Colombia busca unificar las definiciones y lograr una aceptación general en su uso.

PALABRAS CLAVE: lesión elemental, definiciones dermatológicas, términos, consenso

ABSTRACT

The basis of the semiologic description in Dermatology, are the elementary lesions. There are many differences in the conception of the basic terminology. The present consensus from the School of Dermatology at the National University of Colombia seeks to unify the definitions and to achieve a generalized acceptance in their use

KEY WORDS: elementary lesion, dermatologic definitions, terms, consensus

INTRODUCCION

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las lesiones elementales dermatológicas constituyen los cimientos en los cuales se apoyan el lenguaje y el pensamiento dermatológico. Podríamos decir que equivalen al alfabeto sobre el que se construye nuestro sistema de comunicación. En el aprendizaje de la dermatología, es fundamental conocer y comprender el significado de cada una de las lesiones elementales con el fin de realizar una correcta asociación entre dichas lesiones y su imagen respectiva. El reconocimiento de las imágenes de las enfermedades dermatológicas unido a la recolección de los datos de la anamnesis del paciente, nos permiten a su vez, deducir un diagnóstico.

Es por tanto indispensable, una absoluta claridad en la definición de las lesiones elementales dermatológicas. Sin embargo, al remitirnos a los textos dermatológicos, encontramos que la única constante en tales definiciones es justamente, la diferencia. En general, los conceptos son claros si se mira una única referencia pero al revisar varios autores, dicha claridad se pierde por la falta de homogeneidad en las definiciones. Nos enfrentamos entonces a la imprecisión, contradicción y superposición en la concepción de los términos.

No es sorprendente que en consecuencia, se presente idéntica situación entre los médicos dermatólogos, inclusive entre los pertenecientes a una misma escuela o institución. Estos conflictos lingüísticos interfieren en la eficacia de la descripción de las enfermedades. Y si la interferencia en la descripción es importante, aún es mayor la que trasciende al documentar lo que observamos y transmitir este conocimiento. Todo esto nos conduce a la alteración de la comunicación y el aprendizaje dermatológico.

Si el lenguaje que hablamos y escribimos no es del todo comprensible para el dermatólogo, mucho menos lo será para los estudiantes de dermatología ni para los profesionales de otros campos de la medicina afines a la dermatología o relacionados con ella. Para la mayoría de los dermatólogos experimentados, diagnosticar una enfermedad a partir del reconocimiento de sus lesiones es más sencillo que la descripción de las mismas. Es por ello que la repercusión de la falta de consistencia en la descripción de los términos semiológicos ha logrado pasar desapercibida en la literatura dermatológica. Sin embargo, para los no experimentados o no dermatólogos, el diagnóstico requiere remitirse a los textos e imaginar las lesiones a partir de su descripción.

La dermatología como rama científica, en su creciente tecnicismo, ha ido perdiendo capacidad y claridad en su expresión. Mientras no exista conciencia de

la variabilidad y disimilitud en la definición de las lesiones elementales, el lenguaje dermatológico no será preciso ni reproducible.

JUSTIFICACION

Las discrepancias lingüísticas planteadas, aunque parezcan sutiles y pasen inadvertidas, debilitan y deterioran el proceso de la comunicación dermatológica. Cualquier disciplina científica como lo es la dermatología, requiere un conjunto de términos básicos que sean consistentes y claramente definidos.

Sorprendentemente, el estudio crítico de la semiología nunca ha sido un punto fuerte de la ciencia dermatológica, especialmente considerando la amplitud de su patología.

La reflexión sobre la forma en que utilizamos nuestro vocabulario más esencial es escasa. A pesar de su importancia en la teoría y práctica dermatológica, el interés en su estudio se ha limitado a unos pocos autores.

En nuestro país no se ha desarrollado el tema y el aprendizaje de la semiología se relega a las definiciones expuestas por los textos de referencia sin ningún análisis crítico de las mismas.

El lenguaje dermatológico, como todos los otros lenguajes, es dinámico y varía en el tiempo. Con la llegada del nuevo milenio, no tiene sentido que la dermatología moderna conserve el caótico uso de términos y definiciones elaborado en los tiempos de los primeros dermatólogos semiólogos.

Es tiempo por tanto de unificar y clarificar los conceptos básicos que constituyen los pilares del lenguaje y la comunicación dermatológica, acorde a la evolución de ésta disciplina científica. El presente trabajo pretende realizar una reflexión acerca del problema y llevar a cabo un intento de consenso a partir de los miembros de la escuela de Dermatología de la Universidad Nacional de Colombia

ANTECEDENTES

A partir de 1964 inició la discusión por parte de Thomas Watt acerca de la falta de homogeneidad en la definición de las lesiones primarias dermatológicas¹. Desde entonces, unas pocas revistas dermatológicas, predominantemente *Archives of Dermatology* y *Actas Dermosifiliográficas*, abrieron espacios de discusión sobre el tema. Se han destacado los doctores Robert Jackson, Bernard Ackerman, R. E. Ashton y Francisco Vasquez Lopez, entre otros.

En 1987 la Liga Internacional del Comité Dermatológico en nomenclatura², elaboró un glosario de lesiones dermatológicas básicas. Este constituyó la única recopilación encontrada de términos consensuados al día de hoy.

Hasta el momento, los autores de la literatura dermatológica que han participado en los espacios de discusión, han llevado a cabo principalmente un llamado de atención sobre el problema y han manifestado claramente la necesidad e importancia de lograr una estandarización de las definiciones. Las respuestas a estas reflexiones han sido entusiastas y en general concurren con la idea.

El Dr. Francisco Vasquez desarrolló un interesante estudio en el cual comparó las definiciones de las lesiones elementales dermatológicas de 13 textos españoles con el fin de resaltar las principales contradicciones y diferencias; con su estudio, el Dr. Vásquez dio un paso importante hacia el consenso³.

El siguiente paso consistió en una discusión y argumentación individual de diferentes autores acerca de las definiciones correctas de las lesiones elementales, seguida de una propuesta personal de cada autor. Sin embargo, no se ha reportado hasta el presente en la literatura, ninguna discusión en la que participen simultáneamente varios dermatólogos con el fin de unificar estas propuestas individuales. Aproximadamente hace 14 años, el Dr. Robert Jackson propuso un simposio de morfología en el congreso anual de la Academia Americana de Dermatología. La propuesta sin embargo, no fue aceptada⁴.

¹JILLSON, Otis, WATT, Thomas. On standard definitions. En: *Archives of dermatology*. Vol.90, No 4 (Octubre, 1.964); 454 – 455.

²WINKELMANN, RK. Glossary of basic dermatology lesions. Upssala: International League of Dermatological Societies, Committee on Nomenclature. En: *Act Derm- Venereol. Suppl* 130 (1988).

³ GONZÁLEZ, Marcos, PÉREZ, Narciso, VÁSQUEZ, Francisco. Las lesiones elementales en la dermatología española actual (II): paradigmas semánticos. En: *Actas Dermosifiliogr*. Vol 92 (2001); 47 – 52.

⁴JACKSON, Robert. On Standard Dermatology Definitions. En: *Arch Dermatol*. Vol.135 (octubre, 1999); 1273.

A nivel institucional, el Departamento de Dermatología y Venereología del Instituto de la India de Ciencias Médicas (Nueva Delhi, India) realizó un consenso de las definiciones de las lesiones elementales dermatológicas en su departamento, basándose en las expuestas en dos textos de referencia⁵. Este intento constituye lo más reciente que se ha llevado hacia una unificación de conceptos.

A partir de los últimos 5 años, el tema ha sido olvidado. Solo unos pocos autores aún insisten ocasionalmente en la importancia de realizar un consenso pero su persistencia ha sido reconocida más no recompensada.

⁵SHARMA, Vinod. Clinical Lesions in Dermatology: Consensus *Definitions*.. En: Indian J Dermatol. Vol. 48 No 3 (2003); 179 – 181.

OBJETIVO GENERAL

Elaborar un consenso de las definiciones de las lesiones elementales dermatológicas en la escuela dermatológica de la Universidad Nacional de Colombia.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Reflexionar acerca de la falta de uniformidad de la terminología dermatológica básica.
2. Establecer la importancia de la unificación de los conceptos de las lesiones elementales dermatológicas y su impacto en la eficiencia de la comunicación.
3. Determinar la influencia en la terminología dermatológica actual de los modelos de descripción semiológica antiguos y contribuir a la comprensión de la evolución de nuestro lenguaje.
4. Elaborar un consenso semiológico que contribuya a la formación y caracterización de la escuela dermatológica de la Universidad Nacional de Colombia.
5. Realizar un aporte teórico con fines útiles para su directa aplicación en la práctica dermatológica diaria.
6. Proveer a los médicos no dermatólogos y a los estudiantes de dermatología de herramientas semiológicas claras que faciliten su aprendizaje y comprensión.
7. Obtener una caracterización morfológica clínica de las lesiones elementales que a su vez nos permita la correlación con sus características histopatológicas.

METODOLOGIA

El presente es un estudio descriptivo en el cual se pretende valorar mediante una encuesta, las definiciones de las lesiones elementales dermatológicas más aceptadas entre los miembros de la escuela de Dermatología de la Universidad Nacional de Colombia. A partir de los resultados de dicha encuesta, se elaborará un consenso de las definiciones.

Elaboración de la encuesta (Ver Anexo A)

La encuesta plantea interrogantes acerca de la necesidad del consenso, la forma de descripción y clasificación de las lesiones elementales y finalmente, su definición.

La opinión acerca de la definición de las lesiones se obtiene mediante escogencia múltiple. Para establecer las opciones de definición, se realizó una selección de 17 textos dermatológicos a partir de los cuales se llevó a cabo una comparación entre sus definiciones. Se seleccionaron los textos de referencia más utilizados en el aprendizaje y práctica dermatológica en Colombia y los que fueran representativos de los modelos semiológicos dermatológicos.

En un listado que exponía las definiciones de manera textual, se compararon a los autores entre sí, un listado por cada lesión elemental. Posteriormente, se simplificaron las definiciones y se confrontaron en tablas que comparaban a los autores según los parámetros de definición.

Los resultados de esta comparación se analizaron críticamente y a partir de las definiciones más comunes, se obtuvieron las opciones de definición expuestas en la encuesta.

Elaboración del consenso

Para realizar el consenso a nivel de la escuela dermatológica de la Universidad Nacional, se encuestó una muestra de 21 dermatólogos que corresponde al 30% de los miembros de la escuela, entre egresados y profesores. Se excluyeron los residentes que actualmente se encuentran cursando el posgrado de Dermatología. Los resultados de la encuesta fueron evaluados por un comité que integraba los profesores representantes de la escuela: el Dr. Fernando Palma, el Dr. Alvaro Acosta y el Dr. Héctor Castellanos. A partir del análisis crítico de las definiciones más aceptadas, se elaboró el consenso de las mismas a nombre de la escuela Dermatológica de la Universidad Nacional de Colombia.

1. MARCO TEORICO

Los cimientos del vocabulario dermatológico básico actual se remontan a la antigüedad clásica. Hipócrates (460-377? AC) clasificó por primera vez las enfermedades cutáneas en dos tipos: las localizadas (que tenían una existencia independiente) y las exantemáticas (aquellas que resultaban del intento del cuerpo por eliminar la enfermedad). Estas últimas se subdividían a su vez en *phymata* (forúnculos, tumores), *lopoi* (escamosas) y *helchodia* (vesículas, ampollas). Hyeronimus Mercurialis (1530-1606) dividió las enfermedades de la piel por localización, las que se ubicaban en el cuero cabelludo y las que no. Estas últimas se subdividían según el color, la textura y volumen.

Es a partir del siglo XVIII, con el inicio de la dermatología moderna, cuando surge el real cambio: los términos dermatológicos comienzan ser definidos con precisión por primera vez. Este proceso fue posible gracias a la obra de varios autores. En primer lugar, la obra inicial de Joseph Plenck quien publica en 1776 el primer libro moderno de dermatología (*Doctrinade morbis cutaneis*). Plenck clasificó 150 enfermedades cutáneas en 14 categorías (Tabla I).

Table I—Plenck's 14 categories of skin diseases*	
Macules	Callosities
Pustules	Excrescences (growths)
Vesicles	Ulcers
Bullae	Vulnera (injuries)
Papules	Insect bites
Crusts	Nail diseases
Scales	Hair diseases

***From "Doctrina de Morbis Cutaneis", Vienna, 1776.**

Tabla I⁶

Robert Willan inglés(1757-1812) seguido por su pupilo Thomas Bateman, presenta en 1790 la clasificación de las enfermedades en 8 órdenes (Figura I) y publica "Enfermedades cutáneas". Más tarde Jean Louis Alibeirt francés (1768-1837) construyó una elaborada y complicada clasificación, reuniéndolas en "el árbol de las dermatosis": el tronco era la piel, las 12 ramas los 12 grupos de enfermedades

⁶ JACKSON, Robert. Historical outline of attempts to classify skin diseases. En: CMA Journal. Vol 116 (Mayo, 1977): pag 1165.

y las ramitas los géneros (Figura II). El vienés Ferdinand von Hebra (1816-1880) utilizó un sistema de clasificación anatómico-patológico en el cual organizó las enfermedades de la piel utilizando los términos de la patología general de los órganos internos (Tabla II). Además describió las lesiones elementales o eflorescencias. Jean Darier (1856-1938) clasificó las enfermedades cutáneas en el primer tomo de su texto, a partir de la lesión elemental y los síndromes derivados de ellas. (Tabla IV).

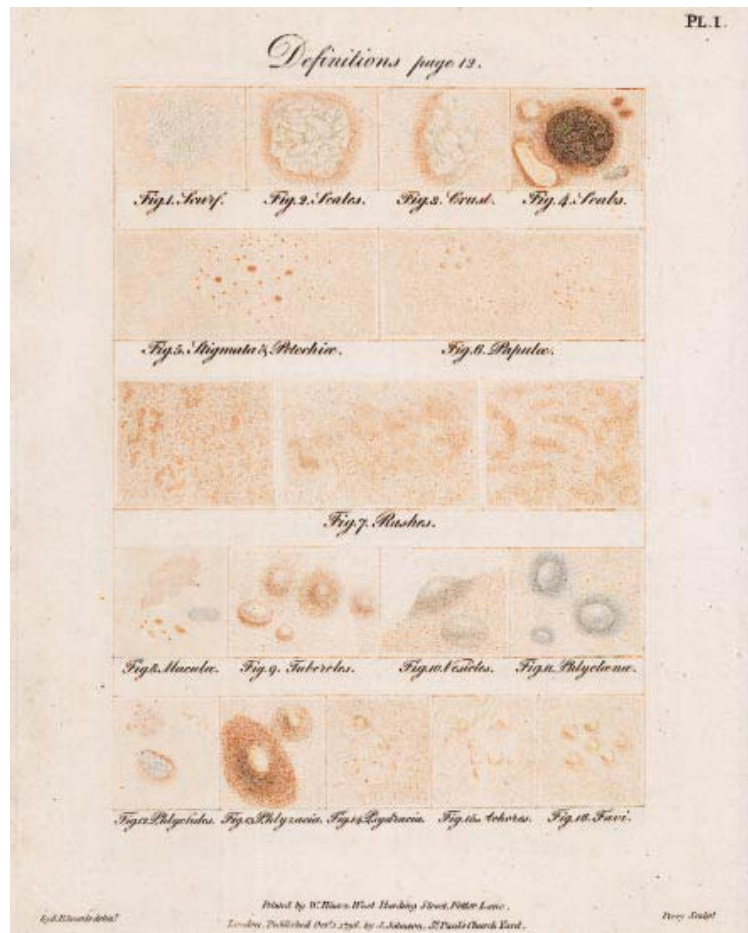


Figura I. Clasificación de las enfermedades cutáneas en 8 órdenes por R. Willan⁷

⁷ CRISSEY, John, PARISH Lawrence. Two hundred years of dermatology. En: J Am Acad Dermatol Vol 39 No 6 (Diciembre 1998) pag 1004.

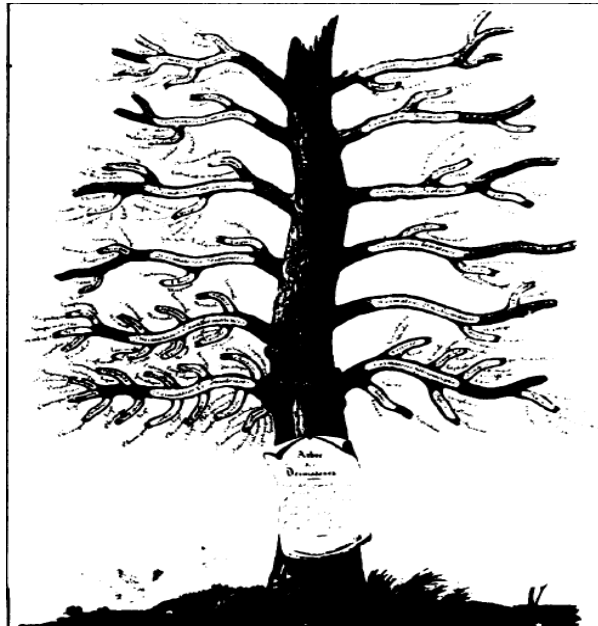


Figura II. "Arbre des dermatoses" Alibert 1833⁸

Hyperemias	Atrophies
Anemias	Benign new growths
Anomalies of secretion	Malignant new growths
Exudations	Ulcers
Hemorrhages	Neuroses
Hypertrophies	Parasitic dermatoses

Tabla II. Clasificación de las enfermedades de Hebra⁹

⁸ JACKSON, Robert. Historical outline of attempts to classify skin diseases. En: CMA Journal. Vol 116 (Mayo, 1977): pag 1167.

⁹JACKSON, Robert. Ibid, pag 1167

Erythema and the Erythemata
Urticaria
Purpura
Eczema
Erythematous-squamous Dermatoses
Erythroderma
Papules and Papular Dermatoses
Vesicles and Vesicular Dermatoses
Pustules and Pustular Dermatoses
Bullae and Bullous Diseases
Keratosis
Papillomatous and Proliferating Dermatoses
Tubercles and Tuberculo-Ulcerative Dermatoses
Nodes and Nodules
Ulcerations, Ulcerative Dermatoses and Cutaneous Gangrene
Dyschromias
Cutaneous Atrophies, Scleroses, and Dystrophias
Cutaneous Hypertrophies
Folliculoses
Trichoses
Onychoses
Hidroses

Tabla IV. Títulos de los capítulos del libro de Darier¹⁰

A partir de las obras iniciales y sucesivas de estos autores, la morfología de las lesiones cutáneas toma importancia y constituye el patrón de referencia en las definiciones de los términos básicos dermatológicos. No obstante, los conceptos morfológicos han evolucionado hasta la actualidad, simultáneamente a las variaciones en el pensamiento científico y médico.

Resaltan en este proceso evolutivo, dos modelos generales de definiciones que se distinguieron tanto en la medicina como en el resto de la ciencia: el esencialismo y el nominalismo. En el campo de la dermatología, estos modelos fueron desarrollados por Robert Willan y de Ferdinand Hebra, respectivamente.

MODELO ESENCIALISTA (ROBERT WILLAN)

El modelo esencialista de definición fue el modelo apropiado por la ciencia y la filosofía de la época (siglo XVIII). De igual manera fue aplicado en la dermatología. El modelo esencialista consiste en definir los objetos a partir de todas las características conocidas del mismo, obteniendo de esta forma una descripción

¹⁰JACKSON, Robert. Ibid, pag 1167

completa del objeto. En el caso dermatológico, dichos objetos corresponden a las lesiones elementales.

Las definiciones esencialistas, al contemplar todos los criterios posibles que pudieran describir el objeto, no se complacieron con describir únicamente el aspecto morfológico, esto es, lo visible y palpable en el momento del examen. Fue una característica fundamental de esta corriente el incluir el aspecto evolutivo a pesar de que no fuera posible evaluarlo clínicamente en el tiempo presente. Las definiciones de Plenck, Willan y Bateman integran palabras como *permanente* y describen la transformación de las lesiones.

Otro aporte importante de este modelo consistió en que no solo le interesó el aspecto descriptivo de las lesiones sino también su clasificación. El paradigma esencialista mezcla, por tanto, el campo de la semiología y de la nosología. Willan y su pupilo Bateman clasificaron las enfermedades cutáneas en ocho órdenes, según las características morfológicas definidas. Cada uno de estos ordenes correspondió a los ocho términos básicos o lesiones elementales. A su vez, los órdenes se subdividían en géneros y especies (Tabla V).

El modelo esencialista, consolidado en Inglaterra por Robert Willan, fue apropiado por Bielt quien lo difundió a Francia. La escuela francesa de dermatología, asumió dicho modelo y lo mantiene hasta el momento. Dada su importancia no solo descriptiva sino también taxonómica, el primer *Glosario Internacional de Términos Dermatológicos Básicos*, editado en 1988, eligió este modelo para la definición de sus lesiones. La contribución de Robert Willan, considerado uno de los dermatólogos del milenio, es actualmente reconocida mediante la impresión de su retrato en la portada del *British Journal of Dermatology*.

Pápula (<i>pimple</i>)
Una elevación cutánea muy pequeña y acuminada, con una base inflamatoria; raramente contiene un fluido o supura, y generalmente termina en escama
Escama (<i>scale</i>)
Lámina mórbida de cutícula, dura, engrosada, blanquecina y opaca
Exantema (<i>rash</i>)
Manchas rojas, superficiales, de formas variables, distribuidas por el cuerpo de forma difusa, irregular, que deja zonas de coloración natural y termina en exfoliaciones cuticulares
Ampolla (<i>bleb</i>)
Porción amplia de la cutícula separada de la piel por la interposición de un líquido acuoso transparente
Pústula (<i>pustule</i>)
Elevación de la cutícula, de base inflamada y que contiene pus
a) <i>Phlyzaciium</i> . Seguida por una costra gruesa, dura, de coloración oscura
b) <i>Psydracium</i> . Termina en una costra laminar
c) <i>Achor</i> . Seguida por una costra fina amarillenta o marrón
d) <i>Favus</i> . Seguida por una costra amarilla, semitransparente, similar a un panal
Vesícula (<i>vesicle</i>)
Elevación pequeña de la cutícula que contiene linfa, que a veces es clara e incolora, o a menudo opaca, perlada y blanquecina. Se sigue por una escama o por una costra laminar
Tubérculum (<i>tubercle</i>)
Tumor pequeño, duro, superficial, circunscrito y permanente, o supurativo de forma parcial
Mácula (<i>spot</i>)
Discromía permanente de alguna parte de la piel, generalmente con un cambio en su textura

TABLA V. Las lesiones elementales según Willan y Bateman¹¹

MODELO NOMINALISTA (FERDINAND HEBRA)

El modelo de definición impuesto por Ferdinand Hebra constituyó el segundo hito en la historia de la dermatología. Contrario a la corriente esencialista de Willan, Hebra excluyó el criterio evolutivo en sus descripciones e incluyó el morfológico histológico. El propósito de las definiciones nominalistas consistió en describir los términos únicamente a partir de lo que era objetivamente evaluable en el momento de la observación de las lesiones.

Hebra separó la semiología de la nosología, ramas que en combinación caracterizaron el modelo esencialista. Adicionalmente, dividió las lesiones elementales en primarias y secundarias a las que denominó eflorescencias

¹¹ COTO, Pablo, GOTOR, María, PÉREZ, Narciso, VÁSQUEZ, Francisco. Semiología Cutánea: perspectiva histórica de la evolución de la terminología básica en España. En: Actas Dermosifiliogr. Vol. 97 No 3 (2006); pag 155.

primarias y secundarias respectivamente. (Tabla VI y VII) Fue también pionero en establecer un sistema de medición el cual fue analógico. Otro aporte importante fue la consideración de la distribución topográfica de las lesiones.

El modelo nominalista fue importado por la Escuela Dermatológica de Viena y es actualmente el más difundido a nivel mundial. Tiene especial aceptación en la literatura de habla inglesa.

Mácula (*macula, Fleck*)

Cambio en la coloración normal de la piel como resultado de una enfermedad y que no se extiende de forma uniforme por toda la superficie cutánea

Pápula (*pápula, Knötchen, Blättchen*)

Lesión mórbida que se eleva por encima de la piel, cuyo tamaño varía entre el de un grano de mijo y una lenteja, y que no contiene líquido a simple vista

Tubérculo (*tuberculum, Nodus, Knoten, Hübelchen*)

Tumefacción sólida de la piel, producida por diversas enfermedades, que no contiene líquido, y cuyo diámetro puede ser el de una lenteja, una nuez o una avellana, y que está recubierta por la epidermis. Su volumen constituye su principal diferencia con las pápulas

Tumor (*phyma, Knollen*)

Lesiones sólidas del tamaño desde una nuez hasta el de un puño, recubiertas por las epidermis. Se localiza en las capas más profundas de la piel

Habón (*urtica, Quaddel*)

Eflorescencias sólidas, poco elevadas, cuyo diámetro horizontal sobrepasa al vertical

Vesícula (*vesicula, Bläschen*)

Elevaciones de la capa córnea de la epidermis conteniendo líquido transparente o blanquecino. Su tamaño se corresponde con el de las pápulas

Ampolla (*bullae, Blase*)

Elevación de la epidermis cuyo tamaño varía entre el de una lenteja y el de un huevo de ganso y que contiene en su interior un líquido transparente o amarillo purulento. Se distingue de la vesícula por su volumen

Pústula (*pústula, Pusteln, Eiterblase*)

Pequeño absceso recubierto por la epidermis. Vesícula de contenido purulento

Excoriación (*excoriatio, Hautabschürfung*)

Presenta los caracteres siguientes que la distinguen de la úlcera: la epidermis, o al menos la capa córnea, es destruida; el corion, que no ha tenido pérdida de sustancia, es visible y la curación llega en forma de cicatriz

Úlcera (*ulcus, Geschwür, Hautgeschwüre*)

Pérdida de sustancia del corion determinada por una enfermedad de la piel en la que la reproducción del tejido destruido se realiza muy lentamente

Fisura (*rhagades, Schrunde, Hautschrunden*)

Desgarro alargado de la piel, generalmente lineal, que puede afectar sólo a la epidermis o llegar hasta el corion

Escama (*squama, Schuppe*)

Películas epidérmicas de diferentes dimensiones que se desprenden de la piel en parte o en su totalidad, como consecuencia de procesos mórbidos de este órgano. Toma el nombre de *pityriasis* cuando es un proceso independiente y no se precede o acompaña de alguna otra enfermedad cutánea, y de *descamación* cuando es consecuencia de otra enfermedad de la piel. La descamación puede ser *furfurácea*, cuando las escamas son pequeñas y semejantes a la harina y *membranosa*, cuando la epidermis se desprende en grandes fragmentos membranosos o laminares

Costra (*crusta, Kruste*)

Masas sólidas formadas como consecuencia de enfermedades cutáneas, por desecación de líquidos exudados o de sangre extravasada

Costra lamelar (*crusta lamellosa, Schuppengrind*)

Ocupa una posición intermedia entre la escama y la costra. Consiste en capas de epidermis, de secreciones sebáceas secas o de exudación inflamatoria, superpuestas las unas a las otras. Se reconocen por su apariencia aplanada, el color de su superficie, que con frecuencia es amarillo blanquecino, y por su estructura en capas de diferentes colores

Cicatriz (*cicatrix, Narben*)

Tejidos que vienen a reemplazar a porciones de piel destruidas. Se distingue de la piel normal por su mayor dureza, su aspecto brillante y la ausencia de pigmento, tallos pilosos o aperturas glandulares en su superficie.

TABLA VI Eflorescencias primarias¹²TABLA VII.Eflorescencias secundarias¹³

Tanto el modelo esencialista como el nominalista coexisten aún en el presente y constituyen la causa principal de la variabilidad observada en la definición de las lesiones elementales dermatológicas.

¹² COTO, Pablo, GOTOR, María, PÉREZ, Narciso, VÁSQUEZ, Francisco. Ibid. pag 155.

¹³ COTO, Pablo, GOTOR, María, PÉREZ, Narciso, VÁSQUEZ, Francisco. Ibid. pag 156.

