

MANUAL BÁSICO DE

DERMATOSCOPIA

para médicos de ATENCIÓN PRIMARIA

Dra. Fátima G. Moreno-Suárez

Dr. Alejandro Pérez Milena

Dr. Pedro P. Lozano Prieto

 FAES FARMA

Contenido

1. Conceptos generales
2. Método diagnóstico
3. Lesiones cutáneas no melanocíticas frecuentes
4. Lesiones cutáneas melanocíticas frecuentes



Cuquerella Medical Communications
c/ Barbadillo 4, 1ª planta • Oficina 7, 28042 Madrid

www.cuquerellamedical.com

DEPÓSITO LEGAL: M-31687-2021 • ISBN: 978-84-09-35371-2

Publicación financiada por FAES FARMA

Queda rigurosamente prohibida, sin previa autorización por escrito de los editores, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier procedimiento.

MANUAL BÁSICO DE

DERMATOSCOPIA

para médicos de ATENCIÓN PRIMARIA

Dra. Fátima G. Moreno Suárez

Dermatóloga. Complejo Hospitalario de Jaén

Dr. Alejandro Pérez Milena

Médico de Familia. Centro de Salud El Valle. Jaén

Dr. Pedro P. Lozano Prieto

Médico de Familia. Centro de Salud Virgen de la Capilla. Jaén

1. Conceptos generales

¿Qué es la dermatoscopia?

La dermatoscopia o epiluminiscencia es una técnica diagnóstica **no invasiva** de diagnóstico dermatológico que permite la visualización microscópica de las estructuras de la piel que no son visibles a simple vista. Para ello utiliza las propiedades físico-ópticas de la piel (reflexión, absorción, refracción y dispersión).

La dermatoscopia logra que el estrato córneo de la piel se torne traslúcido, haciendo que disminuya la reflexión de los haces de luz, lo que permite visualizar estructuras de la epidermis, unión dermoepidérmica e incluso de la dermis superficial. Supone un paso intermedio entre la clínica y la anatomía patológica. Todo esto contribuye a mejorar el diagnóstico de las lesiones cutáneas, pudiendo realizar diagnóstico diferencial de las lesiones potencialmente malignas y sobre todo del melanoma.

Su uso incrementa hasta en un 30 % la sensibilidad diagnóstica respecto al «ojo desnudo», de ahí que el PAPPS 2018 (Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud) recomiende su uso ante signos y síntomas con alto valor predictivo positivo de lesiones malignas de la piel.

Utiliza un instrumento óptico llamado **dermatoscopio**.

El dermatoscopio

No se trata de una simple lupa, aunque está compuesto de una lente acromática (habitualmente de 10 aumentos), una fuente de luz integrada y una fuente de iluminación; según esta última, distinguimos dos tipos de dermatoscopios:

◆ *Dermatoscopio de contacto*

Son los dermatoscopios convencionales desarrollados en 1958 (la dermatoscopia es una técnica reciente). Está compuesto de una luz no polarizada de diversos niveles y requiere de una interfase líquida (etanol, aceite mineral, gel de ultrasonido...), dado que la aplicación de un fluido de inmersión sobre la lesión a estudiar permite reducir la reflexión de la luz, haciendo la epidermis transparente, lo que a su vez permite la visualización de las estructuras situadas en la epidermis, unión dermo-epidérmica y a veces hasta en la dermis papilar.

Como inconvenientes:

- ◆ Precisa de mayor tiempo de exploración.
- ◆ A veces se forman burbujas de aire en los fluidos de interfaz que dificultan la visualización de la lesión.
- ◆ Precisa de limpieza y desinfección del aparato después de cada exploración para evitar el riesgo de infecciones tras el contacto de la lente con la piel de varios pacientes.

Dermatoscopio de luz no polarizada



◆ *Dermatoscopio de luz polarizada*

Aparecieron en el año 2001, aportando como novedad no requerir de una interfase líquida, esto los hace más eficientes en la consulta del médico de familia, al requerir menos tiempo.

La luz polarizada se refleja más profundamente que la luz normal (unos 0,6 a 1 cm), permitiendo apreciar hasta la dermis superficial y media.

Dermatoscopios de luz polarizada



Actualmente son los dispositivos más versátiles, pues además se pueden adaptar a cámaras fotográficas o dispositivos móviles para guardar un registro gráfico de la lesión. Esto nos permite utilizar las imágenes para consultarlas en caso de duda con compañeros más especializados.

La principal desventaja es su mayor coste.

Estos dispositivos los usaríamos para la **dermatoscopia manual**.

Existe una modalidad de dermatoscopia que se está imponiendo, sobre todo en pacientes con muchas lesiones: **dermatoscopia digital**. En esta modalidad el dermatoscopio se acopla a un sistema informático y permite el control digital de las lesiones (sobre todo en lesiones pigmentarias).

La dermatoscopia es, por tanto, una técnica diagnóstica no invasiva de reciente aparición (su uso se inició en el siglo XVII, pero con mayor difusión y perfeccionamiento en el siglo XX).

Indicaciones de la dermatoscopia

Contribuye a reducir la incertidumbre diagnóstica en muchas lesiones dérmicas para diferenciar entre benignidad y malignidad, por lo tanto, la indicación fundamental de la dermatoscopia son aquellas lesiones dérmicas donde el diagnóstico clínico sea insuficiente y no aporte seguridad para la toma de decisiones. Es fundamental en lesiones pigmentadas como ayuda al diagnóstico precoz del melanoma.

Al ser una técnica muy reciente, cada vez aparecen más aplicaciones e indicaciones, existiendo ya criterios dermatoscópicos de algunas lesiones inflamatorias e infecciosas de la piel y de alteraciones del pelo y las uñas.

El médico de familia juega un papel fundamental en el diagnóstico precoz de las lesiones potencialmente malignas de la piel, y es por nuestras consultas por donde los pacientes pasan por muy diversos motivos, pudiendo detectar lesiones sospechosas en la fase exploratoria. Por tanto, al ser una técnica barata deberíamos intentar formarnos y no relegarla en exclusiva al médico especialista en dermatología, para así mejorar:

- ◆ Nuestra habilidad en el triaje de lesiones dermatológicas.
- ◆ Derivar a los pacientes en estadios precoces de la enfermedad.
- ◆ Aumentar el diagnóstico precoz de las lesiones.

Dado el carácter visual de la dermatología, en algunas comunidades autónomas se está implantando la **tele-dermatología**, en la que el médico de familia realiza una serie de fotografías que se envían de forma asíncrona al dermatólogo para recibir una respuesta sobre las mismas.

La teledermatología se utiliza en patología preferentemente tumoral o que nos genere dudas con tumores, dado el aumento de la demanda de esta patología de la piel (más de un 50 %) y debido también a que el circuito asistencial Primaria-Dermatología es

muy lento, mejorando así los tiempos de respuesta en patología potencialmente maligna. Esto supone una serie de **ventajas**:

- ◆ Diagnóstico precoz del cáncer cutáneo, tanto melanoma como no melanoma.
- ◆ Mejora la capacidad de respuesta del dermatólogo.
- ◆ Nos ayuda a priorizar aquellos tratamientos que más lo precisen.
- ◆ Diagnóstico prequirúrgico más preciso en los centros de salud que realicen cirugía menor.
- ◆ Favorece la accesibilidad a los pacientes alejados del hospital o con problemas de movilidad.
- ◆ Nos ofrece a los médicos de familia un *feed-back* docente, aumentando nuestra precisión diagnóstica conforme vamos recibiendo respuestas del dermatólogo.

Como **inconvenientes**, podríamos destacar:

- ◆ Consume más tiempo de consulta, con lo que ello conlleva (modificación de agendas).
- ◆ Precisa de dotación de recursos (dermatoscopios, historia clínica digital, cámaras fotográficas, ordenadores, entornos web...).
- ◆ Necesidad de formación y entrenamiento.
- ◆ Es necesario realizar una selección previa de los pacientes candidatos.

La OMS, en 1998, define la telemedicina como *la distribución de servicios de salud en los que la distancia es un factor crítico, donde los profesionales de la salud usan información y tecnología de comunicaciones para el intercambio de información válida para el diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades o daños, investigación y evaluación; y para la educación continuada...*

Aspectos éticos

Al realizar fotografía digital para el diagnóstico por telemedicina debemos ser incluso más rigurosos con los aspectos de confidencialidad y bioética.

- ◆ Debemos disponer de un programa o historia clínica digital estandarizada donde almacenar fotografías que, al fin y al cabo, son datos médicos de

nuestros pacientes. En *smartphone* u otros dispositivos móviles, se deben borrar lo antes posible una vez incluidas en la historia clínica. En estos dispositivos debemos también desconectar la subida automática a la nube y no subir las fotografías nunca a un dominio abierto.

- ◆ Es muy importante siempre informar al paciente del objeto de la exploración fotográfica.
- ◆ Hemos de explicarle los escenarios que se puedan dar tras la exploración: ser llamado por teléfono para citar, cita por correo a consulta para completar estudio, cita a quirófano...
- ◆ Siempre hemos de tener el consentimiento informado para obtener las imágenes, y el paciente en cualquier momento puede revocar dicho consentimiento. En el caso de menores el consentimiento lo dará el tutor/a legal.

Buenas prácticas en fotografía médica

- ◆ Solo incluir los ojos en caso necesario, y si es posible taparlos con alguna marca.
- ◆ Evitar imágenes en diagonal; lo mejor es realizarlas en un plano paralelo a la cámara con encuadre horizontal.
- ◆ No incluir marcas de nacimiento o tatuajes a no ser que sea necesario para el mejor conocimiento de la lesión.
- ◆ En el fondo evitar superficies brillantes, con dibujos o con trama.
- ◆ No incluir joyas, ya que a veces son exclusivas o familiares y podrían identificar al paciente.
- ◆ Usar fondos de color uniforme: paños de quirófano, pared o puerta blanca no brillante...
- ◆ Si por distintas razones no se puede garantizar el anonimato, hay que explicárselo al paciente y solicitar permiso para su publicación. Este permiso, al igual que el consentimiento, se puede revocar en cualquier momento.
- ◆ Evitar que aparezca el mobiliario de la consulta o la ropa del paciente, las gafas o todo aquello que pueda ser un distractor.
- ◆ Se deben respetar los derechos y dignidad del paciente en todo momento mientras se toman las imágenes.
- ◆ Intentar utilizar *flash*.
- ◆ Evitar fotografías desenfocadas.
- ◆ En teledermatología, intentaremos incluir al menos 3 imágenes:
 - Una panorámica para localizar la lesión.
 - Una macroscópica para ver la lesión de forma similar a cómo la ve el ojo desnudo.
 - Al menos una dermatoscópica.
- ◆ Evitar contraluz.
- ◆ Intentar hacerlas en modo automático.

Indicaciones de la teledermatología

◆ Los tumores dermatológicos

- ◆ Carcinoma basocelular.
- ◆ Carcinoma espinocelular.
- ◆ Queratoacantoma.
- ◆ Melanoma.
- ◆ Nevus atípicos.
- ◆ Sospecha de cualquier otro tumor maligno.
- ◆ Nevus de Spitz.
- ◆ Seguimiento de nevus congénitos.

◆ Cuando algunos de estos nos generen duda

- ◆ Nevus melanocíticos adquiridos.
- ◆ Nevus azules.
- ◆ Queratosis seborreicas muy pigmentadas.
- ◆ Queratosis actínicas.
- ◆ Dermatofibromas.
- ◆ Léntigos.
- ◆ Lesiones vasculares.
- ◆ Cualquier otro tumor dermatológico que nos genere dudas diagnósticas.

Principales estructuras dermatoscópicas y su correlación histológica de las lesiones pigmentadas

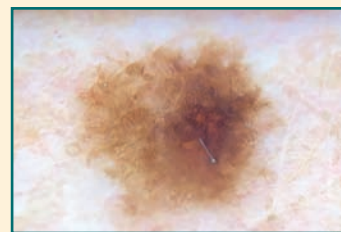
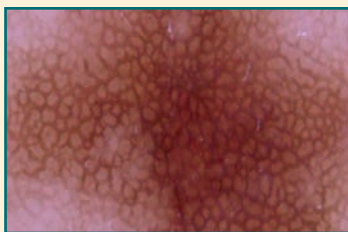
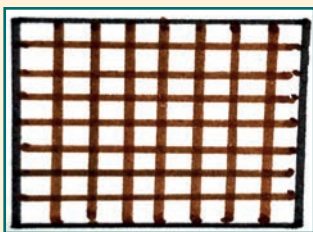
Se denominan «criterios dermatoscópicos» cuando las estructuras dermatoscópicas se asocian a determinadas lesiones cutáneas.

◆ **Retículo pigmentado**

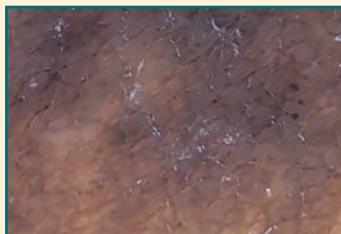
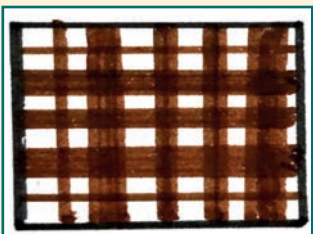
Se trata de una estructura en red (o «panal de abejas») formada por líneas entrecruzadas de color marrón o negro que dejan entre ellas orificios hipopigmentados. Está ocasionado por la presencia de una pigmentación melánica en los queratinocitos de las crestas de la unión dermoepidérmica. A su vez puede ser:

- ◆ **Retículo típico:** red homogénea con líneas finas y homogéneas, con orificios pequeños. Presenta un aspecto regular y delicado. El color de la lesión sobre la que asienta el retículo tiende a difuminarse en la periferia.
- ◆ **Retículo atípico:** red heterogénea irregular con líneas gruesas y prominentes, con orificios de distintos tamaños. Suele presentar una interrupción abrupta en la periferia.

Retículo típico



Retículo atípico



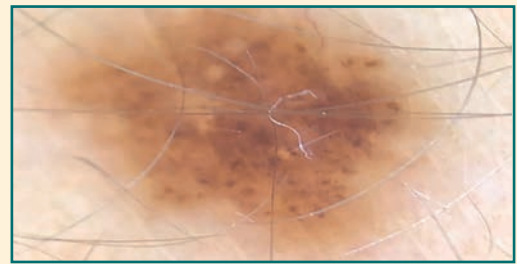
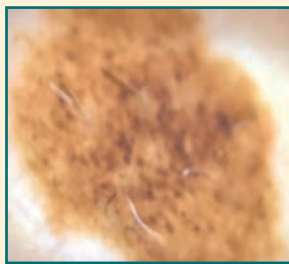
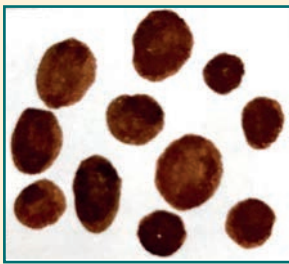
◆ Puntos y glóbulos

Los **puntos** son estructuras redondeadas de menos de 0,1 mm de diámetro. Pueden ser de coloración negra, marrón o azul-gris. Se relacionan con los agregados de melanocitos o gránulos de melanina en la capa córnea o intraepidérmicos.

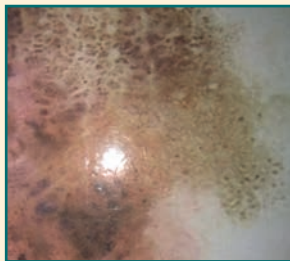
Los **glóbulos** son estructuras redondeadas u ovaladas, de más de 0,1 mm de diámetro. Pueden ser de coloración marrón, negra o roja en función del fototipo del paciente. Están formados por nidos de melanocitos en la dermis superficial.

Existe un patrón especial de disposición de melanina que podría ser una variedad de patrón globular, los glóbulos tienen formas poligonales y lo llamamos **patrón en empedrado**.

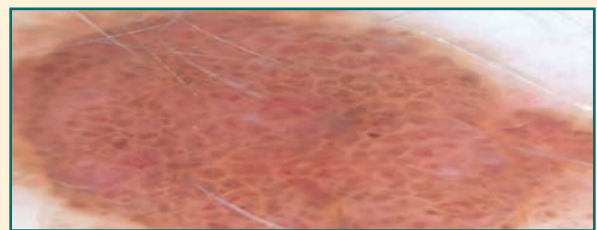
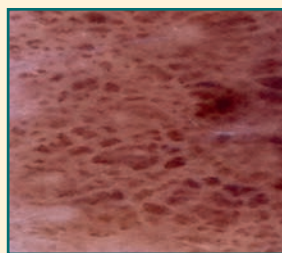
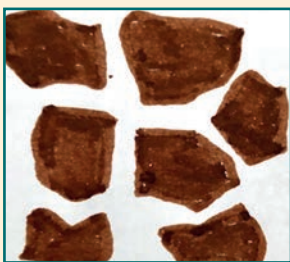
Patrón globular típico



Patrón globular atípico



Patrón en empedrado

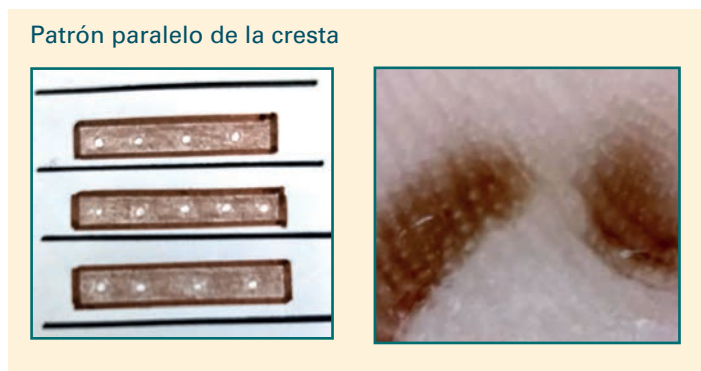
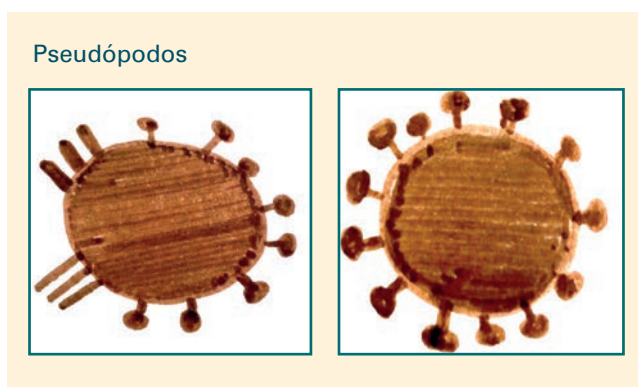


◆ *Proyecciones lineales, radiales y pseudópodos*

Las **proyecciones lineales** son estructuras lineales que aparecen en el borde de una lesión. Se extienden a la piel normal adyacente y no están claramente combinadas con las líneas del retículo pigmentado. Expresan la presencia de agregados de células tumorales con distribución paralela a la epidermis.

