

Lesiones elementales como lenguaje dermatológico

Fco. Javier Vázquez Doval
Dermatólogo
DERMACLINIC- La Rioja

www.FormacionSanitaria.com

Índice

Prólogo	3
Lesiones Elementales Primarias	5
Inconsistentes.....	6
Sólidas.....	10
De contenido líquido	19
Lesiones Elementales Secundarias	21
Efímeras.....	22
Soluciones de continuidad	24
Disminución o aumento de tejido	26
Agrupaciones de las Lesiones Elementales Dermatológicas	31
Circinada o anular	32
Centrífuga.....	32
Herpetiforme.....	32
Lineal.....	33
Zoniforme o zosteriforme	33
Arciforme o en líneas de Blaschko	33
Serpiginosa	33
Numular.....	34
Discoide	34
Halos perilesionales	35

Prólogo

Prólogo

La descripción morfológica de cualquier dermatosis se lleva a cabo empleando las “lesiones elementales”, cuyo conocimiento es básico y esencial para poder entender la compleja nomenclatura de las enfermedades cutáneas. Además, siendo la dermatología una especialidad de diagnóstico esencialmente visual, la diferenciación de las lesiones elementales nos permite realizar una aproximación diagnóstica bastante exacta.

Aunque no existe unanimidad en la denominación, he intentado plasmar en este libro la clasificación más actual de las lesiones elementales basándome en una exhaustiva revisión bibliográfica, la reflexión personal y mi experiencia acumulada en 20 años de práctica clínica dermatológica.

Desde estas líneas vaya mi más sincero agradecimiento a los pacientes dermatológicos, ellos son la fuente de inspiración.

F.J. Vázquez Doval
Dermaclinic-La Rioja

Lesiones elementales primarias

Lesiones elementales primarias

Son aquellas que asientan sobre una piel inicialmente sana y aparecen al inicio de la enfermedad.

Se clasifican en:

- 1.1 Inconsistentes
- 1.2 Sólidas
- 1.3 De contenido líquido

1.1 Inconsistentes (Máculas)

Se denominan así, por no ser palpables, ser planas y ser visibles por el diferente color que presentan respecto de la piel adyacente.

Se clasifican en:

- 1.1.1 Vasculares
- 1.1.2 Discromías melánicas
- 1.1.3 Discromías por otros pigmentos

1.1.1. Vasculares

Eritemas activos (exantemas): de tonalidad rosada o rojo vivo, se originan por vasodilatación arterial y están calientes

Eritemas pasivos (cianosis): de color azulado o cianótico, se originan por la vasodilatación venosa y su temperatura es baja

Hemorragia: se produce a consecuencia de la extravasación de hematíes

Telangiectasias: dilataciones vasculares permanentes de los capilares de la dermis

Eritemas activos (exantemas)

Morbiliformes (Fig 1): pequeñas máculas con tendencia al agrupamiento y a dejar libres otras zonas del tegumento cutáneo.

Escarlatiniformes: Los elementos individuales son pequeños y pueden ocupar toda la superficie cutánea.

Roseola (Fig 2): se distribuye por el tronco en elementos aislados sin tendencia a confluir.



Fig 1
Exantema morbiliforme
en una toxicodermia



Fig 2
Roseola sifilítica

Eritemas pasivos (cianosis)

Eritrocianosis supramaleolar (Fig 3)

Livedo racemosa o reticular: de origen idopático (Fig 4) o secundaria a colagenosis (LES) o poliarteritis nudosa cutánea.



Fig 3
Eritrocianosis supramaleolar



Fig 4
Livedo reticularis

Hemorragia

Espontánea o púrpura: a consecuencia de trastornos vasculares (angiopáticas), plaquetarios (trombopáticas), o plasmáticos (coagulopatías).

Traumáticas: salida de eritrocitos de los vasos después de un traumatismo.

Formas clínicas

- Petequias: lesiones puntiformes (Fig 5)
- Equimosis: placas hemorrágicas (Fig 6)
- Víbices: lesiones purpúricas alargadas (Fig 7)
- Sufusiones: muy extensas o profundas (Fig 8)



Fig 5
Petequias en una vasculitis
leucocitoclástica



Fig 6
Equimo



Fig 7
Víbices en púrpura
trombocitopénica diopática



Fig 8
Sufususión traumática

Telangiectasias

Angiomas planos: manchas en vino de Oporto (Fig 9) (permanente), angioma medial del recién nacido (transitorios).

Telangiectasias: la telangiectasia generalizada esencial, las varículas de las extremidades inferiores, carcinomas basocelulares, radiodermatitis, telangiectasias faciales propias de la rosácea y del fotoenvejecimiento (Fig 10).



Fig 9
Nevus telangiectásico o
mancha en vino de Oporto.