2. DEFINICIONES DE LAS LESIONES ELEMENTALES

2.1 LESIONES ELEMENTALES PRIMARIAS

	MACULA
FITZPATRICK'S	Lesión plana perceptible como un área de color diferente de la piel circundante.
BOLOGNIA	Lesión pequeña, plana, no palpable. Indica una lesión que sólo presenta un tenue cambio de color o textura, sin elevación por encima de la superficie cutánea.
ANDREWS	Cambios en la coloración normal de la piel, sin elevación ni depresión (no se palpan).
HABIF	Cambio de color plana, circunscrita, que puede ser café, azul, roja o hipopigmentada
FALABELLA	Lesión circunscrita, se ve pero no se palpa al tacto, no hace relieve sobre la piel, es una mancha en la cual el único cambio detectable es el color.
GUTIERREZ	Cambios de coloración de la piel, sin modificación de su relieve, consistencia o espesor.
RODRIGUEZ	Mancha. Cambio del color de la piel, sin modificación de su relieve.
ARENAS	Cambio de coloración.
MAGAÑA	Cambio circunscrito en el color de la piel.
RUIZ MALDONADO	Simple cambio circunscrito de la coloración de la piel, sin relieves.
ROOK	Alteración circunscrita en el color de la piel
MASCARO	
BRAUN-FALCO	Alteración circunscrita del color de la piel, no sobreelevada.
LAFFONT	Lesión sin cambios en el relieve ni infiltración, simplemente una modificación del color de la piel
SHARMA	Lesión circunscrita plana que difiere de la piel circundante por su color
SHIMIZU	No realiza definición general, define cada uno de los tipos de mácula.
ACKERMAN	Cambio de color, plana, de hasta 1 cm.

	PETEQUIA
FITZPATRICK'S	
BOLOGNIA	
ANDREWS	
HABIF	Depósito circunscrito de sangre < 0.5 cm
FALABELLA	
GUTIERREZ	
RODRIGUEZ	Mancha roja, redondeada, usualmente de 1 – 3 mm de diámetro, producida por la extravasación de eritrocitos en la dermis; no desaparece a la presión.
ARENAS	
MAGAÑA	
RUIZ MALDONADO	
ROOK	Punto hemorrágico punteado de aproximadamente 1-2 mm
MASCARO	
BRAUN-FALCO	
LAFFONT	
SHARMA	
SHIMIZU	
ACKERMAN	

	PURPURA
FITZPATRICK'S	Extravasación de sangre a partir de los vasos cutáneos que resulta en lesiones rojo-purpúricas.
BOLOGNIA	Lesión violácea que no se pone blanca con la presión y que es secundaria a la extravasación de eritrocitos.
ANDREWS	
HABIF	Depósito circunscrito de sangre > 0.5 cm
FALABELLA	
GUTIERREZ	
RODRIGUEZ	Salida de los eritrocitos de los vasos.
ARENAS	
MAGAÑA	
RUIZ MALDONADO	
ROOK	
MASCARO	
BRAUN-FALCO	
LAFFONT	
SHARMA	Cambio de color de la piel o de la mucosa debido a la extravasación de sangre. El color no es blanqueable. Mide de 2-10 mm
SHIMIZU	Hemorragia rojo brillante o violeta en la piel
ACKERMAN	Sangrado dentro de la piel

	PAPULA
FITZPATRICK'S	Lesión sólida, elevada, <0.5 cm en la cual una porción significativa se eleva por encima del plano de la piel circundante
BOLOGNIA	Lesión pequeña, superficial, circunscrita, palpable, de menos de 10mm de diámetro y que se eleva por encima de la superficie cutánea.
ANDREWS	Lesiones elevadas, circunscritas, sólidas, sin colecciones líquidas visibles, que miden desde el tamaño de un alfiler hasta 1 cm.
HABIF	Lesión elevada, sólida, <0.5 cm
FALABELLA	Lesión elevada, pequeña, cuyo tamaño es inferior a 1cm de diámetro.
GUTIERREZ	Elevaciones circunscritas de la piel, de consistencia sólida. No dejan cicatriz. Su tamaño varía entre una cabeza de alfiler hasta el de una arveja.
RODRIGUEZ	Lesión sólida, de origen epidérmico o dérmico, superficial, de tamaño variable entre puntiforme hasta 1 cm de diámetro, autorresolutiva.
ARENAS	Lesión circunscrita y sólida de la piel, que desaparece sin dejar cicatriz.
MAGAÑA	Elevación sólida y circunscrita, por convención internacional, no mayor de 1cm de diámetro.
RUIZ MALDONADO	Levantamientos circunscritos, firmes, de algunos mm, duros, que tienen dos características clínicas: corta duración, en semanas y ser resolutivos si no se destruyen.
ROOK	Elevación palpable, circunscrita, < 0.5 cm
MASCARO	Elevación sólida, pequeña y circunscrita de la piel, espontáneamente resolutiva, que al desaparecer no deja cicatriz.
BRAUN-FALCO	Lesiones superficiales, circunscritas y sobreelevadas de entre 1 mm y 1 cm de diámetro.
LAFFONT	Lesión elevada, firme, sólida y tiene cuerpo a la palpación. Al decapitarla no hay salida de suero ni pus.
SHARMA	Lesión pequeña, sólida y elevada < 0.5 cm y cuya mayor porción de la lesión yace por encima del plano de la piel circundante
SHIMIZU	Lesión elevada ≤10 mm de forma hemisférica o plana

ACKERMAN	Lesión elevada, sólida de hasta 1 cm
----------	--------------------------------------

	PLACA
FITZPATRICK'S	Lesión sólida, elevada, que ocupa un área de superficie relativamente mayor que su altura por encima del nivel normal de la piel y que es > 0.5 cm.
BOLOGNIA	Lesión palpable de 10 mm o más de diámetro, que se eleva por encima de la superficie cutánea.
ANDREWS	Pápulas grandes (o pápulas que confluyen) de 1cm o más.
HABIF	Lesión circunscrita, elevada, superficial, sólida, >0.5 cm, frecuentemente conformada por la confluencia de pápulas.
FALABELLA	Lesión moderadamente elevada, cuya altura es menor comparada con su extensión. Es > 1 cm
GUTIERREZ	
RODRIGUEZ	Lesión elevada de la piel que tiene más de 1 cm de diámetro.
ARENAS	Conjunto de lesiones.
MAGAÑA	Leve elevación sobre la piel sana, mayor de 1cm de diámetro, como una meseta o disco.
RUIZ MALDONADO	
ROOK	Area elevada de la piel, usualmente > 2cm
MASCARO	
BRAUN-FALCO	
LAFFONT	
SHARMA	Lesión elevada como una meseta, > 0.5 cm que ocupa una superficie relativamente grande en comparación con su altura
SHIMIZU	Lesión elevada, ancha y plana de 2-3 cms
ACKERMAN	Lesión elevada, sólida, plana, >1 cm

	PARCHE
FITZPATRICK'S	Area plana con un color diferente de la piel circundante, >0.5 cm y que puede tener una escama muy fina y delgada
BOLOGNIA	Lesión plana, no palpable, de 10mm o más de diámetro.
ANDREWS	
HABIF	
FALABELLA	
GUTIERREZ	
RODRIGUEZ	Manchas mayores de 1 cm de diámetro.
ARENAS	
MAGAÑA	
RUIZ MALDONADO	
ROOK	
MASCARO	
BRAUN-FALCO	
LAFFONT	
SHARMA	
SHIMIZU	
ACKERMAN	Mácula >1 cm

	NODULO
FITZPATRICK'S	Lesión palpable, sólida, >0.5 cm cuya profundidad o palpabilidad lo diferencia de una pápula o de una placa.
BOLOGNIA	Pápula o placa de consistencia más firme (indurada) y con frecuencia más profunda.
ANDREWS	Morfológicamente similares a las pápulas, pero miden más de 1cm, y suelen situarse en la dermis o el panículo adiposo.
HABIF	Lesión circunscrita, elevada, sólida, >0.5 cm
FALABELLA	(Tubérculo) Lesión elevada, >1cm de diámetro, cuyo volumen principal suele localizarse en la dermis o hipodermis, y levanta completamente la piel sin distorsionar las estructuras adyacentes.
GUTIERREZ	Induraciones hipodérmicas sólidas, más o menos circunscritas, no visibles, sólo palpables al principio, ya que la piel que las recubre conserva su aspecto normal.
RODRIGUEZ	Lesión sólida, profunda, dermohipodérmica, de pocos mm a 2cm de diámetro, que involuciona sin dejar cicatriz.
ARENAS	(Tubérculo) Lesión circunscrita y sólida, del mismo color de la piel o rosada y de consistencia firme. No es resolutive y al desaparecer deja una zona de atrofia y, si se ulcera una cicatriz.
MAGAÑA	Masa palpable y circunscrita que mide de 1 a 2 cm.
RUIZ MALDONADO	Levantamientos firmes, duros, bien limitados, a veces pequeños, pero pueden ser de 1 cm, y hasta más. Su evolución es siempre crónica y siempre dejan alguna huella.
ROOK	Masa sólida en la piel, la cual puede ser observada como una elevación o puede ser palpada, > 5 mm
MASCARO	Lesión de caracteres semejantes al tubérculo, pero situado a mayor profundidad, en la hipodermis o límite dermohipodérmico.
BRAUN-FALCO	Proliferaciones circunscritas y sólidas bien delimitadas, que pueden asentar en la piel y en el tejido celular subcutáneo.
LAFFONT	(Nudosidad) Lesión palpable, infiltrada a la dermohipodermis. Es firme, más o menos circunscrita. La piel que la recubre puede

	ser normal o eritematosa.
SHARMA	Lesión palpable, sólida, redonda o elipsoide de más de 0.5 cm y que tiene un mayor altura o profundidad en comparación al área de superficie
SHIMIZU	Lesión elevada de 10-20 mm
ACKERMAN	Lesión elevada y redonda, > 1 cm

	NUDOSIDAD
FITZPATRICK'S	
BOLOGNIA	
ANDREWS	
HABIF	
FALABELLA	
GUTIERREZ	
RODRIGUEZ	
ARENAS	Lesión eritematosa, más o menos circunscrita, profunda y dolorosa, que evoluciona en un plazo de días o semanas y desaparece sin dejar huella.
MAGAÑA	Nódulo situado profundamente, de manera que se palpa como tal y se ve como una mancha eritematosa.
RUIZ MALDONADO	Levantamiento más profundo, se palpa más que se ve, eritematoso, doloroso y también de pocos días de evolución.
ROOK	
MASCARO	
BRAUN-FALCO	
LAFFONT	(Nódulo) Lesión palpable, infiltrada a la dermohipodermis. Es firme, mas o menos circunscrita. La piel que la recubre puede ser normal o eritematosa
SHARMA	
SHIMIZU	
ACKERMAN	

	TUBERCULO
FITZPATRICK'S	
BOLOGNIA	
ANDREWS	
HABIF	
FALABELLA	(Nódulo) Lesión elevada de > 1cm de diámetro, cuyo volumen principal suele localizarse en la dermis o hipodermis, y levanta completamente las estructuras de la piel sin distorsionar las estructuras adyacentes.
GUTIERREZ	Lesiones dérmicas de consistencia sólida que hacen relieve en la piel. Se deben a una infiltración celular de la dermis que desorganiza su estructura normal. No son por lo tanto, resolutivos y dejan una cicatriz esclero atrófica, debido a la destrucción dérmica que ocasionan. Su tamaño varía entre una munición y una avellana, pudiendo ser aun mayor. Su forma es generalmente redondeada.
RODRIGUEZ	Lesión sólida, nodular, que al curar deja cicatriz.
ARENAS	(Nódulo) Lesión circunscrita y sólida, del mismo color de la piel o rosada, y de consistencia firme. No es resolutiva y al desaparecer deja una zona de atrofia y, se ulcera, una cicatriz.
MAGAÑA	
RUIZ MALDONADO	
ROOK	
MASCARO	Lesión sólida, circunscrita y prominente, de forma y tamaño variables, situada en la dermis, que evoluciona lentamente y puede reabsorberse o ulcerarse dejando cicatriz.
BRAUN-FALCO	Lesión sobreelevada semejante a la pápula, que se ulcera fácilmente. Estas lesiones de una forma estricta, únicamente se pueden diagnosticar atendiendo a su evolución.
LAFFONT	
SHARMA	
SHIMIZU	
ACKERMAN	

	TUMOR
FITZPATRICK'S	Cualquier masa benigna o maligna
BOLOGNIA	
ANDREWS	Masas blandas o de consistencia dura, fijos o móviles y de diversos tamaños, aunque generalmente miden más de 2cm.
HABIF	Nódulo grande
FALABELLA	Semejante al nódulo, pero su tamaño es mayor y llega a medir varios centímetros de diámetro. El tumor levanta o distorsiona marcadamente las estructuras adyacentes.
GUTIERREZ	Neoformaciones no inflamatorias, de aspecto, volumen y consistencia variable, con tendencia a persistir indefinidamente y cuya etiología se desconoce.
RODRIGUEZ	Lesión cutánea sólida protuberante que tiene dos o más centímetros de diámetro.
ARENAS	Lesión que tiende a crecer y a persistir. Por lo general es elevada, de forma, color y tamaño variables.
MAGAÑA	Elevación o masa palpable mayor de 2 cm. Su contenido puede ser sólido, quístico o líquido.
RUIZ MALDONADO	(Neoformación) Aspecto variable, crecen, persisten y destruyen. Naturaleza neoplásica
ROOK	Agrandamiento de tejidos por material normal o patológico o células que forman una masa. Puede ser inflamatorio o no inflamatorio
MASCARO	Formación circunscrita no inflamatoria, que tiende a crecer o persistir de manera indefinida y biológicamente es independiente del tejido donde se asienta.
BRAUN-FALCO	Es una masa grande y sólida que asienta en la piel.
LAFFONT	
SHARMA	
SHIMIZU	Nódulo intensamente proliferativo > 30 mm
ACKERMAN	

	GOMA
FITZPATRICK'S	Lesión nodular granulomatosa de la sífilis terciaria
BOLOGNIA	
ANDREWS	
HABIF	
FALABELLA	
GUTIERREZ	Nódulos de curso sub-agudo que evolucionan hacia la ulceración.
RODRIGUEZ	Nódulo de larga evolución, supurativo, duro inicialmente y luego reblandecido por la presencia de polimorfonucleares; tiende a ulcerarse y al curar deja cicatriz.
ARENAS	Lesión circunscrita, más profunda que el nódulo y de evolución crónica, que pasa por una etapa de endurecimiento para luego reblandecerse y tornarse fluctuante; luego se abre y la ulceración se repara finalmente, dejando una cicatriz atrófica.
MAGAÑA	
RUIZ MALDONADO	
ROOK	
MASCARO	Nódulo que se reblandece y ulcera, evolucionando sucesivamente en cuatro periodos de crudeza, reblandecimiento, ulceración y reparación.
BRAUN-FALCO	
LAFFONT	
SHARMA	
SHIMIZU	
ACKERMAN	

	HABON
FITZPATRICK'S	Edema de la piel que se caracteriza por su evanescencia, de forma y tamaño variable, rosadas.
BOLOGNIA	
ANDREWS	Lesiones de diferentes tamaños, evanescentes, edematosas y de superficie plana. Suelen tener morfología oval o circinada, coloración rosada o erimatososa y rodearse de una areola rosada.
HABIF	Placa evanescente, firme, edematosa, resultante de la infiltración de la dermis por fluido. Son transitorias
FALABELLA	(Roncha) Lesión elevada y eritematosa que

	presenta palidez en su porción más central, la cual corresponde al marcado edema que ocurre por extravasación de fluidos en la dermis superior. Aparece en pocos minutos y se desvanece en varias horas, característica que la diferencia de otras lesiones.
GUTIERREZ RODRIGUEZ	
ARENAS	Pápula eritematosa, edematosa, pruriginosa, que dura pocas horas o minutos (Roncha) Edema transitorio de tipo vasomotor de la dermis se manifiesta por una elevación mal definida, de consistencia elástica, forma ameboide, límites imprecisos y evolución fugaz; la superficie es convexa, con aspecto de cáscara de naranja y color blanco, rosado o rojo.
MAGAÑA	(Roncha) Área eritematosa de edema dérmico o dermohipodérmico, de formas y tamaños muy variables y que, de manera característica, dura menos de 24 a 48 horas.
RUIZ MALDONADO	(Roncha) Levantamiento mal definido, de límites imprecisos y tamaño variable, de color rojizo y que dura algunas horas.
ROOK	Area transitoria de edema dérmico y/o hipodérmico, blanca, compresible.
MASCARO	
BRAUN-FALCO	Lesiones firmes, de márgenes bien definidos, ligeras y uniformemente sobreelevadas. Suelen ser efímeras y muy pruriginosas. Su coloración puede ser rojo pálido por vasodilatación o blanquecina debido a la compresión capilar que ocasiona el edema.
LAFFONT	
SHARMA	Area evanescente de edema dérmico e hipodérmico. Es una pápula o placa con centro de color rosado o pálido y eritema periférico
SHIMIZU	Edema localizado que desaparece en un corto periodo de tiempo, rosa pálido, ligeramente elevado.
ACKERMAN	Pápulas y placas evanescentes, rosadas que blanquean con la diascopia y que tiene pseudópodos en la periferia

	VESICULA
FITZPATRICK'S	Cavidad llena de líquido < 0.5 cm
BOLOGNIA	Lesión elevada que contiene líquido claro. Pequeña ampolla de menos de 10mm de diámetro.
ANDREWS	Lesiones epidérmicas elevadas, circunscritas, que contienen líquido y que miden entre 1mm y 10mm de tamaño.
HABIF	Colección circunscrita de líquido libre < 5 mm
FALABELLA	Lesión elevada de < 1 cm de diámetro, que contiene fluido claro en su interior
GUTIERREZ	Pequeñas elevaciones circunscritas de la epidermis, que contienen un líquido transparente y límpido, o amarillento, seroso o hemorrágico.
RODRIGUEZ	Lesión elevada sobre la superficie epidérmica, de contenido líquido o seroso, con tamaño desde puntiforme hasta 1 centímetro de diámetro.
ARENAS	Elevación circunscrita de la piel, de contenido líquido seroso; mide unos cuantos milímetros.
MAGAÑA	Levantamiento de contenido líquido, intra o subepidérmico, menor de 1 cm.
RUIZ MALDONADO	Levantamiento de contenido seroso o seropurulento de pocos mm.
ROOK	Acumulación visible de líquido dentro o por debajo de la epidermis, < 0.5 cm, frecuentemente agrupadas
MASCARO	Elevación circunscrita de la epidermis, cuya dimensión oscila entre la punta de un alfiler y la de un guisante, de contenido líquido, seroso o serohemorrágico, que puede enturbiarse y volverse purulenta.
BRAUN-FALCO	Lesiones sobreelevadas con un aspecto hueco en su interior lleno de líquido. Suelen ser del tamaño de un guisante.
LAFFONT	Lesión elevada, translúcida, de 1-3 mm. Refleja la presencia de una microcolección de líquido claro, el cual es evidenciado al decapitarla.
SHARMA	Acumulación visible de líquido dentro o debajo de la epidermis, < 0.5 cm
SHIMIZU	Elevación <5 mm comprendida dentro de una membrana y que contiene líquido transparente, principalmente plasma y material celular

ACKERMAN	Lesión elevada, circunscrita, llena de líquido, de hasta 1 cm
	AMPOLLA
FITZPATRICK'S	Cavidad llena de líquido > 0.5 cm
BOLOGNIA	Lesión elevada de más de 10mm de diámetro que contiene líquido claro.
ANDREWS	Vesículas mayores de 1cm, de morfología oval o irregular, que están rellenas de un material seroso o seropurulento.
HABIF	Colección circunscrita de fluido libre > 5 mm
FALABELLA	Lesión elevada, de contenido líquido y claro en su interior, > 1cm y < 5cm de diámetro.
GUTIERREZ	Elevaciones circunscritas de la epidermis que contienen líquido seroso claro, turbio o hemorrágico. Son uniloculares, evacuándose totalmente su contenido al ser punzadas. Su tamaño es mayor que el de las vesículas.
RODRIGUEZ	Cavidad de contenido líquido, seroso, intra o subepidérmica, mayor de 1 centímetro de diámetro.
ARENAS	(Flictena) Elevación circunscrita de la piel, de contenido líquido y gran tamaño, hasta 15 o 20 mm o más.
MAGAÑA	Levantamiento de contenido líquido y transparente, mayor de 1 cm de diámetro.
RUIZ MALDONADO	Levantamientos de contenido seroso o seropurulento de más de un cm.
ROOK	Acumulación visible de líquido dentro o por debajo de la epidermis, > 0.5 cm
MASCARO	Elevación circunscrita de la piel. Llena de un líquido seroso o serohemático, de dimensiones mayores que las de la vesícula. El tamaño oscila habitualmente entre el de una avellana y un huevo de paloma, si bien pueden ser mayores.
BRAUN-FALCO	Lesiones sobreelevadas con un aspecto hueco en su interior lleno de líquido. Suelen ser de mayor tamaño que las vesículas.
LAFFONT	Vesícula grande de varios cm; es transparente o amarillo limón. El líquido claro o hemorrágico se evidencia al decapitarla.
SHARMA	Acumulación visible de líquido dentro o

	debajo de la epidermis, > 0.5 cm
SHIMIZU	Elevación ≥ 5 mm comprendida dentro de una membrana y que contiene fluido transparente, principalmente plasma y material celular
ACKERMAN	Lesión elevada, circunscrita, llena de fluido, > 1 cm

	PUSTULA
FITZPATRICK'S	Cavidad elevada y circunscrita en la epidermis o el infundíbulo que contiene pus.
BOLOGNIA	Lesión elevada superficial que contiene líquido amarillento (pus), generalmente rico en proteínas y con presencia de neutrófilos, y que localiza dentro o debajo de la epidermis.
ANDREWS	Elevaciones de la piel que contienen un material purulento.
HABIF	Colección circunscrita de leucocitos y fluido libre que varía en tamaño.
FALABELLA	Lesión elevada, con fluido en su interior, pero a diferencia de las vesículas y ampollas, también contiene células inflamatorias y detritus celulares (pus) que le confieren un color amarillento característico.
GUTIERREZ	Elevaciones circunscritas de la piel cuyo contenido es pus.
RODRIGUEZ	Lesiones pequeñas, elevadas, amarillentas, que contienen pus.
ARENAS	Elevación pequeña, circunscrita, llena de un líquido purulento.
MAGAÑA	Levantamiento de contenido purulento y/o detritus celulares.
RUIZ MALDONADO	Lesión de contenido purulento. Son pequeñas, de unos cuantos mm. y siempre superficiales. No deja cicatriz.
ROOK	Acumulación visible de pus libre
MASCARO	Elevación circunscrita de la piel, debida a una colección seropurulenta o purulenta que se forma en la epidermis o en los anejos.
BRAUN-FALCO	Lesiones purulentas.
LAFFONT	Lesión elevada cuyo tamaño varía de mm a cm. De coloración blanco lechoso o amarillento, contiene un líquido seroso o pus franco que es visible al decapitarla

SHARMA	Vesícula o ampolla llena con líquido turbio o purulento
SHIMIZU	Ampolla amarillenta de contenido purulento
ACKERMAN	Colección circunscrita de pus (neutrófilos y detritus necróticos)

	ABSCESO
FITZPATRICK'S	Acumulación localizada de material purulento, tan profunda que usualmente el pus no es visible en la superficie.
BOLOGNIA	
ANDREWS	
HABIF	
FALABELLA	
GUTIERREZ	Colecciones purulentas cerradas, localizadas en dermis o en hipodermis. Se perciben como elevaciones de la piel, blandas, fluctuantes, de aspecto inflamatorio.
RODRIGUEZ	Colección de polimorfonucleares o eosinófilos en un tejido sólido, fluctuante y cerrado. Se localiza hasta la hipodermis. Se presenta como una pústula o un nódulo que tiende a drenar y deja cicatriz al curar.
ARENAS	Acumulación purulenta de tamaño mayor que la pápula, en dermis e hipodermis; es una elevación de la piel blanda, fluctuante y de aspecto más o menos inflamatorio; tiende a abrirse al exterior y originar fistulas.
MAGAÑA	
RUIZ MALDONADO	Lesión de contenido purulento, mayor que la pápula y que se forma en la dermis y en la hipodermis, pudiendo ocasionar cicatriz.
ROOK	
MASCARO	
BRAUN-FALCO	
LAFFONT	
SHARMA	
SHIMIZU	
ACKERMAN	Acumulación localizada de pus

	QUISTE
FITZPATRICK'S	Cavidad o saco encapsulado, revestido por un epitelio verdadero, que contiene material líquido o semisólido.
BOLOGNIA	
ANDREWS	
HABIF	Lesión circunscrita con una pared y una luz; la luz puede contener fluido o material sólido
FALABELLA	Semejante al nódulo y consiste en un saco o bolsa que contiene material viscoso o semisólido, el cual tiene origen en las paredes del mismo. La renitencia es la sensación de líquido que se obtiene a la palpación digital del quiste.
GUTIERREZ	Cavidad cerrada, normal o accidental, formada por una pared conjuntiva, tapizada por epitelio, cuyo contenido puede ser líquido, gelatinoso o semisólido.
RODRIGUEZ	Lesión de tamaño variable que tiene un recubrimiento epitelial y un contenido líquido, mucoso o queratínico.
ARENAS	Acumulación no inflamatoria, rodeada de una pared constituida de epitelio pavimentoso o glandular, de contenido líquido o pastoso.
MAGAÑA	
RUIZ MALDONADO	
ROOK	Cualquier cavidad o saco cerrado con un revestimiento endotelial, epitelial o membranoso que contiene fluido o material semisólido
MASCARO	Colección no inflamatoria, líquida, pastosa o semilíquida, que posee una pared orgánica bien definida, habitualmente constituida por epitelio pavimentoso o glandular.
BRAUN-FALCO	
LAFFONT	
SHARMA	Cavidad o saco cerrados cubiertos por un revestimiento epitelial, endotelial o membranoso. Se manifiesta como un edema fluctuante
SHIMIZU	Lesión tumoral encapsulada cubierta por un revestimiento membranoso que no siempre se eleva por encima de la piel
ACKERMAN	Cavidad revestida de epitelio que contiene fluido o material sólido

	COMEDON
FITZPATRICK'S	Infundíbulo de un folículo piloso que se encuentra dilatado y taponado con queratina y lípidos
BOLOGNIA	Unidades foliculares taponadas asociada con glándulas sebáceas atróficas.
ANDREWS	
HABIF	Tapón de material sebáceo y queratinoso, ubicado en la apertura de un folículo piloso
FALABELLA	
GUTIERREZ	
RODRIGUEZ	Dilatación de un infundíbulo que se llena de queratina y de bacterias.
ARENAS	Tapón de queratina, blanco, grisáceo o negro que cierra los orificios de los folículos pilosebáceos.
MAGAÑA	Infundíbulo dilatado y ocupado por queratina, lo cual provoca un relieve sobre la piel sana.
RUIZ MALDONADO	
ROOK	Tapón de queratina y sebo en un orificio pilosebáceo dilatado
MASCARO	Tapón blanquecino, grisáceo o negruzco que obtura el poro del folículo pilosebáceo y se haya constituido por sebo, restos epiteliales, y puede contener gérmenes o parásitos.
BRAUN-FALCO	
LAFFONT	
SHARMA	
SHIMIZU	Pápula de cabeza negra que resulta del bloqueo de un folículo piloso por sebo
ACKERMAN	Infundíbulo piloso dilatado y ocupado por células cornificadas, material sebáceo y microorganismos

	SURCO
FITZPATRICK'S	Túnel filiforme y ondulante a través de la porción externa de la epidermis excavada por un parásito.
BOLOGNIA	
ANDREWS	
HABIF	Canal tortuoso, elevado y angosto, producido por un parásito
FALABELLA	
GUTIERREZ	
RODRIGUEZ	
ARENAS	Lesión lineal, recta o tortuosa, ligeramente elevada de color grisáceo o eritematosa.
MAGAÑA	Líneas que en diversos puntos de sus trayectos abren a la superficie de la piel.
RUIZ MALDONADO	
ROOK	Túnel pequeño en la piel que hospeda un parásito
MASCARO	Línea más o menos tortuosa, algo sobreelevada, de color blanquecino, grisáceo o eritematoso, propia de procesos parasitarios como la sarna.
BRAUN-FALCO	
LAFFONT	
SHARMA	
SHIMIZU	
ACKERMAN	Túnel usualmente en la capa córnea o espinosa, llevado a cabo por un parásito o su larva.