Los **pseudópodos**, por su parte, son estructuras similares, pero con morfología digitiforme en el borde de una lesión. También se llaman en «palillo de tambor», en bulbo o «en forma de porra». Están formados por nidos tumorales de pequeño tamaño, con una morfología celular distinta de las células tumorales adyacentes, en la periferia de la lesión.

A veces en los nevos de Spitz/Reed aparecen en todo el borde de la lesión, denominándose «**patrón en estallido de estrellas**».



◆ *Patrón paralelo del surco y de la cresta*

Son estructuras que se visualizan en manos y pies, formando bandas pigmentadas paralelas en las zonas acrales, que ocupan respectivamente, los surcos de los dermatoglicos o las crestas y las desembocaduras de las glándulas ecrinas, respetando el acrosilino (glándula sudorípara).

- ◆ **Patrón paralelo del surco:** sugiere benignidad.
- ◆ **Patrón paralelo de la cresta:** sugiere malignidad. Los puntos blancos corresponden a los acrosilings.

◆ Patrón homogéneo

La lesión presenta una pigmentación difusa, de color marrón, azul, gris-azul o gris-negruzca. Habitualmente se observa en los nevos azules que son benignos.

Patrón homogéneo

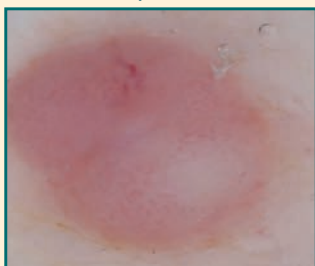


Patrón multicomponente

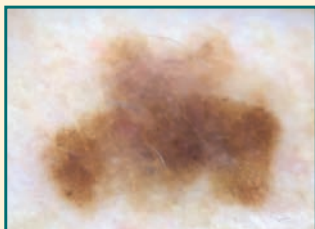


Vemos glóbulos, retículo y proyecciones lineales

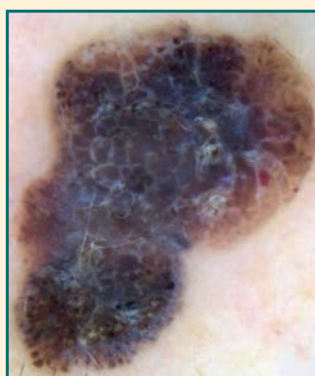
Patrón inespecífico



Velo azul blanquecino



Áreas desestructuradas



Área desestructurada en el centro, pero también podemos ver velo azul-blanquecino en el centro y pseudópodos en la zona inferior (melanoma).

◆ Patrón multicomponente

Combinación de tres o más estructuras distintas en una misma lesión. Dos estructuras no sería multicomponente, se llamaría retículo-globular por ejemplo. En los nevos benignos encontraremos 3 o más estructuras típicas (retículo típico, glóbulos típicos, pseudópodos por todo sin asimetrías...), en los nevos displásicos y en melanomas serán atípicos.

◆ Patrón inespecífico

Lesión no clasificable en ninguno de los patrones descritos, pero tampoco nos recuerda a ningún otro de los patrones descritos. Si observamos vasos irregulares o polimórficos, puntiformes..., se debería considerar la posibilidad de melanoma, sobre todo de melanoma amelanótico.

Todos estos patrones que hemos definido corresponden a lesiones melanocíticas, en el siguiente capítulo estudiaremos el diagnóstico en 2 etapas, donde clasificaremos a las lesiones en melanocíticas y no melanocíticas.

◆ Otras cuestiones importantes a tener en cuenta al mirar por el dermatoscopio

- ◆ **Velo azul blanquecino:** se trata de una pigmentación difusa confluyente azul-grisácea o azul-blanquecina. Es reflejo de ausencia de estructuras en su interior y no suele ocupar la lesión por completo. Suele estar recubierta por un velo que le otorga una apariencia en «vidrio esmerilado». Histológicamente corresponde al depósito de melanina en la dermis profunda.
- ◆ **Áreas desestructuradas:** corresponden a zonas de la lesión melanocítica en la que no pueden distinguirse estructuras en su interior. Pueden adoptar el aspecto de áreas hiperpigmentadas de color marrón, gris o negro (manchas de pigmento), o ser por el contrario áreas de hipopigmentación. Cuando su distribución dentro de la lesión melanocítica es regular y difusa, puede considerarse benigna. En cambio, una distribución irregular y focal debe hacer sospechar malignidad.

Áreas de regresión

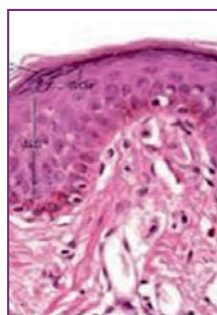


- ◆ **Áreas de regresión:** pueden ser áreas de color azul-grisáceo con un punteado fino en su interior. Indican la presencia de melanofagia (macrófagos cargados de melanina o melanófagos). Su significado es la respuesta del sistema inmune ante una lesión que quiere fagocitar.

En los siguientes capítulos, estudiaremos también las características dermatoscópicas de las lesiones más importantes como las lesiones vasculares, la dermatoscopia del carcinoma basocelular, del carcinoma espinocelular, de las queratosis seborreicas...

Los colores en dermatoscopia

◆ Color de la melanina



Capa córnea	Negro
Epidermis	Marrón
Dermis superficial	Gris
Dermis profunda	Azul

◆ Color de otros elementos

Hemoglobina	Fibrosis Hipopigmentación
Material sebáceo Hiperqueratosis	Material serohemático
Sangre coagulada	Hemosiderina

Bibliografía

1. Pehamberger H, Steiner A, Wolf K. In vivo epiluminescence microscopy of pigmented skin lesions. I. Pattern analysis of pigmented skin lesions. J Am Acad Dermatol 1967;17:571-83.
2. Argenziano G, Soyer HP, Chimenti S, Talamini R, Corona R, Sera F, et al. Dermoscopy of pigmented skin lesions: results of a consensus meeting via the Internet. J Am Acad Dermatol. 2003;48:679-93.
3. Marzo-Castillejo M, Vela-Vallespín C, Bellas-Beceiro B, Bartolomé-Moreno C, Melús-Palazón E, et al. Recomendaciones de prevención del cáncer. Actualización PAPPs 2018. Aten Primaria. 2018;50(Supl 1):41-65. [https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-recomendaciones-prevencion-del-cancer-actualizacion-S0212656718303627].
4. Malvehy J, Puig S, Braun RP, Marghoob AA, Kopf AW. Manual de Dermatoscopia. Barcelona: Editorial BCN Art Directe; 2006. p.1-20.
5. Nuevos métodos de educación sanitaria en atención primaria de la salud. Informes técnicos, 690. Ginebra: OMS; 1983.
6. Soler González J, Riba Torrecillas D, Rodríguez-Rosich A, Ribera Pibernat M. Fotografía digital en atención primaria. FMC. 2003;10: 536-43.
7. Aplicaciones de la tecnología digital en la medicina rural. SEMERGEN. 2004;30:175-9.
8. Revenga Arranz F. Fotografía digital o fotografía analógica: un estudio de minimización de costes. Piel. 2004;19:81-2.

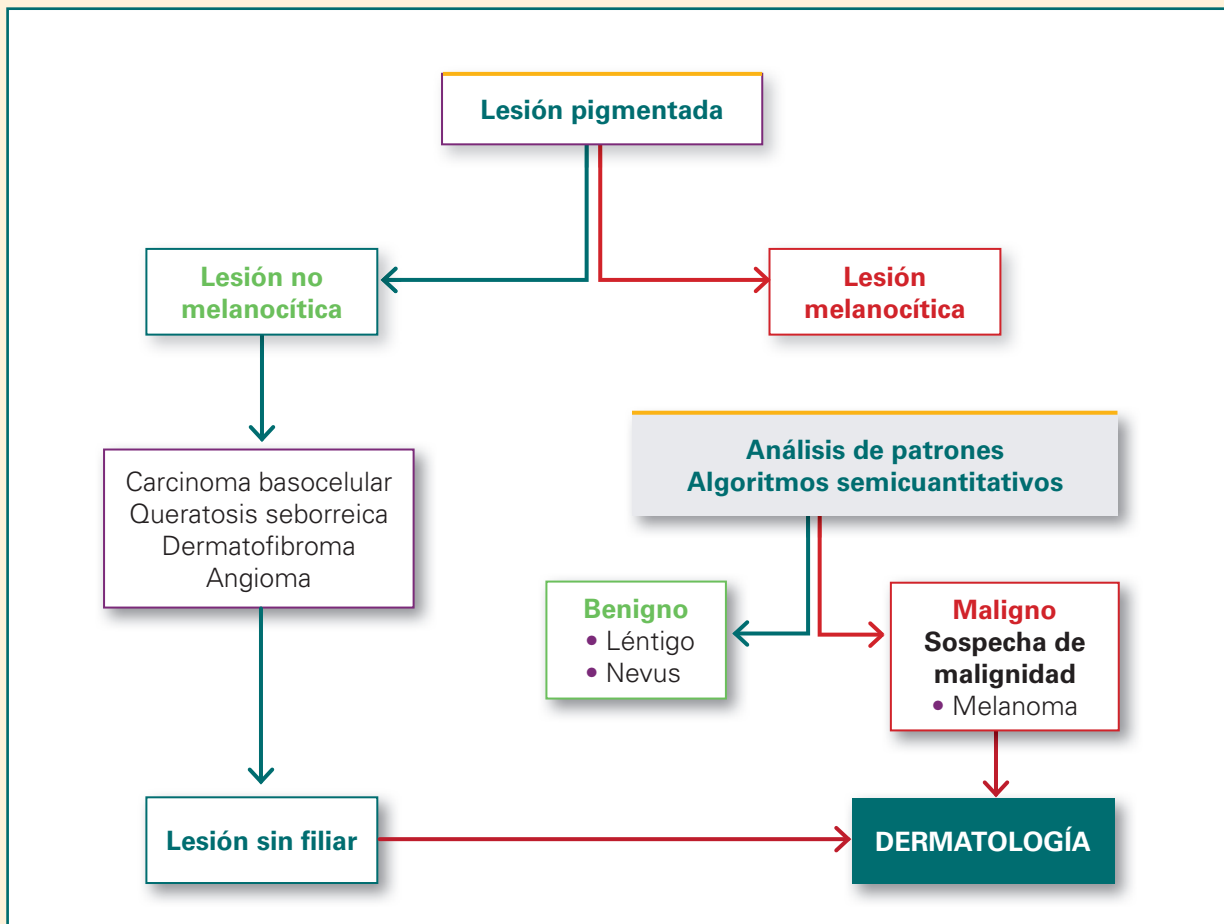
2. Método diagnóstico

Método diagnóstico en dos etapas

El **análisis de patrones** es el método más completo para llegar a un diagnóstico dermatoscópico de una lesión melanocítica, mediante una exhaustiva valoración de su color, distribución y localización. No obstante, requiere mayor tiempo de exploración y más experiencia en la dermatoscopia.

En cambio, el **método diagnóstico en dos etapas** es muy útil en las lesiones cutáneas pigmentadas para facilitar la interpretación de toda la información. La primera etapa determina si se trata de una lesión melanocítica o no melanocítica. Si se confirma que es una lesión melanocítica visualizando alguna de las estructuras características, se pasa a la segunda etapa para clasificarla como benigna, sospechosa o melanoma.

Método diagnóstico en dos etapas



PRIMER PASO. Diferenciar lesiones melanocíticas

Al evaluar una lesión pigmentada mediante el dermatoscopio, se debe reconocer al menos una de las siguientes estructuras dermatoscópicas, que son criterio de lesión melanocítica (anexo pág.15):

1. Red de pigmento (**patrón reticular**).
2. Glóbulos agregados (**patrón globular**).
3. Líneas o proyecciones (**patrón estrellado**).
4. **Pigmentación azul homogénea**.
5. **Patrón paralelo**, en el caso de las lesiones de localización palmo-plantar.

Si la lesión no cumple ningún criterio para ser clasificada como melanocítica, deberá ser clasificada dentro de alguno de los patrones de las lesiones no melanocíticas (Capítulo 3): carcinoma basocelular, queratosis seborreica, dermatofibroma o angioma.

Si no cumple ninguno de estos criterios, la lesión debe ser considerada por defecto de origen melanocítico y evaluada por un dermatólogo para establecer un diagnóstico definitivo.

SEGUNDO PASO. Diferenciar estructuras que sugieran malignidad

La misión fundamental del médico de familia no es diagnosticar sino realizar un cribado de lesiones malignas o sospechosas de malignidad para favorecer un diagnóstico precoz del melanoma. Existe una fuerte evidencia a favor del uso de la dermatoscopia en Atención Primaria dado que mejora la capacidad del médico de familia para clasificar lesiones sugerentes de cáncer de piel.

Desde el punto de vista clínico y dermatoscópico, **un patrón melanocítico típico presentará una distribución simétrica de las estructuras y colores característicos de las lesiones dermatológicas de comportamiento benigno, mientras que un melanoma presentará un patrón atípico.**

Para facilitar la interpretación de las imágenes se han propuesto diferentes algoritmos semicuantitativos que permiten a un médico menos experto evaluar la imagen y cribar aquellas lesiones sugerentes de malignidad. Estos métodos permiten realizar un cribado de las lesiones malignas con una adecuada sensibilidad y especificidad.

- ◆ Regla de los tres puntos.
- ◆ Regla del ABCD.
- ◆ Método de Menzies.
- ◆ Lista de los 7 puntos de Argenziano.

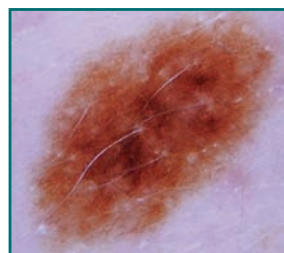
◆ Regla de los tres puntos

Este método está validado para médicos de familia, es reproducible y ofrece una alta sensibilidad para el diagnóstico de melanoma en manos de facultativos no expertos. Ofrece una lista de verificación con 3 puntos a valorar en la imagen dermatoscópica de una lesión melanocítica.

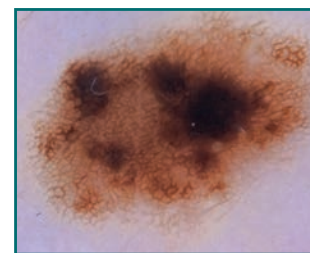
1. Asimetría.
2. Retículo pigmentado atípico.
3. Estructuras de color blanco azuladas.

1. Asimetría

La lesión benigna debe ser simétrica en color y estructuras, no solo en su forma, en los dos ejes de la lesión. Las lesiones malignas suelen ser asimétricas en alguno o en todos los ejes con respecto a su color y a las estructuras que contiene. La puntuación es la siguiente.



Simetría = 0 puntos



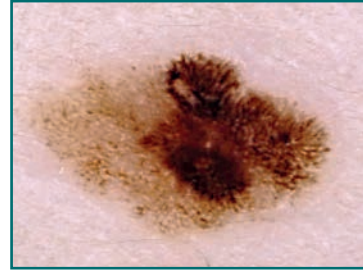
Asimetría = 1 punto

2. Retículo pigmentado atípico

El retículo atípico, como se describió en el capítulo 1 del manual, ofrece una red de pigmento con orificios irregulares no uniformes y líneas gruesas, de grosor irregular y aspecto burdo. Por el contrario, en el patrón reticular típico se aprecian líneas delgadas regulares y orificios uniformes. La puntuación es la siguiente:



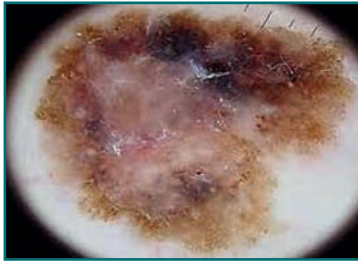
Patrón reticular típico = 0 puntos



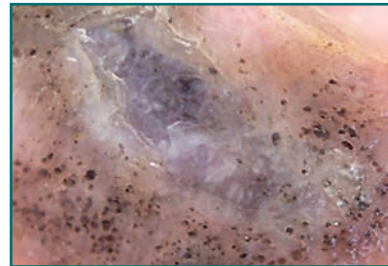
Patrón reticular atípico = 1 punto

3. Estructuras blanco-azuladas

Si se aprecia cualquier tipo de coloración azulada, blanquecina o ambas en la lesión melanocítica, siempre con un aspecto opaco y/o de colores desvaídos, se suma un punto. Las lesiones de color blanco suelen presentar mayor hipopigmentación que la piel circundante.



