

TÍTULO: LESIONES CIRCUNSCRITAS DE PIEL, MUCOSAS Y

ANEJOS CUTÁNEOS DE ALTO RIESGO DERMATOSCÓPICO

Autores:

- DrC. Rigoberto García Gómez. Especialista de 2do. Grado en Dermatología. Especialista de 1er. Grado en M.G.I. Máster en enfermedades Infecciosas. Profesor e Investigador Titular.

- Dra. Annabel del Carmen Castro Turusetá. Especialista de 1er. Grado en Dermatología, Instructora.

- Dra. Marta Eduviges Amador Díaz. Especialista de 1er. Grado en Dermatología, Máster en Medicina Natural y Tradicional, Profesora Asistente.

Servicio de Dermatología

Email: dermato@hha.sld.cu

INTRODUCCIÓN

Las lesiones circunscritas de piel, de mucosas y de anejos cutáneos de difícil diagnóstico clínico han sido causa de preocupación histórica de médicos y pacientes. Una gran cantidad de entidades dermatológicas y sistémicas pueden presentar este tipo de lesiones, desde algunas comunes que no comprometen la vida del paciente, hasta otras más complejas que pueden resultar fatales para el individuo. Tienen en común la presencia de características dermatoscópicas que le confieren un riesgo elevado de malignidad, por lo que

deben ser tratadas quirúrgicamente o seguidas clínica y dermatoscópicamente con frecuencias que varían en dependencia de las características de cada caso.

Las lesiones circunscritas pigmentadas pueden deber su color al aumento del número de melanocitos o al aumento de la producción de pigmento, así las lesiones pigmentadas pueden ser melanocíticas propiamente o no melanocíticas cuando la proliferación de estas células no es un fenómeno primario o no existe. Puede existir lesiones circunscritas no pigmentadas de naturaleza melanocítica benigna (nevus dérmicos) y maligna (melanoma amelanótico) y no melanocíticas (pigmentadas o no) malignas (tumores epiteliales) y benignas (queratosis seborreicas y otras).

El Melanoma Maligno es una de las neoplasias más agresivas conocidas. Su incidencia ha aumentado en los últimos 30 años, fundamentalmente entre las personas de piel blanca. El reconocimiento temprano del melanoma es una tarea importante para los profesionales de la salud pues mejora el pronóstico de los pacientes. En ocasiones clínicamente se torna muy difícil el diagnóstico positivo de esta entidad, incluso para los especialistas más experimentados, lo cual constituye un auténtico problema de salud por las consecuencias que puede traer para el paciente un diagnóstico errado de una lesión circunscrita. Existen además numerosas lesiones circunscritas de origen no melanocítico, tanto benignas como malignas, con pronósticos variables en dependencia de la naturaleza de la entidad, que van desde queratosis seborreicas pigmentadas, léntigos simples, y dermatofibromas todos estos de comportamiento benigno, hasta carcinomas basales que pueden presentar comportamiento localmente

agresivos y destructivos o carcinomas epidermoides con capacidad de producir metástasis y la muerte del paciente.

Es de vital importancia para el paciente el diagnóstico y manejo correcto de estas lesiones por la diferencia en los pronósticos que implican. En nuestro país recientemente se ha introducido la dermatoscopia como proceder diagnóstico por imágenes in vivo y no invasivo, práctico y muy útil al elevar la sensibilidad diagnóstica en las lesiones circunscritas pigmentadas o no, fundamentalmente del Melanoma Maligno. Esta técnica, complementaria al diagnóstico clínico, eleva la sensibilidad del diagnóstico entre un 10-27% y evita la realización de hasta un 40% de biopsias innecesarias. Este proceder ofrece la posibilidad del cálculo del riesgo dermatoscópico de malignidad, determinado por la aplicación del método de análisis por patrones complementado con el cálculo de varios índices cuantitativos y semi cuantitativos, que junto a los criterios clínicos y dermatoscópicos nos permite conformar un diagnóstico más certero de la lesión y mejora la calidad de la toma de decisiones con respecto a la conducta a seguir en correspondencia con su comportamiento biológico. La protocolización del uso de esta técnica en el diagnóstico de las lesiones circunscritas y seguimiento de aquellas con alto riesgo dermatoscópico contribuirá al aumento de la sensibilidad diagnóstica de las lesiones, a la disminución del número de biopsias innecesarias, a mejorar la calidad de la toma de muestra de las biopsias en lesiones extensas y a elevar la calidad del seguimiento de las lesiones circunscritas sin indicación de exéresis.