	TELANGIECTASIA
FITZPATRICK'S	Dilatación persistente de pequeños capilares en la dermis superficial que son visibles como líneas finas, rojas, brillantes, no pulsátiles o en un patrón tipo red.
BOLOGNIA	Vasos sanguíneos pequeños, dilatados de forma permanente.
ANDREWS	
HABIF	Vasos sanguíneos superficiales dilatados
FALABELLA	
GUTIERREZ	
RODRIGUEZ	Dilataciones vasculares permanentes y superficiales de un tejido, eritematosas, lineares y aparentes porque están llenas de sangre.
ARENAS	
MAGAÑA	Dilatación permanente de los capilares, que se ven como líneas finas, brillantes y no pulsátiles.
RUIZ MALDONADO	
ROOK	
MASCARO	
BRAUN-FALCO	
LAFFONT	
SHARMA	
SHIMIZU	
ACKERMAN	Vénula, arteriola o capilar dilatado que son visibles como diminutos vasos sanguíneos cerca a la superficie cutánea

2.2 LESIONES ELEMENTALES SECUNDARIAS

	HERIDA
FITZPATRICK'S	
BOLOGNIA	
ANDREWS	
HABIF	
FALABELLA	
GUTIERREZ	
RODRIGUEZ	
ARENAS	
MAGAÑA	
RUIZ MALDONADO	
ROOK	
MASCARO	Pérdida de sustancia que en profundidad afecta por lo menos al tejido conectivo subepitelial. Determinada por un traumatismo.
BRAUN-FALCO	Solución de continuidad sobre piel sana a consecuencia de un traumatismo. Curan dejando cicatriz pero tienden a resolverse espontáneamente.
LAFFONT	
SHARMA	
SHIMIZU	
ACKERMAN	

	EROSION
FITZPATRICK'S	Lesión deprimida, circunscrita, húmeda que resulta de la pérdida de toda o una porción de epidermis viable o del epitelio de las mucosas. Puede resultar de trauma, desprendimiento de las capas epidérmicas con maceración, ruptura de vesículas o ampollas o necrosis epidérmica.
BOLOGNIA	Excavación cutánea superficial
ANDREWS	Pérdida de parte o de la totalidad de la epidermis. No deja cicatriz.
HABIF	Pérdida focal de la epidermis, no penetra más allá de la unión dermoepidérmica y por tanto sana sin cicatriz
FALABELLA	
GUTIERREZ	Pérdida superficial de sustancia que no

	lesiona el corion y por lo tanto no deja cicatriz.
RODRIGUEZ	(Exulceración) Pérdida de la epidermis con débil o ningún compromiso de la dermis papilar. Cura sin dejar cicatriz.
ARENAS	(Exulceración) Solución de continuidad que solo afecta la epidermis, de origen traumático, no deja cicatriz
MAGAÑA	
RUIZ MALDONADO	(Exulceración) Pérdida de sustancia en la piel, superficial, que no rompe la capa basal.
ROOK	Pérdida de la epidermis, la cual sana sin cicatriz, usualmente secundaria a una ampolla.
MASCARO	Pérdida de continuidad de la superficie de la piel o mucosas, que sólo alcanza parcial o totalmente el epitelio.
BRAUN-FALCO	Pérdida de sustancia superficial, que puede afectar la epidermis hasta la membrana basal sin dejar cicatriz.
LAFFONT	Pérdida de sustancia que afecta a la epidermis y la parte superior de las papilas dérmicas. No deja cicatriz
SHARMA	Lesión húmeda, circunscrita y usualmente deprimida que resulta de la pérdida de toda o una porción de la epidermis viable. No deja cicatriz
SHIMIZU	Excoriación epidérmica en la capa basal que se desarrolla por la ruptura de una ampolla o una pústula
ACKERMAN	Defecto causado por la pérdida parcial o completa de la epidermis

	EXCORIACION
FITZPATRICK'S	Excavación que resulta del rascado
BOLOGNIA	Excavaciones en la piel secundarias al rascado
ANDREWS	Abrasión lineal o punteada producida mecánicamente, que afecta a la epidermis, no llegando a la dermis papilar en la mayoría de los casos.
HABIF	Erosión causada por rascado, frecuentemente lineal.
FALABELLA	Abrasión o erosión superficial de la piel. Suele tener una coloración rojo oscura por la sangre desecada que la cubre, y se encuentra rodeada por un pequeño halo eritematoso.
GUTIERREZ	Lesiones de origen traumático en general (rascado), pequeña pérdida de substancia muy superficiales, que sólo compromete la epidermis, no dejando por lo tanto, cicatriz alguna.
RODRIGUEZ	Pérdida traumática de la epidermis, usualmente, producido por rascado, que no lesiona la dermis papilar y que cura sin dejar cicatriz.
ARENAS	Solución de continuidad que abarca epidermis y dermis papilar; también es de origen traumático.
MAGAÑA	Úlcera superficial, ya que se refiere a la pérdida sólo de la epidermis.
RUIZ MALDONADO	
ROOK	Pérdida de sustancia de la piel, específicamente producida por el rascado
MASCARO	Solución de continuidad superficial que comprende la epidermis y, con frecuencia, la dermis papilar; habitualmente es de origen traumático, y está ocasionada por el rascado.
BRAUN-FALCO	Soluciones de continuidad superficiales que pueden llegar a afectar hasta la dermis papilar.
LAFFONT	
SHARMA	Cualquier pérdida de la piel producida por el rascado. Usualmente lineal pero puede ser punteada
SHIMIZU	Daño parcial de la epidermis por injuria o frotamiento
ACKERMAN	

	FISURA
FITZPATRICK'S	Pérdida lineal de la continuidad de la superficie de la piel o de las mucosas que resulta de la tensión excesiva o de la disminución en la elasticidad del tejido comprometido
BOLOGNIA	
ANDREWS	Hendidura lineal que atraviesa la epidermis o la dermis.
HABIF	Pérdida lineal de la epidermis y la dermis, con paredes casi verticales, agudamente definidas
FALABELLA	Grieta estrecha o rajadura de la piel, la cual se desarrolla generalmente por un excesivo resecaimiento cutáneo o hiperqueratosis de algunas zonas. Usualmente son muy dolorosas.
GUTIERREZ	Heridas lineales únicas o múltiples de origen traumático, sin pérdida de substancia y en cuya producción interviene una alteración de la elasticidad.
RODRIGUEZ	Lesión lineal en la cual hay ruptura de la epidermis con participación discreta de la dermis papilar.
ARENAS	Hendiduras lineales de la piel, por lo general dolorosas. Profundizan hasta la dermis.
MAGAÑA	Aperturas lineales, que involucran la epidermis y la dermis.
RUIZ MALDONADO	Pérdida de sustancia en la piel lineal.
ROOK	Hendidura o brecha lineal en la superficie de la piel
MASCARO	Pérdida de continuidad de la piel en forma de hendidura lineal que afecta el epitelio y puede alcanzar el tejido conectivo papilar.
BRAUN-FALCO	Soluciones de continuidad profundas y lineales.
LAFFONT	Erosión lineal resultante del desgarro de un tegumento frecuentemente hiperqueratósico.
SHARMA	Hendidura lineal espontánea en la superficie de la piel, confinada a la epidermis y dermis papilar
SHIMIZU	Clivaje lineal delgado a través de la epidermis profunda y la dermis
ACKERMAN	Defecto lineal que se extiende desde la superficie de la piel hasta la dermis

	ULCERA
FITZPATRICK'S	Defecto en el cual la epidermis y al menos la dermis papilar han sido removidas. Cura con cicatrización.
BOLOGNIA	Excavaciones cutáneas que alcanzan al menos la superficie de la dermis.
ANDREWS	Pérdida completa de la epidermis junto con parte de la dermis. Curan dejando cicatrices.
HABIF	Pérdida focal de la epidermis y la dermis; sana con cicatriz
FALABELLA	Lesión que resulta de una solución de continuidad en la epidermis y dermis con pérdida de sustancia.
GUTIERREZ	Pérdidas de sustancia que van más allá de la dermis y por lo tanto siempre dejan cicatriz.
RODRIGUEZ	Pérdida de la continuidad de la piel o de una mucosa, de profundidad y extensión variables, que compromete la dermis y a veces la hipodermis y que no tiende a curar.
ARENAS	Pérdida de sustancia más profunda que puede incluir dermis, hipodermis y descubrir huesos, músculos y tendones; al repararse deja cicatriz.
MAGAÑA	Pérdida de tejido, más o menos circunscrita, de profundidad variable, ya que incluye la epidermis y la dermis en proporción diversa.
RUIZ MALDONADO	Pérdida de sustancia en la piel.
ROOK	Pérdida de dermis y epidermis, frecuentemente con pérdida de los tejidos subyacentes
MASCARO	Pérdida de sustancia que en profundidad afecto por lo menos al tejido conectivo subepitelial.
BRAUN-FALCO	Lesiones con pérdida de sustancia en las que puede estar afectada la dermis o incluso el tejido celular subcutáneo.
LAFFONT	Pérdida de sustancia a partir de la dermis media y profunda que es seguida frecuentemente por una cicatriz
SHARMA	Pérdida de piel circunscrita donde ha habido destrucción de la epidermis y al menos parte de la dermis
SHIMIZU	Completa deficiencia del tejido, alcanzado dermis y tejido subcutáneo.

ACKERMAN	Defecto causado por la pérdida completa de la epidermis y usualmente parte de la dermis subyacente.
----------	---

	SENO
FITZPATRICK'S	Tracto que conecta una cavidad profunda supurativa con otra o con la superficie de la piel
BOLOGNIA	
ANDREWS	
HABIF	
FALABELLA	
GUTIERREZ	
RODRIGUEZ	
ARENAS	
MAGAÑA	
RUIZ MALDONADO	
ROOK	Cavidad o tracto con un final ciego
MASCARO	
BRAUN-FALCO	
LAFFONT	
SHARMA	Cavidad o tracto con un final ciego
SHIMIZU	
ACKERMAN	Canal revestido de epitelio el cual abre a la superficie de la piel

	FISTULA
FITZPATRICK'S	
BOLOGNIA	
ANDREWS	
HABIF	
FALABELLA	
GUTIERREZ	
RODRIGUEZ	Trayecto tisular anormal, congénito, traumático o inflamatorio, que comunica dos estructuras u órganos internos o uno de éstos con la superficie cutánea.
ARENAS	Trayecto que comunica dos cavidades o una cavidad con el exterior.
MAGAÑA	Canal revestido por epitelio.
RUIZ MALDONADO	Trayecto que comunica dos cavidades o una cavidad con el exterior.
ROOK	Pasaje anormal de una estructura profunda a la superficie de la piel o entre dos estructuras. Está frecuentemente revestido por epitelio escamoso
MASCARO	
BRAUN-FALCO	
LAFFONT	
SHARMA	Pasaje anormal de una víscera hueca profunda a la superficie de la piel o entre dos estructuras huecas.
SHIMIZU	
ACKERMAN	

	ATROFIA
FITZPATRICK'S	Disminución en el número de células epidérmicas que resulta en adelgazamiento de la epidermis
BOLOGNIA	
ANDREWS	
HABIF	Depresión en la piel resultante del adelgazamiento de la epidermis o la dermis
FALABELLA	Adelgazamiento aislado o simultáneo de la epidermis, dermis o tejido celular subcutáneo, con lo cual se produce un hundimiento o depresión de la piel afectada.
GUTIERREZ	Lesiones provocadas por un trastorno de la nutrición del tegumento, que se traduce clínicamente por disminución del espesor y consistencia de la piel. Ésta pierde la

	elasticidad, plegándose fácilmente; su color es rosado o blanco marfilino y al tacto, más que a la vista, se percibe un desnivel característico.
RODRIGUEZ	Disminución del tamaño de una célula, tejido u órgano, por reducción de sus organelos o del número de células o componentes extracelulares.
ARENAS	Disminución de una o varias capas de la piel y sus anexos. Se manifiesta por piel adelgazada, decolorada, finamente plegada, con telangiectasias y alopecia.
MAGAÑA	Disminución del tamaño y número celular; se caracteriza por la pérdida del dibujo normal de la piel y el fino plegamiento de una epidermis translúcida.
RUIZ MALDONADO	Adelgazamiento de una o varias capas de la piel y sus anexos. La región afectada se ve así adelgazada, arrugada, semitransparente, con modificaciones del pigmento, frecuentemente, hacia su disminución, con telangiectasias y alopecia.
ROOK	Pérdida de tejido de una o más capas de la piel. Puede haber fino plegamiento y aumento de la translucidez si el proceso es superficial
MASCARO	Alteración que consiste en la desaparición o disminución de los elementos constitutivos de la piel.
BRAUN-FALCO	Adelgazamiento de la epidermis y la dermis y la desaparición de los anejos.
LAFFONT	Adelgazamiento del tegumento que puede comprometer la epidermis, la dermis o los dos compartimentos asociados
SHARMA	Disminución en el tamaño de tejido
SHIMIZU	Cuando la piel se vuelve delgada o tiene una superficie suave y finamente arrugada
ACKERMAN	Reducción en la sustancia de la piel debido a la disminución de espesor de la dermis y menos comúnmente del tejido subcutáneo

	LIQUENIFICACION
FITZPATRICK'S	Engrosamiento de la epidermis con cambios en el colágenos de la dermis superficial, secundaria al frotamiento repetitivo. Produce acentuación de los márgenes.

BOLOGNIA	
ANDREWS	
HABIF	Area de engrosamiento de la epidermis inducida por el rascado; las líneas cutáneas están tan acentuadas que la superficie parece una tabla de lavar
FALABELLA	
GUTIERREZ	Lesiones en placas, provocadas por el rascamiento o fricción persistente de la piel. Se caracterizan por: espesamiento del tegumento, acentuación de su cuadrículado normal y pigmentación oscura.
RODRIGUEZ	Cambio macroscópico que consiste en engrosamiento de la piel y aumento notorio de su cuadrículado usual, secundario al rascado crónico.
ARENAS	Engrosamiento de las capas de la epidermis; se traduce por piel gruesa con aumento y exageración de los pliegues cutáneos; es de color blanquecino u oscuro e indica rascado prolongado.
MAGAÑA	Engrosamiento de un área de la piel, en la que se observa claramente su dibujo romboidal y se debe a hiperplasia epidérmica.
RUIZ MALDONADO	Engrosamiento de las capas de la epidermis, lo cual se traduce por una piel gruesa, seca, con su cuadrículado muy marcado, en ocasiones con ligera hiperpigmentación.
ROOK	Engrosamiento de la epidermis (y algo de la dermis) en respuesta al frotamiento prolongado
MASCARO	Engrosamiento del tegumento, con acentuación de los pliegues, debido al rascado reiterativo.
BRAUN-FALCO	
LAFFONT	
SHARMA	Engrosamiento persistente de la piel con exageración de sus marcas normales, asociado a hiperpigmentación y debido a rascado o frotamiento
SHIMIZU	Engrosamiento e induración de la piel que resulta de enfermedad crónica
ACKERMAN	Engrosamiento papular de la piel asociado a acentuación de las marcas cutáneas normales, hiperpigmentación y algunas veces, descamación.

	CICATRIZ
FITZPATRICK'S	Lesión que surge de la proliferación de tejido fibroso que reemplaza el colágeno normal posterior a una herida o ulceración que compromete la dermis reticular.
BOLOGNIA	
ANDREWS	Compuestas por tejido conectivo, y forman parte del proceso reparativo normal cuando, por daño o enfermedad, se produce pérdida de la dermis o, incluso, estructuras más profundas.
HABIF	Formación anormal de tejido conectivo debido a daño dérmico.
FALABELLA	Secuela de una ulceración cutánea y refleja el proceso fisiológico de reparación tisular con la formación de nuevo tejido conectivo.
GUTIERREZ	Neoformación de tejido fibroso y epitelial que repara toda pérdida de sustancia que ha interesado la dermis.
RODRIGUEZ	Reparación final de una lesión dérmica o hipodérmica con depósito de colágeno sintetizado por fibroblastos.
ARENAS	Reparación de una solución de continuidad, mediante la formación de tejido conectivo fibroso; es de origen traumático o inflamatorio.
MAGAÑA	Resultado del depósito de tejido conjuntivo, como consecuencia del proceso de reparación tisular.
RUIZ MALDONADO	Reparación de una solución de continuidad mediante la formación de tejido fibroso. Por tanto, debe haber siempre una pérdida de sustancia que rompa la capa basal y llegue a la dermis.
ROOK	Reemplazo de otro tejido por tejido fibroso que ha sido destruido por injuria o enfermedad
MASCARO	Substitución de una alteración traumática o inflamatoria de la dermis por tejido conjuntivo neoformado.
BRAUN-FALCO	Lesión permanente y fibrosada.
LAFFONT	
SHARMA	Reemplazo de tejido por tejido fibroso, el cual se manifiesta como pérdida de los márgenes y apéndices cutáneos y cambio en la consistencia
SHIMIZU	Proliferación reactiva de colágeno dérmico

	después de injuria de la piel
ACKERMAN	Fibrosis que reemplaza la disposición normal del colágeno

	ESCLEROSIS
FITZPATRICK'S	Induración circunscrita o difusa de la piel que resulta de la fibrosis dérmica. Se detecta más fácilmente por palpación.
BOLOGNIA	Enfermedades que cursan con engrosamiento (induración) de la piel.
ANDREWS	
HABIF	
FALABELLA	
GUTIERREZ	Condensación de la epidermis, que hace la piel más firme, menos plegable y más adherente a los planos profundos.
RODRIGUEZ	Cambio de la dermis caracterizado por depósito de colágeno que luce compacto, denso, homogéneo y con pocos fibrocitos.
ARENAS	Formación difusa de tejido conectivo en la dermis, que ocasiona desaparición de anexos cutáneos. Produce endurecimiento parcial o total de la piel, la cual adquiere un aspecto seco, acartonado, inextensible e hiper o hipopigmentado.
MAGAÑA	Zona circunscrita, más o menos amplia, de endurecimiento. Se debe al incremento del tejido conjuntivo.
RUIZ MALDONADO	Endurecimiento de parte o de toda la piel a expensas del tejido conjuntivo. La piel se nota dura, acartonada, habitualmente seca, inextensible, hipo o hiperpigmentada.
ROOK	Induración del tejido subcutáneo o la dermis.
MASCARO	Proceso de colagenización de la piel, con neoformación de tejido conjuntivo en la dermis, que suele suceder a un proceso inflamatorio.
BRAUN-FALCO	
LAFFONT	
SHARMA	Induración difusa o circunscrita de la piel que resulta de la proliferación de colágeno
ACKERMAN	Area de induración difusa o circunscrita de la piel, detectable solo a la palpación

	QUERATOSIS
FITZPATRICK'S	
BOLOGNIA	
ANDREWS	
HABIF	
FALABELLA	
GUTIERREZ	Espesamiento circunscrito o difuso de la piel, debidos a la hiperproducción de la capa córnea, sin tendencia al desprendimiento.
RODRIGUEZ	Hiperqueratosis de la epidermis o de los infundíbulos, que no tiende a desprenderse y que forma escamas.
ARENAS	Espesamiento moderado o importante de la capa córnea.
MAGAÑA	Levantamiento córneo, es decir, constituido por queratina compacta.
RUIZ MALDONADO	
ROOK	
MASCARO	
BRAUN-FALCO	Crecimientos de queratina firmemente adheridos a la piel.
LAFFONT	
SHARMA	
SHIMIZU	
ACKERMAN	

	ESCAMA
FITZPATRICK'S	Lámina que surge a partir de la capa más externa del estrato córneo.
BOLOGNIA	
ANDREWS	(Exfoliación). Láminas secas o grasas de queratina.
HABIF	Exceso de células epidérmicas muertas que son producidas por queratinización y descamación anormal
FALABELLA	Célula epitelial descamada y anormalmente acumulada que se hace visible.
GUTIERREZ	Laminillas córneas, que tienen tendencia a desprenderse espontáneamente de la superficie cutánea en forma exagerada, detalle que las diferencia de la fina descamación fisiológica de la piel.
RODRIGUEZ	Capa córnea que descama espontáneamente o por raspado.
ARENAS	Caída en bloque de la capa córnea; se manifiesta por separación de fragmentos secos de epidermis.
MAGAÑA	Levantamiento y desprendimiento en bloque de la capa córnea.
RUIZ MALDONADO	Pérdida de la capa córnea merced al proceso de renovación de la piel.
ROOK	Lámina del estrato córneo
MASCARO	Fragmentos laminares de la epidermis, habitualmente secos, que se desprenden de manera espontánea y resultan de la eliminación de la capa córnea.
BRAUN-FALCO	Células epiteliales queratinizadas.
LAFFONT	Lámina blanquecina que se desprende al raspado suave y tangencial, refleja un engrosamiento del estrato córneo
SHARMA	Lámina visible de estrato córneo
SHIMIZU	Engrosamiento anormal de la superficie de la piel y formación de lamelas blancas a partir de la acumulación de células de la capa córnea
ACKERMAN	Células cornificadas que se han vuelto visibles en la superficie de la piel

	COSTRA
FITZPATRICK'S	Depósito indurado que resulta cuando el suero, sangre o exudado se seca sobre la superficie de la piel
BOLOGNIA	
ANDREWS	Formadas por suero, pus o sangre secos, generalmente, acompañados de deshechos epiteliales y bacterianos.
HABIF	Colección de suero y restos celulares secos
FALABELLA	Resultado de la desecación de los exudados y transudados cutáneos.
GUTIERREZ	Producto de la desecación de un líquido: sangre, pus o serosidad mezclado o no con detritos epiteliales, bacterianos o parasitarios.
RODRIGUEZ	Conglomerado desecado de plasma, suero, sangre o pus asentado en la superficie epidérmica.
ARENAS	Exudado que se seca.
MAGAÑA	Depósito o acumulación deshidratada y endurecida de plasma con células de la sangre.
RUIZ MALDONADO	Cuando un líquido orgánico, pus, serosidad o sangre, se seca.
ROOK	Suero u otros exudados secos
MASCARO	Producto de la desecación de exudados, sangre o detritus en la superficie cutánea.
BRAUN-FALCO	Se forman al secarse las secreciones de las erosiones o las úlceras.
LAFFONT	Desecación de un exudado que puede ser seroso, hemorrágico o purulento y que se desprende en bloque.
SHARMA	Capa externa formada por hemorragia, secreción o exudado seco
SHIMIZU	Exudado o queratina solidificada que se forma sobre una piel erosionada o ulcerada
ACKERMAN	Exudado seco compuesto de suero y células

	ESCARA
FITZPATRICK'S	Costra negra, dura, circunscrita y adherente a la superficie de la piel que implica necrosis tisular, infarto, quemadura profunda, gangrena u otro proceso ulcerativo.
BOLOGNIA	
ANDREWS	
HABIF	
FALABELLA	
GUTIERREZ	También llamado esfacelo. Tejido necrosado que tiende a ser eliminado. El tejido afectado es de color negro, carece de sensibilidad. Hay hipotermia local.
RODRIGUEZ	Capa gruesa , dura, desecada, de tejido necrótico, que cubre y se adhiere con firmeza a una úlcera .
ARENAS	Producto de la eliminación de una zona de necrosis; es negra, insensible y de temperatura local disminuida.
MAGAÑA	
RUIZ MALDONADO	Desprendimiento en bloque de una zona necrótica por isquemia de la piel.
ROOK	
MASCARO	Resultado de la necrosis de parte del tejido cutáneo
BRAUN-FALCO	Necrosis tisular circunscrita.
LAFFONT	
SHARMA	
SHIMIZU	
ACKERMAN	

	GANGRENA
FITZPATRICK'S	Placa firme o mácula gris-rojiza, dolorosa, de forma irregular que algunas veces se encuentra deprimida ligeramente por debajo del plano de la piel. Resulta de la oclusión inflamatoria de los vasos cutáneos.
BOLOGNIA	
ANDREWS	
HABIF	
FALABELLA	
GUTIERREZ	
RODRIGUEZ	Necrosis tisular isquémica.
ARENAS	
MAGAÑA	(Infarto) Es un área de necrosis por

	isquemia
RUIZ MALDONADO	
ROOK	Muerte del tejido, usualmente debido a pérdida del suministro de sangre
MASCARO	
BRAUN-FALCO	Necrosis tisular húmeda
LAFFONT	Necrosis tisular por hipo o avascularización
SHARMA	
SHIMIZU	
ACKERMAN	

	VEGETACION
FITZPATRICK'S	
BOLOGNIA	
ANDREWS	
HABIF	
FALABELLA	
GUTIERREZ	Debidas a grandes proliferaciones de las papilas dérmicas, que determinan la formación de masas lobuladas o ramificadas en forma de coliflor. Su consistencia es blanda y sangran fácilmente ante cualquier traumatismo.
RODRIGUEZ	
ARENAS	Combinación de papilomatosis e hiperqueratosis. Blanda, de superficie lisa y húmeda.
MAGAÑA	
RUIZ MALDONADO	Cuando se exageran las papilas dérmicas y aumenta mucho la capa córnea es decir hay: papilomatosis + hiperqueratosis. Es blanda de superficie lisa, casi siempre de mal olor y húmeda.
ROOK	Crecimiento de tejido patológico consistente en múltiples y agrupadas masas papilares
MASCARO	
BRAUN-FALCO	
LAFFONT	Proliferación celular cutánea de morfología variable, adherida como un coliflor, sésil o pediculada. Puede ser seca, húmeda, macerada o supurativa
SHARMA	
SHIMIZU	
ACKERMAN	

	POIQUILODERMIA
FITZPATRICK'S	Combinación de atrofia, telangiectasia y cambios pigmentarios en un área de piel.
BOLOGNIA	Combinación de atrofia epidérmica, telangiectasia, hiperpigmentación e hipopigmentación, lo que confiere a la piel un aspecto moteado.
ANDREWS	
HABIF	
FALABELLA	
GUTIERREZ	
RODRIGUEZ	
ARENAS	
MAGAÑA	
RUIZ MALDONADO	
ROOK	Asociación de pigmentación cutánea, atrofia y telangiectasias
MASCARO	
BRAUN-FALCO	Afectación cutánea donde coexisten diferentes tipos de lesiones: atrofia, hiperpigmentación, despigmentación y telangiectasias.
LAFFONT	Asociación de atrofia cutánea, telangiectasias y anormalidades pigmentarias
SHARMA	Lesión caracterizada por pigmentación variada, atrofia y telangiectasias
SHIMIZU	
ACKERMAN	

2.3 DEFINICION DE OTRAS LESIONES ELEMENTALES

	OTRAS LESIONES ELEMENTALES
FITZPATRICK'S Calcinosis (Elevada)	Depósito de calcio en la dermis o el tejido subcutáneo que puede ser apreciado como nódulos o placas duros y blanquecinos
Cuerno (Elevada)	Masa cónica de células cornificadas que se elevan por encima de una piel con diferenciación anormal
Queratodermia (Cambio de superficie)	Hiperqueratosis excesiva del estrato córneo que resulta en un engrosamiento amarillento de la pie, usualmente en plantas y palmas.
BOLOGNIA	
ANDREWS	
HABIF Milia (Especial)	Quiste pequeño y superficial de queratina con apertura no visible
FALABELLA Flictena (Primaria)	Lesión elevada, de contenido líquido y claro en su interior, >5 centímetros de diámetro.
Exfacelacion (Secundaria)	Abrasión o erosión superficial de la piel, producida por traumatismos leves, que causa solución de continuidad en la epidermis y dermis superficial, con pérdida de sustancia.
GUTIERREZ	
RODRIGUEZ	
ARENAS Infiltración (Secundaria)	Lesión eritematosa o violácea elevada, que puede ser circunscrita o difusa, "suculenta" en la fase activa y atrófica cuando se resuelve.
Grietas (Secundaria)	Hendiduras lineales de la piel, por lo general dolorosas. Afectan la epidermis.
MAGAÑA Depresión (Secundaria)	Hundimientos circunscritos de la piel, de cualquier tamaño y forma.
RUIZ MALDONADO Verrugosidad (Secundaria)	Cuando se exageran las papilas dérmicas y aumenta mucho la capa córnea es decir hay: papilomatosis + hiperqueratosis, se originan levantamientos anfractuoso, duros, córneos, secos, de superficie irregular y bien limitados.
ROOK Queratodermia (no tiene)	Engrosamiento córneo de la piel
MASCARO	
BRAUN-FALCO Fima (no tiene)	Excrecencia nodular.
Rágade (no tiene)	Grieta o desgarro ocasionado por el estiramiento de la piel frágil,