Estructuras blanquecinas = 1 punto



Estructuras azules = 1 punto

◆ Puntuación y sospecha de malignidad

- ◆ Con un solo criterio (1 punto) es precisa ya la valoración de un dermatólogo para descartar la presencia de un melanoma temprano.
- ◆ Cuando se puntúa con 2 o 3 criterios positivos, la sospecha de melanoma o carcinoma basocelular pigmentado es muy elevada y la lesión debe ser extirpada quirúrgicamente para su análisis histológico. Con dos puntos la sensibilidad para detectar un cáncer de piel es superior al 95 %.

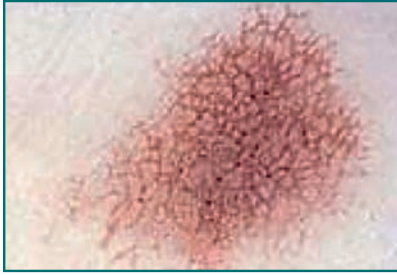
La mayoría de los melanomas tienen dos de los tres criterios de la regla de 3 puntos, mientras que la mayoría de las lesiones benignas no presentan estos criterios.

◆ Cuándo no usar la regla de los tres puntos

Existen algunas excepciones donde las lesiones no pueden evaluarse siguiendo los criterios de la regla de los tres puntos, y se describen a continuación:

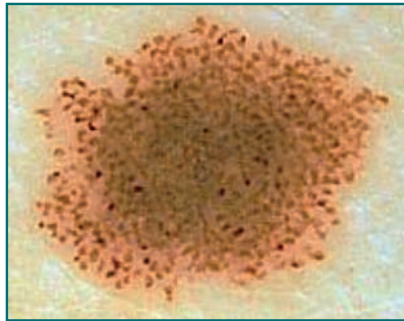
- ◆ Melanoma amelanico (no tiene pigmento).
- ◆ En determinadas localizaciones:
 - Cara.
 - Superficie acral de manos y pies.
 - Uñas de los dedos.
 - Superficies mucosas.

ANEXO 1. Lesiones dermatoscópicas sugerentes de lesión melanocítica



◆ Retículo pigmentado

Se trata de una red compuesta por líneas de color marrón o negro que dejan entre ellas orificios hipopigmentados. Es producto de una pigmentación melánica en los queratinocitos de las crestas de la unión dermoepidérmica.



◆ Agregados de glóbulos

Los puntos (diámetro $<0,1$ mm) y los glóbulos (diámetro $>0,1$ mm) son estructuras redondeadas u ovaladas, marrónceas, azul, gris o negras. Los puntos son agregados de melanocitos o gránulos de melanina en la capa córnea o intraepidérmicos y los glóbulos son nidos de melanocitos en la dermis superficial.



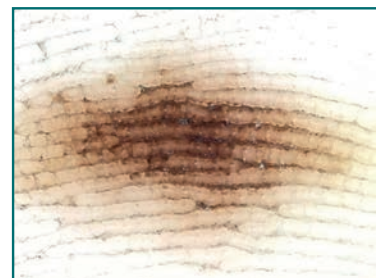
◆ Ramificaciones lineales

Estructuras lineales (proyecciones lineales) o en «palillo de tambor» (pseudópodos), marrón o negra. Son agregados de células tumorales en la periferia de la lesión con una distribución paralela a la epidermis.



◆ Pigmentación azul-homogénea

Área homogénea de coloración azulada que abarca la totalidad de la lesión sin otras estructuras dermatoscópicas en su interior. Se trata de una proliferación homogénea de melanocitos cargados de melanina ocupando la dermis.



◆ Patrón paralelo

Localizado en las zonas palmo-plantares por hiperpigmentación de las bandas paralelas que siguen la estructura de los dermatoglifos (surcos y crestas).

Bibliografía

1. Malvey J, Puig S, Braun RP, Marghoob AA, Kopf AW. Manual de Dermatoscopia. Barcelona: BCN Art Direct SL, 2006.
2. Marghoob AA, Usatine RP, Jaimes N. Dermoscopy for the family physician. *Am Fam Physician*. 2013;88:441-50.
3. Pons S, Figueras O. Método diagnóstico en dos etapas. *AMF* 2017;13:556-9.
4. Zaballos P, Carrera C, Puig S, Malvey P. Criterios dermatoscópicos para el diagnóstico del melanoma. *Medicina Cutánea* 2004;32:3-17.

3. Lesiones cutáneas no melanocíticas frecuentes

La dermatoscopia es una técnica de exploración cutánea, práctica, rápida, no invasiva, que aumenta nuestra precisión diagnóstica al poder visualizar estructuras invisibles al ojo desnudo y permite la documentación digital de las lesiones. Ha demostrado ser una herramienta muy valiosa en el diagnóstico de ciertas lesiones cutáneas, en especial, las de etiología tumoral. Tal es su utilidad en la práctica clínica habitual, que su uso no solo se circunscribe a tumores cutáneos, sino que se hace extensiva a patologías inflamatorias, sobre todo de etiología capilar.

Teniendo en cuenta el importante volumen de consultas que suponen las lesiones cutáneas en atención primaria, no es de extrañar que la dermatoscopia sea una técnica que se pueda y deba realizar también en este nivel, mejorando la sensibilidad diagnóstica del facultativo, ayudándole a priorizar la derivación de las lesiones tumorales malignas, disminuyendo así la morbi-mortalidad asociada a las mismas.

A continuación, contemplaremos los principales hallazgos dermatoscópicos de las lesiones cutáneas más frecuentes que nos encontramos en la consulta de atención primaria. Siguiendo el esquema diagnóstico de las dos etapas, abordaremos en este capítulo las lesiones no melanocíticas y en el siguiente capítulo las lesiones melanocíticas.

● Lesiones no melanocíticas:

- ◆ Dermatófibroma.
- ◆ Queratosis seborreica.
- ◆ Léntigo solar.
- ◆ Carcinoma basocelular.
- ◆ Enfermedad de Bowen.
- ◆ Queratosis actínicas.
- ◆ Carcinoma espinocelular.
- ◆ Lesiones vasculares:
 - Hemangioma adquirido.
 - Angioqueratoma.
 - Granuloma piógeno.
- ◆ Hiperplasia sebácea.
- ◆ *Molluscum contagiosum*.
- ◆ Verrugas víricas.
- ◆ Condilomas acuminados.

● Lesiones melanocíticas:

- ◆ Nevus melanocíticos.
- ◆ Melanoma.
- ◆ Metástasis cutáneas de melanoma.

Lesiones no melanocíticas

Son lesiones que no derivan de los melanocitos, pero algunas de ellas pueden presentar pigmento o estructuras marrones o negruzcas que nos lo pueden recordar.

● **Dermatófibroma**

El dermatofibroma o histiocitoma es un tumor benigno y frecuente. Aparece con mayor frecuencia en las mujeres y en el 80 % de los casos se localiza en los miembros inferiores.

- ◆ **Clínica:** pápula redondeada de color marrón grisáceo, firme al tacto, con «signo del hoyuelo positivo» al ejercer compresión lateral de la lesión. Puede medir entre unos pocos milímetros hasta 2 centímetros.
- ◆ **Dermatoscopia:**
 - **Parche blanco central:** área blanquecina sin estructuras específicas que corresponde a un área de fibrosis del tumor.
 - **Retículo fino periférico:** reticulación de línea fina de color marrón claro; oscuro o grisáceo en la periferia de la lesión; corresponde a la pigmentación de la capa basal de los procesos interpapilares.

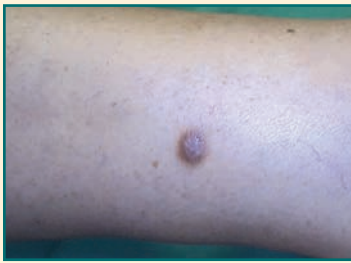


Imagen clínica de un dermatofibroma

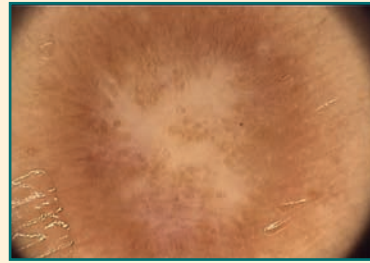


Imagen dermatoscópica de un dermatofibroma

Obsérvense el parche blanco central y el retículo fino periférico.

Por cortesía del Dr. Javier Quintana. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

◆ Queratosis seborreica

Es el tumor epidérmico benigno más frecuente. Suele aparecer en mayores de 30 años.

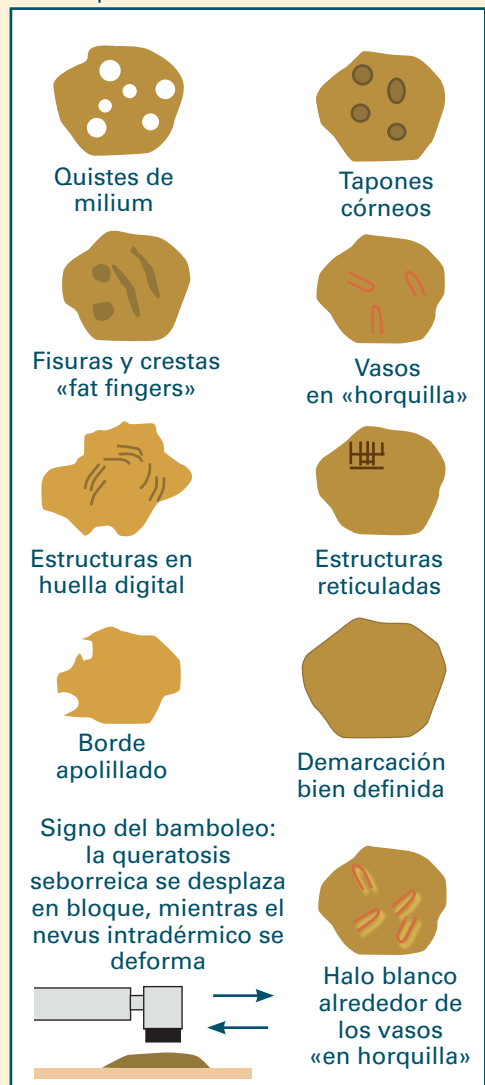
- ◆ **Clínica:** pápulas bien circunscritas de color marrón claro a marrón oscuro, o incluso negro, con superficie verrucosa y de aspecto untuoso.
- ◆ **Dermatoscopia:** los criterios dermatoscópicos de las queratosis seborreicas son:

- **Ausencia de retículo pigmentado + uno** de los siguientes criterios:

- **Quistes de milium:** son estructuras circulares de color blanco; se corresponden con quistes intraepidérmicos de queratina.
- **Tapones córneos (criptas o pseudocomedones):** son estructuras redondas de color marrón o negro. Histológicamente se trata de invaginaciones epidérmicas rellenas de queratina oxidada.
- **Fisuras y crestas (superficie cerebriforme):** las fisuras son depresiones lineares irregulares rellenas de queratina; las fisuras múltiples dan una apariencia que se semeja a la superficie cerebral.
- **Estructuras con aspecto de huella digital:** líneas paralelas y finas color marrón que recuerdan a las huellas digitales; son típicas de las queratosis seborreicas planas. A diferencia de la red de pigmento de las lesiones melanocíticas, las líneas paralelas marrones son más curvilíneas en las queratosis seborreicas.
- **Bordes de la lesión bien definidos:** final abrupto del borde con demarcación clara con respecto a la piel perilesional.
- **Borde apolillado:** algunas queratosis seborreicas, sobre todo en la cara, muestran bordes con muescas de forma cóncava.
- **Vasos «en horquilla»:** corresponden a capilares alargados, sobre todo en la periferia de la lesión; son más frecuentes en los tumores queratinizantes, aunque también se pueden observar en el melanoma.
- **Signo del bamboleo negativo:** a diferencia de los nevus intradérmicos que se deforman al desplazarlos con el dermatoscopio, las queratosis seborreicas se desplazan en bloque al intentar movilizarlas.

- ◆ **Diagnóstico diferencial:** léntigo simple y maligno; nevus melanocítico; carcinoma basocelular pigmentado; melanoma maligno.

Criterios dermatoscópicos de las queratosis seborreicas



Queratosis seborreica

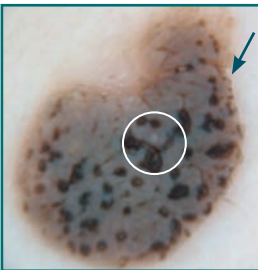


Dermatoscopia.

Imagen clásica. Obsérvense los tapones córneos como elementos oscuros y redondos (círculo blanco), y los quistes de milium blancos y redondos (flecha verde); nótese la perfecta demarcación de la lesión.



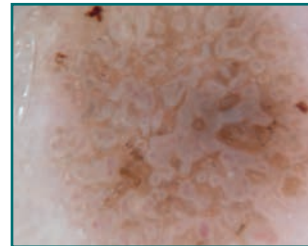
Imagen clínica de la misma lesión en la espalda.



Dermatoscopia.

Tapones córneos (círculo blanco) y superficie cerebriforme conformada por unas crestas muy marcadas (flecha verde).

Por cortesía del Dr. Javier Quintana. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.



Dermatoscopia.

Patrón característico de las fisuras (áreas marronáceas) y crestas o «fat fingers» (elementos blanquecinos).

Por cortesía del Dr. Javier Quintana. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

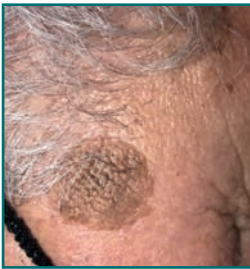
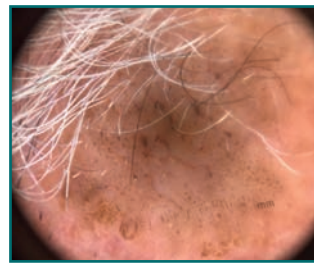


Imagen clínica.

Obsérvense los bordes abruptos y bien demarcados.



Dermatoscopia

de la misma lesión en la que se objetivan fisuras y crestas que dan lugar a ese aspecto cerebriforme.

◆ Léntigo solar

Son lesiones típicas de áreas fotoexpuestas (cara, cuello, escote y dorso de manos). Se producen por alargamiento de las crestas interpapilares y acumulación de melanina en los queratinocitos sin proliferación significativa de los melanocitos.

- ◆ **Clínica:** suele tener una forma redondeada, ovalada o irregular y una coloración uniforme marrón claro. El léntigo en «tinta china» es una variante que presenta un color negro azabache característico.
- ◆ **Dermatoscopia:**
 - **Reticulación fina de color marrón claro** que corresponde a las crestas interpapilares alargadas.
 - **Borde apolillado:** borde cóncavo con una demarcación abrupta.
 - **Estructuras con aspecto de huella digital:** presencia de líneas finas marrones de disposición curvilínea.
 - **Fondo marronáceo uniforme.**
 - **Pseudorretículo:** en los léntigos solares de cara y cuero cabelludo se pueden observar estructuras lineales marronáceas distribuidas uniformemente entre las aperturas redondas foliculares.

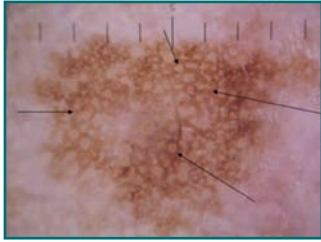
Léntigo solar



Imagen clínica
de la lesión en
la pierna.



Dermatoscopia.
Se objetivan áreas
lineales en forma
de huella digital y
borde apolillado
con demarcación
abrupta.



Dermatoscopia. Lesión facial que muestra un fondo marrón uniforme entre las aberturas redondas foliculares (flechas) que dan la apariencia de un pseudorretículo. En contraposición, en el léntigo maligno se objetiva un pseudorretículo más angulado y grueso alrededor de las aberturas foliculares.



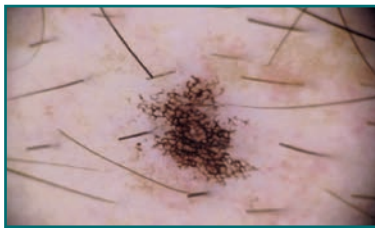
Dermatoscopia.
Lesión facial.
Se objetivan
círculos blancos
correspondientes
a las aberturas
foliculares sobre
un fondo marrón
uniforme).



Dermatoscopia.
Obsérvense las
líneas marrones
finas de disposición
curvilínea en forma
de patrón en huella
digital.

Imagen de la web Primary Care Dermatology Society.

Léntigo en tinta china



Dermatoscopia. Mácula de color negro con bordes angulosos; suele aparecer en zonas fotoexpuestas. La histología muestra hiperpigmentación de las crestas epidérmicas sin aumento del número de melanocitos.

Imagen extraída del blog Dermapixel de la Dra. Rosa Taberner.

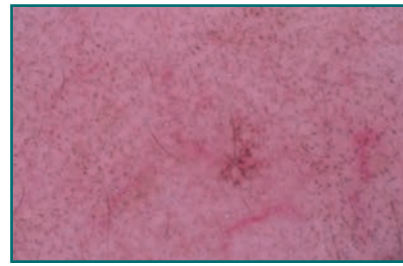
◆ **Queratosis liquenoide (queratosis liquen plano-like)**

La queratosis liquenoide benigna corresponde a un léntigo solar o una queratosis seborreica que sufren regresión espontánea. Es más frecuente en mujeres en la quinta década de la vida.

- ◆ **Clínica:** suele manifestarse como una mácula solitaria, ligeramente sobreelevada, con tonalidades que van desde el rosado al gris violáceo.
- ◆ **Dermatoscopia:**
 - **Patrón granular difuso:** se caracterizan por la presencia de gránulos gruesos gris-marrónceos, marrón-rojizos, gris-azulados o gris-blancuecinos.

- **Patrón localizado:** se pueden diferenciar las características de un léntigo solar o queratosis seborreica y un área de gránulos de color marrón-grisáceo (que histológicamente corresponden a melanófagos y fibrosis en la dermis papilar).
- ◆ **Diagnóstico diferencial:** queratosis actínica; léntigo solar; queratosis seborreica; léntigo maligno melanoma. Representa una entidad que puede generar duda diagnóstica, por lo que es recomendable biopsiarla.