Objetivos

1. Elevar la calidad de la atención médica a los pacientes con lesiones circunscritas de piel, mucosas y anejos cutáneos.
2. Contribuir al diagnóstico precoz de las lesiones malignas de piel, mucosas y anejos cutáneos.
3. Fomentar el desarrollo de la dermatoscopia en Cuba.
4. Confeccionar una base de datos para el desarrollo de investigaciones.

Desarrollo

Criterios diagnósticos y terapéuticos

Criterios diagnósticos de una lesión circunscrita de alto riesgo de malignidad:

1. Clínicamente determinado por:

- Asimetría de las lesiones
- Bordes irregulares
- Múltiples colores o irregularidad en los mismos
- Diámetro mayor de 5 mm
- Elevaciones irregulares, que haya modificado su elevación (se haya aplanado o elevado)
- Evolución en los últimos 3 meses con cambios
- Síntomas subjetivos asociados
- Sangramiento, ulceración o eritema circundante
- Lesiones satélites.

2. Dermatoscópicamente:

- Asimetría de bordes, colores y estructuras en uno o dos ejes
- Bordes que no desvanecen progresivamente (terminan bruscamente)
- Múltiples colores (más de 3)
- Color rosado dependiente de la lesión
- Polimorfismo estructural (más de 3 estructuras dermatoscópicas)
- Red pigmentaria atípica
- Glóbulos, puntos negros, pigmentaciones o estructuras azul grisáceas irregulares
- Velo blanco lechoso
- Vasos sanguíneos atípicos (puntiformes, lineales irregulares, arborescentes)
- Prolongaciones periféricas irregulares
- Ulceraciones
- Áreas de regresión
- Signo del “Patito feo” en los síndromes de los nevos displásicos (nevo diferente a los demás en patrón y características de las estructuras dermatoscópicas)

Estos van a influir en los valores de los Scores Dermatoscópicos, métodos cuantitativos y semi cuantitativos complementarios al método de análisis por patrones que determinan el **ALTO RIESGO DERMATOSCÓPICO**:

- Lista Recapitulativa de los Tres Puntos de Soyer: Valores de 2 o 3
- Índice de Stolz: Valores superiores a 4.75
- Lista de los Siete Puntos: Valores de 3 o mayores.
- Presencia de estructuras dermatoscópicas sugestivas de lesión maligna no melanocítica: Estructuras por acúmulo de células

basaloides con formaciones especiales (en rueda de carro, foliaciformes, puntos y glóbulos grises), vasos arborescentes, ulceraciones, vasos sanguíneos atípicos.

Tabla 1: Características clínicas, dermatoscópicas, conducta, seguimiento y pronóstico de lesiones benignas.

Naturaleza	Entidad	Características Clínicas	Características Dermatoscópicas	Conducta, seguimiento y pronóstico
Melanocítica/ melanótica	Nevo de unión o epidérmico	Lesión pigmentada plana, < 5 mm, asintomática	Red pigmentaria típica, desaparición progresiva en los bordes. Simétrico. Puntos negros regulares. Vasos típicos	Exéresis y biopsia. De no ser posible, seguimiento a los 6 meses y al año. Pronóstico favorable.
	Nevo compuesto	Lesión menos pigmentada que la anterior. Algo elevada, < 5 mm, asintomática.	Red pigmentaria típica, desaparición progresiva en los bordes. Presencia de glóbulos regulares centrales Simétrico. Vasos típicos	
	Nevo intradérmico	Lesión nodular sin pigmento o con escaso pigmento en la superficie. elevada, < 5 mm, asintomática.	Pudiera presentar red pigmentaria y glóbulos típicos. Vasos sanguíneos típicos (en coma). Puede presentar estructuras papilares exofíticas	
	Nevo de Spitz	Lesión nodular pigmentada o color carne,	Caracterizado por un centro pigmentado, patrón en estallido de estrellas,	

		habitualmente en edades tempranas de la vida en la cara y extremidades. Eritema periférico	prolongaciones periféricas, estructura gris azulada central y un halo eritematoso bastante característico de esta lesión	
	Nevo de halo	Lesión pigmentada central que va disminuyendo de tamaño rodeada de halo acrómico o hipocrómico. Se asocia a melanoma y vitiligo	Patrón retículo/glóbulo homogéneo. Estructuras regulares. Vasos típicos	Exéresis y biopsia. De no ser posible, seguimiento trimestral por 2 años. Pronóstico favorable.
	Nevo melanocítico congénito	Lesión pigmentada de variable tamaño: desde unos pocos mm hasta cubrir casi la totalidad de la superficie corporal. Desde el nacimiento o en los primeros meses después.	Polimorfismo dermatoscópico. La forma habitual de presentación está constituida por islotes de piel normal u oligoestructural alternando con islotes de múltiples estructuras, red pigmentaria de trazos fuertes.	Pequeño: Exéresis y biopsia Intermedio y gigante: Zonas de cambio: Biopsia incisional. Se selecciona el sitio de la biopsia por criterios clínicos y dermatoscópicos. Pronóstico favorable. Seguimiento trimestral por 2 años. Posteriormente anual.
	Nevo de Clark	Nevo irregular, >5mm, forma de "huevo frito", múltiples colores	Puede visualizarse como un nevo melanocítico o presentar asimetría, red pigmentaria / puntos / glóbulos con trazos atípicos, múltiples colores y prolongaciones	Exéresis y biopsia. De no ser posible, seguimiento a los 6 meses y al año. Pronóstico favorable.