Paquidermia (no tiene)	principalmente en los pliegues sometidos a movimiento constante. Engrosamiento cutáneo frecuentemente recubierto de masas queratósicas semejantes a verrugas.
LAFFONT	
SHARMA	
SHIMIZU Tilosis (Secundaria) Clavo (Secundaria)	Localización, proliferación y engrosamiento de la capa córnea epidérmica Cápa córnea en forma de cuña dentro de la piel debido a estimulación física prolongada
ACKERMAN Papiloma (Primaria)	Proyecciones digitiformes por encima de la superficie de la piel debido a la extensión de las papilas dérmicas (papilomatosis), las cuales están usualmente cubiertas por epidermis hiperplásica

3. TABLAS COMPARATIVAS DE LOS AUTORES

3.1 LESIONES ELEMENTALES PRIMARIAS

1. MACULA

Texto	Tipo	Definición	Elevación	Superficie	Circunsc	Tamaño	Otros
Fitzpatrick	Plana	Cambio de color	Plana				
Bologna	1ª	Cambio de textura o color	Plana			Pequeña	No palpable
Andrews	1ª	Cambio de color	Plana				No palpable
Habif	1º	Cambio de color	-		+		
Falabella	1ª	Cambio de color	-		+		No palpable
Gutierrez	1ª	Cambio de color	-				
Rodriguez	-	Cambio de color	-				
Arenas	1ª	Cambio de color					
Magaña	Plana	Cambio de color			+		
Ruiz	1ª	Cambio de color	-				
Rook	-	Cambio de color			+		
Mascaró	-	Cambio de color					
Braun	-	Cambio de color	-		+		
Laffont	-	Cambio de color	-				
Sharma	-	Cambio de color	Plana		+		
Shimizu							
Ackerman	1ª	Cambio de color	Plana			<1 cm	

2. PETEQUIA

Texto	Tipo	Definición	Color	Forma	Circunsc	Tamaño	Etiología	Otros
Fitzpatrick								
Bologna		Puntiforme	Violácea				Extravasación de eritrocitos	No blanquea con la presión
Andrews								
Habif	Especiales	Depósito de sangre			+	<0.5 cm		
Falabella								
Gutierrez		Mancha					Hemorragia capilar	No blanquea con la presión
Rodriguez	-	Mancha	Roja	redondeada		1-3 mm	Extravasación de eritrocitos	No blanquea con la presión
Arenas		Púrpura puntiforme						
Magaña								
Ruiz								
Rook	-	Punto hemorrágico				1-2 mm		
Mascaró								
Braun								
Laffont								
Sharma								
Shimizu								
Ackerman								

3. PURPURA

Texto	Tipo	Definición	Color	Circunsc	Tamaño	Etiología	Otros
Fitzpatrick	Vascular		Rojo-purpúricas			Sangre extravasada	
Bologna	2ª		Violácea			Extravasación eritrocitos	No blanquea con presión
Andrews							
Habif	Especiales	Depósito de sangre		+	>0.5 cm		
Falabella							
Gutierrez							
Rodríguez	-					Eritrocitos extravasados	
Arenas		Mancha				Sangre extravasada	
Magaña							
Ruiz							
Rook							
Mascaró							
Braun							
Laffont							
Sharma	-	Cambio de color			2 mm-1 cm	Sangre extravasada	No blanquea a la presión
Shimizu	1ª	Hemorragia	Rojo brillante o violácea				
Ackerman	1ª	Sangrado dentro de la piel					

4. PARCHE

Texto	Tipo	Definición	Color	Elevación	Tamaño	Otros
Fitzpatrick	-	Area	Color diferente a la piel circundante	plana	>0.5 cm	Descamación fina
Bologna	1ª			plana	>1 cm	No palpable
Andrews						
Habif						
Falabella						
Gutierrez						
Rodriguez	-	Mácula			>1 cm	
Arenas						
Magaña						
Ruiz						
Rook						
Mascaró						
Braun						
Laffont						
Sharma						
Shimizu						
Ackerman	1ª	Mácula			>1 cm	

5. PLACA

Texto	Tipo	Definición	Elevación	Profundidad	Tamaño	Consistencia	Otros
Fitzpatrick	Elevada	Longitud > altura	+		>0.5 cm	Sólida	
Bologna	1ª		+		>1 cm		Palpable
Andrews	1º	Pápulas grandes o que confluyen			> 1cm		
Habif	1º	Confluencia de pápulas	+	superficial	> 0.5 cm	Sólida	
Falabella	1ª	Longitud > altura	+		>1 cm		
Gutierrez							
Rodriguez	-		+		>1cm		
Arenas	Otras	Conjunto de lesiones					
Magaña	Elevada	Como una meseta	+		>1 cm		
Ruiz							
Rook	-		+		>2 cm		
Mascaró							
Braun							
Laffont							
Sharma	-	Longitud > altura, como una meseta	+		>0.5 cm		
Shimizu	Elevada	Ancha	+, plana		2-3 cm		
Ackerman	1ª		+, plana		>1cm	Sólida	

6. HABON

Texto	Tipo	Definición	Color	Elevación	Superficie	Circunsc	Forma	Tamaño	Evolución	Etiología	Otros
Fitzpatrick	Elevada	Edema	rosada				variable	variable	Évanescente		
Bologna											
Andrews	1ª	Edematosa	Rosada		plana		Oval o circinada	variable	Évanescente		Areola rosada
Habif	1ª	Placa edematosa							Évanescente	Infiltración de la dermis por fluido	Firme
Falabella	1ª	Edema	Eritematosa con palidez central	+					Évanescente	Extravasación fluido en dermis	
Gutierrez											
Rodríguez	-	Pápula edematosa	Eritematosa						Évanescente		Pruriginosa
Arenas	1ª	Edema	Blanco, rosado o rojo	+	convexa	-	Ameboide		Évanescente	Vasomotor	Consistencia elástica
Magaña	Elevada	Area	Eritematosa				Variable	variable	Évanescente	Edema dérmico	
Ruiz	1ª		Eritematosa	+		-		variable	Évanescente		
Rook	-	Area	Blanca						Évanescente	Edema dérmico	Compresible
Mascaró	-										
Braun	-		Rosado o blanco	+		+			Évanescente	Edema	Pruriginosa y firme
Laffont											
Sharma	-	Pápula o placa	Eritematosa con palidez central						Évanescente	Edema dérmico y/o hipodérmico	
Shimizu	1ª	Edema localizado	Rosa pálido	+					Évanescente		
Ackerman	1º	Pápula o placa	rosada				Pseudópodos periféricos		Évanescente		Blanquea con diascopia

7. PAPULA

Texto	Tipo	Consistencia	Elevación	Profundidad	Circunsc	Tamaño	Evolución	Otros
Fitzpatrick	Elevada	sólida	significativa			<0.5 cm		
Bologna	1 ^a		+	Superficial	+	<1 cm		Palpable
Andrews	1 ^a	sólida	+		+	Alfiler - 1 cm		Sin colección líquida
Habif	1 ^a	sólida	+			<0.5 cm		
Falabella	1 ^a		+			<1 cm		
Gutierrez	1 ^a	sólida	+		+	Cabeza alfiler-guisante	No deja cicatriz	
Rodriguez	-	sólida		Superficial		<1 cm	Autoresuelve	Origen epidérmico o dérmico
Arenas	1 ^a	sólida			+		No deja cicatriz	
Magaña	Elevada	sólida			+	<1 cm		
Ruiz	1 ^a	Sólida, firme, dura	+		+	mm	Corta duración autorresolutiva	
Rook	-				+	<0.5 cm		Palpable
Mascaró	-	sólida	+		+	pequeña	Autoresuelve No deja cicatriz	
Braun	-		+	Superficial	+	<1 cm		
Laffont	-	Sólida, firme	+					Palpable
Sharma	-	sólida	significativa			<0.5 cm		
Shimizu	1 ^a		+, plana			<1 cm		Hemisférica
Ackerman	1 ^a	Sólida	+			<1 cm		

8. NODULO

Texto	Tipo	Definición	Consistencia	Elevación	Profundidad	Circunsc	Tamaño	Evolución	Otros
Fitzpatrick	Elevada		sólida		+		>0.5 cm		Palpable
Bologna	1ª	Pápula o placa	firme		+				
Andrews	1ª	Pápula más grande y profunda			Dermis o SC		>1 cm		
Habif	1º		sólida	+		+	> 0.5 cm		
Falabella	1ª			+	Dermis o SC		>1 cm		No altera estructuras adyacentes
Gutierrez	1ª		Sólida, dura		hipodermis	+/-			Palpable, no visible
Rodriguez	-		sólida		Dermohipodermis		< 2 cm	Resuelve sin dejar cicatriz	
Arenas	1ª		sólida			+		No resuelve, deja cicatriz	Eucrómica o rosada
Magaña	Elevada	Masa palpable			Hasta hipodermis	+	1-2 cms		
Ruiz	1ª		Sólida, firme, duro	+		+	>1 cm	Crónica, Deja cicatriz	
Rook	-	Masa	sólida	+			>0.5 cm		Visible o palpable
Mascaró	-	Tubérculo profundo			Hasta hipodermis				
Braun	-	Proliferación	sólida		Hasta hipodermis	+			
Laffont	-	Igual a nudosidad	firme		Dermohipodermis	+/-			Palpable
Sharma	-	altura o profundidad > longitud	sólida				>0.5 cm		Palpable, redonda o elipsoide
Shimizu	1ª			+			1-2 cm		
Ackerman	1ª			+			> 1cm		Redonda

9. NUDOSIDAD

Texto	Tipo	Definición	Consistencia	Elevación	Profundidad	Circunsc	Color	Evolución	Otros
Fitzpatrick									
Bologna									
Andrews									
Habif									
Falabella									
Gutierrez									
Rodriguez									
Arenas	1 ^a				+	+/-	eritematosa	No deja cicatriz	Dolorosa
Magaña	Plana	Se palpa como nódulo se ve como mácula			+		Eritematosa		
Ruiz	1 ^o	Se palpa más que verse		+	+		Eritematosa	Pocos días	Dolorosa
Rook									
Mascaró									
Braun									
Laffont	-	Nódulo palpable	sólida		Dermohipodermis	+/-			
Sharma									
Shimizu									
Ackerman									

10. TUBERCULO

Texto	Tipo	Definición	Consistencia	Elevación	Profundidad	Circunsc	Tamaño	Evolución	Histológico	Otros
Fitzpatrick										
Bologna										
Andrews										
Habif										
Falabella	1ª	Nódulo		+	Dermis o sc		>1 cm			No altera estructura adyacentes
Gutierrez	1º		sólida	+	dermis		Munición-avellana	No resuelven, dejan cicatriz	Infiltración celular dérmica	Redondeado
Rodríguez	-	nodular	sólida					Deja cicatriz		
Arenas	1ª	Nódulo	sólida, firme			+		No resuelve, deja cicatriz		Eucrómico o rosado
Magaña										
Ruiz										
Rook										
Mascaró	-		sólida	+	Dermis	+	> pápula	Crónica, puede ulcerarse, deja cicatriz		
Braun	-	Similar a la pápula		+				Se ulcera		
Laffont										
Sharma										
Shimizu										
Ackerman										

11. TUMOR

Texto	Tipo	Definición	Consistencia	Elevación	Tamaño	Evolución	Etiología	Otros
Fitzpatrick	-	Masa					Benigna o maligna	
Bologna								
Andrews	1ª	Masa	variable	variable	>2cm			
Habif	1ª	Nódulo			grande			
Falabella	1ª	Similar al nódulo			> nódulo			Altera estructuras adyacentes
Gutierrez	1ª	Neoformación	variable		variable	Persiste	No inflamatoria, etiología desconocida	
Rodríguez	-		sólida	+	>2cm			
Arenas	Otras	Masa		+	variable	Crece y persiste		
Magaña	Elevada	Masa palpable		+	>2 cm			Contenido sólido o líquido
Ruiz	2ª	Neoformación				Crece, persiste y destruye		Aspecto variable
Rook	-	Agrandamiento de tejidos					Inflamatoria y no inflamatoria	
Mascaró	-	Formación				Crece y persiste	No inflamatoria	Circunscrita
Braun	-	Masa	sólida		grande			
Laffont								
Sharma								
Shimizu	1ª	Nódulo			>3 cm	Proliferativo		
Ackerman								

12. GOMA

Texto	Tipo	Definición	Profundidad	Circunsc	Histológico	Evolución	Etiología
Fitzpatrick	-	Nodular			granulomatosa		Sífilis 3°
Bologna							
Andrews							
Habif							
Falabella							
Gutierrez	1ª	Nódulo				Curso subagudo, se ulcera	
Rodriguez	-	Nódulo				Curso largo, inicialmente duro y supurativo, luego se reblandece, se ulcera y resuelve dejando cicatriz	
Arenas	1º		> nódulo	+		Curso crónico, se endurece, se reblandece y posteriormente se ulcera dejando cicatriz	
Magaña							
Ruiz							
Rook							
Mascaró	-	Nódulo				Se reblandece y se ulcera	
Braun	-						
Laffont							
Sharma							
Shimizu							
Ackerman							

13. QUISTE

Texto	Tipo	Definición	Consistencia	Histología	Circunsc	Etiología	Contenido
Fitzpatrick	Elevada	Cavidad o saco		Revestido por epitelio			Líquido o semisólido
Bologna							
Andrews							
Habif	Especial	Con pared y lumen			+		Líquido o material sólido
Falabella	2ª	Similar al nódulo, saco	Renitente				Material viscoso o semisólido
Gutierrez	1ª	Cavidad cerrada		Pared conjuntiva tapizada por epitelio			Líquido, mucoide o semisólido
Rodríguez	-	Tamaño variable		Revestimiento epitelial			Líquido, mucoso o queratina
Arenas	1ª	Acumulación rodeada de pared		Pared de epitelio pavimentoso o glandular		No inflamatoria	Líquido o semisólido
Magaña							
Ruiz							
Rook	-	Cavidad o saco cerrado		Revestimiento epitelial, endotelial o membranoso			Líquido o material semisólido
Mascaró	-	Colección rodeada de pared orgánica		Pared de epitelio pavimentoso o glandular		No inflamatoria	Líquido, semilíquido o semisólido
Braun							
Laffont							
Sharma	-	Cavidad o saco cerrado	Fluctuante	Revestimiento epitelial, endotelial o membranoso			
Shimizu	1ª	Tumor encapsulado		Revestimiento membranoso			
Ackerman	1ª	Cavidad		Revestida de epitelio			Líquido o material sólido

14. PUSTULA

Texto	Tipo	Definición	Elevación	Profundidad	Circunsc	Tamaño	Histológico	Contenido	Otros
Fitzpatrick	Contenido líquido	Cavidad	+		+		Epidermis o infundíbulo	Pus	
Bologna	1ª		+	superficial			Intra o subepidérmico	Pus	
Andrews	1ª		+					Material purulento	
Habif	1ª	Colección			+	variable		Leucocitos y fluido	
Falabella	1ª		+					Pus	
Gutierrez	1ª		+		+			Pus	
Rodriguez	-		+			pequeña		Pus	Amarillenta
Arenas	1ª		+		+	pequeña		Exudado purulento	
Magaña	Elevada		+					Purulento y/o restos celulares	
Ruiz	1ª			superficial		mm		Purulento	No deja cicatriz
Rook	-	Acumulación						Pus	Visible
Mascaró	-		+		+		Epidermis o anexos	Seropurulenta o purulenta	
Braun	-							Purulento	
Laffont	-		+			mm-cm		Seroso o pus	Visible al decapitar
Sharma	-	Vesícula o ampolla						Líquido purulento	
Shimizu	1ª	Ampolla						Purulento	Amarillenta
Ackerman	1ª	Colección			+			Pus	

15. ABSCESO

Texto	Tipo	Definición	Consistencia	Elevación	Profundidad	Tamaño	Evolución	Contenido	Otros
Fitzpatrick	Contenido líquido	Acumulación localizada			Profunda			Material purulento	No visible
Bologna									
Andrews									
Habif									
Falabella									
Gutierrez	1ª	Colección cerrada	Fluctuante	+	Dermis o sc			Purulento	Aspecto inflamatorio
Rodríguez	-	Nódulo o pústula	Sólido, fluctuante		Hasta hipodermis		Drena y deja cicatriz	PMN, eosinófilos	
Arenas	1ª	Acumulación	Fluctuante, blanda		Dermis o sc	> pápula	Originar fístulas	Purulento	Aspecto inflamatorio
Magaña									
Ruiz	1ª				Dermis o sc	> pápula	Deja cicatriz	Purulento	
Rook									
Mascaró									
Braun									
Laffont									
Sharma									
Shimizu									
Ackerman	2ª	Acumulación						Pus	

16. VESICULA

Texto	Tipo	Definición	Elevación	Profundidad	Circunsc	Tamaño	Contenido	Otros
Fitzpatrick	Contenido líquido	Cavidad				<0.5 cm	Líquido	
Bologna	1ª		+			< 1cm	Líquido claro	
Andrews	1ª		+	epidérmica	+	< 1cm	Líquido claro	
Habif	1ª	Colección	+			< 0.5cm	Líquido	
Falabella	1º		+			< 1cm	Líquido claro	
Gutierrez	1ª		+	Epidermis	+	pequeñas	Líquido claro, seroso o hemorrágico	
Rodríguez	-		+			< 1 cm	Líquido o seroso	
Arenas	1ª				+	Pocos mm	Líquido seroso	
Magaña	Elevada		+	Intra o subepidérmico		< 1cm	Líquido claro	
Ruiz	1ª		+			Pocos mm	Seroso o seropurulento	
Rook	-	Acumulación visible		Intra o subepidérmico		< 0.5cm	Líquido	Agrupadas
Mascaró	-		+	Epidermis	+	Hasta un guisante	Líquido, seroso, serohemorrágico o purulento	
Braun	-		+			guisante	Líquido	
Laffont	-		+			1-3 mm	Líquido claro	Fluye al decapitar
Sharma	-	Acumulación visible		Intra o subepidérmico		< 0.5cm	Líquido	
Shimizu	1ª	Dentro de una membrana	+			< 0.5 cm	Líquido transparente	
Ackerman	1ª		+		+	< 1cm	Líquido	

17. AMPOLLA

Texto	Tipo	Definición	Elevación	Profundidad	Circunsc	Tamaño	Contenido	Otros
Fitzpatrick	Contenido líquido	Cavidad				>0.5 cm	Líquido	
Bologna	1ª		+			>1 cm	Líquido claro	
Andrews	1ª	Vesícula	+			>1 cm	Seroso o seropurulento	Oval o irregular
Habif	1ª	Colección			+	> 5 mm	Fluido	
Falabella	1ª		+			1-5 cm	Líquido claro	
Gutierrez	1ª		+		+	> vesícula	Líquido claro, seroso o hemorrágico	Unilocular
Rodríguez	-	Cavidad		Intra o subepidérmica		>1 cm	Líquido seroso	
Arenas	1ª		+		+	Gran tamaño	Líquido	
Magaña	Elevada		+			>1 cm	Líquido claro	
Ruiz	1ª		+			>1 cm	Seroso o seropurulento	
Rook	-	Acumulación visible		Intra o subepidérmico		>0.5 cm	Líquido	
Mascaró	-		+		+	Avellana-huevo paloma	Seroso o serohemático	
Braun	-		+			> vesícula	Líquido	Aspecto hueco
Laffont	-	Vesícula grande	+			varios cm	Líquido claro o hemorrágico	Fluye al decapitar
Sharma	-	Acumulación visible		Intra o subepidérmico		> 0.5 cm	Líquido	
Shimizu	1ª	Dentro de una membrana	+			>0.5 cm	Líquido claro	
Ackerman	1ª		+		+	>1 cm	Líquido	

18. COMEDON

Texto	Tipo	Definición	Elevación	Etiología	Color	Contenido
Fitzpatrick	Elevada	Infundíbulo		Dilatado y taponado		Queratina y lípidos
Bologna	2ª	Unidad folicular		Taponada y asociada a una glándula sebácea atrófica		
Andrews						
Habif	Especial			Tapón en la apertura del folículo piloso		Material queratinoso y sebáceo
Falabella						
Gutierrez						
Rodríguez	-	Infundíbulo		Dilatado y lleno		Queratina y bacterias
Arenas	Otras			Tapón que cierra el orificio del folículo piloso	Blanco, gris o negro	Queratina
Magaña	Abierta	Infundíbulo	+	dilatado y ocupado		Queratina
Ruiz						
Rook	-			Tapón en un orificio pilosebáceo dilatado		Queratina y sebo
Mascaró	-			Tapón que obtura el poro del folículo pilosebáceo	Blanco, gris o negro	Sebo, restos epiteliales, gérmenes
Braun						
Laffont						
Sharma						
Shimizu	Asociada al pelo	Pápula		Bloqueo folículo piloso	Negro	Sebo
Ackerman	1ª	Infundíbulo		dilatado y ocupado		Células córneas, sebo y microorganismos

19. SURCO

Texto	Tipo	Definición	Forma	Elevación	Color	Etiología	Otros
Fitzpatrick	Deprimida	Tunel	Filiforme y ondulante			Parásito	En epidermis
Bologna							
Andrews							
Habif	Especial	Canal estrecho	Tortuoso	+		Parásito	
Falabella							
Gutierrez							
Rodríguez							
Arenas	Otras		Lineal o tortuoso	levemente	Gris o eritematoso		
Magaña	Abierta		Lineal				Abren a la superficie en su trayecto
Ruiz							
Rook	-	Tunel				Hospeda parásito	Pequeño
Mascaró	-	Línea	Tortuosa	+	Blanco, gris, eritematoso	Parásito	
Braun							
Laffont							
Sharma							
Shimizu							
Ackerman	2ª	Túnel				Ocupado por parásito	En epidermis

20. TELANGIECTASIA

Texto	Tipo	Definición	Forma	Profundidad	Tamaño	Color	Evolutivo	Otros
Fitzpatrick	Lesión vascular	Capilar dilatado	Líneas finas	Dermis papilar	pequeno	Roja	permanente	Brillante, no pulsátil
Bologna	2ª	Vaso dilatado			pequeño		permanente	
Andrews								
Habif	Especial	Vaso dilatado		Superficial				
Falabella								
Gutierrez								
Rodríguez	-	Vaso dilatado	Lineal	Superficial		Eritematosa	permanente	Aparente
Arenas								
Magaña	Plana	Capilares dilatados	Líneas finas				permanente	Brillantes, no pulsátil
Ruiz								
Rook								
Mascaró								
Braun								
Laffont								
Sharma								
Shimizu								
Ackerman	1ª	Vénula arteriola o capilar dilatado		Superficial	Diminuto			

3.2 LESIONES ELEMENTALES SECUNDARIAS

1. EROSION

Texto	Tipo	Definición	Elevación	Profundidad	Circunsc	Humedad	Evolución	Etiología	Otros
Fitzpatrick	Deprimida	Pérdida parcial o total	deprimida	Epidermis	+	+		Trauma, maceración, ruptura vesícula o ampolla o necrosis	También en mucosas
Bologna	2ª	Excavación		Superficial					
Andrews	2ª	Pérdida parcial o total		Epidermis			No deja cicatriz		
Habif	2º	Pérdida parcial		Epidermis			No deja cicatriz		
Falabella									
Gutierrez	2ª	Pérdida sustancia		No lesiona corión			No deja cicatriz		
Rodríguez	-	Pérdida		Epidermis			No deja cicatriz		Exulceración
Arenas	2ª			Epidermis			No deja cicatriz	Traumático	Exulceración
Magaña									
Ruiz	2ª	Pérdida sustancia		No rompe MB			No deja cicatriz		Exulceración
Rook	-	Pérdida		Epidermis			No deja cicatriz	Ruptura ampolla	
Mascaró	-	Pérdida parcial o total		Epitelio					
Braun	-	Pérdida sustancia		Epidermis			No deja cicatriz		
Laffont	-	Pérdida sustancia		Epidermis y dermis papilar			No deja cicatriz		
Sharma	-	Pérdida parcial o total	Deprimida	Epidermis	+	+	No deja cicatriz		
Shimizu	2ª	Excoriación		Epidermis				Ruptura ampolla o pústula	
Ackerman	2ª	Defecto		Epidermis					

2. EXCORIACIÓN

Texto	Tipo	Definición	Profundidad	Forma	Evolución	Color	Etiología
Fitzpatrick	Deprimida	Excavación					Rascado
Bologna	2º	Excavación					Rascado
Andrews	2ª		Epidermis	Lineal o puntiforme			Mecánico
Habif	Especiales	Erosión		Lineal			Rascado
Falabella	2ª	Abrasión o erosión	Superficial	Rodeada halo eritematoso		Rojo oscuro	
Gutierrez	2ª	Pérdida sustancia	Epidermis		No deja cicatriz		Rascado
Rodríguez	-	Pérdida	Epidermis		No deja cicatriz		Rascado
Arenas	2ª	Solución de continuidad	Epidermis, dermis papilar				Traumático
Magaña		Úlcera	Epidermis				
Ruiz							
Rook	-	Pérdida sustancia					Rascado
Mascaró	-	Solución de continuidad	Epidermis, dermis papilar				Rascado
Braun	-	Solución de continuidad	Epidermis, dermis papilar				
Laffont							
Sharma	-	Pérdida de piel		Lineal o puntiforme			Rascado
Shimizu	2ª	Daño parcial	Epidermis				Injuria o frotamiento
Ackerman							

3. ULCERA

Texto	Tipo	Definición	Profundidad	Evolución	Circunsc
Fitzpatrick	Deprimida	Defecto	Dermis papilar inclusive	Cura con cicatriz	
Bologna	2ª	Excavación	Dermis papilar inclusive		
Andrews	2ª	Pérdida	Dermis inclusive	Cura con cicatriz	
Habif	2ª	Pérdida focal	Dermis inclusive	Cura con cicatriz	
Falabella	2º	Solución de continuidad	Dermis inclusive		
Gutierrez	2º	Pérdida sustancia	Hipodermis inclusive	Deja cicatriz	
Rodríguez	-	Pérdida de continuidad	Variable, dermis inclusive	Tiende a no curar	
Arenas	2ª	Pérdida sustancia	Tejidos blandos inclusive	Cura con cicatriz	
Magaña	Deprimida	Pérdida tejido	Dermis inclusive	Cura con cicatriz	+/-
Ruiz	2ª	Pérdida sustancia			
Rook	-	Pérdida	Dermis inclusive		
Mascaró	-	Pérdida sustancia	Dermis inclusive		
Braun	-	Pérdida sustancia	Hipodermis inclusive		
Laffont	-	Pérdida sustancia	Hasta dermis profunda	Deja cicatriz	
Sharma	-	Pérdida de piel	Dermis inclusive		+
Shimizu	2ª	Deficiencia tejido	Hipodermis inclusive		
Ackerman	2ª	Defecto	Dermis inclusive		

4. HERIDA

Texto	Tipo	Definición	Profundidad	Evolución	Etiología
Fitzpatrick					
Bologna					
Andrews					
Habif					
Falabella					
Gutierrez					
Rodríguez					
Arenas					
Magaña					
Ruiz					
Rook					
Mascaró	-	Pérdida de sustancia	Hasta dermis		Traumatismo
Braun	-	Solución de continuidad		Resolución espontánea, deja cicatriz	Traumatismo
Laffont					
Sharma					
Shimizu					
Ackerman					