Queratosis liquenoide



Dermatoscopia. Obsérvese el patrón granular grueso difuso en ausencia de otros criterios específicos de lesión melanocítica.

◆ Carcinoma basocelular

Se trata del tumor cutáneo maligno más frecuente, especialmente en mayores de 65 años con antecedentes de exposición solar crónica. El 7 % pueden ser pigmentados.

- ◆ **Clínica:** se describen 5 patrones clínicos; nodular; superficial; pigmentado; esclerodermiforme; ulcus rodens; fibroepitelioma de Pinkus. La variante clínica nodular es la más frecuente y la que más datos dermatoscópicos aporta.
- ◆ **Dermatoscopia:**
 - **Ausencia de retículo pigmentado + uno** de los siguientes criterios:
 - **Nidos grandes ovoides azul-grisáceos:** áreas ovoides o redondas, con tendencia a la confluencia y de mayor tamaño que los glóbulos.
 - **Glóbulos múltiples azul-grisáceos:** estructuras circulares múltiples de color azul-grisáceo.
 - **Áreas en hoja de arce:** extensiones bulbosas de color marrón a gris-azulado que recuerdan a la forma de las hojas del arce. No se originan a partir de retículo pigmentado y no suelen estar en contacto con áreas de pigmento cercano. Se encuentran solo en el 17 % de los carcinomas basocelulares pero son patognomónicas (100 % especificidad).
 - **Estructuras en rueda de carro:** son proyecciones radiales, de color marrón-azulado o gris, confluyendo en un eje central habitualmente hiperpigmentado.
 - **Telangiectasias arboriformes:** vasos habitualmente gruesos y ramificados bien definidos (enfocados) en la superficie del tumor.
 - **Ulceración:** área denudada habitualmente cubierta por una costra serohemática. En los carcinomas basocelulares superficiales es frecuente la presencia de varias erosiones pequeñas múltiples, sobre todo en la periferia.

Esquema de las estructuras dermatoscópicas del carcinoma basocelular

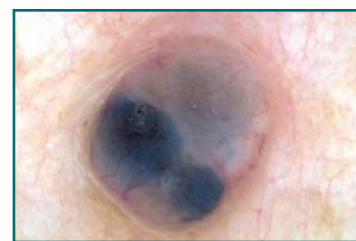


Vemos 1 de los siguientes:

1. Nidos ovoides
2. Glóbulos azul-grisáceos
3. Hojas de arce
4. Ruedas de carro
5. Telangiectasias
6. Más de una ulceración

Manual de Dermatoscopia (J. Malvehy y S. Puig).

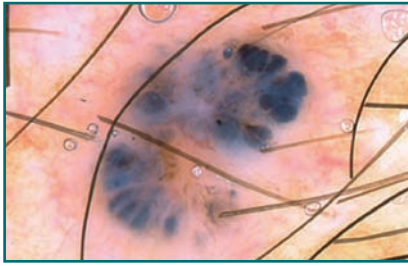
Carcinoma basocelular pigmentado



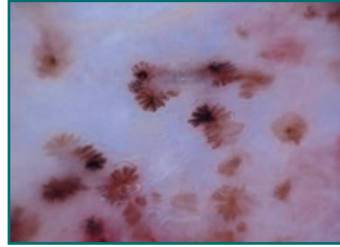
Dermatoscopia. Lesión nodular donde se identifican dos grandes nidos ovoides azul-grisáceos y telangiectasias arboriformes.

Por cortesía del Dr. Javier Quintana. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

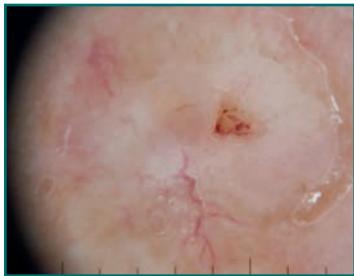
Carcinoma basocelular



Dermatoscopia. Estructuras en forma de hoja de arce en la periferia de la lesión.



Dermatoscopia. Estructuras en «ruedas de carro»; se objetivan estructuras marrónceas digitadas que parten de una base.



Dermatoscopia. Se identifican telangiectasias arboriformes y ulceración.



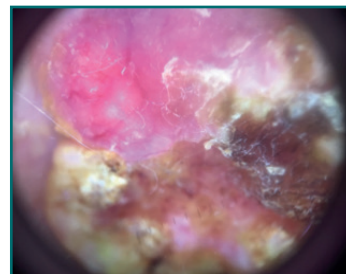
Dermatoscopia. Se identifican evidentes telangiectasias arboriformes y nidos azul-grisáceos.

Por cortesía del Dr. Javier Quintana. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Carcinoma basocelular tipo ulcus rodens



Imagen clínica. Obsérvese el centro ulcerocrosto y en la periferia zonas perladas con telangiectasias.



Dermatoscopia. Se objetivan las telangiectasias arboriformes.

Carcinoma basocelular nodular

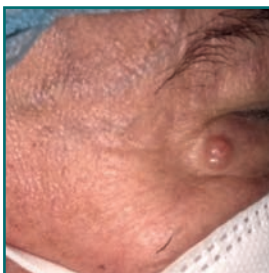


Imagen clínica.



Dermatoscopia. Se objetivan telangiectasias arboriformes.

Carcinoma basocelular con patrón esclerodermiforme



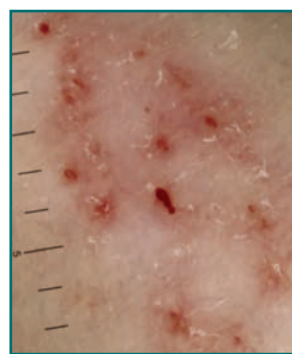
Imagen clínica en la que son evidentes a simple vista las telangiectasias arboriformes y la consistencia esclerosa de la placa tumoral.

◆ **Carcinoma basocelular superficial**

Es la segunda variante histológica más frecuente de carcinoma basocelular; se considera de bajo riesgo. Suele localizarse en áreas fotoexpuestas, más frecuente en la región facial y el escote.

- ◆ **Clínica:** placa plana, rojiza y escamosa con pequeñas costras superficiales.
- ◆ **Dermatoscopia:**
 - **Ulceraciones pequeñas múltiples.**
 - **Áreas brillantes blanco-rojizas.**
 - **Telangiectasias cortas.**
 - **Escamas blancas.**

Carcinoma basocelular superficial



Dermatoscopia. Se aprecian áreas blanco-rojizas y microúlceraciones múltiples y escamas blancas.

◆ **Enfermedad de Bowen (carcinoma espinocelular intraepidérmico)**

Se trata de una forma localizada de un carcinoma espinocelular intraepidérmico, que no excede la epidermis. Es especialmente frecuente en miembros inferiores. Hay una variante pigmentada. Se manifiesta, sobre todo, en mayores de 60 años.

- ◆ **Clínica:** se caracteriza por placas finas, solitarias, bien delimitadas, de 1 a varios centímetros, de coloración rosada o rojiza, descamativas y con zonas erosivas en regiones fotoexpuestas.
- ◆ **Dermatoscopia:** sobre *fondo rosado* aparecerán los siguientes hallazgos dermatoscópicos:
 - **Vasos glomerulares (*glomerular vessels*):** vasos punteados más gruesos que se asemejan a los capilares de los glomérulos renales.
 - **Vasos puntiformes (*dotted vessels*).**

Con frecuencia ambos vasos glomerulares y puntiformes aparecen en la misma lesión y suelen distribuirse en pequeños grupos racimo.

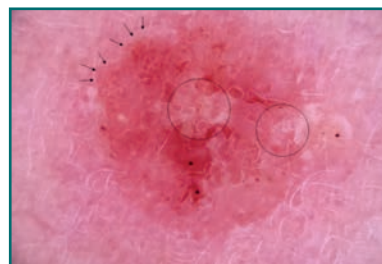
- **Ulceración.**
- **Descamación blanca superficial.**
- **Puntos marrones (en la variante pigmentada).**
- **Pigmentación marrón homogénea (en la variante pigmentada).**
- ◆ **Diagnóstico diferencial:** carcinoma basocelular superficial; melanoma; placas de psoriasis.

Enfermedad de Bowen



Imagen clínica. Placa eritematodescamativa, bien delimitada, con algunas zonas costrosas.

Imagen extraída de Dermatoweb.net.



Dermatoscopia. Vasos puntiformes (flechas). Descamación blanca (círculos). Ulceración (asteriscos).

Imagen extraída de Dermatoweb.net.

Enfermedad de Bowen



Dermatoscopia. Vasos glomerulares (flecha). Descamación (círculo).



Dermatoscopia. Variante pigmentada. Grupos de vasos glomerulares (flechas), queratina (círculo) y glóbulos azul-grisáceos (asteriscos).

Imagen extraída de Dermatoweb.net.

◆ Queratosis actínica

Son lesiones que aparecen en la piel que ha sufrido una exposición solar crónica (cabeza, cuello, dorso de manos y antebrazos). Algunos autores defienden que la queratosis actínica es un carcinoma espinocelular intraepitelial en evolución. Su importancia radica en que su presencia es predictora de que una persona desarrolle un cáncer de piel.

- ◆ **Clínica:** suele aparecer en forma de lesión seca, escamosa, a veces hiperqueratósica, de un color marrón o negruzco. Se describen 3 formas clínicas: superficial, hipertrófica (cuerno cutáneo) o pigmentada; se denomina queilitis actínica cuando afecta al labio.

Queratosis actínica hipertrófica/ cuerno cutáneo



Imagen clínica. Lesión queratósica blanquecina sin infiltración de la base.

Queratosis actínica superficial



Imagen clínica. Placa rosada y descamativa, en la región del escote, con signos de elastosis solar.

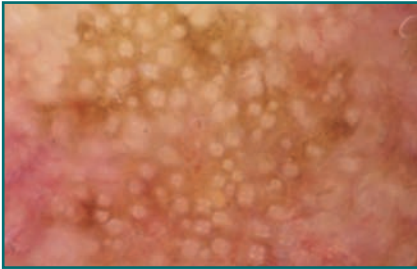
Por cortesía del Dr. Javier Quintana. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

◆ Dermatoscopia:

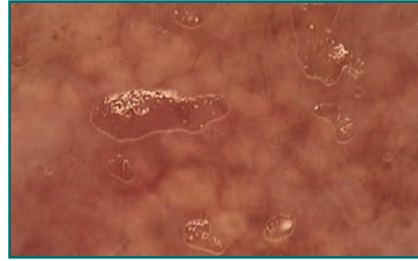
- Eritema.
- Descamación.
- Folículos blancos y dilatados (rosetas).
- Círculos blancos.

- Se han descrito los siguientes patrones:
 - ▶ **Patrón «en fresa»:** eritema o pseudorretículo rojizo y presencia de vasos entre salidas foliculares.
 - ▶ **Puntos/glóbulos azul-grisáceos o marrones alrededor de las salidas foliculares.**
 - ▶ **Patrón anular-granular.**
 - ▶ **Pseudorretículo marrón a gris.**

Queratosis actínica



Dermatoscopia. Obsérvanse las estructuras blancas brillantes en forma de roseta y fondo de eritema.

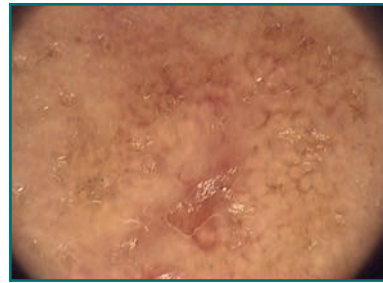


Dermatoscopia. Patrón «en fresa». Se objetiva un pseudorretículo rojizo y presencia de vasos entre las salidas foliculares.

Por cortesía del Dr. Javier Quintana. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.



Imagen clínica. Lesión eritematodescamativa a nivel de mejilla.

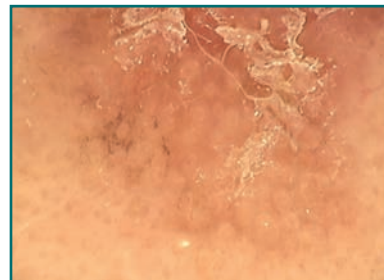


Dermatoscopia. Puntos azul-grisáceos alrededor de las salidas foliculares.

Por cortesía del Dr. Javier Quintana. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.



Imagen clínica. Placa eritematodescamativa en mejilla.



Dermatoscopia. Descamación blanquecina y patrón anular-granular.

Por cortesía del Dr. Javier Quintana. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

◆ Carcinoma epidermoide

El carcinoma epidermoide o carcinoma espinocelular es la segunda neoplasia de piel más frecuente tras el carcinoma basocelular. Representa el 20–25 % de todos los tumores cutáneos.

Factores de riesgo: mayores de 50 años; sexo masculino; fototipo I-II; exposición solar crónica; inmunosupresión; cicatrices por quemaduras; úlceras crónicas.

Se consideran carcinomas espinocelulares de alto riesgo las lesiones de más de 10 mm en cara, cuello y cuero cabelludo, y de más de 20 mm en tronco y extremidades.

◆ **Clínica:** placas o nódulos de color rosa o rojo con superficie lisa o ulcerada que asocian descamación. Las localizaciones más frecuentes son en cara, cuero cabelludo, orejas, cuello, parte superior del tronco, dorso de manos y zonas pretibiales en las mujeres. Se debe descartar ante cualquier erosión o úlcera que no cura o sangra de forma repetida. A diferencia del carcinoma basocelular tiene tendencia a metastatizar.

◆ **Dermatoscopia:**

- **Formas superficiales: úlcera + fondo eritematoso.**
- **Formas invasivas:**
 - ▶ **Vasos polimorfos** (lineales, puntiformes, irregulares, curvados).
 - ▶ **Puntos blancos.**
 - ▶ **Presencia de escamas blanquecinas.**

Carcinoma espinocelular



Imagen clínica. Lesión en dorso nasal en forma de placa ulcerada de superficie mamelonada.

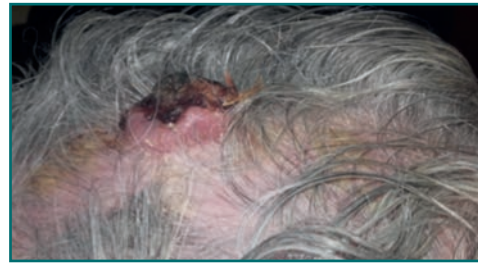
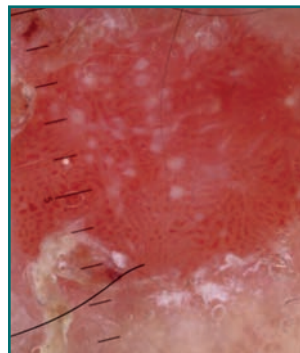


Imagen clínica. Lesión en cuero cabelludo; nódular cupuliforme con costra hemorrágica central.



Imagen clínica. Lesión en la región pretibial; placa queratósica con costras de base infiltrada.



Dermatoscopia.

Se observan círculos blancos, vasos polimorfos (lineales, puntiformes, en horquilla) y presencia de escamas blancas.

◆ Queratoacantoma

El queratoacantoma es una neoplasia intraepitelial; se considera una variante bien diferenciada del carcinoma espinocelular. La recomendación es la extirpación quirúrgica.

- ◆ **Clínica:** se caracteriza por nódulos, generalmente de más de 1 cm, con un centro crateriforme y un rápido crecimiento.
- ◆ **Dermatoscopia:**
 - **Vasos en horquilla con halo blanco de distribución radial.**
 - **Áreas blancas sin estructuras.**
 - **Hiperqueratosis central.**

Queratoacantoma



Dermatoscopia. Obsérvense los vasos en horquilla periféricos, las áreas blancas sin estructuras y el tapón hiperqueratósico central.

Por cortesía de la Dra. Juliana Martínez (Médica Dermatóloga UNR Rosario, Santa Fe, Argentina).

◆ Lesiones vasculares

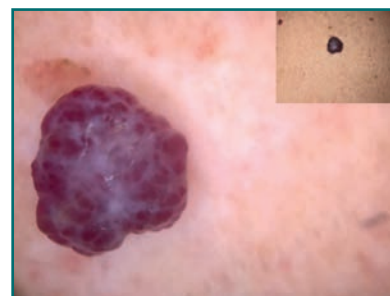
La característica común de las lesiones vasculares es la presencia de áreas rojo-azuladas (lagunas); son estructuras muy bien delimitadas, homogéneas y de morfología ovoidea. Desde el punto de vista histológico, representan espacios vasculares dilatados en la dermis.

◆ Hemangiomas capilares o puntos rubí

Son tumores benignos vasculares muy frecuentes que aparecen de forma espontánea con la edad y tienen un carácter hereditario.

- ◆ **Clínica:** pápulas de pequeño tamaño y color rojo brillante, aunque también pueden ser violáceos. Si presentan trombosis también puede aparecer un color negruzco y obligaría a realizar diagnóstico diferencial con un melanoma.
- ◆ **Dermatoscopia:**
 - **Lagunas rojo-azuladas múltiples,** bien delimitadas; pueden variar en tamaño y lesión dentro de la misma lesión y agruparse de forma densa o aparecer aisladas.
 - **Ausencia de criterios de lesión melanocítica** (retículo pigmentado, glóbulos, y/o proyecciones).

Hemangioma adquirido



Dermatoscopia. Se objetivan múltiples lagunas rojo-azuladas bien delimitadas por tractos blanquecinos. **Imagen clínica** de la lesión (margen superior derecho).

◆ Angioqueratoma

Son tumores benignos de naturaleza vascular, más frecuentes en miembros inferiores.