		periféricas. No es habitual el velo blanco lechoso	
Síndrome del Nevo Displásico	<ul style="list-style-type: none"> • Más de 100 nevos comunes (menores o iguales a 2 mm de diámetro). • Dos o más nevos atípicos (mayores o iguales a 5 mm de diámetro) • Antecedentes familiares de Síndrome del Nevo Displásico. Antecedentes personales y/o familiares de Melanoma Maligno • Pueden haber nevos en sitios inusuales como mamas en mujeres, glúteos, cuero cabelludo, orejas, 	Hallazgos de Nevo de Clark o los nevos melanocíticos de unión, compuestos o dérmicos, según correspondan.	Seguimiento trimestral. Nevos con transformación, signo del “patito feo” o sospechosos de melanoma: exéresis y biopsia. Posteriormente al Síndrome del Nevo Displásico se le realizará seguimiento semestral con mapeo corporal. Pronóstico reservado.

	dorso del pie		
Léntigo actínico	Lesión macular en áreas foto expuestas, bordes bien definidos, tamaño variable	Red pigmentaria típica, bordes regulares y bien definidos. Puede existir bordes "apolillados" (como comidos por polillas)	Biopsia por ponche. Valorar exéresis según características individuales. Criocirugía si no hay contraindicación. Seguimiento semestral y al año. Pronóstico favorable
Nevo de Spilus	Lesión macular marrón clara con islotes de pigmentación mas oscura en su seno	Áreas de pigmentación típica y clara (red pigmentaria fina) con áreas de trazos más oscuros y puntos negros.	Biopsia de la zona de transformación. Seguimiento semestral. Pronóstico favorable
Melanosis de Becker	Generalmente en tronco, puede tener o no vellos en su superficie. Tamaño variable, más frecuente en hombres	Red pigmentaria típica. Puntos negros.	Biopsia de la zona transformada. Seguimiento semestral y al año. Pronóstico favorable
Nevo Azul	Tamaño variable, aspecto azul grisáceo, frecuente en dorso de las manos. Aspecto de "punta de lápiz enterrada"	Patrón homogéneo azul pizarra. Área oligoestructural, solo la estructura gris azulada homogénea	Exéresis y biopsia. Seguimiento a los 6 meses y al año. Pronóstico favorable.
Melanosis mucosas	Lesiones regulares, de número	Red pigmentaria típica. Glóbulos regulares.	Biopsia. Seguimiento a los 6 meses y al año.

		variable y bordes bien definidos		Pronóstico favorable
	Melanoniñas	Lesiones ungueales longitudinales, únicas o múltiples	Bandas longitudinales regulares, simétricas. No de microsigno de Hutchinson	Biopsia. Seguimiento a los 6 meses y al año. Pronóstico favorable
No melanocítica	Queratosis seborreica pigmentada	Lesión verrugosa, aspecto seborreico, se pueden desprender porciones superficiales. Lesión nodular pigmentada aspecto de "mancha de chapapote"	Polimorfismo estructural o patrón inespecífico. Puede tener patrón reticular. Presencia de orificios pseudocomedonianos y pseudoquistes de milium. Red pigmentaria, vasos típicos	Biopsia. Criocirugía. Seguimiento a los 6 meses y al año. Pronóstico favorable
	Hemorragias subcórneas y subungueales	Mácula de corto tiempo de evolución, habitualmente precedida por trauma. El color varía con el transcurso de las semanas hasta desaparecer	Color rosado a negro. Patrón homogéneo o globular. En las uñas prolongaciones periféricas por el crecimiento de la estructura. No de microsigno de Hutchinson	Raspado de la superficie con aguja para buscar residuos de sangre. Biopsia de ser necesario. Pronóstico favorable
	Dermatofibromas	Lesión popular / nodular indurada, habitualmente se relaciona con picaduras de insectos en la zona	Placa homogénea nacarada blanca central rodeada de red pigmentada típica y regular. Hay variaciones normales de esta estructura	Exéresis y biopsia. Seguimiento a los 6 meses y al año. Pronóstico favorable
	Angioquerat	Lesiones	Lesión pleomórfica,	Biopsia.