5. FISURA

Texto	Tipo	Definición	Profundidad	Patrón	Dolor	Etiología	Otros
Fitzpatrick	Deprimida	Pérdida de continuidad		lineal	+	Tensión excesiva o ↓ elasticidad	
Bologna							
Andrews	2ª	Hendidura	Epidermis, dermis	lineal			
Habif	2ª		Epidermis, dermis	lineal			Paredes verticales
Falabella	2º	Grieta estrecha o rajadura		lineal	+	Xerosis excesiva o por hiperqueratosis	
Gutierrez	2ª	Herida		lineal		Traumático, pérdida elasticidad	Sin pérdida de sustancia
Rodríguez	-	Ruptura	Dermis papilar inclusive	lineal			
Arenas	2ª	Hendidura	Dermis inclusive	lineal	+		
Magaña	Abierta	Apertura	Dermis inclusive	lineal			
Ruiz	2ª	Pérdida sustancia		lineal			
Rook	-	Hendidura o brecha					
Mascaró	-	Hendidura	Dermis papilar inclusive	lineal			
Braun	-	Solución de continuidad	Profunda	lineal			
Laffont	-	Erosión		lineal		Desgarro de tegumento hiperqueratósico	
Sharma	-	Hendidura	Dermis papilar inclusive	lineal		Espontánea	
Shimizu	2ª	Clivaje	Dermis inclusive	lineal			Delgado
Ackerman	2ª	Defecto	Dermis inclusive	lineal			

6. FISTULA

Texto	Tipo	Definición	Comunica	Histología	Etiología
Fitzpatrick					
Bologna					
Andrews					
Habif					
Falabella					
Gutierrez					
Rodríguez	-	Trayecto tisular anormal	Organo interno con la piel		Congénito, traumático o inflamatorio
Arenas	Otras	Trayecto	Cavidad con el exterior		
Magaña	Abierta	Canal		Revestido por epitelio	
Ruiz	2ª	Trayecto	Cavidad con el exterior		
Rook	-	Pasaje anormal	Estructura profunda con la piel	Revestido por epitelio escamoso	
Mascaró					
Braun					
Laffont					
Sharma	-	Pasaje anormal	Viscera hueca profunda con la piel		
Shimizu					
Ackerman					

7. SENO

Texto	Tipo	Definición	Comunica	Histología	Etiología
Fitzpatrick	Deprimida	Tracto	Cavidad profunda supurativa con la piel		
Bologna					
Andrews					
Habif					
Falabella					
Gutierrez					
Rodríguez					
Arenas					
Magaña					
Ruiz					
Rook	-	Cavidad o tracto	Final ciego		
Mascaró					
Braun					
Laffont					
Sharma	-	Cavidad o tracto	Final ciego		
Shimizu					
Ackerman	2	Canal	Abre a la superficie de la piel	Revestido de epitelio	

8. COSTRA

Texto	Tipo	Definición	Consistencia	Etiología
Fitzpatrick	Cambio superficie	Depósito	Indurado	Desección suero, sangre o exudado
Bologna				
Andrews	2ª			Suero, sangre o pus seco + restos epiteliales y bacterianos
Habif	2ª	Colección		Suero y restos celulares secos
Falabella	2º			Desección exudado y transudado
Gutierrez	2º			Desección suero, sangre o pus + detritos epiteliales y de microorganismos
Rodríguez	-	Conglomerado		Plasma, suero, sangre o pus seco
Arenas	2ª			Exudado seco
Magaña	Elevada	Depósito o acumulación	Endurecido	Deshidratación plasma + células sanguíneas
Ruiz	2ª			Líquido orgánico seco
Rook	-			Suero y exudado seco
Mascaró	-	Sobre la superficie cutánea		Exudado, sangre + detritus
Braun	-			Secreción seca de erosiones o úlceras
Laffont	-	Desprendimiento en bloque		Desección exudado (sangre, suero, pus)
Sharma	-	Capa externa		Hemorragia, secreción o exudado seco
Shimizu	2ª	Sobre piel erosionada o ulcerada		Exudado o queratina solidificado
Ackerman	2ª			Exudado (suero+células) seco

9. ESCARA

Texto	Tipo	Definición	Color	Consistencia	Circunsc	Etiología	Otros
Fitzpatrick	Cambio superficie	Costra	Negra	Dura	+	Necrosis tisular, infarto, quemadura profunda, gangrena, ulceración	Adherente
Bologna							
Andrews							
Habif							
Falabella							
Gutierrez	2ª	Esfacelo	Negro			Tejido necrosado que es eliminado	Insensible, hipotérmico
Rodríguez	-	Capa		Dura y gruesa		Tejido necrótico	Desecada, adherente, cubre una úlcera
Arenas	2ª	Producto	Negra			Eliminación de una zona de necrosis	Insensible, hipotérmica
Magaña							
Ruiz	2ª	Desprendimiento en bloque				Zona necrótica por isquemia de la piel	
Rook							
Mascaró	-					Necrosis tejido cutáneo	
Braun	-				+	Necrosis tisular	
Laffont							
Sharma							
Shimizu							
Ackerman							

10. GANGRENA

Texto	Tipo	Definición	Consistencia	Color	Elevación	Etiología	Otros
Fitzpatrick	Vascular	Placa	Firme	Gris-rojiza	Deprimida levemente	Oclusión inflamatoria vasos	Dolorosa, forma irregular
Bologna							
Andrews							
Habif							
Falabella							
Gutierrez							
Rodríguez	-					Necrosis tisular isquémia	
Arenas							
Magaña	Plana	Infarto				Necrosis por isquemia	
Ruiz							
Rook	-	Muerte del tejido				isquemia	
Mascaró							
Braun	-					Necrosis tisular	Húmeda
Laffont	-					Necrosis tisular por hipo o avascularización	
Sharma							
Shimizu							
Ackerman							

11. CICATRIZ

Texto	Tipo	Definición	Histología	Etiología	Consistencia	Otros
Fitzpatrick	Elevada		Proliferación tejido fibroso	Herida o ulceración que compromete dermis reticular		
Bologna						
Andrews	2ª	Proceso reparativo	Compuesto por tejido conectivo	Daño o enfermedad genera pérdida de al menos la dermis		Normal
Habif	2ª	Formación	Tejido conectivo	Daño dérmico		Anormal
Falabella	2ª	Proceso de reparación	Formación nuevo tejido conectivo	Secuela de una úlcera		Fisiológico
Gutierrez	2ª	Neoformación que repara	Tejido fibroso y epitelial	Pérdida de sustancia que compromete dermis		
Rodríguez	-	Reparación	Colágeno sintetizado por fibroblastos	Lesión dérmica o hipodérmica		
Arenas	2ª	Reparación	Formación tejido conectivo fibroso	Solución continuidad de origen traumático o inflamatorio		
Magaña	Elevada	Depósito	Tejido conjuntivo	Proceso reparación tisular		
Ruiz	2ª	Reparación	Formación tejido fibroso	Solución de continuidad que llegue a dermis		
Rook	-	Reemplazo de tejido	Tejido fibroso	Injuria o enfermedad		
Mascaró	-	Sustitución	Tejido conjuntivo neoformado	Alteración traumática o inflamatoria		
Braun	-		Fibrosada			Permanente
Laffont						
Sharma	-	Reemplazo tejido	Tejido fibroso		Cambio	Pérdida de anexos
Shimizu	2ª		Proliferación reactiva de colágeno dérmico	Injuria cutánea		
Ackerman	2ª		Fibrosis que reemplaza organización normal del colágeno			

12. ATROFIA

Texto	Tipo	Definición	Elasticidad	Color	Etiología	Otros
Fitzpatrick	Deprimida	Adelgazamiento epidérmico			↓ células epidérmicas	
Bologna						
Andrews						
Habif	2º	Depresión			↓ espesor epidermis o dermis	
Falabella	2ª	Depresión o hundimiento			Adelgazamiento de una o varias capas de la piel	
Gutierrez	2º	Desnivel, ↓ espesor de piel	↓, Plegada	Rosa o blanco marfil	Trastorno nutrición	↓ consistencia
Rodríguez	-	↓ tamaño de la piel			↓ número celular o componentes extracelulares	
Arenas	2ª	Piel adelgazada	Plegada	Decolorada	↓ de una o varias capas de la piel y sus anexos	Telangiectasias y alopecia
Magaña	Deprimida	Pérdida dibujo normal	Plegada	Translúcida	↓ tamaño y número celular	
Ruiz	2ª	Adelgazamiento piel	Finamente arrugada	Semitransparente, cambios pigmentarios	Adelgazamiento de una o varias capas de la piel y sus anexos	Telangiectasias y alopecia
Rook	-		Plegamiento	Translúcida	Pérdida de una o más capas de piel	Fino
Mascaró	-	Alteración			Desaparición o ↓ elementos constitutivos de la piel	
Braun	-				↓ espesor de una o varias capas de la piel y desaparición de anexos	
Laffont	-				Adelgazamiento de una o varias capas de la piel	
Sharma	-	↓ tamaño del tejido				
Shimizu	2ª	Adelgazamiento de la piel	arrugada			Suave
Ackerman	2ª	↓ espesor de la piel			Adelgazamiento dermis o hipodermis	

13. LIQUENIFICACION

Texto	Tipo	Definición	Histología	Color	Aspecto	Etiología	Otros
Fitzpatrick	Cambio superficie	Engrosamiento epidermis	Cambios colágeno de dermis papilar		Acentuación márgenes	Frotamiento repetitivo	
Bologna							
Andrews							
Habif	Especiales	Engrosamiento	Epidermis		Hiperlineabilidad	rascado	Tabla de lavar
Falabella							
Gutierrez	2ª	Placas, espesamiento piel		hiperpigmentación	Acentuación cuadrículado	Rascado o fricción persistente	
Rodríguez	-	Engrosamiento piel			↑ cuadrículado	Rascado crónico	
Arenas	2ª	Engrosamiento	Epidermis	Blanquecino u oscuro	Exageración pliegues cutáneos	Rascado prolongado	
Magaña	Elevada	Engrosamiento piel	Hiperplasia epidérmica		Dibujo romboidal		
Ruiz	2º	Engrosamiento	Epidermis	hiperpigmentación	Cuadrículado marcado		Seca
Rook	-	Engrosamiento	Epidermis y dermis		Hiperlineabilidad	Frotamiento prolongado	
Mascaró	-	Engrosamiento piel			Acentuación pliegues	Rascado reiterativo	
Braun							
Laffont							
Sharma	-	Engrosamiento piel		hiperpigmentación	Exageración marcas	Rascado o frotamiento	persistente
Shimizu	Elevada	Engrosamiento piel				Enfermedad crónica	Induración
Ackerman	2ª	Engrosamiento papular de la piel		hiperpigmentación	Hiperlineabilidad		descamación

14. ESCLEROSIS

Texto	Tipo	Definición	Circunsc	Elasticidad	Etiología	Aspecto	Otros
Fitzpatrick	Deprimida	Induración piel	+ o difusa		Fibrosis dérmica		Detectable a la palpación
Bologna	2ª	Induración piel					Engrosamiento
Andrews							
Habif							
Falabella							
Gutierrez	2ª			< plegable	Condensación epidérmica		Adherente y firme
Rodríguez	-	Cambio dérmico			Depósito de colágeno compacto, denso, homogéneo y con pocos fibrocitos		
Arenas	2ª	Endurecimiento parcial o total	Difusa	Inextensible	Formación tejido conectivo dérmico	Seca, acartonada	Cambios pigmentarios, pérdida de anexos
Magaña	Plana	Endurecimiento	+		↑ tejido conectivo		
Ruiz	2º	Endurecimiento parcial o total		Inextensible	A expensas del tejido conjuntivo	Seca, acartonada	Cambios pigmentarios
Rook	-	Induración dermis o sc					
Mascaró	-	Colagenización piel			Neoformación tejido conjuntivo dérmico por inflamación		
Braun							
Laffont							
Sharma	-	Induración	+ o difusa		Proliferación colágeno		
Shimizu							
Ackerman	2ª	Induración	+ o difusa				Detectable a la palpación

15. QUERATOSIS

Texto	Tipo	Definición	Histológico	Circunsc	Etiología	Adherencia	Otros
Fitzpatrick							
Bologna							
Andrews							
Habif							
Falabella							
Gutierrez	2º	Espesamiento		+ o difuso	Hiperproducción capa córnea	+	
Rodríguez	-				Hiperqueratosis epidérmica o infundíbulo	+	Forma escamas
Arenas	2ª	Espesamiento	Capa córnea				
Magaña	Elevada	Levantamiento córneo	Queratina compacta				
Ruiz							
Rook							
Mascaró							
Braun	-	Crecimiento queratina				+	
Laffont							
Sharma							
Shimizu							
Ackerman							

16. ESCAMA

Texto	Tipo	Definición	Histológico	Color	Etiológico	Otros
Fitzpatrick	Cambio superficie	Lámina	Capa externa estrato córneo			
Bologna						
Andrews	2ª	Láminas de queratina				Exfoliación
Habif	2ª	Exceso	Células epidérmicas muertas		Queratinización y descamación anormal	
Falabella	1ª		Célula epitelial		Descamada y anormalmente acumulada	Visible
Gutierrez	2ª	Laminilla	Córnea		Desprendimiento espontáneo exagerado	
Rodríguez	-		Capa córnea		Descama espontáneamente o por raspado	
Arenas	2ª	Fragmentos	Capa córnea		Caída en bloque	Secos
Magaña	Elevada		Capa córnea		Levantamiento y desprendimiento en bloque	
Ruiz	2ª	Pérdida	Capa córnea		Proceso renovación de la piel	
Rook	-	Lámina	Estrato córneo			
Mascaró	-	Fragmentos laminares	Capa córnea		Desprendimiento espontáneo por eliminación	Secos
Braun	-		Célula epitelial queratinizada			
Laffont	-	Lámina	Engrosamiento estrato córneo	Blanca	Desprende al raspado	
Sharma	-	Lámina	Estrato córneo			Visible
Shimizu	2ª	Lamelas		Blanca	Acumulación células córneas	Engrosamiento piel
Ackerman	2ª		Células cornificadas			Visibles

17. VEGETACION

Texto	Tipo	Definición	Superficie	Consistencia	Histología	Circunsc	Humedad	Etiología	Otros
Fitzpatrick									
Bologna									
Andrews									
Habif									
Falabella									
Gutierrez	1ª	Masa con forma de coliflor	Lobulada o ramificada	Blanda	Papilomatosis				Sangrado fácil
Rodriguez									
Arenas	2ª		Lisa	Blanda	Papilomatosis Hiperqueratosis		+		
Magaña									
Ruiz	2ª		Lisa	Blanda	Papilomatosis	+	+		Mal olor. En mucosas
Rook	-	Masas papilares múltiples y agrupadas						Crecimiento de tejido patológico	
Mascaró									
Braun									
Laffont	-	Coliflor	Pediculada, sésil				Seca o húmeda	Proliferación celular	Adherente
Sharma									
Shimizu									
Ackerman									

18. POIQUILODERMIA

Texto	Tipo	Definición	Histología	Etiología	Evolutivo
Fitzpatrick	Deprimida	Atrofia + telangiectasia + cambios pigmentarios			
Bologna	2ª	Atrofia + telangiectasia + cambios pigmentarios			
Andrews					
Habif					
Falabella					
Gutierrez					
Rodríguez					
Arenas					
Magaña					
Ruiz					
Rook	-	Atrofia + telangiectasia + pigmentación cutánea			
Mascaró					
Braun	-	Atrofia + telangiectasia + cambios pigmentarios			
Laffont					
Sharma	-	Atrofia + telangiectasia + cambios pigmentarios			
Shimizu	Otros cambios	Atrofia + telangiectasia + cambios pigmentarios			
Ackerman					

4. ANALISIS DE LA COMPARACION DE LAS DEFINICIONES

Retomando el estudio realizado por el Dr.Vásquez, se observaron diferencias similares a las apreciadas en su estudio:

NUMERO DE LESIONES DESCRITAS:

En la totalidad de los textos se describen 55 términos para las lesiones elementales. El número de lesiones descritas varía ampliamente en cada autor.

- Fitzpatrick: 33
- Bologna: 13
- Andrews: 16
- Habif: 19
- Fallabela: 19
- Gutierrez: 24
- Rodríguez: 32
- Arenas:27
- Magaña: 24
- Ruiz: 21
- Rook: 30
- Mascaró: 24
- Braun: 28
- Laffont: 15
- Sharma: 21
- Shimizu: 21
- Ackerman: 24

Promedio de # de lesiones: 23

El grado de aceptación de los términos es de igual manera, muy variable. Según el porcentaje de autores que las incluyen:

- **Aceptación unánime (100%):** pápula, nódulo, pústula, vesícula, ampolla, úlcera.
- **Aceptación generalizada (70-95%):** mácula, placa, habón, tumor, erosión, excoriación, fisura, costra, cicatriz, atrofia, liquenificación, escama.
- **Aceptación media (40-65%):** púrpura, quiste, comedón, surco, escara, esclerosis.

- **Aceptación minoritaria (5-40%):** parche, petequia, nudosidad, tubérculo, goma, absceso, telangiectasia, fístula, herida, seno, gangrena, vegetación, poiquilodermia, queratosis.
- **Aceptación única (5%):** calcinosis, cuerno, queratodermia, milia, flictena, exfacelación, infiltración, grietas, depresión, verrugosidad, fima, rágade, paquidermia, tilosis, clavo, papiloma.

CLASIFICACION DE LAS LESIONES ELEMENTALES

Esta diferencia no incluida en el estudio de Vásquez, es muy importante puesto que permite visualizar las tendencias en la organización de las lesiones y si se considera importante su división entre primarias y secundarias.

Autores que dividen las lesiones elementales entre primarias (P) y secundarias (S):

- Fitzpatrick: no
- Bologna: si P: 8 S: 5
- Andrews: si P: 9 S: 7
- Habif: si P: 9 S: 9
- Fallabela: si P: 12 S: 7
- Gutierrez: si P: 12 S: 12
- Rodríguez: no
- Arenas: si P: 11 S: 16
- Magaña: no
- Ruiz: si P: 8 S: 13
- Rook: no
- Mascaró: no
- Braun: no
- Laffont: no
- Sharma: no
- Shimizu: sí P: 9 S: 12
- Ackerman: si P: 14 S: 10

Porcentaje de autores que utilizan la clasificación en primarias y secundarias: Si: (9= 53%) No (8=47%)

Promedio lesiones primarias: 10

Promedio lesiones secundarias: 10

Otras clasificaciones utilizadas:

- Fitzpatrick: elevadas, deprimidas, planas, cambios en la superficie, de contenido líquido, vasculares.
- Magaña: planas, elevadas, deprimidas, aperturas
- Arenas, Shimizu y Habif: combinación de primarias, secundarias y otras

PARAMETRO DE DEFINICION DE LAS LESIONES

Las siguientes tablas expresan el número de lesiones en el cual cada autor utilizó cada uno de los parámetros de definición previamente establecidos por Vásquez: *morfológico, histológico, etiológico y evolutivo*. El porcentaje de cada autor corresponde a la proporción de lesiones en las que se utilizó cada parámetro para definir las.

Lesiones primarias

Texto	Morfológ	Histológ	Etiológ	Evolut	# lesiones	Porcentaje
Fitzpatrick	15	5	4	2	16	M:94% H:31% Et:25% Ev:12%
Bologna	8	1	1	0	8	M:100% H:12% Et:12% Ev: 0%
Andrews	9	2	0	1	9	M:100% H:22% Et:0% Ev:11%
Habif	9	1	3	0	9	M:100% H:11% Et:33% Ev:0%
Falabella	12	2	1	1	12	M:100% H:17% Et:8% Ev:8%
Gutierrez	12	7	2	4	12	M:100% H:58% Et:16% Ev:33%
Rodríguez	17	5	3	7	18	M:94% H:28% Et:16% Ev: 39%
Arenas	11	1	4	8	11	M:100% H:9% Et:36% Ev:73%
Magaña	13	2	2	2	13	M:100% H:15% Et:15% Ev: 15%
Ruiz	8	0	0	6	8	M:100% H:0% Et:0% Ev:75%
Rook	12	3	4	1	13	M:92% H:23% Et:31% Ev:8%
Mascaró	12	5	4	4	12	M:100% H:42% Et:33% Ev:33%
Braun	9	1	1	2	9	M:100% H:11% Et:11% Ev:22%
Laffont	7	2	0	0	7	M:100% H:28% Et:0% Ev:0%
Sharma	8	3	2	1	8	M:100% H:37% Et:25% Ev:12%
Shimizu	9	1	1	2	9	M:100% H:11% Et:11% Ev:22%
Ackerman	13	2	1	1	14	M:93% H:14% Et:7% Ev:7%

Porcentaje que refleja la proporción de lesiones primarias en las que se utilizó el parámetro para definir las, en el promedio de los autores:

Morfológico: 98%

Histológico: 22%

Evolutivo: 16%

Etiológico: 22%

Lesiones secundarias

Texto	Morfológ	Histológ	Etiológ	Evolut	# lesiones	Porcentaje
Fitzpatrick	12	6	10	1	14	M:86% H:43% ET:71% EV:7%
Bologna	5	1	1	0	5	M:100% H:20% ET:20% EV:0%
Andrews	6	5	3	1	7	M:86% H:71% ET:43% EV:14%
Habif	7	6	6	2	9	M:78% H:67% ET:67% EV:22%
Falabella	6	4	6	0	7	M:86% H:57% ET:86% EV:0%
Gutierrez	11	5	10	3	12	M:92% H:42% ET:83% EV:25%
Rodríguez	9	7	11	3	14	M:64% H:50% ET:78% EV:21%
Arenas	14	9	9	3	16	M:87% H:56% ET:56% EV:19%
Magaña	9	8	6	1	11	M:82% H:73% ET:54% EV:9%
Ruiz	11	6	6	1	13	M:85% H:46% ET:46% EV:8%
Rook	12	7	8	1	16	M:75% H:44% ET:50% EV:6%
Mascaró	9	8	9	0	12	M:75% H:67% ET:75% EV:0%
Braun	15	5	5	2	16	M:94% H:31% ET:31% EV:12%
Laffont	7	3	6	2	8	M:87% H:37% ET:75% EV:25%
Sharma	10	5	5	2	13	M:77% H:38% ET:38% EV:15%
Shimizu	9	7	7	0	12	M:75% H:58% ET:58% EV:0%
Ackerman	8	6	2	0	10	M:80% H:60% ET:20% EV:0%

Porcentaje que refleja la proporción de lesiones secundarias en las que se utilizó el parámetro para definir las, en el promedio de los autores:

Morfológico: 77%

Histológico: 50%

Etiológico: 56%

Evolutivo: 11%

Observaciones:

- Se consideró como parámetro morfológico: características físicas valorables clínicamente. Ejemplo: elevación, color, tamaño, profundidad, textura.
- Se consideró como parámetro histológico: características físicas que no son valorables clínicamente sino a nivel micro. Ejemplo: capa cutánea en que se localiza la lesión, descripciones histopatológicas.

- Se consideró como parámetro etiológico: definiciones que implicaba la causa de la lesión. Ejemplo: inflamatorio, traumático, infeccioso.
- Se consideró como parámetro evolutivo: definiciones que hacen referencia a la cronicidad, a si el carácter es resolutive o no y así deja lesiones residuales. Ejemplo: permanente, no resolutive, deja cicatriz.

TIPO DE MEDICION DEL TAMAÑO DE LAS LESIONES

Existen dos tipos de mediciones utilizadas por los autores:

- **Cualitativa:** se establece el tamaño de la lesión relacionándolo con el de elementos conocidos y con un tamaño similar al analogado. Ejemplos: la lesión tiene el tamaño entre una punta de alfiler y un guisante.
- **Cuantitativa:** se establece el tamaño de la lesión mediante un sistema de medición.

Tipos de medición del tamaño utilizado por los autores:

- Fitzpatrick: cuantitativa
- Bologna: cuantitativa
- Andrews: cuantitativa y cualitativa
- Habif: cuantitativa
- Fallabela: cuantitativa
- Gutierrez: cuantitativa y cualitativa
- Rodríguez: cuantitativa
- Arenas: cuantitativa y cualitativa
- Magaña: cuantitativa
- Ruiz: cuantitativa y cualitativa
- Rook: cuantitativa
- Mascaró: cualitativa y cualitativa
- Braunt: cuantitativa y cualitativa
- Laffont: cuantitativa
- Sharma: cuantitativa
- Shimizu: cuantitativa
- Ackerman: cuantitativa

Cuantitativa 17 (100%) Cualitativa 6(35%)

DIFERENCIAS EN EL SIGNIFICADO DE LA LESION

Además de existir diferencias en su forma de descripción, existen diferencias en el concepto como tal de la lesión. Los principales puntos de discordia son el tamaño y la profundidad que definen a la lesión.

El término más controversial de todos es el nódulo, lesión que ha sido objeto de discusión anteriormente en la literatura¹⁴.

USO DE TERMINOS PARA DEFINIR ANEXOS CUTANEOS

La semiología de anexos (pelo y uñas) se encuentra escasamente incluida dentro de los capítulos introductorios de los textos dermatológicos. La mayoría tiende a desarrollarla en el capítulo dedicado exclusivamente al anexo cutáneo respectivo.

Autores que incluyen términos para describir los anexos dentro de la semiología cutánea:

- Fitzpatrick No
- Bologna: No
- Andrews: No
- Habif: No
- Fallabela: No
- Rodríguez: No
- Gutierrez: Si
- Arenas: No
- Magaña: No
- Ruiz: No
- Rook: No
- Mascaró: No
- Braun: No
- Laffont: No
- Sharma: No
- Shimizu: Si
- Ackerman: No

Si: (2= 12%) No (15= 88%)

USO DE TERMINOS COMBINADOS

La aceptación de términos semiológicos compuestos es en general escasa:

- Fitzpatrick Si

¹⁴ VASQUEZ F, PEREZ Oliva, GOTOR ML. Sobre el significado actual del término nódulo en la lengua española. Actas Dermosifiliogr Vol 86 (1995) 404-405.