- ◆ **Clínica:** se presentan como pápulas negruzcas bien delimitadas caracterizadas por ectasias vasculares superficiales y con hiperqueratosis acompañante. Ante la duda, siempre se recomienda la biopsia/extirpación de la lesión.
- ◆ **Dermatoscopia:**
 - **Lagunas rojo-azuladas,** menos delimitadas que en los hemangiomas, y en las que no se observan vasos, a diferencia del melanoma.
 - **Costra hemorrágica.**

- **Áreas queratósicas blanco-amarillentas superficiales** (no siempre).
- **Ausencia de criterios de lesión melanocítica** (retículo pigmentado, glóbulos, y/o proyecciones).

En caso de trauma o trombosis parcial pueden presentar áreas focales o completas de color azul-negruzco (lagunas negras) bien delimitadas.

◆ **Diagnóstico diferencial:** melanoma; metástasis de melanoma.

Angioqueratoma

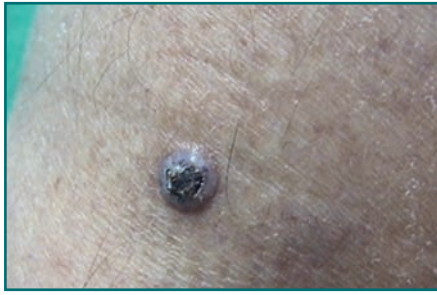


Imagen clínica.



Dermatoscopia.
Laguna rojo-azulada central y área queratósica blanquecina periférica.

Por cortesía del Dr. Javier Quintana. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

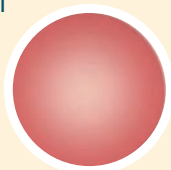
◆ Granuloma piógeno

Es un tumor benigno de origen vascular. Suele haber antecedente de traumatismo en la zona.

- ◆ **Clínica:** lesión nodular bien delimitada de aspecto carnososo y superficie rojo brillante que crece rápido y sangra mucho.
- ◆ **Dermatoscopia:** las siguientes características pueden aparecer aisladas o de forma simultánea.
 - **Área rojiza homogénea sin estructuras.**
 - **Collarete blanquecino.**
 - **Líneas blanquecinas en rail.**
 - **Estructuras vasculares: vasos puntiformes, vasos curvados.**

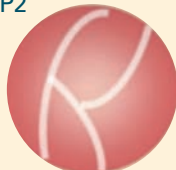
Esquema de los diferentes patrones de presentación clínica del granuloma piógeno

P1



RHA+WC

P2



RHA+WRL

P3



RHA+VS

P4



RHA+WRL+WC

P5



RHA+WC+VS

P6



RHA+WRL+VS

P7



RHA+WC+WRL+VS

RHA: área rojiza homogénea
WC: collarete blanquecino
WRL: líneas blanquecinas en rail
VS: estructuras vasculares

Granuloma piógeno



Imagen clínica en región plantar.



Dermatoscopia Área roja homogénea, vasos curvados y collarite blanquecino.

Dermatoscopia.
Área roja homogénea
y vasos curvados.

Por cortesía del Dr. Javier Quintana. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

◆ Hematoma subungueal

Lesión de coloración rojiza, purpúrica o negruzca en la región subungueal tras un traumatismo.

◆ Dermatoscopia:

- Ausencia de líneas marrones.
- Pigmentación rojiza, morada o negruzca con patrón paralelo alargado lineal en el borde distal, y de forma redondeada y bien delimitada en el borde proximal.
- Áreas purpúricas.
- Presencia de gotas de sangre.

Hematoma subungueal



Imagen clínica.



Dermatoscopia. Se observa margen proximal bien delimitado con presencia de gotas de sangre y borde distal con patrón paralelo alargado lineal.

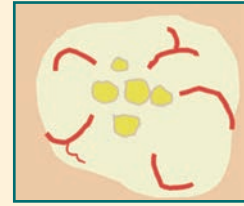
Por cortesía del Dr. Javier Quintana. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

◆ Hiperplasia de glándulas sebáceas

La hiperplasia sebácea es un tumor benigno de estirpe glandular, más frecuente en varones que presenten piel grasa. Son lesiones estables en el tiempo y asintomáticas.

- ◆ **Clínica:** pequeñas pápulas blanquecinas o color piel con centro umbilicado, localizadas, sobre todo, en frente y mejillas. No suelen exceder los 2 mm de diámetro. Pueden presentarse como lesiones únicas o múltiples.
- ◆ **Dermatoscopia:**
 - **Orificio central** (no siempre presente).
 - **Glóbulos blancos o amarillos agrupados.**
 - **Vasos tortuosos o escasamente ramificados de distribución radial** que no atraviesan la lesión.
- ◆ **Diagnóstico diferencial:** carcinoma basocelular; pápula fibrosa; *molluscum contagiosum*.

Esquema de la dermatoscopia de hiperplasias sebáceas



Agregados de glóbulos blancos o amarillos rodeados de vasos tortuosos que no cruzan la lesión.

Manual de dermatoscopia. J. Malvehy. S. Puig.

Hiperplasia sebácea



Imagen clínica. Hiperplasia sebácea en la frente.



Dermatoscopia. En la que se objetivan centro amarillento y vasos radiales.

Por cortesía del Dr. Javier Quintana. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

◆ Molluscum contagiosum

El *molluscum contagiosum* es una infección viral benigna, causada por un poxvirus. Las lesiones suelen ser asintomáticas y se transmiten por contacto cutáneo directo, por fómites o por contacto sexual. Son más frecuentes en niños con dermatitis atópica, jóvenes sexualmente activos y pacientes con VIH.

- ◆ **Clínica:** pápulas redondeadas blanquecinas o rosadas, de superficie lisa y brillante, de 1–5 mm de diámetro y con frecuencia umbilicadas. Suelen aparecer lesiones múltiples y se localizan con mayor frecuencia en el tronco, extremidades superiores y área genital en adultos.

Esquema de la dermatoscopia de *molluscum contagiosum*



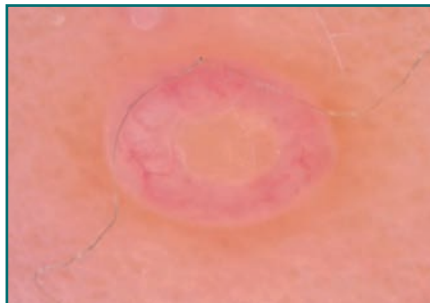
Se objetiva una estructura amorfa polilobular blanco-amarillenta central con vasos en corona que no cruzan la lesión.

Manual de dermatoscopia. J. Malvehy. S. Puig.

◆ **Dermatoscopia:**

- **Estructura central amorfa polilobular blanco-amarillenta.**
 - **Vasos en corona**, algunos ramificados, en la periferia que no cruzan la lesión.
 - **Orificio pequeño** (no siempre presente).
- ◆ **Diagnóstico diferencial:** hiperplasias sebáceas; verrugas vulgares; condilomas acuminados; queratoacantoma; carcinoma basocelular; nevus de Spitz en niños.

Molluscum contagiosum



Dermatoscopia.
Obsérvese la estructura blanco-amarillenta única o múltiple central y los vasos radiales en corona.

◆ **Verruga vírica**

La verruga vírica está ocasionada por el virus del papiloma humano. Son lesiones muy frecuentes con un pico de incidencia máximo en la niñez y adolescencia. La transmisión es por contacto directo o indirecto con el virus.

- ◆ **Clínica:** pápulas rosadas y ligeramente sobreelevadas, en el caso de las verrugas planas. Pápulas queratósicas, de superficie más rugosa en el caso de la verruga vulgar. La localización suele ser en cara en las verrugas planas y en manos y pies en las verrugas vulgares.
- ◆ **Dermatoscopia:**
 - **Glóbulos rojos, que representan capilares, con un halo blanco** correspondiendo a papilomatosis. Cuando los capilares se trombosan veremos puntos negros en lugar de rojos.

Verruga vírica



Imagen clínica. Lesiones blanquecinas queratósicas en la región periungueal del primer dedo de ambas manos.



Dermatoscopia. Se aprecian glóbulos rojos y negros con halos blancos correspondientes a la papilomatosis característica de la lesión.

◆ **Condilomas acuminados**

Las verrugas anogenitales (o condilomas acuminados) son la infección de transmisión sexual más frecuente. Están causadas por el virus del papiloma humano, siendo los serotipos 6 y 11 los más frecuentes. Su diagnóstico obliga a realizar despistaje serológico del resto de infecciones de transmisión sexual.

- ◆ **Clínica:** lesiones exofíticas blanco-rosadas o marronáceas de superficie papilomatosa en región púbica, pene, vulva y/o ano.
- ◆ **Dermatoscopia:**
 - Superficie formada por múltiples **papilas («digitaciones»)**.
- ◆ **Diagnóstico diferencial:** verrugas víricas; *molluscum contagiosum*; queratosis seborreicas.

Condilomas acuminados



Imagen clínica. Lesiones exofíticas rosadas en la región del prepucio.



Dermatoscopia. Se objetivan múltiples papilas en superficie.

Bibliografía

1. Malvey J, Puig S, Braun R, Maghood A, Kopf A. (2006). Manual de Dermatoscopia. Barcelona: BCN Art Directe S.L.
2. Menzies S, Crotty K, Ingvar C, McCarthy W. (2010). Atlas de Dermatoscopia. (3ª ed). Madrid. Aula Médica.
3. Malvey J, Puig S. (2009). Principios de Dermatoscopia. Barcelona. Laboratorios Avène.
4. Martí RM, Casanova JM. Atlas de dermatoscopia. Dermatoweb. <http://dermatoweb2.udl.es/atlas.php?lletra=d&idsubmenu=2781>
5. Taberner, R. Blog Dermapixel. <https://www.dermapixel.com/>

4. Lesiones cutáneas melanocíticas frecuentes

El conocimiento de las características dermatoscópicas de las lesiones melanocíticas, es decir, aquellas que derivan de los melanocitos (nevus melanocíticos, melanoma, metástasis cutáneas de melanoma) es clave para realizar un correcto diagnóstico y cribaje de estas lesiones. En las lesiones melanocíticas encontraremos diferentes patrones globales y estructuras locales que nos ayudarán a identificarlas.

Lesiones melanocíticas

◆ *Nevus melanocíticos*

Los nevus melanocíticos incluyen varias neoplasias benignas que se originan a partir de los melanocitos (células névicas) y que pueden presentar variabilidad clínica y dermatoscópica. Los tipos de nevus melanocíticos más frecuentes que veremos son:

- ◆ **Nevus melanocítico común:** según a qué nivel se encuentran los melanocitos encontramos:
 - Juntural.
 - Compuesto.
 - Intradérmico.
- ◆ **Nevus azul.**
- ◆ **Nevus de Sutton o Halo nevus.**
- ◆ **Nevus de Spitz.**
- ◆ **Nevus congénito.**
- ◆ **Nevus displásico.**

◆ *Nevus juntural*

- ◆ **Clínica:** se presentan como lesiones maculares. Los nidos de células névicas se encuentran en la unión dermoepidérmica.
- ◆ **Dermatoscopia:**
 - **Red pigmentada uniforme** de color marrón claro o marrón oscuro. El grosor de las líneas es uniforme y los orificios similares en forma y tamaño.
 - Los **bordes se difuminan en la periferia** de la lesión.
 - Pueden presentar **puntos negros y glóbulos marrones** en el centro de la lesión o rodeándola cuando el nevus está creciendo.

Nevus juntural



Dermatoscopia.
Con patrón reticulado fino y simétrico.



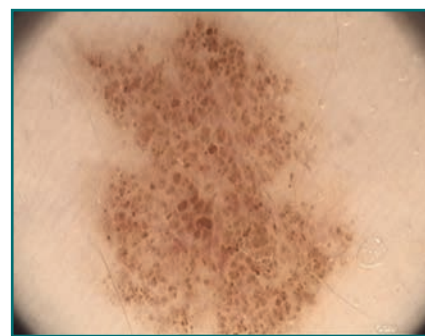
Dermatoscopia.
Patrón globular uniforme.

Por cortesía del Dr. Javier Quintana. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

◆ **Nevus compuesto**

- ◆ **Clínica:** son lesiones **sobreelavadas** (polipoides). Las células névicas se encuentran en la unión dermoepidérmica y en la dermis.
- ◆ **Dermatoscopia:**
 - Presentan **combinaciones simétricas de áreas de retículo, glóbulos y áreas sin estructuras (homogéneas)**.
 - Los colores son normalmente diferentes: tono de marrón claro y marrón oscuro.
 - **Bordes regulares y se difuminan** gradualmente en la piel adyacente.
 - A veces pueden presentar despigmentación regular, a menudo central.

Nevus compuesto



Dermatoscopia. Patrón globular.

Por cortesía del Dr. Javier Quintana. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Nevus compuesto



Imagen clínica en mama izquierda.



Dermatoscopia. Se objetivan múltiples glóbulos agregados que dan la apariencia de empedrado.

◆ **Nevus intradérmico**

- ◆ **Clínica:** son lesiones elevadas (en forma de cúpula, sésil, polipoidea), de morfología redonda u ovalada. Las células névicas se encuentran en la dermis reticular, por ello se objetivan de un color blanquecino o rosado y suelen ser lesiones de larga evolución que el paciente refiere «que las tiene de toda la vida». Son muy frecuentes en la región facial y el cuero cabelludo.
- ◆ **Dermatoscopia:**
 - **Ausencia (total o casi total) de retículo o glóbulos marrones o negros.**
 - **Coloración rosa pálido o blanquecina homogénea.**
 - Algunos presentan un **patrón papilomatoso en empedrado**.
 - **Vasos en coma** normalmente en la periferia de la lesión. En general son menos vasculares que el melanoma amelanótico y el carcinoma basocelular.
 - Presencia con frecuencia de **anejos foliculares en la superficie**.
 - Esporádicamente se pueden observar quistes de milium pequeños y tapones córneos.
- ◆ **Diagnóstico diferencial:** carcinoma basocelular; melanoma amelanótico.

Nevus intradérmico

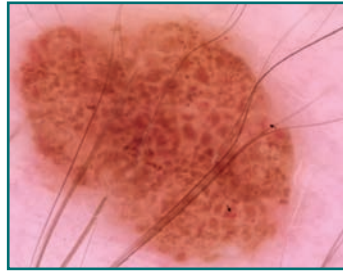


Dermatoscopia en cuero cabelludo. Nótese la ausencia de pigmento y la presencia de foliculos pilosos en superficie.

Nevus intradérmico



Imagen clínica. Pápula bien delimitada con vasos evidentes en superficie.



Dermatoscopia. Obsérvense los vasos en coma (flechas) y la presencia de anejos foliculares.

◆ Nevus azul

- ◆ **Clínica:** son lesiones pigmentadas, discretamente elevadas, bien circunscritas, en las que los melanocitos se disponen en la dermis media a baja. Suele aparecer en los primeros años de vida.
- ◆ **Dermatoscopia:**
 - **Pigmentación homogénea de azul-gris a azul-negro.** Puede combinar áreas blanquecinas por esclerosis.
 - **Ausencia de retículo, puntos/glóbulos, proyecciones, vasos y/o estructuras de regresión.** La presencia de alguna de estas estructuras obliga a realizar diagnóstico diferencial con un melanoma nodular o una metástasis de melanoma.

Nevus azul

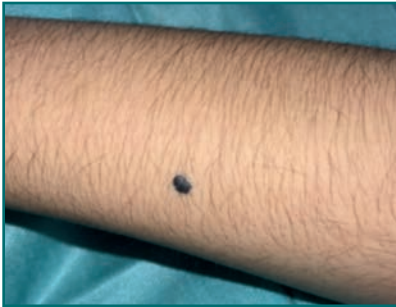
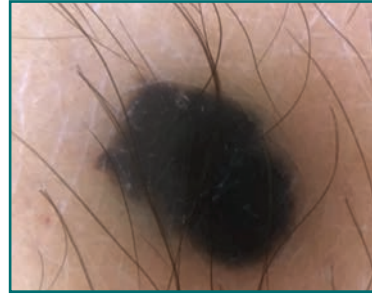


Imagen clínica en antebrazo. Pápula negruzca bien delimitada presente desde la infancia.

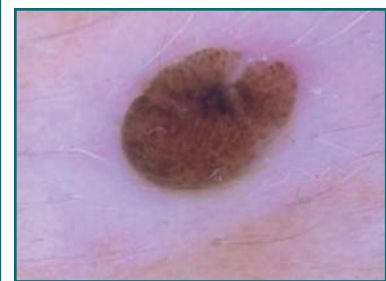


Dermatoscopia. Pigmentación homogénea azul-negro y ausencia de otras estructuras típicas de lesión melanocítica.

◆ Halo nevus o nevus de Sutton

- ◆ **Clínica:** se trata de un nevus con un halo blanquecino en forma de anillo, bien delimitado. Es más frecuente en adolescentes y adultos jóvenes. Se recomienda seguimiento o, si el nevus muestra características atípicas, extirpación.
- ◆ **Dermatoscopia:**
 - **Pigmentación central de predominio globular y halo blanco circunferencial.** Se habrá de realizar el diagnóstico diferencial con el melanoma y valorar el resto de lesiones pigmentadas que presente el paciente.

Nevus de Sutton o halo nevus



Dermatoscopia. Se aprecia el halo blanco rodeando a un nevus con patrón globular en regresión.

◆ **Nevus de Spitz**

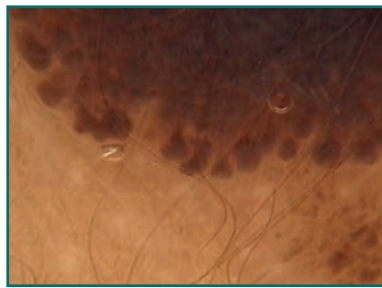
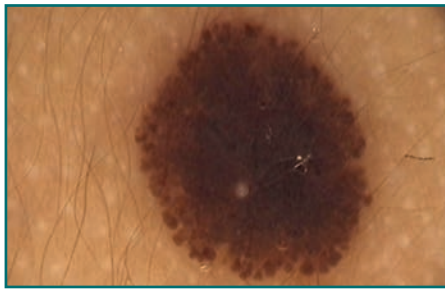
- ◆ **Clínica:** son lesiones en forma de máculas o pápulas que pueden presentar un color rojo, marrón o negro. Se suelen localizar en cara y miembros inferiores de niños y adultos jóvenes.