Fig 10
Telangiectasias faciales causadas
por fotoenvejecimiento

1.1.2. Discromías melánicas

Las células productoras del pigmento melánico son los melanocitos. Las alteraciones pueden dar lugar a un exceso de pigmento (hipercromías), ausencia o déficit de pigmento (acromías o hipocromías) y a la combinación de ambas (leucomelanodermias).

Hipocrómicas/acrómicas: manchas en hoja de fresno de la PILOIA, las manchas del vitíligo (Fig 11) y del piebaldismo.

Hipercrómicas: Circunscritas (mancha café con leche , melasma, efélides) (Fig 12 y 13). Segmentarias, siguiendo las líneas de Blaschko (incontinentia pigmenti achromians). Difusas (enfermedad de Addison).

Leucomelanodérmicas: halo hiperpigmentado alrededor de una placa de vitíligo.



Fig 11
Vitíligo



Fig 12
Mancha café con leche



Fig 13
Cloasma

1.1.3. Discromías por otros pigmentos

Son consecuencia del acúmulo de otros pigmentos endógenos o exógenos en la piel

Amarillas: xantocromía betacarotínémica (Fig 14).

Grisáceas, azuladas o negras: argiria.

Tatuajes aficionados o profesionales (Fig 15).



Fig 14

Xantocromía betacarotínémica
debido a la ingesta de grandes
cantidades de naranjas



Fig 15:

Tatuaje profesional

1.2. Sólidas

- 1.2.1 Pápula
- 1.2.2 Placa
- 1.2.3 Verrugosidades y papilomas
- 1.2.4 Tubérculo
- 1.2.5 Nódulo
- 1.2.6 Goma
- 1.2.7 Tumor
- 1.2.8 Roncha
- 1.2.9 Quiste
- 1.2.10 Queratosis

1.2.1. Pápulas

Son pequeñas lesiones hasta 1 cm de diámetro, circunscritas, superficiales y sólidas

- Epidérmicas
- Dérmicas
- Mixtas
- Foliculares

1.2.1. Pápulas Epidérmicas

Se producen a consecuencia del incremento del grosor del epitelio

- Verrugas vulgares (Fig 16)
- Verrugas planas (Fig 17)
- Liquenificación



Fig 16



Fig 17

Verrugas vulgares periungueales Verrugas planas faciales

1.2.1. Pápulas Dérmicas

La elevación del epitelio es por acúmulo dérmico de células u otros materiales

- Acúmulos celulares:
nevus intradérmicos (Fig 18)
- Depósitos metabólicos:
material amiloide en el liquen amiloideo (Fig 19)



Fig 18
Nevus compuesto



Fig 19:
Liquen amiloideo

1.2.1. Pápulas Dérmicas

Hay engrosamiento del epitelio y acúmulos dérmicos

- Liquen ruber plano (Fig 20)



Fig 20
Liquen ruber plano

1.2.1. Pápulas Dérmicas

La pápula dérmica se forma exclusivamente alrededor del folículo pilosebáceo

- Queratosis pilar simple
- Acné (Fig 21)



Fig 21
Acné con predominio de pápulas eritematosa

Según la forma se clasifican en:

- Acuminada: miliaria rubra
- Aplanada: liquen ruber plano
- Con escamas: sífilis secundaria

Según el color se clasifican en:

- Rojas : psoriasis, liquen ruber plano
- Amarillas: xantomas (Fig 22)
- Hemorrágicas: vasculitis
- Negras: angioqueratoma negro solitario



Fig 22:
Xantomas

1.2.2. Placa

Es una elevación cutánea que ocupa una superficie relativamente amplia en relación con su altura sobre el nivel de la piel sana. Puede resultar de la confluencia de varias pápulas

- Liquen simple crónico (Fig 23)
- Psoriasis (Fig 24)



Fig 23
Liquen simple crónico
en el pliegue interglúteo



Fig 24
Psoriasis: placas eritematosas
recubiertas de escamas micáceas

1.2.3. Verrugosidades y papilomas

Es una pápula mixta constituida por una hipertrofia de las papilas dérmicas + queratosis (incremento del grosor de la capa córnea)

- Verrugas comunes
- Verrugas genitales (Fig 25)
- Verrugas plantares/palmares (Fig 26)
- Verrugas en mucosas o papilomas



Fig 25
Verrugas genitales



Fig 26
Verrugas palmares

1.2.

Son lesiones circunscritas a la dermis, voluminosas, de consistencia y tonalidad variable, que siempre dejan cicatriz. Son consecuencia de infiltrados en la dermis.

- Lepra
- Sarcoidosis (Fig 27)
- Tuberculosis (Fig 28)



Fig 27
Saracoidosis: lesión anular de centro ligeramente cicatricial



Fig 28
Lupus vulgaris tuberculoso: la diascopia permite evidenciar los lupomas de color amarillento en dermis.