- Bologna: No
- Andrews: No
- Habif: No
- Fallabela: No
- Gutierrez: Si
- Rodríguez: No
- Arenas: No
- Magaña: No
- Ruiz: No
- Rook: Si
- Mascaró: No
- Braun: Si
- Laffont: No
- Sharma: No
- Shimizu: No
- Ackerman: No

Si: (4= 23%) No (13= 76%)

Términos combinados utilizados:

- Papulovesícula
- Seropapula
- Maculopapular
- Maculoescamoso

5. RESULTADOS DE LA ENCUESTA

Al frente de la opción, se expone entre paréntesis el número de encuestados que eligieron dicha opción. Total de encuestados: 21

1. Considera usted que es pertinente elaborar un consenso de definición de las lesiones dermatológicas elementales? Si ___ (21) No ___

Dentro de la descripción general de las lesiones elementales dermatológicas usted considera que:

2. Es necesaria la división entre lesiones primarias y secundarias: Si ___ (21) No ___

3. Es importante incluir las lesiones dermatológicas de anexos: Si ___ (21) No ___

4. La definición se debe regir por parámetros:

- Morfológicos: ___ (9)
- Histológicos: ___
- Evolutivos: ___
- Etiológicos: ___
- Combinación de las anteriores ___ (3)
- Morfológicos para las lesiones primarias, combinación de los parámetros para las lesiones secundarias ___ (9)

5. La forma de medición del tamaño de las lesiones debe realizarse de manera:

- Cuantitativa: ___ (21)
- Cualitativa: ___

6. Seleccione cuales de las siguientes lesiones deberian considerarse dentro de las lesiones elementales

- Mácula (20)
- Petequia (7)
- Púrpura (10)
- Parche (19)
- Vegetación (9)
- Pápula (20)
- Pústula (19)
- Nódulo (20)

- Nudosidad (9)
- Goma (8)
- Tubérculo (7)
- Tumor (18)
- Quiste (12)
- Absceso (9)
- Vesícula (20)
- Ampolla (20)
- Habón (14)
- Comedón (10)
- Surco (4)
- Telangiectasia (14)
- Erosión (12)
- Excoriación (13)
- Fisura (13)
- Úlcera (13)
- Fístula (11)
- Atrofia (12)
- Liquenificación (11)
- Cicatriz (11)
- Esclerosis (11)
- Queratosis (5)
- Escama (13)
- Costra (13)
- Escara (4)
- Gangrena (3)

7. A continuación, elija la opción que usted considera es la más apropiada para **definir semiológicamente** la lesión elemental:

LESIONES PRIMARIAS

1. **Mácula:**

- a. Lesión que difiere de la piel circundante por el cambio de color. (15)
- b. Lesión plana, circunscrita que difiere de la piel circundante por el cambio de color. (6)

2. **Petequia**

- a. Mácula puntiforme < 3 mm ocasionada por la extravasación de sangre (2)
- b. Mácula puntiforme < 5 mm ocasionada por la extravasación de sangre (2)
- c. Mácula roja, puntiforme < 5 mm que no desaparece con la presión (9)

- d. Mácula roja, puntiforme < 5 mm que no desaparece con la presión ocasionada por la extravasación de sangre (7)

3. Púrpura

- a. Extravasación de la sangre dentro de la piel (1)
- b. Extravasación de la sangre dentro de la piel > 5 mm, roja o violácea (1)
- c. Lesión roja o violácea, > 5 mm que no desaparece con la presión. (8)
- d. Extravasación de la sangre dentro de la piel > 5 mm, roja o violácea que no desaparece con la presión (10)

4. Parche:

- a. Mácula > 1 cm (2)
- b. Lesión plana de color diferente a la piel circundante con descamación fina(14)
- c. Lesión plana de color diferente a la piel circundante, con descamación fina, > 0.5 cm. (4)

5. Placa

- a. Lesión elevada > 1 cm (1)
- b. Lesión elevada > 2 cm (0)
- c. Lesión elevada, plana, cuya longitud es mayor a su altura (11)
- d. Lesión elevada cuya longitud es mayor a su altura, > 0.5 cm (3)
- e. Lesión elevada cuya longitud es mayor a su altura, > 1 cm (5)

6. Vegetación

- a. Lesión elevada de superficie ondulante y desigual (3)
- b. Lesión húmeda y blanda cuya superficie presenta proyecciones digitiformes(7)
- c. Masa cuya superficie presenta proyecciones digitiformes, con papilomatosis e hiperqueratosis.(4)
- d. Masa cuya superficie presenta proyecciones digitiformes, con papilomatosis e hiperqueratosis ocasionada por proliferación celular patológica. (1)

7. Pápula

- a. Lesión elevada, sólida, circunscrita < 0.5 cm (11)
- b. Lesión elevada, sólida, circunscrita < 1 cm(6)
- c. Lesión elevada, sólida, circunscrita y superficial < 1 cm (2)
- d. Lesión elevada, sólida, circunscrita < 1 cm que resuelve y no deja cicatriz.(1)

8. Pústula

- a. Lesión elevada que contiene exudado purulento (6)

- b. Lesión elevada con acumulación visible de exudado purulento (3)
- c. Lesión elevada, pequeña, superficial y circunscrita que contiene exudado purulento (10)
- d. Vesícula o ampolla de contenido purulento (2)

9. Nódulo

- a. Lesión sólida, elevada, > 0.5 cm (8)
- b. Lesión sólida, elevada, > 1 cm (3)
- c. Lesión sólida, elevada, 1-2 cm (1)
- d. Lesión sólida, elevada, de longitud similar a la altura, > 1 cm (2)
- e. Lesión sólida, profunda, más palpable que visible (5)
- f. Lesión sólida, circunscrita que compromete dermis e hipodermis, que deja cicatriz o atrofia al resolver, > 1 cm. (2)

10. Nudosidad

- a. Lesión profunda, más palpable que visible (13)
- b. Lesión eritematosa y profunda, más palpable que visible (3)
- c. Lesión sólida, profunda, más palpable que visible, dolorosa. (3)

11. Goma

- a. Nódulo ulcerado (3)
- b. Nódulo de curso crónico que inicialmente se reblandece y posteriormente se ulcera.(4)
- c. Nódulo de curso crónico que inicialmente es duro, luego se reblandece y posteriormente se ulcera, resuelve dejando cicatriz. (8)

12. Tubérculo

- a. Lesión sólida, elevada, > 1 cm (2)
- b. Lesión sólida, elevada, >1 cm que compromete dermis (8)
- c. Lesión sólida, elevada que resuelve dejando cicatriz (2)

13. Tumor

- a. Masa > 2 cm (1)
- b. Masa > 2 cm que crece y persiste (1)
- c. Neoformación no inflamatoria que crece y persiste (3)
- d. Lesión elevada, sólida, grande, que altera las estructuras adyacentes (15)

14. Quiste

- a. Cavidad cerrada revestida de epitelio y de contenido líquido o semisólido (5)
- b. Saco cerrado revestido de epitelio, endotelio o membrana y de contenido líquido, mucoide o semisólido.(6)
- c. Lesión circunscrita que a la palpación tiene consistencia fluctuante (7)

15. Absceso

- a. Colección cerrada de pus localizada en dermis o hipodermis (11)
- b. Colección cerrada de pus localizada en dermis o hipodermis, fluctuante, de mayor tamaño que la pápula y que deja cicatriz al resolver. (5)

16. Vesícula

- a. Lesión elevada de contenido líquido claro, < 1 cm (5)
- b. Lesión elevada de contenido líquido claro, < 0.5 cm (13)
- c. Lesión elevada, circunscrita, con acumulación visible de líquido claro, <1 cm (3)

14. Ampolla

- a. Lesión elevada de contenido líquido claro, >1 cm (3)
- b. Lesión elevada de contenido líquido claro, >0.5 cm (11)
- c. Lesión elevada, de contenido líquido claro, seroso o hemorrágico, > 1 cm. (4)
- d. Lesión elevada, circunscrita, con acumulación visible de líquido, > 1 cm, epidérmica o subepidérmica.(3)

15. Habón

- a. Lesión edematosa y evanescente (2)
- b. Lesión elevada, eritematosa, edematosa y evanescente (12)
- c. Lesión elevada, plana, eritematosa y edematosa (5)
- d. Pápula o placa eritematosa, evanescente, mal definida, con edema dérmico y/o hipodérmico (2)

16. Comedón

- a. Tapón de queratina y sebo que obtura el folículo piloso (12)
- b. Infundíbulo dilatado y ocupado por queratina, sebo, bacterias y restos celulares. (4)

17. Surco

- a. Túnel tortuoso que hospeda un parásito (3)
- b. Lesión elevada, lineal y tortuosa, gris o eritematosa que hospeda un parásito (10)

18. Telangiectasia

- a. Dilatación permanente de un vaso (1)
- b. Dilatación superficial y permanente de un vaso pequeño (20)

LESIONES SECUNDARIAS

1. Erosión

- a. Solución de continuidad que implica la pérdida parcial o total de la epidermis y que no deja cicatriz. (9)
- b. Solución de continuidad que implica la pérdida parcial o total de la epidermis y que no deja cicatriz. Resulta de la ruptura de una ampolla. (3)
- c. Solución de continuidad superficial, húmeda, que resulta de la ruptura de una ampolla o una vesícula. (9)

2. Excoriación

- a. Solución de continuidad que compromete la epidermis y resulta del rascado.(4)
- b. Solución de continuidad que compromete la epidermis y dermis papilar que resulta del rascado. (5)
- c. Solución de continuidad lineal o puntiforme que compromete la epidermis, resulta del rascado y no deja cicatriz (1)
- d. Solución de continuidad superficial, lineal o puntiforme de origen traumático.(11)

3. Ulcera

- a. Solución de continuidad profunda de causa multifactorial (2)
- b. Solución de continuidad que compromete por lo menos hasta la dermis (9)
- c. Solución de continuidad que compromete por lo menos hasta la dermis, deja cicatriz al resolver. (10)

4. Fisura

- a. Solución de continuidad lineal, profunda y dolorosa secundaria a la fractura de la piel hiperqueratósica o a la pérdida de elasticidad cutánea.(13)
- b. Solución de continuidad lineal que puede comprometer epidermis o dermis.(5)
- c. Solución de continuidad lineal que compromete hasta la dermis (3)

5. Fístula

- a. Trayecto anormal que comunica una cavidad con la superficie de la piel (9)
- b. Trayecto anormal que comunica una cavidad con la superficie de la piel, revestido por epitelio escamoso. (6)
- c. Trayecto anormal que comunica una cavidad con la superficie de la piel de etiología traumática o inflamatoria. (1)

6. Costra

- a. Desecación de suero, sangre o pus (9)

- b. Deseccación de un líquido orgánico (plasma, suero, sangre o pus) combinado con restos celulares.(9)
- c. Depósito indurado producto de la desecación de un líquido orgánico (plasma, suero, sangre o pus) combinado con restos celulares, sobre piel con pérdida de sustancia. (3)

7. Escara

- a. Necrosis de tejido cutáneo (2)
- b. Depósito indurado, seco y negro que se adhiere al piso de una úlcera producto de la eliminación de tejido necrosado. (11)
- c. Depósito indurado, seco y negro que se adhiere al piso de una úlcera producto de la eliminación de tejido necrosado secundario a isquemia tisular. (3)

8. Gangrena

- a. Necrosis tisular secundaria a isquemia (12)
- b. Area húmeda de necrosis tisular secundaria a isquemia. (2)

9. Cicatriz

- a. Proceso de reparación tisular de una solución de continuidad que comprometa al menos hasta la dermis, mediante formación de tejido conjuntivo fibroso. (1)
- b. Proceso de reparación tisular de daño dérmico y/o hipodérmico, mediante neoformación de tejido conjuntivo fibroso. (5)
- c. Lesión permanente que refleja el patrón de reparación tisular de injuria o enfermedad que comprometa la dermis y/o hipodermis, mediante reemplazo por tejido conjuntivo fibroso.(15)

10. Atrofia

- a. Adelgazamiento de la piel.(1)
- b. Adelgazamiento aislado o simultáneo de las capas de la piel. (8)
- c. Adelgazamiento aislado o simultáneo de las capas de la piel secundario a la disminución del tamaño y número de sus componentes, con desaparición de los anexos.(10)
- d. Adelgazamiento aislado o simultáneo de las capas de la piel, la cual se observa deprimida, finamente plegada, translúcida y asociada a telangiectasias y alopecia. (2)

11. Liquenificación

- a. Engrosamiento de la piel con acentuación del cuadrículado normal y aumento leve de la pigmentación, secundario al rascado crónico. (7)
- b. Engrosamiento de la piel con acentuación del cuadrículado normal y aumento leve de la pigmentación, secundario al rascado y frotamiento crónico. (14)

12. Esclerosis

- a. Induración de la piel la cual se observa como acartonada, seca, con cambios pigmentarios y con pérdida de la elasticidad. (5)
- b. Induración de la piel secundaria al aumento de tejido conjuntivo dérmico. (3)
- c. Induración de la piel secundaria al depósito de colágeno dérmico (1)
- d. Induración de la piel secundaria al aumento de tejido conjuntivo dérmico, la cual se observa como acartonada, seca, con cambios pigmentarios y con pérdida de la elasticidad.(11)

13. Queratosis

- a. Engrosamiento de la capa córnea, firmemente adherida a la piel. (8)
- b. Crecimiento de queratina compacta, elevado, firmemente adherida a la piel (8)

14. Escama

- a. Láminas formadas por acumulación de células córneas sobre la superficie de la piel que se desprenden espontáneamente o al raspado. (7)
- b. Láminas de queratina formadas sobre la superficie de la piel por el desprendimiento en bloque de la capa córnea. (3)
- c. Fragmentos laminares secos, blanquecinos y visibles sobre la superficie de la piel, secundarios a la eliminación de la capa córnea. (10)

8. Son válidas las definiciones que combinan dos lesiones elementales:
Si__(10)No__(11)

9. Estaría usted dispuesto a continuar participando en la elaboración de proyectos cuyo objetivo sea unificar conceptos en la Escuela de Dermatología de la Universidad Nacional de Colombia? Si__(21) No__

6. DISCUSION

El Dr. Ackerman cita muy certeramente las palabras de Hebra para definir eczema, un siglo y medio atrás¹⁵ : “Eczema es lo que luce como un eczema”. Lo anterior refleja la falta de claridad respecto a las definiciones de los términos dermatológicos. En la actualidad, los conceptos son más precisos pero no obstante, lo anterior demuestra la necesidad de avanzar en el orden y uso de los términos básicos dermatológicos, así como lo ha hecho esta disciplina científica.

El glosario elaborado por la Liga Internacional del Comité Dermatológico en nomenclatura¹⁶, no logró buena aceptación. Varios autores han descrito algunos de los términos como ambiguos e inconsistentes, resaltando la importancia de modificarlo y actualizarlo. El mismo autor de la publicación, Winkelmann, en el prefacio del glosario, motiva a las generaciones posteriores a expandirlo y refinarlo. No es posible el uso corriente de todos los términos y definiciones que se han utilizado a lo largo de los años. Como mencionó Kibbi, si las definiciones son válidas, deben ser usadas, si no lo son, deben ser modificadas¹⁷. Es por tanto indispensable, no solo unificar los conceptos sino también adecuarlos a nuestros tiempos.

Ackerman compara la situación de los conflictos lingüísticos dermatológicos con la historia bíblica de la Torre de Babel, aquella torre que los hombres no lograron terminar de construir porque Dios los castigó imponiéndoles varias lenguas para que no se pudieran entender entre sí. Hace referencia a la imprecisión en el lenguaje dermatológico como un “phato-babel” en el cual el castigo de la incomunicación es impuesto por los mismos dermatólogos¹⁸.

Considero que pese a la falta de consenso en los términos, los dermatólogos hablamos el mismo idioma y aún nos podemos comunicar entre sí pero esta comunicación dista de ser la óptima, nos estanca y torna el aprendizaje muy

¹⁵ACKERMAN, Bernard. Need for a Complete Dictionary of Dermatology Early in the 21st Century. Vol. 136 (enero, 2000); 23.

¹⁶WINKELMANN, RK. Glossary of basic dermatology lesions. Upsala: International League of Dermatological Societies, Committee on Nomenclature. En: Act Derm- Venereol. Suppl 130 (1988).

¹⁷KIBBI, Abdul, MALAK, Johnny. Revised Terminology in Dermatology: A Call for de New Millenium. En: Arch Dermatol.Vol. 137 (enero, 2001); pag 93

¹⁸ACKERMAN, Bernard, Op.cit.,23.

confuso. Concurro en la reflexión planteada por el Dr Ackerman: “precisión en el lenguaje representa precisión de pensamiento”¹⁹.

HACIA UNA SITUACION DE CONSENSO

El estudio comparativo de las definiciones

El primer paso hacia una situación de consenso, consiste en la identificación de las diferencias conceptuales entre las lesiones elementales dermatológicas. Para ello tomé como base el estudio realizado por el Dr. Vásquez²⁰ en el que comparó las definiciones de los textos dermatológicos españoles más importantes. En Colombia, los textos de referencia actuales pertenecen principalmente a la escuela norteamericana, esto es, a la de Hebra. Sin embargo, los escritos por autores latinoamericanos, tienden a seguir la corriente de Willan. Tenemos en consecuencia, influencias tanto esencialistas como nominalistas. Los textos seleccionados para la comparación, a diferencia del estudio de Vásquez, no se limitan a una sola región sino que tratan de abarcar varios países y estilos para hacerse una idea global del uso actual de los términos dermatológicos básicos y establecer las tendencias de descripción y clasificación.

Al igual que el estudio de Vásquez, el estudio comparativo ha presentado evidencia de la existencia de múltiples diferencias y demuestra que, los conceptos básicos que los dermatólogos pensábamos tener claros, indiscutiblemente no lo son.

El número de lesiones elementales descritas varía según las influencias regionales y tradicionales de cada autor. Para salvar este obstáculo, El Dr. García Pérez divide las lesiones elementales en las “clásicas” y en “otras lesiones y conceptos básicos”²¹.

La división entre lesiones primarias y secundarias es aceptada únicamente por la mitad de los autores analizados. La otra mitad emplea otro tipo de clasificación según sus características morfológicas o en su mayoría, no utilizan ninguna.

La variabilidad en el uso de los parámetros de definición, es quizás el factor que determina las diferencias más importantes entre los conceptos. Los parámetros

¹⁹ACKERMAN, Bernard, *Ibidt.*,23

²⁰GONZÁLEZ, Marcos, PÉREZ, Narciso, VÁSQUEZ, Francisco. Las lesiones elementales en la dermatología española actual (II): paradigmas semánticos. En: *Actas Dermosifiliogr.* Vol 92 (2001); 47 – 52.

²¹GONZÁLEZ, Marcos, PÉREZ, Narciso, VÁSQUEZ, Francisco, *ibid.* pag 51.

constituyen la separación entre el modelo nominalista de Hebra, que contempla únicamente lo valorable objetivamente en el presente y el modelo esencialista de Willan, el cual define a la lesión no solo por lo observable clínicamente, sino también por lo deducible histológicamente y por el comportamiento esperable de la lesión, es decir, su evolución.

El sistema de medición utilizado se encuentra en general unificado. La mayoría apoya un sistema métrico. Los autores que siguen un sistema de medición analógico son de tendencias descriptivas menos recientes.

Las diferencias en el significado de las lesiones son las que mayor implicación tienen a nivel comunicativo y lingüístico. Es aquí donde se reflejan las verdaderas contradicciones en la definición de las lesiones elementales, ya que las otras diferencias constituyen más que todo, variaciones en el estilo. La existencia de términos con significados opuestos es lo más preocupante y a lo cual se le debería otorgar una prioritaria atención a la hora del consenso.

El uso de términos semiológicos de los anexos cutáneos dentro de las lesiones elementales y la utilización de términos combinados goza de una aceptación minoritaria.

Encuesta a los miembros de la escuela dermatológica de la Universidad Nacional de Colombia

Ya establecidas las diferencias en la definición de las lesiones elementales, es necesario proceder al siguiente paso hacia una situación del consenso, esto es, conocer los términos, los parámetros de definición y los conceptos más aceptados por la población dermatológica.

Teniendo en cuenta que no es posible abarcar el universo dermatológico, se escogió como población a la escuela dermatológica de la Universidad Nacional de Colombia. De tal manera, la encuesta evidenció las preferencias y opiniones de sus miembros con el objetivo de lograr una finalidad práctica: la unificación de las definiciones a nivel de toda la escuela.

En la literatura dermatológica, posterior a las reflexiones sobre la falta de estandarización, abundaron las propuestas individuales acerca de las definiciones que se deberían establecer como definitivas. Sin embargo, todas estas propuestas son poco prácticas; el resultado consistió en varios dermatólogos con su propio set de términos. A no ser que dichas propuestas fueran críticamente evaluadas y luego universalmente aceptadas, no se podría hablar de un consenso.

La encuesta fue diseñada sobre las tendencias y definiciones más comunes de los textos de referencia analizados, con el fin de lograr una mayor globalidad de los conceptos de uso corriente.

El consenso de las definiciones

Los resultados obtenidos en la encuesta fueron analizados críticamente por los profesores representantes de la escuela de la Universidad Nacional de Colombia. El 100% de los encuestados concurren en la necesidad de elaborar el consenso. Partimos de la premisa de que en general, no existen definiciones incorrectas, solo diferentes. El dermatólogo suele saber de lo que está hablando cuando utiliza un término. El objetivo de este consenso consiste en que al expresar el conocimiento dermatológico a través de la descripción semiológica, éste sea entendido de la misma manera tanto por el dermatólogo como por su interlocutor.

Las lesiones incluidas como elementales correspondieron a las escogidas por el 50% o más de los encuestados. El 100% consideró necesaria la división entre lesiones primarias y secundarias. Esta separación ha sido motivo de controversia en la literatura, ya que algunos autores argumentan que las lesiones secundarias implican un factor evolutivo (lo que apareció inicialmente y lo que apareció después) y etiológico, aspectos no evaluables al examen clínico. Sin embargo, nosotros consideramos útil esta distinción, ya que las lesiones primarias constituyen la base diagnóstica de la enfermedad, mientras que las secundarias son ayudas adicionales; pueden ser cambios de la superficie o hallazgos morfológicos que nos permiten deducir la progresión de la lesión inicial.

El 100% apoyó la inclusión de la semiología de anexos dentro de las lesiones elementales y no como un capítulo aparte en el que se habla de la uña y el pelo como tales. Esto principalmente tiene una utilidad práctica para el aprendizaje de la semiología dermatológica, al ser presentada como capítulo introductorio de los textos guía.

Uno de los objetivos más importantes con la encuesta, fue la de conocer el parámetro de definición considerado como más apropiado por la población estudiada. El 43% estimó que las definiciones tanto de las lesiones primarias como de las secundarias, se debían regir exclusivamente por el parámetro morfológico. Un 14% planteó que se utilizaran una combinación de los parámetros. El 43% restante consideró que las lesiones primarias fueran definidas por el parámetro morfológico y las secundarias por una combinación de los criterios de definición. El 100% apoyo la forma de medición cuantitativa.

La reunión para el consenso acordó utilizar, según estos resultados, el parámetro morfológico para las lesiones primarias y una combinación de los mismos para las secundarias. Consideramos que absolutamente todos los parámetros (morfológico, histológico, evolutivo y etiológico) son fundamentales en la definición completa de las lesiones elementales. Sin embargo, la *definición semiológica* de la

lesión primaria, es la necesaria para reconocer y describir una enfermedad y ésta solo requiere el parámetro morfológico. Adicionar los otros parámetros trae como consecuencia confusión y complejidad a la definición. Las lesiones secundarias, por sus características morfológicas peculiares, requieren una mayor amplitud para ser explicadas. Ejemplo de ello es la cicatriz, cuya definición en los textos es solamente etiológica e histológica; la erosión es una solución de continuidad que no puede ser adecuadamente definida si no se aclara su causa.

Para el producto final del consenso, las definiciones de las lesiones elementales, se tuvo en cuenta la elegida por los encuestados, adecuándola al parámetro morfológico. Para elaborar las definiciones, se consideraron tres principios: 1) Deben ser lo suficientemente completas para lograr describir de manera diferencial una lesión de la otra; 2) Deben ser lo suficientemente flexibles para que no queden excluidas enfermedades con esa lesión elemental. 3) Deben ser lo suficientemente concretas y sencillas para evitar confusión y facilitar su aprendizaje.

Reviste gran dificultad conseguir encajar todas las enfermedades dermatológicas existentes en las definiciones planteadas. Sin embargo, procuramos elaborarlas de la manera más completa para incluir a su gran mayoría. Como mencionó Jackson, no es realista esperar definir los términos semiológicos en 2 o 3 líneas. Solo después de una elaboración detallada de lo que significa cada término, podemos dar definiciones claras y precisas. Por ello, el esquema de definición llevado a cabo por el consenso, consistió en una definición morfológica concisa que nos aporta la descripción semiológica, seguida de una explicación completa que incluya la histología, etiología, evolución, tipos clínicos y ejemplos de la lesión. El lenguaje descriptivo utilizado es sencillo y no tan cultivado como el empleado por los primeros semiólogos, puesto que ello resulta poco comprensible y restringe el público lector.

Las definiciones de las lesiones de anexos no han sido anteriormente motivo de controversia en general. Se anexaron de manera adicional a las lesiones elementales cutáneas como otro apartado semiológico.

El 52% de los encuestados consideró que no son válidos los términos que combinan dos lesiones elementales. En dado caso, se describirá la lesión predominante o la primaria.

Esta discusión sintetiza el problema semiológico y la solución que propusimos como escuela. La escuela dermatológica de la Universidad Nacional de Colombia no constituye ni mucho menos el universo dermatológico pero es un avance en la búsqueda de un verdadero consenso que tenga una aceptación general de su uso. Cualquier corrección o sugerencia, será bien recibida.

7. CONSENSO DE LAS DEFINICIONES

LESIONES PRIMARIAS

Se define lesión primaria como aquella que se presenta sobre la piel normal

1. MÁCULA

Lesión perceptible como un cambio de color respecto a la piel circundante, sin cambios en el relieve, no palpable.

La mácula puede tener cualquier tamaño o forma, puede ser difusa o circunscrita. Su característica más importante es el color, el cual varía según la etiología de la mácula:

- Pigmentaria: se denomina *hiperpigmentación* al aumento en la cantidad y cambio de la distribución del pigmento cutáneo. El color depende de la sustancia depositada. La causa más común es el depósito de melanina en donde el color varía entre pardo, negro, azul y gris según el nivel en el cual se encuentre el pigmento. Si se encuentra en la capa epidérmica el color oscilará entre pardo y negro; estará en el rango entre gris y azul si se localiza en la capa dérmica. Ejemplos: nevus melanocítico de la unión, melanoma, melasma, efélides, hiperpigmentación post-inflamatoria, mancha mongólica. Otros pigmentos depositados son los endógenos (hemosiderina, carotenos, pigmentos biliares y lípidos) y los exógenos (tatuajes, metales, cuerpos extraños como la pólvora, medicamentos). Ejemplos: ocronosis exógena (por hidroquinona).
- Vasculares: se deben a modificaciones que sufren los vasos sanguíneos cutáneos:
 - o Vasodilatación: la congestión sanguínea de los vasos dérmicos produce el eritema, el cual se percibe como una mácula entre rosada y roja con aumento de la temperatura. Cuando el eritema ocupa grandes extensiones de piel se denomina **exantemasi** ocurre en la piel y **enantema** si ocurre en las mucosas. Característicamente, por no existir extravasación de la sangre, el eritema blanquea a la

digitopresión o la diascopia (presión aplicada con una lámina de cristal), reaparece rápidamente al cesar esta maniobra. Ejemplos: eritema malar, quemadura solar. Cuando la hiperemia ocurre por estasis venoso, el eritema se torna azul o violáceo y se denomina **cianosis**, ejemplo: fenómeno de Raynaud. Esta hiperemia pasiva, cuando toma forma reticular recibe el nombre de **livedo**. Ejemplo: livedo reticular, cutis marmorata. Blanquea, también, con la digitopresión pero el color reaparece más lentamente al dejar de ejercerla.

- Extravasación: la salida de la sangre fuera de los vasos sanguíneos cutáneos produce púrpura que tiene un color entre rojo y violáceo. El color de la púrpura no blanquea con la digitopresión ni con la diascopia. Cuando la púrpura es puntiforme se denomina **petequia**. En caso de ser lineal toma el nombre de **víbice**. Si la púrpura afecta zonas extensas, se denomina **equimosis**. La variación en el color depende del tiempo de evolución del sangrado. Si es reciente será rojo brillante y se volverá violáceo con el tiempo. Al desaparecer se puede tornar incluso pardo, amarillo o verdoso, debido a la conversión de la hemoglobina en hemosiderina. Ejemplo: trombocitopenia, exantemas virales, meningococcemia, púrpura pigmentaria, púrpura senil.
- Malformación vascular: es el caso de las malformaciones capilares donde existe un aumento en el número y ectasia congénita de los vasos dérmicos. A diferencia de la extravasación, es de carácter permanente. Ejemplo: nevus flammeus.

- Leucodermia: son las máculas blancas secundarias a la despigmentación o a la disminución de flujo sanguíneo local. Cuando hay disminución del color respecto a la piel circundante se denomina *hipopigmentado* o *hipocrómico*. Por el contrario si se encuentra ausente, se denomina *acrómico*. Ejemplos: albinismo, vitiligo, hipomelanosis guttata, lepra indeterminada, esclerosis tuberosa, nevus anémico, isquemia.

2. PARCHE

Lesión plana pero ligeramente palpable, consistente en un cambio de color asociado a descamación fina.

Ejemplos: micosis fungoides en estado de parche, pitiriasis versicolor, pitiriasis alba.

3. PLACA

Lesión elevada, aplanada, cuya longitud es superior a su altura, generalmente >0.5 cm.

Las placas al ser elevadas son siempre palpables. Varían en su forma, color, bordes y cambios de la superficie. En ocasiones se forman por la congruencia de pápulas.

Ejemplos: los eczemas en general, psoriasis, micosis fungoide en estadio de placa, dermatofitosis, granuloma anular, erisipela, lupus eritematoso cutáneo, pitiriasis rosada, enfermedad de Bowen, carcinoma basocelular morfeiforme, liquen amiloide.

4. HABON

Lesión elevada, aplanada, rosada en la periferia y con palidez central, de aspecto edematoso, pruriginosa.

El habón, también, se conoce como roncha. Característicamente, el habón se diferencia de las otras lesiones elementales por su rápida instauración y su carácter transitorio. El habón es el resultado de la salida de plasma a partir de los vasos cutáneos dérmicos. Si el edema es muy importante, comprime los vasos y origina la palidez central visible en las lesiones, mientras que el eritema es ocasionado por la vasodilatación periférica. Su tamaño es variable desde 3 mm hasta incluso mayores de 10 cm. La forma varía entre redonda, oval, ameboide o anular y las lesiones pueden encontrarse aisladas o confluyentes. A pesar de ser muy pruriginoso, el habón no suele estar excoriado debido a su corta evolución y a que el paciente tiende más a frotarse que a rascarse para aliviar el prurito.