Las variantes más pigmentadas pueden suponer un reto dermatoscópico e histopatológico en el diagnóstico diferencial con el melanoma, requiriendo, en ocasiones, el empleo de técnicas avanzadas de biología molecular para la correcta filiación de la lesión.

- ◆ **Dermatoscopia:** se han descrito varios patrones:

- **Patrón en «estallido de estrellas». Es el más frecuente.** Se objetivan pseudópodos, proyecciones radiales o glóbulos distribuidos de forma homogénea en la periferia y mancha uniforme de pigmento central.
- **Patrón globular.** Consiste en un patrón globular simétrico con glóbulos marrones o puntos. A veces pueden presentar glóbulos grandes simétricos en la periferia de la lesión.
- **Patrón reticulado.** Presencia de retículo pigmentado prominente de color marrón oscuro o negro.
- **Patrón homogéneo.** Pigmentación homogénea de color marrón claro a rojizo sin estructuras pigmentadas bien definidas. Se debe descartar siempre un melanoma en caso de un tumor homogéneo rojo con o sin vasos visibles.
- **Patrón atípico.** Se objetiva asimetría en color y estructuras; indistinguible dermatoscópicamente de un melanoma.
- **Red de pigmento negativo** (líneas claras y orificios hiperpigmentados). Se debe realizar diagnóstico diferencial con melanoma.
- Algunas lesiones pueden presentar vasos puntiformes.

Nevus de Spitz



Dermatoscopia.
Patrón en «estallido de estrellas». Nótese las proyecciones bulbosas en la periferia de la lesión.

*Por cortesía del Dr. Javier Quintana.
Hospital Universitario
Virgen del Rocío, Sevilla.*



Imagen clínica
en dorso de
dedo.



Dermatoscopia.
Patrón reticulado
prominente.

*Por cortesía del Dr. Javier Quintana.
Hospital Universitario
Virgen del Rocío, Sevilla.*



Imagen clínica
en una niña.



Dermatoscopia.
Se objetiva la red de
pigmento negativo
blanco.

*Imágenes extraídas del blog
Dermapixel de la Dra. Rosa
Taberner.*

Dermapixel

Dermapixel

Nevus de Spitz



Imagen clínica.
Patrón atípico.



Dermatoscopia.
Se trata de una lesión indistinguible de un melanoma.

Por cortesía del Dr. Javier Quintana. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.



Imagen clínica
en un niño de 8 años. Pápula rojiza bien delimitada con algunas zonas más oscuras.

Imagen extraída de Dermatoweb.net.



Dermatoscopia.
Patrón homogéneo; el hallazgo de una lesión de este tipo obliga a realizar el diagnóstico diferencial con melanoma.

Por cortesía del Dr. Javier Quintana. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

◆ Nevus congénito

Los nevus congénitos están presentes en el nacimiento. Se clasifican en pequeños (<1,5 cm), medianos (1,5–20 cm) y grandes (>20 cm). Suelen tener un patrón global dermatoscópico homogéneo.

◆ **Dermatoscopia:** se diferencian varios patrones globales:

- **Reticulado.** Predominio de retículo pigmentado.
- **Globular.** Predominio de agregados de glóbulos.
- **Reticulo-globular.** Red de pigmento periférico y glóbulos centrales (simétricos).
- **Pigmentación marrón difusa.** Patrón difuso sin estructuras específicas con/sin fragmentos de un retículo pigmentado y/o glóbulos residuales.
- **Multicomponente.** Coexistencia de glóbulos, red de pigmento, manchas de pigmento, extensiones radiales en una misma lesión.

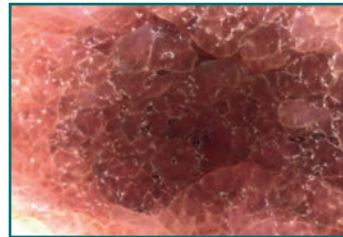
◆ **Otros criterios dermatoscópicos** de nevus congénitos:

- **Quiste de milium.**
- **Hipertrichosis.** Número aumentado de folículos gruesos.
- **Despigmentación perifolicular.**

Nevus congénito



Imagen clínica.
Nevus mediano en abdomen.

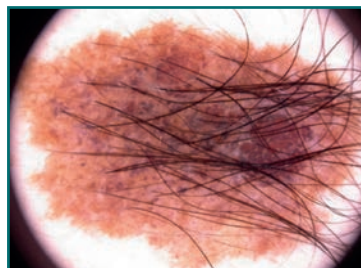


Dermatoscopia.
Aspecto verrucoso con patrón globular formando agregados (en empedrado) y tapones córneos.

Nevus congénito



Imagen clínica. Nevus mediano con hipertrichosis objetivable a simple vista.



Dermatoscopia. Patrón retículo-globular con grandes glóbulos centrales de tono azulado, en empedrado, y retículo de trazo fino periférico. Hipertrichosis manifiesta.

◆ Nevus displásico (nevus de Clark)

Los nevus displásicos son nevus melanocíticos con atípica citológica y arquitectónica. Comparten con el melanoma alguno o todos los criterios de la regla ABCD.

Ante el hallazgo de una lesión que presente estas características es obligado realizar biopsia incisional/excisional para el diagnóstico diferencial con el melanoma.

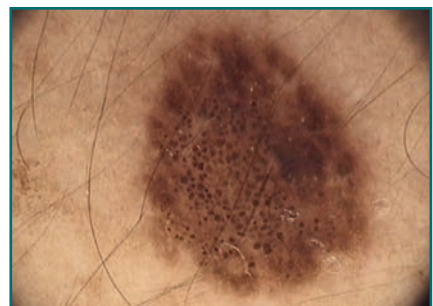
◆ Dermatoscopia:

- **Patrón de pigmentación asimétrica.**
- **Glóbulos marrones distribuidos de forma irregular.**
- **Retículo irregular y prominente.**
- **Terminación abrupta de la red pigmentada.**
- **Borde irregular.**
- **Áreas sin estructura (debe suponer un mínimo del 10 %):**
 - ▶ Áreas hipopigmentadas.
 - ▶ Manchas de pigmento.
- **Puntos azul-grisáceos en pimienta desenfocados (estructuras de regresión).**
- **Ausencia de velo azul blanquecino o pseudópodos o proyecciones radiales (específicos de melanoma).**

Nevus displásico



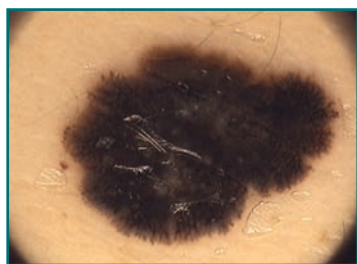
Dermatoscopia. Patrón reticulado atípico. Se objetiva un retículo irregular y engrosado.



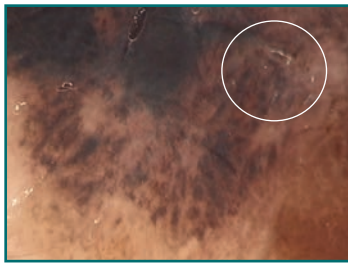
Dermatoscopia. Patrón globular atípico. Se objetivan glóbulos de diferente tamaño dispuestos de forma irregular.

Por cortesía del Dr. Javier Quintana. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Nevus displásico atípico



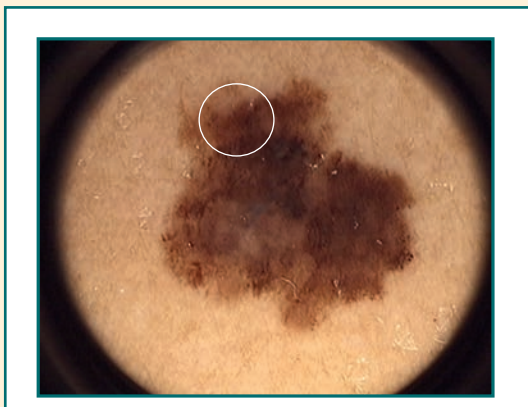
Dermatoscopia. Destacan las proyecciones radiales en la periferia.



Dermatoscopia. Presencia de puntos azul-grisáceos en pimienta desenfocados (círculo).

Por cortesía del Dr. Javier Quintana. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Nevus displásico atípico



Dermatoscopia. Mancha de pigmento irregular (círculo).



Dermatoscopia. Asimetría de forma, color y estructuras con presencia de despigmentación irregular en forma de áreas blanquecinas irregulares (flechas).

Por cortesía del Dr. Javier Quintana. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

◆ Nevus lentiginoso acral

Los nevus de la piel volar (palmas de las manos y plantas de los pies) presentan unas características dermatoscópicas diferentes con respecto a las lesiones de piel no volar.

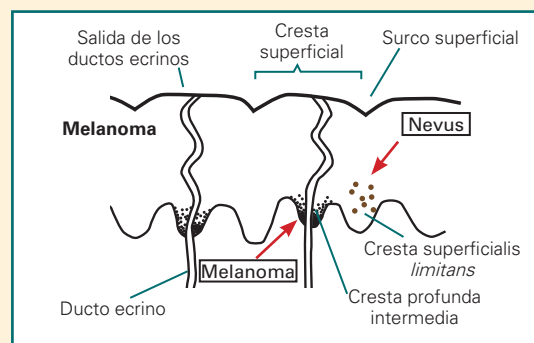
El común denominador de los nevus acrales benignos es la presencia de células névicas en la cresta epidérmica interpapilar, dando lugar a patrones dermatoscópicos paralelos.

La presencia de pigmento en los acrosiringios (salida de los ductos ecrinos) obliga a descartar un melanoma.

◆ **Dermatoscopia:** los patrones benignos más frecuentes son:

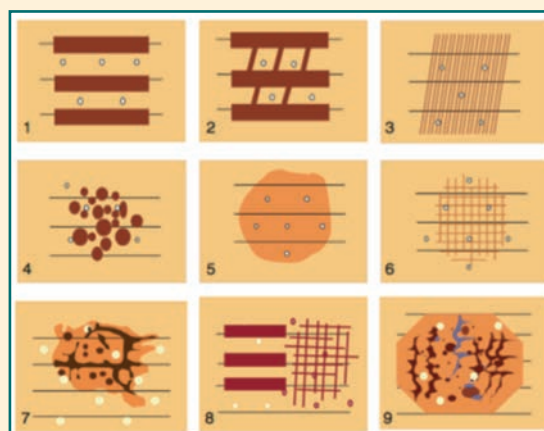
- **Patrón paralelo del surco.** Pigmentación que sigue los surcos en la superficie cutánea formando los dermatoglifos.
- **Patrón en celosía.** Pigmentación siguiendo los surcos y líneas atravesando los surcos transversalmente.
- **Patrón fibrilar/filamentoso.** Filamentos de pigmento paralelos finos, cruzando los dermatoglifos en dirección perpendicular.

Representación esquemática de la distribución de los melanocitos en la piel volar



En el melanoma los melanocitos invaden los acrosiringios, mientras que en el nevus acral los melanocitos se hallan limitados a la cresta epidérmica interpapilar.

Patrones dermatoscópicos en las lesiones pigmentadas de palmas y plantas



Manual de dermatoscopia. J. Malvehy. S. Puig.

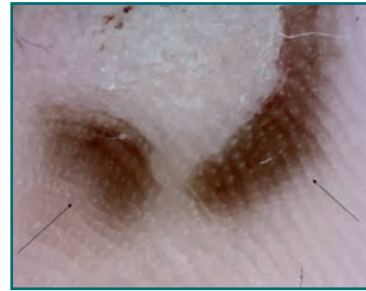
Nevus acral



Dermatoscopia.
Patrón benigno
paralelo del surco.

*Imagen extraída de
Dermatoweb.net.*

Melanoma lentiginoso acral



Dermatoscopia.
Patrón paralelo
de la cresta.
Obsérvese la
presencia de
pigmento en la
cresta.

*Imagen extraída de
Dermatoweb.net.*

◆ Nevus subungueal

El nevus del aparato ungueal se caracteriza dermatoscópicamente por:

- **Líneas longitudinales paralelas marrones que son regulares en color, tamaño y grosor en toda la lesión.**

La presencia de líneas longitudinales irregulares marrones o negras en color, tamaño o grosor obligará a descartar un melanoma subungueal.



Manual de dermatoscopia. J. Malvehy. S. Puig.

Nevus subungueal



Imagen clínica.



Dermatoscopia.
Se objetivan líneas
longitudinales
paralelas regulares
en color, tamaño y
grosor en toda la
lesión.

◆ Melanoma

El melanoma cutáneo es un tumor de origen melanocítico que supone la primera causa de mortalidad por cáncer cutáneo.

Factores de riesgo: edad, sexo, raza, nevus múltiples y exposición solar.

Los hallazgos clínicos y dermatoscópicos del melanoma maligno vendrán determinados por el subtipo histológico del tumor, localización, existencia de un nevus previo o el grado de pigmentación.

Los principales criterios dermatoscópicos en el melanoma son:

◆ Criterios globales:

- **Asimetría.**
- **Múltiples colores.**

◆ **Patrones:**

- **Patrón multicomponente (combinación de 3 o más estructuras).**
- **Patrón en estallido de estrellas (en adultos).**
- **Patrón inespecífico.**

◆ **Características locales:**

- **Retículo pigmentado atípico.**
- **Puntos/glóbulos atípicos.**
- **Proyecciones atípicas (pseudópodos, proyecciones radiales).**
- **Estructuras de regresión:**
 - ▶ Puntos azul-grisáceos en pimienta (zonas con melánofagos).
 - ▶ Áreas blanquecinas pseudocicatriciales (zonas de fibrosis).
- **Velo azul-blanquecino:**
 - ▶ Área irregular azul sin estructura cubierta por una película blanca (suele coincidir con las zonas más sobreelevadas del tumor).
- **Vasos atípicos:**
 - ▶ Vasos lineales irregulares.
 - ▶ Vasos puntiformes perpendiculares a la superficie de la piel.

Melanoma nodular de Breslow

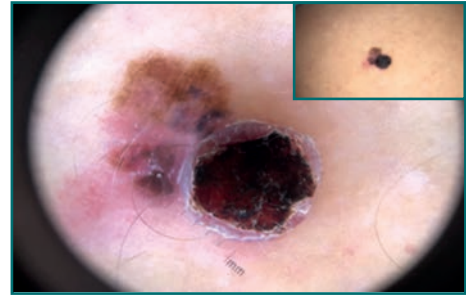
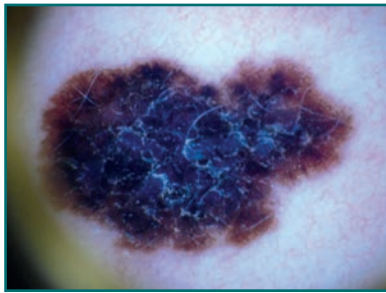


Imagen clínica (superior derecha). Melanoma de 4 mm en miembro inferior de mujer de 32 años. Lesión asimétrica y con múltiples colores.

Dermatoscopia. Se aprecia un patrón inespecífico, con fenómenos de regresión en forma de zonas blanquecinas pseudocicatriciales y presencia de nódulo ulcerado, correspondiente al inicio de la fase de crecimiento vertical con potencial metastatizante.

Melanoma de extensión superficial



Dermatoscopia. Melanoma de 1,8 mm de Breslow en espalda. Nótese el retículo pigmentado atípico en periferia y la presencia de velo azul-blanquecino.



Dermatoscopia. Puntos, glóbulos irregulares y retículo atípico.
Imagen clínica (inferior derecha).

Por cortesía del Dr. Javier Quintana. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.



Dermatoscopia. Obsérvense los pseudópodos y proyecciones atípicas en la periferia de la lesión. **Imagen clínica** (inferior derecha).

Por cortesía del Dr. Javier Quintana. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.



Dermatoscopia. Patrón globular atípico. Velo azul blanquecino como fenómeno de regresión (círculo blanco). **Imagen clínica** (inferior derecha).

Por cortesía del Dr. Javier Quintana. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Melanoma nodular amelanótico



Imagen clínica en el quinto dedo de la mano. Puede confundirse con un granuloma piógeno, aunque el melanoma carece de collarete descamativo, presenta mayor tamaño y los límites no son tan netos. En la dermatoscopia, que no se ha podido adjuntar, aparecían vasos puntiformes y lineales irregulares.

◆ Léntigo maligno

El léntigo maligno es un melanoma *in situ* (intraepidérmico) que afecta a áreas de exposición solar crónica como son la cabeza y el cuello en pacientes de edad avanzada. Representa el 4–15 % de los casos de melanoma. Puede tener una evolución muy prolongada antes de evolucionar a léntigo maligno melanoma (LMM) o melanoma sobre léntigo maligno.

- ◆ **Clínica:** mácula irregularmente pigmentada cuya coloración puede variar entre color marrón claro a negro.
- ◆ **Dermatoscopia:**
 - **Salidas foliculares asimétricamente pigmentadas.**
 - **Orificios foliculares ocluidos.**
 - **Estructuras romboidales oscuras alrededor de los folículos;** *es un criterio altamente específico de melanoma.*
 - **Puntos y glóbulos grisáceos irregulares** en tamaño que corresponden a los melanófagos.
 - **Áreas homogéneas** que corresponden a la oclusión completa de las salidas foliculares por las células del melanoma.

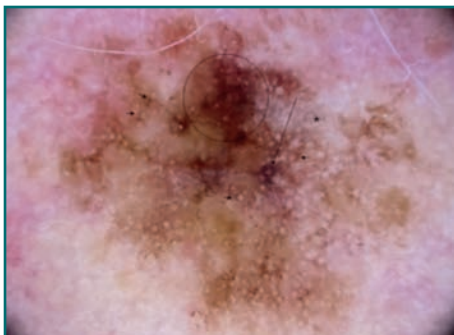
El **léntigo maligno melanoma** corresponde al avance dérmico de las células tumorales. En esta etapa se pueden apreciar en las lesiones datos dermatoscópicos como el velo azul-blanquecino y áreas de regresión.