1.2.5. Nódulo

Son similares a los tubérculos pero se caracterizan por situarse en la unión dermo-hipodérmica. Pueden dejar cicatriz o resolverse sin secuelas

- Eritema nudoso (Fig 29)
- Vasculitis nodular (Fig 30)



Fig 29
Eritema nudoso en pierna



Fig 30
Vasculitis nodular

1.2.6. Gomas

Formaciones nodulares con evolución característica: fase de crudeza, reblandecimiento, ulceración y cicatrización.

- gomas sifilíticas
- Escrofuloderma (Fig 31, Fig 32)



Fig 31
Fase de crudeza en un escrofuloderma



Fig 32
Fase de ulceración

1.2.7. Tumores

Lesiones neoplásicas circunscritas, no inflamatorias, persistentes y progresivas, que se desarrollan independientemente del tejido en el que asientan

- Tumores benignos: granuloma piógeno (Fig 33)
- Tumores malignos: carcinoma basocelular (Fig 34)



Fig 33
Granuloma piogénico



Fig 34
Carcinoma basocelular:
lesión ulcerada con bordes
típicamente perlados

1.2.8. Ronchas

Es una zona de edema (acúmulo de suero) dérmico/hipodérmico que ocasiona sobre elevación cutánea. Su color puede ser rojo o blanco. Siempre son evanescentes.

- Urticaria (Fig 35)



Fig 35
Urticaria colinérgica: pápulas sobre mácula eritematosa

1.2.9. Quistes

Son cavidades saculares que hacen prominencia en la piel, contienen material semisólido y ocasionalmente líquido y tienen un origen variado.

- Quistes anexiales: foliculares, ductales y apocrinos
- Quistes no anexiales: por trastornos del desarrollo embriológico o de origen ginecológico (endometriosis)
- Falsos quistes: pseudoquiste del pabellón auricular, mucocele, ganglión, etc.

Quistes Anexiales

- Quiste infundibular (Fig 36): originado en el infundíbulo.
- Quistes miliares (de pequeño tamaño) (Fig 37): origen infundibular.
- Quistes tricolemales (Fig 38): del istmo-catagen.
- Esteatocistoma (Fig 39): de la zona de unión del conducto sebáceo con infundíbulo. Su contenido es un líquido oleoso.
- Quistes apocrinos (Fig 40): (hidrocistoma apocrino).



Fig 36
Quiste infundibular



F
Quiste



Fig 38
Quiste tricolemal, que típicamente asienta en cuero cabelludo



Fig 39
Esteatocistoma Múltiple, cuyo contenido suele ser oleoso



Fig 40:
Hidrocistoma apocrino

1.2.10. Queratosis

Engrosamiento de la capa córnea por modificaciones cuantitativas o cualitativas de la queratina

- Congénitas: ictiosis (Fig 41)
- Mecánicas: callosidades (Fig 42)
- Tóxicas: queratosis arsenicales
- Queratodermias palmoplantares: congénitas (Fig 43 y 44) o adquiridas
- Disqueratosis: enfermedad de Darier



Fig 41
Ictiosis



Fig 42
Callosidad



Fig 43 y 44: Hiperqueratosis palmo-plantar

1.3. Contenido líquido

1.3.1 Vesícula /ampolla

1.3.2 Pústula

1.3.3 Absceso

1.3.1.Vesículas y ampollas

Son lesiones de contenido líquido. Las vesículas son hasta 0.5 cm de diámetro. Las ampollas son mayores de 0.5 cm. Atendiendo a su localización en la epidermis, se dividen en:

- Subcórnea: impétigo ampoloso (Fig 45)
- Intraepidérmica (según su mecanismo de formación):
 - Espongiosis: eccema alérgico de contacto (Fig 46)
 - Acantolisis: pénfigo vulgar (Fig 47)
 - Degeneración balonzante: herpes simple (Fig 48)
 - Citolisis: epidermolisis ampollosa simple (Fig 49)
- Subepidérmicas: pénfigoide ampoloso (Fig 50) (lámina lúcida), epidermolisis ampollosa distrófica (bajo la lámina densa)
- Dérmicas



Fig 45
Impétigo ampoloso



Fig 46
Eccema de contacto alérgico



Fig 47 Fig 48
Pénfigo herpes simple



Fig 49
Epidermolisis ampollosa simple



Fig 50
Penfigoide ampoloso

1.3.2. Pústulas

Cavidad rellena de pus amarillento, rodeada habitualmente de un halo inflamatorio.

- Foliculares: impétigo de Bockhart (Fig 51)
- Extrafoliulares: psoriasis pustular (Fig 52)

1.3.3. Absceso

Cavidad de más de un cm de diámetro rellena de pus amarillento.



Fig 51
impétigo de Bockhart



Fig 52
psoriasis pustular