El tiempo en que desaparece el habón y si deja tras de si lesiones al resolver, depende de su causa. La más frecuente es la urticaria, donde los habones desaparecen en el transcurso de horas y resuelve completamente. En la vasculitis urticariforme, permanecen durante más de un día, resuelven con hiperpigmentación post-inflamatoria o cicatriz y se producen por un mecanismo patológico diferente.

Ejemplos: urticaria, picadura de insecto, vasculitis urticariforme, pápulas y placas urticariantes del embarazo, reacción medicamentosa urticariforme.

5. PÁPULA

Lesión sólida, elevada, superficial, < 0.5 cm

Las pápulas varían en su forma; pueden ser aplanadas, redondeadas, cupuliformes, poligonales, acuminadas, umbilicadas o pediculadas. Su color es tan variable como en las máculas así como los cambios en la superficie. La consistencia sólida es una característica esencial ya que orienta hacia la ausencia de un contenido líquido. Por ser superficiales son resolutivas y, por tanto, no dejan cicatriz. Es ocasionada por edema, proliferación celular, acúmulos de células inflamatorias en la dermis papilar o depósito de material endógeno.

Ejemplos: nevus melanocítico intradérmico, líquen plano, verrugas virales, molusco contagioso, fibroma laxo, queratosis pilar, acné popular, prurigo estrófulo, líquen amiloide, púrpura palpable, granuloma telangiectásico, carcinoma basocelular nodular, adenoma sebáceo.

6. NODULO

Lesión sólida y profunda que puede o no ser elevada y visible, de tamaño en general > 0.5 cm, circunscrito, que no altera las estructuras adyacentes.

Los nódulos resultan del infiltrado celular inflamatorio o neoplásico en la dermis y/o hipodermis. También, pueden ser secundarios al depósito de sustancias endógenas. Debido a que el compromiso del nódulo es dérmico y/o hipodérmico, suele dejar cicatriz. Una característica importante de los nódulos es que pueden ser dolorosos.

Los nódulos pueden ser elevados y visibles, diferenciándose de las pápulas por su tamaño y profundidad. También, se llama nódulo a la lesión que es profunda, palpable, no visible ni elevada, de cualquier tamaño, que está recubierta con piel normal o levemente eritomatosa. Algunos autores denominan **nudosidad** a este nódulo no visible. Cuando nódulos de este tipo confluyen, se pueden formar plastrones hipodérmicos como si se tratara de placas profundas e infiltradas, de ocurrencia en algunas paniculitis.

Dentro de los nódulos se incluyen las **gomas**, las cuales corresponden a nódulos de curso subagudo, que pasan por diferentes estadios en su evolución: inicialmente es sólido, luego se reblandece, posteriormente se ulcera y supura y, finalmente, cicatriza. Se presentan principalmente en las enfermedades cutáneas tropicales. Ejemplos: esporotricosis, sífilis terciaria, escrofulodermia.

En algunas enfermedades, se ha denominado al nódulo de característica elevada y visible como **tubérculo**. Es el caso de la lepra lepromatosa.

También forman parte de los nódulos, los **abscesos**. Estos son nódulos de aspecto inflamatorio, eritomatosos, dolorosos, con aumento ligero de la temperatura, de consistencia más blanda. Contienen una colección de poliformonucleares dentro del tejido sólido, que se observa clínicamente como pus. Sin embargo, el material purulento se localiza tan profundamente que no es visible como en la pústula. Los abscesos pueden formar trayectos sinuosos que los comunican entre si o con la superficie cutánea. Ejemplo de abscesos son los forúnculos y la hidrosadenitis supurativa.

Cuando la etiología del nódulo es granulomatosa, al realizar la diascopia se vacían de sangre los capilares y se observa un color amarillo céreo descrito como jalea de manzana.

Ejemplos: eritema nodoso, metástasis cutánea, nódulo rematoideo, neurofibroma, lipoma, melanoma nodular, carcinoma basocelular nodular, queratocantoma, acné-nódulo-quístico.

7. TUMOR

Lesión elevada, sólida, profunda, polimórfica, de tamaño > 1.5 cm, de aspecto expansivo, que altera las estructuras adyacentes.

La lesión semiológica descrita como tumor corresponde a un nódulo o placa que por su comportamiento expansivo invade los tejidos adyacentes, ocasionando distorsión de su estructura. Se diferencia del nódulo debido a esta condición, a su mayor tamaño, a su polimorfismo y a su carácter permanente; no obstante, al igual que este último, es sólido y de compromiso profundo.

Por lo general, el tumor semiológico se corresponde al tumor histológico, en el cual hay un crecimiento tisular agresivo y desorganizado. Sin embargo, esto no siempre es así ya que algunas enfermedades que se observan semiológicamente como un tumor, pueden no ser de etiología neoplásica. Lo anterior puede ser el caso de algunas enfermedades verrucosas tropicales.

Ejemplos: carcinoma escamocelular invasivo, melanoma nodular, micosis fungoide en estadio tumoral, hemangioma.

8. QUISTE

Lesión circunscrita, esférica, que puede o no ser elevada, la cual a la palpación tiene consistencia fluctuante, con un contenido líquido o semisólido no visible.

El quiste es una cavidad cerrada que tiene un revestimiento epitelial con un contenido líquido, mucoide o pastoso (queratina, sebo, sudor, mucina). Los que no poseen dicho revestimiento se denominan pseudoquistes.

A diferencia del absceso no es de etiología inflamatoria y suele formarse a expensas de restos embrionarios, inclusiones epiteliales o de elementos glandulares. Según su localización en profundidad es visible o no. La consistencia fluctuante o renitente a la palpación, orienta hacia un contenido no sólido. Ocasionalmente, en algunos de los quistes se puede observar un opérculo o punto de drenaje.

Ejemplos: quiste epidérmico, quiste triquilemal, hidrocistoma.

9. PÚSTULA

Lesión elevada, < a 5 mm, eritematosa y superficial con acumulación visible de exudado purulento amarillo o lechoso.

Las pústulas pueden localizarse de manera folicular o interfolicular. Las pústulas foliculares se asocian como su nombre lo indica a un folículo piloso. Son de características similares a las pápulas pero se diferencian por su contenido purulento visible. Las pústulas interfoliculares presentan una base eritematosa menos llamativa y suelen confluir entre sí, formando lagos de pus.

Debido a su compromiso superficial, la pústula no deja cicatriz al resolver. Su etiología puede ser infecciosa o inflamatoria.

Se denominan pústulas secundarias a las vesículas cuyo contenido seroso inicial se torna purulento.

Histológicamente, la pústula se observa como una colección circunscrita de polimorfonucleares y detritos celulares, localizados a nivel intracórneo, subcórneo o esponjiforme.

Ejemplos: acné pustuloso, rosácea papulopustulosa, foliculitis infecciosa, pustulosis cefálica neonatal, pustulosis exantemática generalizada aguda, psoriasis pustular, queratodermia blenorragica.

10. VESÍCULA

Lesión elevada, superficial, < 0.5 cm, compresible, de contenido líquido visible.

Las vesículas suelen ser múltiples y se distribuyen de manera diseminada (eczema agudo) o en racimos (herpes simple). Frecuentemente, pierden rápidamente su morfología debido a la ruptura del techo, que deja como lesión secundaria erosiones y piel de aspecto macerado. El contenido usualmente es seroso pero también puede ser hemorrágico o purulento. Cuando es purulento, se diferencia de la pústula en la ausencia de una base eritematosa y en su compresibilidad. Resuelven y no dejan cicatriz.

Histológicamente, las vesículas se observan como espacios llenos de líquido, de localización intraepidérmica o subepidérmica. La esponjiosis o edema intercelular y la degeneración balonizante o edema intracelular, causa vesiculación.

Ejemplos: eczema dishidrótico, eczema agudo, herpes simple, tiña pedis inflamatoria.

11. AMPOLLA

Lesión elevada, superficial, > 0.5 cm, compresible, de contenido líquido visible.

Las ampollas son uniloculares y, por tanto, su contenido se evacua totalmente al ser punzadas. El contenido puede ser seroso, purulento o hemorrágico. Semiológicamente, se diferencia del quiste porque es compresible y el contenido líquido es visible.

Cuando la ampolla es flácida y extensa se denomina **flictena**. Generalmente, son secundarias a un mecanismo traumático.

Al igual que las vesículas, las ampollas se dividen según su localización:

- Intraepidérmica: la separación de las capas cutáneas ocurre a nivel subcórneo o por acantolisis, esto es, la ruptura de los desmosomas en las células epidérmicas. Semiológicamente, es diferenciable ya que la ampolla tiene un aspecto flácido. Estas ampollas presentan *signo de Nikolsky* positivo, que consiste en el desprendimiento de la capa epidérmica al ejercer una fricción en la piel sana lateral a la ampolla. También puede presentar el *signo de Asboe-Hansen*, en el cual al ejercer una presión vertical sobre el techo de una ampolla intacta, el contenido líquido se desplaza y separa en mayor medida las capas cutáneas, de tal manera que la ampolla se extiende.
- Subepidérmica: la separación ocurre en la interfase dermoepidérmica. Clínicamente, se observa como una ampolla tensa y no se rompe tan fácilmente como la ampolla flácida. El signo de Nikolsky y de Asboe-Hansen es negativo. Estas ampollas pueden resolver con cicatriz y, en ocasiones, la presencia de quistes de milium producidos por la afectación de los conductos de las glándulas sudoríparas ecrinas, evidencia del compromiso subepidérmico.

Ejemplos: necrosis epidérmica tóxica, pénfigo vulgar, penfigoide ampolloso, epidermolitis ampollosa.

12. TELANGIECTASIA

Vaso sanguíneo de calibre < 1 mm, superficial, visible y dilatado, de aspecto ramificado, no pulsátil.

Las telangiectasias pueden ser capilares o arteriolas y vénulas de pequeño calibre. Cuando corresponde a vénula el color es violáceo en lugar de rojo brillante. Son aparentes a causa de su superficialidad. Una característica importante es que son permanentes. Debido a que constituyen un vaso dilatado, desaparecen con la digitopresión.

Ejemplos: daño actínico, rosácea eritemato-telangiectásica, esclerodermia limitada, atrofia por corticoides, cirrosis, angioma aracniforme.

LESIONES SECUNDARIAS

La lesión secundaria es aquella que se presenta sobre piel previamente afectada. Cuando ésta constituye un cambio en la superficie como la costra y la escama, es una ayuda diagnóstica ya que nos indica que la enfermedad cutánea tiene un compromiso epidérmico.

13. EROSIÓN

Solución de continuidad superficial, húmeda. Suele ser secundaria a la ruptura de una ampolla o vesícula. Compromete únicamente la epidermis.

Debido a la etiología mencionada, la erosión evidencia una superficie denudada y húmeda que recuerda la existencia previa de un contenido líquido. Dado que la pérdida cutánea es epidérmica, las erosiones resuelven por reepitelización sin dejar cicatriz.

Ejemplos: enfermedades vesiculosas y ampollosas, principalmente las que presentan ampollas intraepidérmicas.

14. EXCORIACIÓN

Solución de continuidad superficial, lineal o punteada. Es secundaria al rascado. Compromete únicamente la epidermis y dermis papilar.

El patrón lineal o punteada de la excoriación sigue la dirección del rascado y evidencia que la lesión primaria es pruriginosa. En el prurito *sine* materia y en las excoriaciones neuróticas, se manifiesta como lesión primaria. Si la excoriación está cubierta por una costra hemorrágica, indica que se comprometió la dermis papilar donde se ubican los vasos. Sin embargo, usualmente, al resolver no deja cicatriz. En algunas ocasiones, la profundidad es mayor en cuyo caso se denomina ulceración en lugar de excoriación.

Cuando se presenta una solución de continuidad superficial de origen traumático diferente al rascado se denomina **abrasión**.

Ejemplos: prurigo nodular (pápulas excoriadas), eczema crónico (placas excoriadas).

15. ÚLCERA

Solución de continuidad profunda, de causa multifactorial. Compromete todas las capas de la piel.

La evolución de la úlcera suele ser tórpida. Debido a su compromiso profundo, que incluye dermis o más allá, siempre deja cicatriz. La etiología de las úlceras es múltiple: trauma, infección, neoplásica, vascular, neuropática, inflamatoria, presión. La mayoría de las veces se comporta como una lesión secundaria (placa, nódulo o tumor ulcerado) pero en ocasiones aparece de manera primaria.

Para llevar a cabo el diagnóstico diferencial de una úlcera es necesario tener en cuenta las siguientes características semiológicas:

- Piel circundante: observar si tiene cambios secundarios a enfermedad vascular u otra patología que origine la úlcera (atrofia, pérdida de anexos, cambio por estasis venosa, inflamada, infiltrada, con edema).
- Localización topográfica.
- Extensión: difiere según el tipo de úlcera. Las úlceras muy extensas y destructivas que, por ejemplo, comprometen toda la circunferencia de la pierna se denominan *fagedénicas*. Se requiere tomar la medida del diámetro de la úlcera para compararlo con evaluaciones posteriores y, de tal manera, hacer un seguimiento de la evolución de la úlcera.
- Borde: apreciar su forma (circular, arriñonado, geográfico, en sacabocado, socavado, angulado), elevación o nivelación, induración y color.
- Profundidad: si compromete dermis, hipodermis y/o sitios blandos. Las úlceras muy profundas se denominan terebrantes.
- Fondo: si es limpio, sucio, necrótico, liso, anfractuoso o con tejido de granulación. Describir también sus secreciones, si es supurativa o no o si sangra. Observar si está cubierto por una costra y las características de la misma. Si es así, es recomendable retirar la costra para apreciar adecuadamente el fondo.
- Olor: si es fétido (ejemplo: el olor de queratina del carcinoma escamocelular).
- Síntomas: dolorosa, muy dolorosa o por el contrario, totalmente, anestésica.
- También es importante, observar si es única o múltiple y la presencia de lesiones satélites.

Adicionalmente, es fundamental conocer el tiempo de evolución, si es aguda o crónica.

Ejemplos: úlcera venosa, úlcera arterial, úlcera vasculítica, pioderma gangrenoso, pie diabético, mal perforante plantar, leishmaniasis, ectima, carcinoma escamocelular.

16. FISURA

Fractura lineal y profunda de la piel, que compromete la dermis inclusive, sin pérdida de sustancia, la cual sigue los pliegues cutáneos y es dolorosa. Es secundaria a la disminución de la elasticidad de la piel o a una tensión excesiva.

Las fisuras se localizan en el fondo de los pliegues cutáneos naturales siguiendo su dirección (retroauricular, palmares, plantares, submamaros, inguinales), alrededor de los orificios naturales donde se denominan **rágades** (peribucales, perinasales, perianales) y en áreas de queratodermia. La piel seca predispone a la formación de fisuras debido a la disminución en su elasticidad. Además, el movimiento, el frío, el viento, el agua y los detergentes facilitan su formación. Las fisuras pueden ser únicas o múltiples, con bordes afilados, bien definidos.

Ejemplos: perleche, fisuras anales, dermatitis de contacto palmar, dermatosis plantar juvenil, intertrigo.

17. FÍSTULA

Orificio cutáneo puntiforme, con drenaje de líquido usualmente. Constituye una comunicación entre una cavidad interna y la piel.

La fístula es un trayecto tisular anormal, revestido de epitelio, de origen congénito, traumático o inflamatorio. Puede comunicar dos cavidades internas entre si o una cavidad con la superficie cutánea.

Ejemplos: fístula preauricular, fístula perianal, fístula odontogénica.

18. COSTRA

Depósito endurecido conformado por líquido seco y /o otras sustancias orgánicas, sobre piel previamente lesionada.

Según el tipo de líquido o sustancia orgánica desecados, las costras se clasifican de la siguiente manera:

- Hemática: sangre

- Sérica: suero o plasma. Suele resultar de la ruptura de ampollas o vesículas de contenido claro.
- Melicérica: pus
- Escara: tejido necrótico secundario a la isquemia tisular.
- Escútula: hifas de la tiña favosa con exudado y restos celulares.
- Mixta: combinación de las anteriores.

Es importante valorar el color de la costra (rojo oscuro, amarilla miel, parda, negra), su consistencia (pétrea o blanda), adherencia y espesor. Las costras muy espesas se denominan *rupia*. Pequeñas costras hemáticas puntiformes indican excoriación y, por consiguiente, rascado.

19. CICATRIZ

Formación circunscrita de aspecto fibroso y superficie lisa, de color diferente, más dura y rígida que la piel sana circundante, con pérdida de anexos y de los surcos cutáneos naturales. Es producto de la reparación tisular, de carácter permanente.

La cicatriz representa el estado final del proceso inflamatorio, en el que ocurre la reparación de la injuria dérmica o hipodérmica. Histológicamente consiste en el depósito de fibras de colágeno horizontales, aumento en el número de fibroblastos y de vasos sanguíneos perpendiculares. El resultado es el reemplazo del colágeno normalmente organizado por fibrosis.

La morfología de las cicatrices varía según el tipo:

- Atrófica: la piel de la cicatriz es delgada, deprimida, nacarada e hipopigmentada. En algunas ocasiones presenta un fino plegamiento. Dentro de las cicatrices atróficas existen dos tipos semiológicamente característicos: las cicatrices en *picahielo* del acné vulgar y las cicatrices *varioliformes* de la varicela y el herpes zóster.
- Hipertrófica: cicatriz elevada, eucrómica o rosada, de consistencia dura cuyos márgenes corresponden a los de la zona injuriada.
- Queloides: cicatriz de características morfológicas similares a las de la hipertrófica pero de mayor extensión. Se diferencia de ésta última en que sus márgenes sobrepasan los de la zona injuriada.

La raza negra y la localización preexternal son factores predisponentes para desarrollar cicatrices hipertróficas y queloides.

El color de una cicatriz cambia según su momento evolutivo. Inicialmente tiende a ser rojizo y con el tiempo tiende a volverse hipopigmentado.

20. ATROFIA

Adelgazamiento de la piel que se observa como un desnivel respecto a la piel circundante. Es secundaria a la disminución en el número y tamaño de los elementos constitutivos de las capas cutáneas.

Según el compromiso en profundidad la atrofia puede ser:

- Epidérmica: la piel es lisa, fina y nacarada, con tendencia a ser translúcida, de tal manera que se visualizan los vasos adyacentes. Presenta un fino plegamiento similar a un papel de cigarrillo. En algunos casos, la piel atrófica se torna más dura y rígida, de tal manera que la denominan *atrofia rígida* a diferencia de la anterior que es *elástica*. Ejemplo de ello es el carcinoma basocelular plano cicatricial y el liquen escleratrófico. Histológicamente, en la atrofia epidérmica existe adelgazamiento del estrato espinoso y ausencia de crestas interpapilares.
- Dérmica: Clínicamente se observa como una piel normal que se encuentra deprimida. Si está asociada a atrofia epidérmica, se apreciarán adicionalmente las características morfológicas descritas en la misma. Histológicamente hay disminución del colágeno y de las fibras elásticas.
- Hipodérmica: Cuando es circunscrita, la piel se aprecia francamente deprimida. En la forma difusa, se marcan en exceso la fisonomía esquelética y muscular. Histológicamente hay disminución de la grasa subcutánea.

Existe también la atrofia que se comporta como lesión primaria; tal es el caso de la anetodermia.

Ejemplos: atrofia por daño actínico, atrofia por corticoides tópicos, morfea, lupus cutáneo discorde, estrías, necrobiosis lipoidica, lipodistrofia, inyección post-esteroide.

21. LIQUENIFICACIÓN

Engrosamiento de la piel con cambios en la pigmentación, induración y acentuación del cuadrículado cutáneo normal. Es secundario al frotamiento o el rascado crónico.

La liquenificación se localiza preferiblemente en el cuello posterior, las ingles, los genitales externos, en la región perianal, en las piernas y el dorso de los pies. El hallazgo de liquenificación indica por lo general una dermatosis pruriginosa primaria; sin embargo, la liquenificación no siempre es una lesión secundaria. Frecuentemente, se asocia a excoraciones y costras hemáticas. La acentuación de los márgenes cutáneos se observa como un dibujo romboidal.

Histológicamente se observa como una hiperplasia epidérmica y verticalización de las fibras de colágeno dentro de las papilas dérmicas.

Ejemplos: liquen simple crónico, eczema crónico.

22. ESCLEROSIS

Induración circunscrita o difusa de la piel, con pérdida de su distensibilidad y con aspecto tenso, brillante y de acartonamiento.

La esclerosis es secundaria a la hialinización y depósito de nuevo colágeno dérmico que luce compacto, denso, homogéneo y con pocos fibroblastos, posterior a una reacción inflamatoria.

La piel esclerosada, debido a la pérdida de su distensibilidad, no es posible pellizcarla ni desplazarla sobre los planos profundos. En algunas enfermedades, la esclerosis se mezcla con atrofia.

Ejemplos: Morfeo, Síndrome de CREST, esclerosis sistémica, escleredema, liquen escleroso y atrófico.

23. ESCAMA

Fragmento laminar seco y blanquecino de queratina. Es secundario al desprendimiento en bloque del estrato córneo.

En condiciones normales, la epidermis es completamente reemplazada cada 27 días. El producto final de la queratinización lo constituyen las células cornificadas de la capa más externa de la piel. Sin embargo, la descamación fisiológica es imperceptible. Cuando la escama es aparente, el estrato córneo se encuentra hiperqueratósico (aumento del espesor de la capa córnea). A su vez, dicha hiperqueratosis puede ser paraqueratósica (los corneocitos retienen el núcleo) u ortoqueratósica (corneocitos sin núcleo). La escama sucede por eliminación de estos corneocitos; dicha eliminación al ser excesiva es visible sobre la superficie de la piel. El mecanismo de la formación de escamas corresponde a un aumento de la velocidad en el proceso de queratinización o a una retención anormal del

estrato córneo. El desprendimiento en bloque de la capa córnea puede ser espontáneo o secundario al raspado.

Es importante evaluar las características morfológicas de las escamas para hacer su diagnóstico diferencial:

- Adherencia: las hay totalmente adheridas o las que son semiadherentes.
- Color: blanca, amarillenta, plateada o pardo sucio.
- Brillo: nacaradas u opacas.
- Tamaño: pequeñas o extensas.
- Espesor: finas o gruesas.
- Textura: suave, untuosa o rasposa.
- Aspecto: seborréico (como impregnado de grasa), furfuráceo (similar al salvado), pitiriasiforme (escamas pequeñas, semiadherentes, apenas perceptibles), micáceo (como las hojuelas metálicas de la mica), queratósico (las escamas se amontonan en una columna), craquelado (cuarteado), lamelar (en láminas delgadas y relativamente grandes), ictiosiforme (parecido a las escamas de un pescado), ostráceo (acumulación masiva de escamas que simula la concha de una ostra), folicular (tapones foliculares que dan aspecto espinoso), en encaje (estrías de Wickham).
- Formación de collaretes externos o internos.

Existen signos dermatológicos relacionados con la observación o desprendimiento de las escamas:

- *Signo de La uñada o descamación latente*: la escama es perceptible únicamente después de raspar la lesión primaria. Es característico de la pitiriasis versicolor.
- *Raspado metódico de Brocq*: identifica a la escama de la psoriasis. Comprende tres pasos:
 - o Signo de la vela: las escamas se desprenden como virutas, similar al raspado de la cera de una vela.
 - o Membrana de Duncan-Dulckley: es la membrana delgada que se observa posterior al raspado y que se desprende en bloque.
 - o Signo de Auspitz: al desprender la membrana aparece una superficie lisa, brillante, eritematosa y con punteado hemorrágico, como un rocío sangrante. Lo anterior se debe a la superficialidad y dilatación de los vasos sanguíneos en la psoriasis.
- *Signo de la oblea o de la escama en lacre*: la escama adherida en el centro a la lesión primaria se desprende en bloque con una cureta sin provocar sangrado. Es característico de la pitiriasis liquenoide crónica.

Como ocurre con otras lesiones secundarias, en ocasiones, la escama se puede comportar de manera primaria; tal es el caso de las ictiosis.

Cuando las escamas se acumulan de manera circunscrita o difusa, firmemente adheridas, como un espesamiento del estrato córneo, se denomina **queratosis**. Si se localiza en las plantas o en las palmas se le llama **queratodermia**.

Ejemplos: psoriasis, dermatitis asteatósica, queratosis actínica, pitiriasis rosada, pitiriasis alba, dermatitis seborreica, eritrodermia exfoliativa, ictiosis vulgar, liquen plano, queratosis pilar, verruga vulgar, cuerno cutáneo.

24. VEGETACIÓN

Proyecciones papilares múltiples y agrupadas, similar a un coliflor, de consistencia blanda.

La vegetación puede ocurrir como lesión primaria o secundaria. Más frecuentemente se presenta como un cambio de superficie verrucoso o vegetante de las pápulas, las placas o los nódulos, esto es, como una lesión secundaria.

Las proyecciones de las vegetaciones pueden presentarse como masas lobuladas o digitiformes. Cuando el engrosamiento de la capa córnea (hiperqueratosis) es muy pronunciado, las proyecciones son menos evidentes y se tornan duras y secas.

Histológicamente, se observa hiperqueratosis y papilomatosis (proliferación de las papilas dérmicas).

Ejemplos: verruga viral, elefantiasis verrucosa Nostra, pénfigo vegetante, cromomycosis, esporotricosis fija, nevus epidérmico verrucoso.

25. POIQUILODERMIA

Cambio conjunto de atrofia epidérmica, hiper e hipopigmentación y telangiectasias.

Ejemplos: daño actínico crónico, radiodermatitis crónica, dermatomiositis, xeroderma pigmentoso.

LESIONES SEMIOLOGICAS DE ANEXOS

Pelo

Pelo velloso: Corto, no pigmentado y generalmente sin médula; sin músculo erector del pelo; los folículos vellosos diminutos pueden tener glándulas sebáceas grandes (en la cara); poseen un ciclo piloso completo mucho más corto que el pelo terminal.

Pelo terminal: largo, pigmentado y con médula.

Pelo lanugo: pelo fino del cuerpo fetal; se elimina en el útero o en las primeras semanas de vida.

Alopecia: pérdida anormal de pelo

Hirsutismo: conversión excesiva de pelo velloso a terminal en zonas dependientes de andrógenos en las mujeres.

Miniaturización: conversión de pelo terminal a velloso (por ej., en el cuero cabelludo calvo en la alopecia androgénica); estos folículos miniaturizados tienen músculo erector del pelo.

Hipertrichosis: crecimiento de pelo en una cantidad y grosor excesivos en cualquier parte del cuerpo.

Comedón: lesión con distribución folicular que morfológicamente puede observarse como una pápula eritematosa pequeña o una apertura que contiene material negro. Histológicamente, el comedón consiste en un infundíbulo dilatado y ocupado por queratina, sebo, bacterias y restos celulares.

Uña

Lineas de Beau: depresiones transversales en la superficie de la lámina ungueal provocadas por una interrupción temporal de la actividad mitótica de la matriz proximal. La profundidad de estas depresiones indica la gravedad del daño en la matriz, y su anchura muestra la duración del proceso. Las líneas de Beau se desplazan en dirección distal según crece la lámina ungueal, y si aparecen varias líneas es porque el daño se ha repetido. Las causas más frecuentes de este

trastorno son los traumatismo mecánicos (por ej., la manicura, la onicotilomanía y las enfermedades dermatológicas del pliegue ungueal proximal (por ej., un eczema o la paroniquia crónica). La presencia de líneas de Beau al mismo nivel en todas la uñas indica que existe una causa sistémica (por ej., una enfermedad grave o febril, una eritrodermia o una reacción medicamentosa).

Onicomadesis (pérdida de la uña): desprendimiento de la lámina ungueal del pliegue proximal y se produce por una agresión grave que interrumpe la actividad de la matriz. Sus causas son las mismas que las de las líneas de Beau.

Piqueteado (Pits): Presencia de pequeñas hendiduras en la superficie de la lámina de la uña. Éstas se originan por focos de queratinización anormal en la matriz ungueal proximal, que provocan grupos de células paraqueratósicas en la lámina dorsal. Dichos grupos se despegan con facilidad, dejando a la vista las pequeñas depresiones. Las enfermedades que producen este aspecto piqueteado son la psoriasis, la alopecia areata y el eczema.