- ◆ **Diagnóstico diferencial:** léntigo solar; queratosis actínica; queratosis actínica pigmentada; queratosis liquenoide.

Léntigo maligno



Imagen clínica. Mácula, asimétrica en forma y coloración, en mejilla.



Dermatoscopia. Pigmentación asimétrica de las salidas foliculares (flechas pequeñas), estructura romboidal (flecha grande), oclusión de las salidas foliculares (círculo) y puntos azul-grisáceos (asterisco).

Imágenes extraídas de Dermatoweb.net



Imagen clínica. Lesión en cuero cabelludo; el paciente llevaba más de 5 años con esta lesión que había ido creciendo progresivamente.

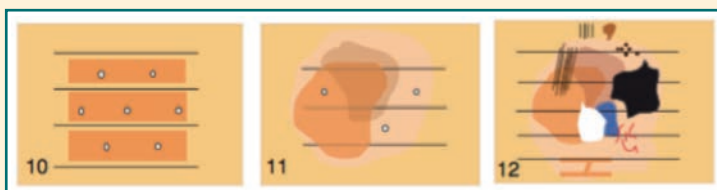
◆ Melanoma lentiginoso acral

El melanoma acral se manifiesta como una lesión macular de color marrón o negro, mal delimitada y asimétrica.

Representa menos del 5 % de todos los casos de melanoma en la raza blanca. Es el tipo más frecuente en la **raza negra** (70 %) y asiáticos (hasta el 45 %), sobre todo alrededor de la séptima década de la vida. El melanoma lentiginoso acral presenta espesores tumorales mayores y tiene un *comportamiento biológico más agresivo*. Se ha relacionado con una mayor aparición de metástasis en tránsito. En referencia a la localización, los melanomas localizados en manos y pies tienen **peor pronóstico**, con una menor supervivencia respecto a los localizados en otras áreas anatómicas.

- ◆ **Clínica:** mácula mal delimitada y asimétrica, intensamente pigmentada o heterocromática, en piel de manos o pies.
- ◆ **Dermatoscopia:**
 - Patrón paralelo de la cresta.
 - Pigmentación irregular difusa.
 - Patrón multicomponente.
 - Carencia de surco paralelo, en celosía, fibrilar.
 - Características clásicas del melanoma invasivo.
- ◆ **Diagnóstico diferencial:** nevus acral; tiña negra; hematoma palmar/plantar.

Disposición del pigmento en el melanoma lentiginoso acral

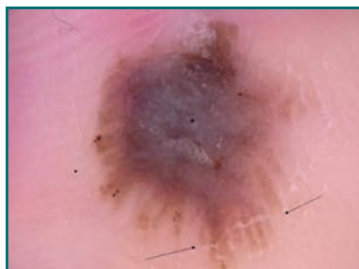


Manual de dermatoscopia. J. Malvehy. S. Puig.

Melanoma lentiginoso acral



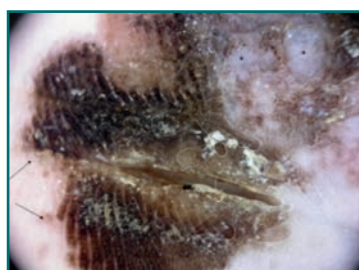
Imagen clínica.



Dermatoscopia.
Patrón paralelo de la cresta (flechas), puntos marrón oscuro de distribución asimétrica y velo azul-blanquecino (asterisco).



Imagen clínica.
Melanoma lentiginoso acral.



Dermatoscopia.
Patrón paralelo de la cresta y velo azul-blanquecino (asteriscos).

Imágenes extraídas de Dermatoweb.net

◆ **Melanoma subungueal**

El melanoma subungueal aparece en la matriz ungueal o en el lecho. Representa el 1 % de todos los casos de melanoma en raza blanca.

- ◆ **Clínica:** se presenta como una banda pigmentada en la lámina ungueal, de más de 3 mm, que puede extenderse más allá del hiponiquio o del pliegue ungueal proximal y lateral, lo que se conoce como **signo de Hutchinson**. Es más frecuente en el primer dedo del pie. El melanoma subungueal en los pies es más frecuente que el de las manos.
- ◆ **Dermatoscopia:**
 - **Fondo marrón.**
 - **Líneas longitudinales marrones o negras, irregulares en color, tamaño y grosor, que destruyen el patrón paralelo normal.**
 - **Signo de micro-Hutchinson.** Pigmentación de la cutícula invisible con el ojo desnudo.
 - **Destrucción o distrofia de la uña** (cuando ya es invasor).
- ◆ **Diagnóstico diferencial:** nevus subungueal; hematoma; infección subungueal.

Melanoma subungueal



Imagen clínica.

Pigmento afectando al pulpejo del primer dedo del pie y base de la uña (signo de Hutchinson, flecha verde) y destrucción de la lámina.



Dermatoscopia.

Patrón de la cresta en la piel del pulpejo del dedo.

Imágenes extraídas del blog Dermapixel (Dra. Rosa Taberner).



Imagen clínica.

Primer dedo de mano con afectación de la piel perilesional.



Dermatoscopia. Banda pigmentada de coloración marrón de fondo, sobre la que se distinguen líneas longitudinales marrones irregulares en color, grosor y espaciado.

Imágenes extraídas de Dermatoweb.net

◆ **Metástasis cutáneas de melanoma**

Las metástasis cutáneas de melanoma se presentan como tumores cutáneos de tamaño variable y márgenes bien definidos en paciente con antecedentes de melanoma. Normalmente las lesiones metastásicas aparecen próximas al sitio del melanoma primario. El color puede ser negro, azul, rojizo o color piel y suelen aparecer vasos polimorfos (lineales irregulares, sacacorchos, glomerulares en horquilla). La clasificación dermatoscópica de las metástasis de melanoma está en permanente revisión.

◆ **Dermatoscopia:** se distinguen varios patrones:

- **Patrón angioma-like:** estructuras redondeadas de color rojo, rojo-azulado o negro-azulado, separadas por septos blanquecinos y que presentan vasos en su interior, a diferencia de los hemangiomas capilares o puntos rubí.
- **Patrón amelanótico:** estructuras redondeadas de color blanco-rosado con vasos polimorfos.
- **Patrón homogéneo (azulado, marrón o rojizo).**
- **Patrón inespecífico:** lesiones pigmentadas que no se encuadran en ninguno de los patrones dermatoscópicos definidos.

Metástasis cutánea de melanoma



Imagen clínica. Metástasis con ulceración acompañante, en cara ventral del brazo izquierdo. A la exploración son visibles a simple vista los vasos ramificados y lineales irregulares en la lesión. La paciente tenía antecedente de melanoma en hombro izquierdo, extirpado hacía 12 años.

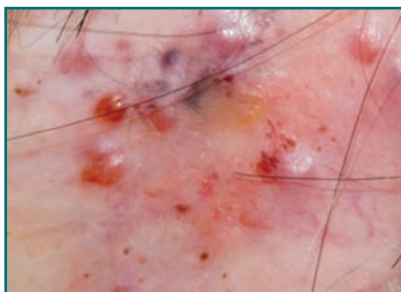
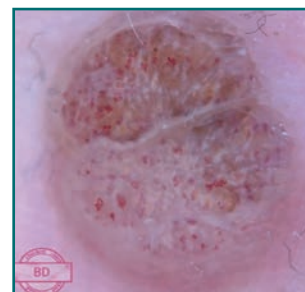


Imagen clínica. Metástasis cutáneas de melanoma de coloración rojizo.



Imagen clínica. Metástasis cutáneas de melanoma de coloración azulado.



Dermatoscopia. Patrón amelanótico de melanoma. Se objetivan vasos muy polimorfos (sacacorchos, glomerulares).



Imagen clínica de la lesión.

*Por cortesía del Dr. Juan Jiménez Cauhé.
Hospital Universitario Ramón y Cajal,
Madrid.*

Bibliografía

1. Malveyh J, Puig S, Braun R, Maghood A, Kopf A. (2006). Manual de Dermatoscopia. Barcelona: BCN Art Directe S.L.
2. Menzies S, Crotty K, Ingvar C, McCarthy W. (2010). Atlas de Dermatoscopia. (3ª ed). Madrid. Aula Médica.
3. Malveyh J, Puig S. (2009). Principios de Dermatoscopia. Barcelona. Laboratorios Avène.
4. Martí RM, Casanova JM. Atlas de dermatoscopia. Dermatoweb. <http://dermatoweb2.udl.es/atlas.php?letra=d&idsubmenu=2781>
5. Taberner, R. Blog Dermapixel. <https://www.dermapixel.com/>

1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO. Bilaxten 20 mg comprimidos. **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA.** Cada comprimido contiene 20 mg de bilastina. Para consultar la lista completa de excipientes ver sección 6.1. **3. FORMA FARMACÉUTICA.** Comprimido. Comprimidos blancos ovales biconvexos y ranurados (longitud 10 mm, anchura 5 mm). La ranura sirve únicamente para fraccionar y facilitar la deglución pero no para dividir en dosis iguales. **4. DATOS CLÍNICOS. 4.1 Indicaciones terapéuticas.** Tratamiento sintomático de la rinoconjuntivitis alérgica (estacional y perenne) y de la urticaria. Bilaxten 20 mg comprimidos está indicado en adultos y adolescentes (edad igual o superior a 12 años).

4.2 Posología y forma de administración. Posología. **Adultos y adolescentes (edad igual o superior a 12 años).** 20 mg de bilastina (1 comprimido) una vez al día para el alivio de los síntomas de la rinoconjuntivitis alérgica (RAE y RAP) y de la urticaria. El comprimido debe administrarse una hora antes o dos horas después de la ingesta de alimentos o de zumos de frutas (ver sección 4.5). **Duración del tratamiento:** Para rinoconjuntivitis alérgica el tratamiento debe limitarse al periodo de exposición a los alérgenos. Para rinitis alérgica estacional el tratamiento puede interrumpirse cuando se hayan resuelto los síntomas y reiniciarse en caso de que estos reaparezcan. En rinitis alérgica perenne se puede proponer al paciente el tratamiento continuado durante los periodos de exposición a los alérgenos. Para urticaria la duración del tratamiento depende del tipo, duración y evolución de los síntomas. **Poblaciones especiales. Pacientes de edad avanzada.** No se requiere ajuste de dosis en pacientes de edad avanzada (ver secciones 5.1 y 5.2 en ficha técnica extendida). **Insuficiencia renal.** Los estudios realizados en grupos de adultos con un riesgo especial (pacientes con insuficiencia renal) indican que no se requiere ajustar la dosis de bilastina en adultos (ver sección 5.2 en ficha técnica extendida). **Insuficiencia hepática.** No hay experiencia clínica en pacientes adultos con insuficiencia hepática. Sin embargo, dado que bilastina no se metaboliza y se elimina inalterada en orina y heces, no se espera que la insuficiencia hepática aumente la exposición sistémica por encima del margen de seguridad en pacientes adultos. Por ello, no se requiere ajustar la dosis en pacientes adultos con insuficiencia hepática (ver sección 5.2 en ficha técnica extendida). **Población pediátrica.** - Niños de 6 a 11 años de edad con un peso corporal mínimo de 20 kg: Bilastina 10 mg comprimidos bucodispersables y bilastina 2,5 mg/mL solución oral son apropiados para administrar a esta población. - Niños menores de 6 años de edad o un peso inferior a 20 kg: Los datos actualmente disponibles se incluyen en las secciones 4.4, 4.8, 5.1 y 5.2, sin embargo, no se puede hacer una recomendación posológica. Por lo tanto, no se debe usar bilastina en este grupo de edad. No se ha establecido la seguridad y eficacia de bilastina en niños con insuficiencia renal o hepática. **Forma de administración:** Vía oral. El comprimido puede tragarse con agua. Se recomienda administrar la dosis diaria en una única toma. **4.3 Contraindicaciones.** Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes incluidos en la sección 6.1. **4.4 Advertencias y precauciones especiales de empleo. Población pediátrica.** La eficacia y seguridad de bilastina en niños menores de 2 años de edad no han sido establecidas y hay poca experiencia clínica en niños de 2 a 5 años, por lo que bilastina no se debería utilizar en estos grupos de edad. En pacientes con insuficiencia renal moderada o severa la administración concomitante de bilastina con inhibidores de la P-glicoproteína (P-gp), tales como p.ej., ketoconazol, eritromicina, ciclosporina, ritonavir o diltiazem, puede aumentar los niveles plasmáticos de bilastina y por tanto aumentar el riesgo de efectos adversos de bilastina. Por ello, la administración concomitante de bilastina e inhibidores de la P-gp debe evitarse en pacientes con insuficiencia renal moderada o severa. **4.5 Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción.** Los estudios de interacciones se han realizado sólo en adultos y se resumen a continuación. **Interacción con alimentos:** Los alimentos reducen significativamente la biodisponibilidad oral de bilastina en un 30 %. **Interacción con zumo de pomelo:** La administración concomitante de bilastina 20 mg y zumo de pomelo disminuyó la biodisponibilidad de bilastina en un 30 %. Este efecto puede ocurrir también con otros zumos de frutas. El grado de reducción en la biodisponibilidad puede variar entre fabricantes y frutos. El mecanismo responsable de esta interacción es la inhibición del OATP1A2, un transportador de captación, del cual bilastina es sustrato (ver sección 5.2 en ficha técnica extendida). Los medicamentos que sean sustratos o inhibidores del OATP1A2, tales como ritonavir o rifampicina, podrían igualmente reducir las concentraciones plasmáticas de bilastina. **Interacción con ketoconazol o eritromicina:** La administración concomitante de bilastina 20 mg una vez al día y ketoconazol 400 mg una vez al día o eritromicina 500 mg tres veces al día aumentó el AUC de bilastina en 2 veces y la C_{max} en 2-3 veces. Estos cambios se pueden explicar debido a la interacción con transportadores intestinales de excreción, ya que bilastina es sustrato de la P-gp y no es metabolizada (ver sección 5.2 en ficha técnica extendida). Estos cambios no parecen afectar al perfil de seguridad de bilastina y ketoconazol o eritromicina, respectivamente. Otros medicamentos que sean sustratos o inhibidores de la P-gp, tal como ciclosporina, podrían igualmente aumentar las concentraciones plasmáticas de bilastina. **Interacción con diltiazem:** la administración concomitante de bilastina 20 mg una vez al día y diltiazem 60 mg una vez al día aumentó la C_{max} de bilastina en un 50 %. Este efecto se puede explicar por la interacción con transportadores intestinales de excreción (ver sección 5.2 en ficha técnica extendida) y no parece afectar al perfil de seguridad de bilastina. **Interacción con alcohol:** El rendimiento psicomotor tras la administración concomitante de alcohol y 20 mg de bilastina una vez al día fue similar al observado tras la administración de alcohol y placebo. **Interacción con lorazepam:** La administración concomitante de bilastina 20 mg una vez al día y lorazepam 3 mg una vez al día durante 8 días no potenció los efectos depresores del SNC causados por lorazepam. **Población pediátrica.** Los ensayos de interacciones se han realizado sólo en adultos. Dado que no hay experiencia clínica sobre la interacción de bilastina con otros medicamentos, alimentos o zumos de frutas en niños, actualmente se deben considerar los resultados obtenidos en los estudios de interacciones con adultos cuando se prescriba bilastina pediátrica. No existen datos clínicos en niños para asegurar que los cambios en la AUC o C_{max} debidos a interacciones afectan al perfil de seguridad de bilastina. **4.6 Fertilidad, embarazo y lactancia. Embarazo.** No hay datos o éstos son limitados relativos al uso de bilastina en mujeres embarazadas. Los estudios en animales no sugieren efectos perjudiciales directos ni indirectos en términos de toxicidad para la reproducción, el parto o el desarrollo postnatal (ver sección 5.3 en ficha técnica extendida). Como medida de precaución, es preferible evitar el uso de Bilaxten 20 mg comprimidos durante el embarazo. **Lactancia.** La excreción de bilastina en la leche no ha sido estudiada en humanos. Los datos farmacocinéticos disponibles en animales muestran que bilastina se excreta en la leche (ver sección 5.3 en ficha técnica extendida). Se debe decidir si continuar/discontinuar la lactancia o interrumpir/abstenerse del tratamiento con Bilaxten 20 mg comprimidos tras considerar el beneficio de la lactancia para el niño y el beneficio del tratamiento para la madre. **Fertilidad.** No hay datos clínicos o éstos son limitados. En un estudio en ratas no se detectó ningún efecto negativo sobre la fertilidad (ver sección 5.3 en ficha técnica extendida). **4.7 Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas.** Un estudio realizado en adultos para evaluar los efectos de bilastina sobre la capacidad para conducir demostró que el tratamiento con 20 mg no afectó al rendimiento durante la conducción. No obstante, dado que puede variar la respuesta individual al medicamento, se recomienda a los pacientes no conducir o utilizar máquinas hasta que hayan establecido su propia respuesta a bilastina. **4.8 Reacciones adversas. Resumen del perfil de seguridad en pacientes adultos y adolescentes.** La incidencia de acontecimientos adversos en pacientes adultos y adolescentes afectados de rinoconjuntivitis alérgica o urticaria crónica idiopática tratados con bilastina 20 mg en los estudios clínicos fue comparable a la incidencia en pacientes que recibieron placebo (12,7 % frente a 12,8 %). Los ensayos clínicos de fase II y III realizados durante el desarrollo clínico incluyeron 2.525 pacientes adultos y adolescentes tratados con diferentes dosis de bilastina, de los cuales, 1.697 recibieron 20 mg de bilastina. Adicionalmente, en estos ensayos 1.362 pacientes recibieron placebo. Las reacciones adversas notificadas más frecuentemente por los pacientes tratados con bilastina 20 mg para la indicación de rinoconjuntivitis alérgica o urticaria crónica idiopática fueron cefalea, somnolencia, mareo y fatiga. Estos acontecimientos adversos ocurrieron con una frecuencia similar en los pacientes que recibieron placebo. **Resumen tabulado de reacciones adversas en pacientes adultos y adolescentes.** La siguiente tabla muestra las reacciones adversas al menos posiblemente relacionadas con bilastina y notificadas en más del 0,1 % de los pacientes tratados con bilastina 20 mg durante el desarrollo clínico (N = 1.697). Las frecuencias se han clasificado de la siguiente forma: Muy frecuentes (≥1/10). Frecuentes (≥1/100 a <1/10). Poco frecuentes (≥1/1.000 a <1/100). Raras (≥1/10.000 a <1/1.000). Muy raras (<1/10.000). Frecuencia no conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles). Las reacciones raras, muy raras y de frecuencia no conocida no se han incluido en la tabla. Frecuencia no conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles): se han observado palpitaciones, taquicardia y reacciones de hipersensibilidad (como anafilaxia,