Onicorrexis: Presencia de estrías longitudinales y fisuras en la lámina ungueal. Se suele asociar a un adelgazamiento de la uña e indica un daño difuso en la matriz. Entre las enfermedades que se asocian con más frecuencia a la onicorrexis se encuentran el liquen plano, un deterioro del aporte vascular, los traumatismos y los tumores que afectan a la matriz ungueal. Las estrías longitudinales leves son una característica normal del envejecimiento.

Traquioniquia: uñas en papel de lija. Engloba una serie de alteraciones superficiales de la lámina ungueal que provocan rugosidad. Las uñas se vuelven más delgadas, opacas y deslustradas, y dan la impresión de que las han lijado en dirección longitudinal (es decir, presentan estriación vertical). Suele haber hiperqueratosis en las cutículas.

Leuconiquia:

Leuconiquia verdadera: la lámina ungueal tiene una superficie normal, pero pierde su transparencia y aparece de color blanco por la existencia de células paraqueratósicas en su porción ventral. Se origina por enfermedades que interfieren en la queratinización de la matriz ungueal distal. Hay tres variantes morfológicas de este trastorno.

Leuconiquia punteada: la lámina ungueal presenta pequeños puntos blancos opacos que se mueven en dirección distal según crece la uña. Suele estar provocada por traumatismos y es más frecuente en los niños.

Leuconiquia transversal: la lámina muestra múltiples líneas paralelas blancas y opacas. Se observa a menudo en las manos de mujeres y en estos casos se debe a traumatismos en la matriz secundarios a la manicura. También, puede producirse en las uñas del dedo gordo del pie por traumatismos del calzado.

. Leuconiquia difusa: toda o casi toda la lámina ungueal tiene un aspecto blanco y opaco. La leuconiquia total es poco frecuente, y en ocasiones hereditaria. Puede asociarse a queratodermia y a otros trastornos congénitos como sordera.

También, podemos encontrar pequeñas áreas de leuconiquia verdadera en la onicomiosis superficial blanca, a causa de restos de queratina y elementos fúngicos presentes en la superficie de la lámina ungueal.

Leuconiquia aparente: las uñas tienen aspecto blanco por alteraciones en el color del lecho ungueal. La leuconiquia aparente no muestra un movimiento distal con el crecimiento de la uña, y la coloración blanca desaparece con la presión. Todavía no se ha determinado si la línea de Rees (las bandas blancas transversales típicas del envenenamiento por arsénico) deben clasificarse como leuconiquia verdadera o aparente.

Coiloniquia (uñas en cuchara): la lámina de la uña se vuelve más delgada y plana y presenta una forma de cuchara, ya que los bordes laterales se curvan hacia arriba. Aunque en los niños el trastorno es fisiológico, en los adultos suele ser de origen ocupacional o causado por déficit de hierro.

Onicolisis: la lámina se despega del lecho ungueal y presenta un color blanquecino por la presencia de aire en el espacio subungueal. La zona que sufre onicolisis puede aparecer pigmentada como consecuencia de la colonización microbiana o de la extravasación de sangre. Aparte de los traumatismos, entre los trastornos del lecho ungueal que con más frecuencia provocan onicolisis se encuentran la psoriasis y la onicomiosis. La exposición a la luz ultravioleta, sola o asociada a medicamentos como la tetraciclina, puede dar lugar a foto-onicolisis.

Onicauxis: la lámina ungueal se hace más gruesa por la presencia de escamas subungueales. La psoriasis, la onicomiosis y el eczema suelen ser causas de hiperqueratosis subungueal.

Hemorragias en astilla: se presentan como líneas finas longitudinales de color rojo oscuro, que suele localizarse en la parte distal de la uña. La forma de las mismas se debe a la orientación longitudinal de los capilares del lecho ungueal. Las causas más frecuentes de esta alteración son los traumatismos, la psoriasis y la onicomiosis. Su situación proximal es poco frecuente y puede indicar la presencia de enfermedades sistémicas como endocarditis (infecciosa y marántica), vasculitis, triquinosis, mal de altura y síndrome antifosfolípido.

Melanoniquia longitudinal: se suele ver en individuos de piel oscura y hasta el 90% de los adultos afroamericanos presentan una o más bandas pigmentadas. En sujetos caucásicos se observa con mucho menos frecuencia. La melanoniquia longitudinal se produce por la presencia de melanina en la lámina de la uña, ya sea por activación o por hiperplasia de los melanocitos de la matriz ungueal, por un nevo o por un melanoma en la misma.

En la clínica, la uña presenta una o más bandas pigmentadas longitudinales que se extienden desde el pliegue ungueal proximal hasta el borde distal. El color de estas bandas puede variar desde pardo claro hasta negro; las bandas claras se aprecian mejor con la luz natural. Su anchura puede variar entre pocos milímetros y todo el ancho de la uña. Si aparecen múltiples bandas suelen ser por activación de los melanocitos. Con el microscopio de epiluminiscencia se pueden distinguir las bandas causadas por la activación de melanocitos (que no precisan estudio histológico) de las debidas a un nevo o a un melanoma. De todas formas, el examen histológico sigue siendo la prueba de elección para distinguir estos procesos.

El signo de Hutchinson: consiste en la pigmentación del pliegue ungueal proximal o del hiponiquio asociada a la presencia de melanoniquia longitudinal. En el contexto del melanoma ungueal, el signo de Hutchinson indica que el tumor crece en sentido horizontal. Sin embargo, cuando afecta al hiponiquio, este signo se observa a menudo junto con un nevo melanocítico. El microscopio de epiluminiscencia puede ser útil para el diagnóstico diferencial. Hay que distinguir entre el signo y el seudesigno de Hutchinson.

Braquioniquia: (pulgar en raqueta) Malformación frecuente provocada por una falange distal corta. Suele ser un rasgo hereditario autosómico dominante. Las uñas en raqueta son por lo general un hallazgo aislado y el examen radiológico muestra una falange distal más corta.

Acropaquia: (dedos en forma de palillos de tambor, dedos hipocráticos, uñas en vidrio de reloj) La acropaquia puede ser congénita o adquirida; esta última es poco frecuente y en el 80% de los casos se asocia a enfermedades pulmonares. La acropaquia también llamados dedos en forma de palillos de tambor, dedos hipocráticos, uñas en vidrio de reloj. Se produce por el crecimiento de los tejidos blandos de la parte distal del dedo. La lámina ungueal está agrandada y curvada en exceso, formando un ángulo de más de más de 180 grados entre el pliegue ungueal proximal y la lámina.

Onicosquicia: (fragilidad, uñas quebradizas) Son muy frecuentes y sobretodo en las mujeres. La fragilidad ungueal se produce por la deshidratación de la lámina ungueal a causa de factores ambientales. En la onicosquicia laminal, la zona distal de la uña se divide en múltiples capas horizontales. Entre otros signos de fragilidad ungueal se encuentran la rotura de las uñas, el reblandecimiento y la onicorrexis.

Onicogrifosis: se da con frecuencia en personas mayores. Afecta casi en exclusiva a las uñas de los pies, por lo general, al pulgar, donde se ve favorecido por los traumatismos crónicos así como el deterioro de la circulación y la inervación periféricas. La uña adquiere una forma típica de cuerno debido al crecimiento asimétrico que sufre. La lámina ungueal aparece engrosada, dura y de

color amarillo pardo. Suelen observarse varias estrías transversales. La dureza de la uña y el abandono pueden producir deformidades monstruosas.

Uñas en pinza: (uñas en trompeta) Éstas suelen observarse en los pies y pueden ser hereditarias o adquiridas; este último caso es el más frecuente, a menudo a causa del calzado ajustado. La lámina ungueal presenta una curvatura exagerada en sentido transversal, en especial en la parte distal. Esto provoca la compresión del lecho en su zona distal, que produce un dolor intenso.

Ananoquia: ausencia de uñas de origen congénito.

Hapaloniquia. Rupturas en la parte distal de la uña.

Defluvio Unguium: desprendimiento de las uñas, partiendo de la base hacia adelante:

CONCLUSIONES

La dermatología clínica es una especialidad predominantemente descriptiva y morfológica, es clara la necesidad de lograr la precisión y estandarización de los conceptos semiológicos.

La variabilidad de las definiciones entre los diferentes autores se basa en las diferencias en el modelo semiológico a seguir, en el criterio y en el estilo.

La única manera de lograr un consenso en las definiciones es tomar las decisiones de manera colectiva, no a través de propuestas individuales.

El ejercicio elaborado para consensuar las definiciones de las lesiones elementales de la escuela dermatológica de la Universidad Nacional, no pretende ser absoluto. En realidad constituye un ejemplo e invitación para llevar a cabo un consenso a escala más grande y con una población dermatológica mayor.

Es indispensable designar un nuevo comité de Nomenclatura dermatológica con miembros representativos de las diferentes tendencias y regiones. La falta de interés de abrir dichos espacios en los congresos dermatológicos internacionales refleja la ausencia de autoridades que lideren la causa.

Por último, cabe resaltar que los esfuerzos se deben dirigir no a la “corrección” de los términos sino a la unificación de su definición.

BIBLIOGRAFIA

REVISTAS DERMATOLÓGICAS

- ACKERMAN, Bernard, RESNIK, Kenneth. On Standard Definitions of Individual Skin Lesions. En: Arch dermatol. Vol. 134 (Mayo, 1998); 636 – 637.
- ACKERMAN, Bernard. Need for a Complete Dictionary of Dermatology Early in the 21st Century. Vol. 136 (enero, 2000); 23.
- ALVAREZ, César, GONZÁLEZ, Marcos, VÁSQUEZ, Francisco. The 21st Century Macule Is Not the Willan but the Plenck Macule. En: Arch Dermatol. Vol. 136 (mayo, 2.000); 674.
- ASHTON, R., BROOKS, G., PETHYBRIDGE, R. DERMIS: a computer system for assisting primary-care physicians with dermatological diagnosis. En: British Journal of Dermatology. Vol. 127. (1992); 614 -619.
- ASHTON, R. Teaching non-dermatologists to examine the skin: a review of the literature and some recommendations. En: British Journal of Dermatology. Vol. 132 (1995); 221 – 225.
- COTO, Pablo, GOTOR, María, GÓMEZ, Narciso, PÉREZ, Narciso, VÁSQUEZ, Francisco. Semiología Cutánea: perspectiva histórica de la evolución de la terminología básica en España. En: Actas Dermosifiliogr. Vol. 97 No 3 (2006); 153 – 158.
- CRISSEY, John, PARISH Lawrence. Two hundred years of dermatology. En: J Am Acad Dermatol Vol 39 No 6 (Diciembre 1998) 1004-1006.
- GARCÍA, Antonio. Sobre las lesiones elementales. En: Actas Dermosifiliogr. Vol. 92 (2001); 599 – 600.
- GONZÁLEZ, Marcos, PÉREZ, Narciso, VÁSQUEZ, Francisco. Las lesiones elementales en la dermatología española actual (II): paradigmas semánticos. En: Actas Dermosifiliogr. Vol 92 (2001); 47 – 52.
- GNIADECKI, Robert. Rigid Definitions Restrict the Evolution of Understanding. En: Arch Dermatol. Vol. 136 (octubre, 2000); 1271.

- HIDALGO, Yolanda, VÁSQUEZ, Francisco. The Wheal: To Be or Not to Be. En: Arch Dermatol. Vol. 137 (enero, 2001); 94 – 95.
- JACKSON, Robert. What's in a Name? Comments on the Dermatological Dictionary by Lidier, Rosenblum, and Carter. En: Journal of Cutaneous Medicine and Surgery. Vol. 5 No 6 (Noviembre, 2001); 505 – 507.
- JACKSON, Robert. Historical outline of attempts to classify skin diseases. En: CMA Journal. Vol 116 (Mayo, 1977): 1165-1168.
- JACKSON, Robert. On Standard Dermatology Definitions. En: Arch Dermatol. Vol.135 (octubre, 1999); 1273.
- JACKSON, Robert. Morphology revisited. En: International Journal of Dermatology. Vol. 32 No 2 (febrero, 1993)
- JACKSON, Robert. A dissertation on some of the terms used to describe the living gross pathology of the human skin. En: Clinical and Experimental Dermatology. Vol. 3 (1978); 241.- 247.
- JILLSON, Otis, WATT, Thomas. On standard definitions. En: Archives of dermatology. Vol.90, No 4 (Octubre, 1.964); 454 – 455.
- KIBBI, Abdul, MALAK, Johnny. Revised Terminology in Dermatology: A Call for de New Millenium. En: Arch Dermatol. Vol. 137 (enero, 2001); 93 - 94
- LEWIS, Eric, LEWIS, Charles. On Standard Definitions: 33 Years Hence. En: Arch Dermatol. Vol 133 (septiembre, 1997); 1169.
- MASCARÓ, José. “Elemental mi querido amigo...”. En: Actas Dermosifiliogr. Vol. 92 (2001); 601 - 604
- REISFELD, Peter. On Standard Dermatologic Definitions. En: Arch dermatol. Vol. 134 (mayo, 1998); 635 – 636
- SHAPIRO, Bárbara. Breve historia de un diccionario. En: Actas Dermosifiliogr. Vol. 92 (2001); 180 – 181.
- SHARMA, Vinod. Clinical Lesions in Dermatology: Consensus *Definitions*.. En: Indian J Dermatol. Vol. 48 No 3 (2003); 179 – 181.
- VASQUEZ F, PEREZ Oliva, GOTOR ML. Sobre el significado actual del término nódulo en la lengua española. Actas Dermosifiliogr Vol 86 (1995) 404-405.

- WINKELMANN, RK. Glossary of basic dermatology lesions. Uppsala: International League of Dermatological Societies, Committee on Nomenclature. En: Act Derm- Venereol. Suppl 130 (1988).

TEXTOS

- ACKERMAN A. Histologic Diagnosis of Inflammatory Skin Disease An algorithmic method based on pattern analysis. Tercera edición, Ardor Scribendi. Philadelphia, 2005.
- ARENAS, Roberto. Atlas de dermatología. México: McGraw Hill-Interamericana, 2005.
- BERGER, TIMOTHY G., JAMES, WILLIAM D., ODOM, RICHARD B. Andrew's Dermatología clínica. Madrid: Marban editorial, 2004.
- BRAUN O, FALCO. Dermatología. Berlín: Springer. 1991.
- BOLOGNIA, Jean, JORIZZO, Joseph, RAPINI, Ronald. Dermatología. Primera edición. Madrid: ELSEVIER, 2004. 2 – 5
- BURNS, Tony, COX Neil. Rook's Textbook of Dermatology, Septima edición. Massachusetts: Blackwell Science, 2004.
- FALABELLA, Rafael, CHAPARRO, Jairo. Dermatología Sexta edición. Bogotá: CIB Fundamentos de medicina, 2002.
- GUTIÉRREZ, Guillermo. Introducción a la dermatología. Bogotá: Ediciones Vértice, 1.982. 49 – 106.
- LAFFONT, A. Encyclopedie Medico-Chirurgicale. Paris: Editions Techniques, 1929.
- HABIF, Thomas: Clinical Dermatology, Cuarta edición. Philadelphia: Mosby:2004.
- MAGAÑA, Mario. Dermatología. Madrid: Médica Panamericana, 2003.
- MASCARÓ, J. Claves para el diagnóstico clínico en las dermatosis. España: Harcourt Brace, 1998. 1 – 130.

- RODRÍGUEZ, Gerzaín. Glosario ilustrado de dermatología y dermatopatología. Primera edición. Bogotá: UNIBIBLOS, 2004.
- RUIZ MALDONADO R, Parish LCh, Beare JM: Tratado de dermatología pediátrica Interamericana. McGraw Hill 1992.
- SHARMA, Vinod. Clinical Lesions in Dermatology: Consensus *Definitions*.. En: Indian J Dermatol. Vol. 48 No 3 (2003); 179 – 181.
- SHIMIZU, Hiroshi. Shimizu's textbook of dermatology. Japon: Hokkaido University Press, 2007.
- WOLFF, Klaus, GOLDSMITH Lowell, KATZ S. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. Séptima edición. USA: McGraw Hill, 2008.

ANEXOS

ANEXO A – ENCUESTA DE SEMIOLOGIA

ENCUESTA PARA DERMATOLOGOS UNIVERSIDAD NACIONAL

26. Considera usted que es pertinente elaborar un consenso de definición de las lesiones dermatológicas elementales? Si ___ No ___

Dentro de la descripción general de las lesiones elementales dermatológicas usted considera que:

2. Es necesaria la división entre lesiones primarias y secundarias: Si___ No___

3. Es importante incluir las lesiones dermatológicas de anexos: Si___ No___

4. La definición se debe regir por parámetros:

- Morfológicos:___

- Histológicos:___

- Evolutivos: ___

- Etiológicos:___

- Combinación de las anteriores ___

- Morfológicos para las lesiones primarias, combinación de los parámetros para las lesiones secundarias ___

5. La forma de medición del tamaño de las lesiones debe realizarse de manera:

- Cuantitativa: ___

- Cualitativa:___

6. Seleccione cuales de las siguientes lesiones deberian considerarse dentro de las lesiones elementales

- Mácula
- Petequia
- Púrpura
- Parche
- Vegetación
- Pápula

- Pústula
- Nódulo
- Nudosidad
- Goma
- Tubérculo
- Tumor
- Quiste
- Absceso
- Vesícula
- Ampolla
- Habón
- Comedón
- Surco
- Telangiectasia
- Erosión
- Excoriación
- Fisura
- Ulcera
- Fístula
- Atrofia
- Liquenificación
- Cicatriz
- Esclerosis
- Queratosis
- Escama
- Costra
- Escara
- Gangrena

7. A continuación, elija la opción que usted considera es la más apropiada para **definir semiológicamente** la lesión elemental:

LESIONES PRIMARIAS

1. Mácula:

- c. Lesión que difiere de la piel circundante por el cambio de color.
- d. Lesión plana, circunscrita que difiere de la piel circundante por el cambio de color.

2. Petequia

- a. Mácula puntiforme < 3 mm ocasionada por la extravasación de sangre
- b. Mácula puntiforme < 5 mm ocasionada por la extravasación de sangre
- c. Mácula roja, puntiforme < 5 mm que no desaparece con la presión

- d. Mácula roja, puntiforme < 5 mm que no desaparece con la presión ocasionada por la extravasación de sangre

3. Púrpura

- a. Extravasación de la sangre dentro de la piel
- b. Extravasación de la sangre dentro de la piel > 5 mm, roja o violácea
- c. Lesión roja o violácea, > 5 mm que no desaparece con la presión.
- d. Extravasación de la sangre dentro de la piel > 5 mm, roja o violácea que no desaparece con la presión

4. Parche:

- d. Mácula > 1 cm
- e. Lesión plana de color diferente a la piel circundante con descamación fina
- f. Lesión plana de color diferente a la piel circundante, con descamación fina, > 0.5 cm.

5. Placa

- a. Lesión elevada > 1 cm
- b. Lesión elevada > 2 cm
- c. Lesión elevada, plana, cuya longitud es mayor a su altura
- d. Lesión elevada cuya longitud es mayor a su altura, > 0.5 cm
- e. Lesión elevada cuya longitud es mayor a su altura, > 1 cm

6. Vegetación

- e. Lesión elevada de superficie ondulante y desigual
- f. Lesión húmeda y blanda cuya superficie presenta proyecciones digitiformes
- g. Masa cuya superficie presenta proyecciones digitiformes, con papilomatosis e hiperqueratosis.
- h. Masa cuya superficie presenta proyecciones digitiformes, con papilomatosis e hiperqueratosis ocasionada por proliferación celular patológica.

7. Pápula

- e. Lesión elevada, sólida, circunscrita < 0.5 cm
- f. Lesión elevada, sólida, circunscrita < 1 cm
- g. Lesión elevada, sólida, circunscrita y superficial < 1 cm
- h. Lesión elevada, sólida, circunscrita < 1 cm que resuelve y no deja cicatriz.

8. Pústula

- e. Lesión elevada que contiene exudado purulento
- f. Lesión elevada con acumulación visible de exudado purulento

- g. Lesión elevada, pequeña, superficial y circunscrita que contiene exudado purulento
- h. Vesícula o ampolla de contenido purulento

9. Nódulo

- g. Lesión sólida, elevada, > 0.5 cm
- h. Lesión sólida, elevada, > 1 cm
- i. Lesión sólida, elevada, 1-2 cm
- j. Lesión sólida, elevada, de longitud similar a la altura, > 1 cm
- k. Lesión sólida, profunda, más palpable que visible
- l. Lesión sólida, circunscrita que compromete dermis e hipodermis, que deja cicatriz o atrofia al resolver, > 1 cm.

10. Nudosidad

- d. Lesión profunda, más palpable que visible
- e. Lesión eritematosa y profunda, más palpable que visible
- f. Lesión sólida, profunda, más palpable que visible, dolorosa.

11. Goma

- d. Nódulo ulcerado
- e. Nódulo de curso crónico que inicialmente se reblandece y posteriormente se ulcera.
- f. Nódulo de curso crónico que inicialmente es duro, luego se reblandece y posteriormente se ulcera, resuelve dejando cicatriz.

12. Tubérculo

- d. Lesión sólida, elevada, >1 cm
- e. Lesión sólida, elevada, >1 cm que compromete dermis
- f. Lesión sólida, elevada que resuelve dejando cicatriz

13. Tumor

- e. Masa > 2 cm
- f. Masa > 2 cm que crece y persiste
- g. Neoformación no inflamatoria que crece y persiste
- h. Lesión elevada, sólida, grande, que altera las estructuras adyacentes

14. Quiste

- d. Cavidad cerrada revestida de epitelio y de contenido líquido o semisólido
- e. Saco cerrado revestido de epitelio, endotelio o membrana y de contenido líquido, mucoide o semisólido.
- f. Lesión circunscrita que a la palpación tiene consistencia fluctuante

15. Absceso

- c. Colección cerrada de pus localizada en dermis o hipodermis

- d. Colección cerrada de pus localizada en dermis o hipodermis, fluctuante, de mayor tamaño que la pápula y que deja cicatriz al resolver.

16. Vesícula

- d. Lesión elevada de contenido líquido claro, <1 cm
- e. Lesión elevada de contenido líquido claro, < 0.5 cm
- f. Lesión elevada, circunscrita, con acumulación visible de líquido claro, <1 cm

17. Ampolla

- a. Lesión elevada de contenido líquido claro, >1 cm
- b. Lesión elevada de contenido líquido claro, >0.5 cm
- c. Lesión elevada, de contenido líquido claro, seroso o hemorrágico, > 1 cm.
- d. Lesión elevada, circunscrita, con acumulación visible de líquido, > 1 cm, epidérmica o subepidérmica.

18. Habón

- a. Lesión edematosa y evanescente
- b. Lesión elevada, eritematosa, edematosa y evanescente
- c. Lesión elevada, plana, eritematosa y edematosa
- d. Pápula o placa eritematosa, evanescente, mal definida, con edema dérmico y/o hipodérmico

19. Comedón

- a. Tapón de queratina y sebo que obtura el folículo piloso
- b. Infundíbulo dilatado y ocupado por queratina, sebo, bacterias y restos celulares.

20. Surco

- a. Túnel tortuoso que hospeda un parásito
- b. Lesión elevada, lineal y tortuosa, gris o eritematosa que hospeda un parásito

21. Telangiectasia

- a. Dilatación permanente de un vaso
- b. Dilatación superficial y permanente de un vaso pequeño

LESIONES SECUNDARIAS

1. Erosión

- a. Solución de continuidad que implica la pérdida parcial o total de la epidermis y que no deja cicatriz.

- b. Solución de continuidad que implica la pérdida parcial o total de la epidermis y que no deja cicatriz. Resulta de la ruptura de una ampolla.
- c. Solución de continuidad superficial, húmeda, que resulta de la ruptura de una ampolla o una vesícula.

2. Excoriación

- a. Solución de continuidad que compromete la epidermis y resulta del rascado.
- b. Solución de continuidad que compromete la epidermis y dermis papilar que resulta del rascado.
- c. Solución de continuidad lineal o puntiforme que compromete la epidermis, resulta del rascado y no deja cicatriz
- d. Solución de continuidad superficial, lineal o puntiforme de origen traumático.

3. Úlcera

- a. Solución de continuidad profunda de causa multifactorial
- b. Solución de continuidad que compromete por lo menos hasta la dermis
- c. Solución de continuidad que compromete por lo menos hasta la dermis, deja cicatriz al resolver.

4. Fisura

- a. Solución de continuidad lineal, profunda y dolorosa secundaria a la fractura de la piel hiperqueratósica o a la pérdida de elasticidad cutánea.
- b. Solución de continuidad lineal que puede comprometer epidermis o dermis.
- c. Solución de continuidad lineal que compromete hasta la dermis

5. Fístula

- a. Trayecto anormal que comunica una cavidad con la superficie de la piel
- b. Trayecto anormal que comunica una cavidad con la superficie de la piel, revestido por epitelio escamoso.
- c. Trayecto anormal que comunica una cavidad con la superficie de la piel de etiología traumática o inflamatoria.

6. Costra

- a. Desecación de suero, sangre o pus
- b. Desecación de un líquido orgánico (plasma, suero, sangre o pus) combinado con restos celulares.
- c. Depósito indurado producto de la desecación de un líquido orgánico (plasma, suero, sangre o pus) combinado con restos celulares, sobre piel con pérdida de sustancia.

7. Escara

- a. Necrosis de tejido cutáneo

- b. Depósito indurado, seco y negro que se adhiere al piso de una úlcera producto de la eliminación de tejido necrosado.
- c. Depósito indurado, seco y negro que se adhiere al piso de una úlcera producto de la eliminación de tejido necrosado secundario a isquemia tisular.

8. Gangrena

- a. Necrosis tisular secundaria a isquemia
- b. Area húmeda de necrosis tisular secundaria a isquemia.

9. Cicatriz

- a. Proceso de reparación tisular de una solución de continuidad que comprometa al menos hasta la dermis, mediante formación de tejido conjuntivo fibroso.
- b. Proceso de reparación tisular de daño dérmico y/o hipodérmico, mediante neoformación de tejido conjuntivo fibroso.
- c. Lesión permanente que refleja el patrón de reparación tisular de injuria o enfermedad que comprometa la dermis y/o hipodermis, mediante reemplazo por tejido conjuntivo fibroso.

10. Atrofia

- a. Adelgazamiento de la piel.
- b. Adelgazamiento aislado o simultáneo de las capas de la piel.
- c. Adelgazamiento aislado o simultáneo de las capas de la piel secundario a la disminución del tamaño y número de sus componentes, con desaparición de los anexos.
- d. Adelgazamiento aislado o simultáneo de las capas de la piel, la cual se observa deprimida, finamente plegada, translúcida y asociada a telangiectasias y alopecia.

11. Liquenificación

- a. Engrosamiento de la piel con acentuación del cuadriculado normal y aumento leve de la pigmentación, secundario al rascado crónico.
- b. Engrosamiento de la piel con acentuación del cuadriculado normal y aumento leve de la pigmentación, secundario al rascado y frotamiento crónico.

12. Esclerosis

- a. Induración de la piel la cual se observa como acartonada, seca, con cambios pigmentarios y con pérdida de la elasticidad.
- b. Induración de la piel secundaria al aumento de tejido conjuntivo dérmico.
- c. Induración de la piel secundaria al depósito de colágeno dérmico
- d. Induración de la piel secundaria al aumento de tejido conjuntivo dérmico, la cual se observa como acartonada, seca, con cambios pigmentarios y con pérdida de la elasticidad.

13. Queratosis

- a. Engrosamiento de la capa córnea, firmemente adherida a la piel.
- b. Crecimiento de queratina compacta, elevado, firmemente adherida a la piel

14. Escama

- a. Láminas formadas por acumulación de células córneas sobre la superficie de la piel que se desprenden espontáneamente o al raspado.
- b. Láminas de queratina formadas sobre la superficie de la piel por el desprendimiento en bloque de la capa córnea.
- c. Fragmentos laminares secos, blanquecinos y visibles sobre la superficie de la piel, secundarios a la eliminación de la capa córnea.

8. Son válidas las definiciones que combinan dos lesiones elementales: Si__ No__

9. Estaría usted dispuesto a continuar participando en la elaboración de proyectos cuyo objetivo sea unificar conceptos en la Escuela de Dermatología de la Universidad Nacional de Colombia? Si__ No__

GRACIAS POR SU COLABORACION