Clasificación por órganos del sistema		Bilastina 20 mg N=1697	Bilastina cualquier dosis	Placebo 20 mg N=1362
Frecuencia	Reacción adversa			
Infecciones e infestaciones				
<i>Poco frecuentes</i>	<i>Herpes labial</i>	2 (0,12 %)	2 (0,8 %)	0 (0,0 %)
Trastornos del metabolismo y de la nutrición				
<i>Poco frecuentes</i>	<i>Aumento de apetito</i>	10 (0,59 %)	11 (0,44 %)	7 (0,51 %)
Trastornos psiquiátricos				
<i>Poco frecuentes</i>	<i>Ansiedad</i>	6 (0,35 %)	8 (0,32 %)	0 (0,0 %)
	<i>Insomnio</i>	2 (0,12 %)	4 (0,16 %)	
Trastornos del sistema nervioso				
<i>Frecuentes</i>	<i>Somnolencia</i>	52 (3,06 %)	82 (3,25 %)	39 (2,86 %)
	<i>Cefalea</i>	68 (4,01 %)	90 (3,56 %)	46 (3,38 %)
<i>Poco Frecuentes</i>	<i>Mareo</i>	14 (0,83 %)	23 (0,91 %)	08 (0,59 %)
Trastornos del oído y del laberinto				
<i>Poco frecuentes</i>	<i>Tinnitus</i>	2 (0,12 %)	2 (0,08 %)	0 (0,00 %)
	<i>Vértigo</i>	3 (0,18 %)	3 (0,12 %)	0 (0,00 %)
Trastornos cardíacos				
<i>Poco frecuentes</i>	<i>Bloqueo de rama derecha</i>	4 (0,24 %)	5 (0,20 %)	3 (0,22 %)
	<i>Arritmia sinusual</i>	5 (0,30 %)	5 (0,20 %)	1 (0,07 %)
	<i>Intervalo QT del electrocardiograma prolongado</i>	9 (0,53 %)	10 (0,40 %)	5 (0,37 %)
	<i>Otras anomalías del ECG</i>	7 (0,41 %)	11 (0,44 %)	2 (0,15 %)
Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos				
<i>Poco frecuentes</i>	<i>Disnea</i>	2 (0,12 %)	2 (0,08 %)	0 (0,00 %)
	<i>Molestias Nasales</i>	2 (0,12 %)	2 (0,08 %)	0 (0,00 %)
	<i>Sequedad Nasal</i>	3 (0,18 %)	6 (0,24 %)	4 (0,29 %)
Trastornos gastrointestinales				
<i>Poco frecuentes</i>	<i>Dolor abdominal superior</i>	11 (0,65 %)	14 (0,55 %)	6 (0,44 %)
	<i>Dolor abdominal</i>	5 (0,30 %)	5 (0,20 %)	4 (0,29 %)
	<i>Náusea</i>	7 (0,41 %)	10 (0,20 %)	14 (1,03 %)
	<i>Molestias gástricas</i>	3 (0,18 %)	4 (0,16 %)	0 (0,0 %)
	<i>Diarrea</i>	4 (0,24 %)	6 (0,24 %)	3 (0,22 %)
	<i>Sequedad Bucal</i>	2 (0,12 %)	6 (0,24 %)	5 (0,37 %)
	<i>Dispepsia</i>	2 (0,12 %)	4 (0,16 %)	4 (0,29 %)
<i>Gastritis</i>	4 (0,24 %)	4 (0,16 %)	4 (0,0 %)	
Trastornos de piel y tejido subcutáneo				
<i>Poco frecuentes</i>	<i>Plurito</i>	2 (0,12 %)	4 (0,16 %)	2 (0,15 %)
Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración				
<i>Poco frecuentes</i>	<i>Fatiga</i>	14 (0,83 %)	19 (0,75 %)	18 (1,32 %)
	<i>Sed</i>	3 (0,18 %)	4 (0,16 %)	1 (0,07 %)
	<i>Mejoría de una condición preexistente</i>	2 (0,12 %)	2 (0,08 %)	1 (0,07 %)
	<i>Pirexia</i>	2 (0,12 %)	3 (0,12 %)	1 (0,07 %)
	<i>Astenia</i>	3 (0,18 %)	4 (0,16 %)	5 (0,37 %)
Exploraciones complementarias				
<i>Poco frecuentes</i>	<i>Aumento de Gamma-glutamilttransferasa</i>	7 (0,41 %)	8 (0,41 %)	2 (0,15 %)
	<i>Aumento de Alanin-aminotransferasa</i>	5 (0,30 %)	5 (0,20 %)	3 (0,22 %)
	<i>Aumento de Alanin-aminotransferasa</i>	3 (0,18 %)	3 (0,12 %)	3 (0,22 %)
	<i>Aumento de creatinina plasmática</i>	2 (0,12 %)	2 (0,08 %)	0 (0,0 %)
	<i>Aumento de creatinina plasmáticos</i>	2 (0,12 %)	2 (0,08 %)	3 (0,22 %)
	<i>Aumento de peso</i>	8 (0,47 %)	12 (0,08 %)	2 (0,15 %)

que bilastina se excreta en la leche (ver sección 5.3 en ficha técnica extendida). Se debe decidir si continuar/discontinuar la lactancia o interrumpir/abstenerse del tratamiento con Bilaxten 20 mg comprimidos tras considerar el beneficio de la lactancia para el niño y el beneficio del tratamiento para la madre. **Fertilidad.** No hay datos clínicos o éstos son limitados. En un estudio en ratas no se detectó ningún efecto negativo sobre la fertilidad (ver sección 5.3 en ficha técnica extendida). **4.7 Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas.** Un estudio realizado en adultos para evaluar los efectos de bilastina sobre la capacidad para conducir demostró que el tratamiento con 20 mg no afectó al rendimiento durante la conducción. No obstante, dado que puede variar la respuesta individual al medicamento, se recomienda a los pacientes no conducir o utilizar máquinas hasta que hayan establecido su propia respuesta a bilastina. **4.8 Reacciones adversas. Resumen del perfil de seguridad en pacientes adultos y adolescentes.** La incidencia de acontecimientos adversos en pacientes adultos y adolescentes afectados de rinoconjuntivitis alérgica o urticaria crónica idiopática tratados con bilastina 20 mg en los estudios clínicos fue comparable a la incidencia en pacientes que recibieron placebo (12,7 % frente a 12,8 %). Los ensayos clínicos de fase II y III realizados durante el desarrollo clínico incluyeron 2.525 pacientes adultos y adolescentes tratados con diferentes dosis de bilastina, de los cuales, 1.697 recibieron 20 mg de bilastina. Adicionalmente, en estos ensayos 1.362 pacientes recibieron placebo. Las reacciones adversas notificadas más frecuentemente por los pacientes tratados con bilastina 20 mg para la indicación de rinoconjuntivitis alérgica o urticaria crónica idiopática fueron cefalea, somnolencia, mareo y fatiga. Estos acontecimientos adversos ocurrieron con una frecuencia similar en los pacientes que recibieron placebo. **Resumen tabulado de reacciones adversas en pacientes adultos y adolescentes.** La siguiente tabla muestra las reacciones adversas al menos posiblemente relacionadas con bilastina y notificadas en más del 0,1 % de los pacientes tratados con bilastina 20 mg durante el desarrollo clínico (N = 1.697). Las frecuencias se han clasificado de la siguiente forma: Muy frecuentes (≥1/10). Frecuentes (≥1/100 a <1/10). Poco frecuentes (≥1/1.000 a <1/100). Raras (≥1/10.000 a <1/1.000). Muy raras (<1/10.000). Frecuencia no conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles). Las reacciones raras, muy raras y de frecuencia no conocida no se han incluido en la tabla. Frecuencia no conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles): se han observado palpitaciones, taquicardia y reacciones de hipersensibilidad (como anafilaxia,

angioedema, disnea, erupción cutánea, edema localizado/hinchazón local y eritema) y vómitos durante el período de post-comercialización. **Descripción de las reacciones adversas relevantes en pacientes adultos y adolescentes.** Se observaron somnolencia, cefalea, mareo y fatiga tanto en pacientes tratados con 20 mg de bilastina o con placebo. La frecuencia notificada fue 3,06 % vs. 2,86 % para somnolencia; 4,01 % vs. 3,38 % para cefalea; 0,83 % vs. 0,59 % para mareo; y 0,83 % vs. 1,32 % para fatiga. La información recogida durante la post-comercialización ha confirmado el perfil de seguridad observado durante el desarrollo clínico. **Resumen del perfil de seguridad en población pediátrica.** Durante el desarrollo clínico, la frecuencia, el tipo e intensidad de las reacciones adversas en adolescentes (de 12 a 17 años) fueron las mismas que las observadas en adultos. La información recogida en esta población (adolescentes) durante la post-comercialización ha confirmado los resultados de los ensayos clínicos. En un ensayo clínico controlado de 12 semanas, el porcentaje de niños (2–11 años) que notificaron acontecimientos adversos (AAs) después del tratamiento con bilastina 10 mg para rinoconjuntivitis alérgica o urticaria idiopática crónica fue comparable con los pacientes que recibieron placebo (68,5 % vs. 67,5 %). Los AAs relacionados notificados más frecuentemente por 291 niños (2–11 años) que recibieron bilastina (en la forma farmacéutica de comprimidos bucodispersables) durante los ensayos clínicos (#260 niños expuestos en el estudio clínico de seguridad, 31 niños expuestos en el estudio farmacocinético) fueron dolor de cabeza, conjuntivitis alérgica, rinitis y dolor abdominal. Estos acontecimientos adversos relacionados ocurrieron con una frecuencia comparable en 249 pacientes que recibieron placebo. **Resumen tabulado de reacciones adversas en la población pediátrica.** La siguiente tabla muestra los acontecimientos adversos al menos posiblemente relacionados con bilastina y notificados en más del 0,1 % de los niños (2–11 años) tratados con bilastina durante el desarrollo clínico. Las frecuencias se han clasificado de la siguiente forma: Muy frecuentes ($\geq 1/10$) Frecuentes ($\geq 1/100$ a $< 1/10$) Poco frecuentes ($\geq 1/1.000$ a $< 1/100$) Raras ($\geq 1/10.000$ a $< 1/1.000$) Muy raras ($< 1/10.000$) Frecuencia no conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles) Las reacciones raras, muy raras y de frecuencia no conocida no se han incluido en la tabla. **Descripción de las reacciones adversas relevantes en la población pediátrica.** Se observaron cefalea, dolor abdominal, conjuntivitis alérgica y rinitis tanto en niños tratados con 10 mg de bilastina como con placebo. La frecuencia notificada fue 2,1 % vs. 1,2 % para cefalea; 1,0 % vs. 1,2 % para dolor abdominal; 1,4 % vs. 2,0 % para conjuntivitis alérgica; y 1,0 % vs. 1,2 % para rinitis. **Notificación de sospechas de reacciones adversas.** Es importante notificar sospechas de reacciones adversas al medicamento tras su autorización. Ello permite una supervisión continuada de la relación beneficio/riesgo del medicamento. Se invita a los profesionales sanitarios a notificar las sospechas de reacciones adversas a través del Sistema Español de Farmacovigilancia de Medicamentos de Uso Humano: www.notificaRAM.es. **4.9 Sobredosis.** La información relacionada con sobredosis aguda de bilastina se recoge de la experiencia de los ensayos clínicos realizados durante el desarrollo y durante la post-comercialización. En los ensayos clínicos, tras la administración de bilastina a dosis de 10 a 11 veces la dosis terapéutica (220 mg como dosis única o 200 mg/día durante 7 días) a 26 voluntarios adultos sanos, la frecuencia de acontecimientos adversos tras el tratamiento fue dos veces superior a la observada tras la administración de placebo. Las reacciones adversas más frecuentemente notificadas fueron mareo, cefalea y náusea. No se notificaron acontecimientos adversos graves ni prolongaciones significativas del intervalo QTc. La información recogida durante la post-comercialización coincide con la información obtenida en los ensayos clínicos. La evaluación crítica del efecto de dosis múltiples de bilastina (100 mg durante 4 días) sobre la repolarización ventricular en un estudio cruzado de "thorough QT/QTc" realizado con 30 voluntarios adultos sanos no mostró ninguna prolongación significativa del intervalo QTc. No hay datos de sobredosis en niños. En caso de producirse una sobredosis se recomienda tratamiento sintomático y de soporte. No se conoce ningún antídoto específico para bilastina. **5. PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS.** (Consultar ficha técnica extendida). **6. DATOS FARMACÉUTICOS.** **6.1 Lista de excipientes.** Celulosa microcristalina. Carboximetilalmidón sódico tipo A (derivado de patata). Sílice coloidal anhidra. Estearato magnésico. **6.2 Incompatibilidades.** No procede. **6.3 Período de validez.** 5 años. **6.4 Precauciones especiales de conservación.** Este medicamento no requiere condiciones especiales de conservación. **6.5 Naturaleza y contenido del envase.** El medicamento está envasado en un blíster, que consta de dos partes: 1. Laminado, compuesto por poliamida orientada (cara exterior del laminado), aluminio y PVC (cara interior del laminado). 2. Película de aluminio. Después del moldeado y llenado con comprimidos, la película de aluminio es termosellada al laminado con una laca de sellado por calor (copolímero de PVC-PVAc y resinas de butilmetacrilato). Cada blíster contiene 10 comprimidos. Los blísters están envasados en estuches de cartón. Tamaños de envase: 10, 20, 30, 40 o 50 comprimidos. Puede que solamente estén comercializados algunos tamaños de envases. **6.6 Precauciones especiales de eliminación y otras manipulaciones.** La eliminación del medicamento no utilizado y de todos los materiales que hayan estado en contacto con él, se realizará de acuerdo con la normativa local. **7. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** FAES FARMA, S.A. Máximo Aguirre, 14. 48940 – Leioa. **8. NÚMERO(S) DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** 73.027. **9. FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/ RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN.** Fecha de la primera autorización: 23 de noviembre de 2010. Fecha de la última renovación: 07 de octubre de 2015. **10. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO.** 08/2019. **11. PRESENTACIÓN Y P.V.P. I.V.A.:** Bilaxten 20 mg, 20 comprimidos, P.V.P. I.V.A. 6,99 €, Bilaxten 2,5 mg/ml solución oral, P.V.P. I.V.A. 9,6 €, Bilaxten 10 mg, 20 comprimidos, P.V.P. I.V.A. 6,40 €. **12. CONDICIONES DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN:** Con receta médica. Reembolsable por el Sistema Nacional de Salud. Para más información consulte la ficha técnica completa en www.aemps.gob.es.

BIBLIOGRAFÍA: 1. Datos internos de la compañía. Titular Faes Farma S.A, Ficha Técnica autorizada. Revisión del texto agosto 2019.

Clasificación por órganos del sistema		Bilastina 10 mg (n=291)#	Placebo 20 mg (n=249)
Frecuencia	Reacción adversa		
Infecciones e infestaciones			
Frecuente	Rinitis	3 (1,0 %)	3 (1,2 %)
Trastornos del sistema nervioso			
Frecuente	Cefalea	6 (2,1 %)	3 (0,51 %)
Poco frecuentes	Mareo	1 (0,3 %)	0 (0,0 %)
	Pérdida de conciencia	1 (0,3 %)	0 (0,0 %)
Trastornos oculares			
Frecuentes	Conjuntivitis alérgica	4 (1,4 %)	5 (2,0 %)
Poco Frecuentes	Irritación ocular	1 (0,3 %)	0 (0,0 %)
Trastornos gastrointestinales			
Frecuente	Dolor abdominal / Dolor abdominal superior	3 (1,0 %)	3 (1,2 %)
	Vértigo	3 (0,18 %)	0 (0,0 %)
Poco frecuentes	Diarrea	2 (0,7 %)	0 (0,0 %)
	Náuseas	1 (0,3 %)	0 (0,0 %)
	Hinchazón de los labios	1 (0,3 %)	0 (0,0 %)
Trastornos de piel y del tejido subcutáneo			
Poco frecuente	Eczema	1 (0,3 %)	0 (0,0 %)
	Urticaria	2 (0,7 %)	2 (0,8 %)
Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración			
Poco frecuente	Fatiga	2 (0,7 %)	0 (0,0 %)

#260 niños expuestos en el estudio clínico de seguridad. 31 niños expuestos en el estudio farmacocinético

BILAXTEN

bilastina

20 mg



Siempre es tiempo de Bilaxten

AHORA A PRECIO DE REFERENCIA

PVP IVA
6,99 €

- Más de **90 millones de tratamientos en todo el mundo**¹
- Comercializado en más de **100 países** en todo el mundo¹



www.bilastina.es

I + D + i
Nacional

#LaMarcaTeCuida

 FAES FARMA