	omas	papulares queratósicas de aspecto vascular, única o múltiples	patrón multicomponente, sacciforme o inespecífico	Radiocirugía. Seguimiento a los 6 meses y al año. Pronóstico favorable
	Nevos verrugosos	Lesiones nodulares o tumorales pigmentadas, de aspecto verrugosos, única o múltiples, congénitas o adquiridas	Red pigmentaria, glóbulos y puntos negros, todos típicos.	Exéresis y biopsia o biopsia por ponche. Seguimiento a los 6 meses y al año. Pronóstico favorable

Las lesiones circunscritas benignas, melanocíticas o no pueden sufrir transformaciones determinadas por traumas, exposición al sol, cambios hormonales por el embarazo o la pubertad, ingestión de hormonas externas o trastornos endocrinos; o concomitar dos o más lesiones (“lesiones montadas”) y presentarse clínica y dermatoscópicamente como de alto riesgo. Las variaciones de los patrones normales clínicos y dermatoscópicos constituyen un factor de riesgo en estas entidades.

Tabla 2: Características clínicas, dermatoscópicas, conducta, seguimiento y pronóstico de lesiones malignas

Naturaleza	Entidad	Características Clínicas	Características Dermatoscópicas	Conducta, seguimiento y pronóstico
Melanocítica	Melano ma Maligno	Puede presentarse como una mácula hiperpigmentada irregular, bordes difusos, tamaño variable, habitualmente > 5mm, varios colores, ulceración y nódulos. Adenopatías regionales	Red pigmentaria atípica, glóbulos y puntos negros irregulares, hiperpigmentaciones irregulares, velo blanco lechoso, prolongaciones periféricas irregulares. Vasos sanguíneos atípicos	Exéresis con margen de seguridad y biopsia. Remisión a Oncología. Seguimiento clínico dermatoscópico y pesquisa activa de nuevas lesiones trimestralmente por 5 años.
	Nevo azul maligno	Nevo azul modificado, ulcerado, sintomático, con variación del color, tamaño y lesiones satélites	Glóbulos y puntos irregulares sobre un área homogénea azul grisáceo. Irregularidad de los bordes y eritema	Exéresis con margen de seguridad y biopsia. Remisión a Oncología. Seguimiento clínico dermatoscópico y pesquisa activa de nuevas lesiones trimestralmente por 5 años.
No Melanocítica	Carcino ma Basal Pigment ado	Tumor pigmentado de tiempo de evolución variable, habitualmente en la cara, aunque puede verse en cualquier zona pilosa. Bordes perlados, telangiectasias en su superficie	Patrón inespecífico, homogéneo, globular o multicomponente. Vasos sanguíneos arborescentes, estructuras por acúmulo de células basaloides, ulceración	Biopsia. Derivación a consulta especial de tumores epiteliales.
	Carcino ma Epiderm oide in situ	Queratosis actínica: mácula con superficie queratósica en áreas fotoexpuestas	Red pigmentaria fina. Vasos en horquilla, hiperqueratosis. Patrones faciales específicos	Biopsia de ser necesaria según particularidades clínico dermatoscópicas de la lesión. Criocirugía. Seguimiento semestral.
	Carcino ma Epiderm oide in	Queratoacantoma: Tumor con centro hiperqueratósico, bordes elevados	Presencia de queratosis central con vasos en horquilla y lineales	Biopsia de ser necesaria según particularidades clínico dermatoscópicas de la

situ	“en rodete”, crecimiento en corto tiempo, fundamentalmente en áreas fotoexpuestas	irregulares en la periferia	lesión. Derivación a consulta especial de tumores epiteliales.
Carcinoma Epidermoide in situ	Enfermedad de Bowen: placa con superficie escamosa, bordes bien delimitados, crecimiento lento	Presencia de queratosis, vasos en glomérulo, en horquilla y lineales irregulares puede haber red pigmentaria.	Biopsia de ser necesaria según particularidades clínicodermatoscópicas de la lesión. Derivación a consulta especial de tumores epiteliales.
Carcinoma Epidermoide invasivo	Verrugoso o no, tumor de tiempo de evolución variable, potencialidad de metástasis. Puede afectar cualquier zona de la superficie corporal	Puede ser red pigmentaria, glóbulos, áreas ulceradas, estructuras papilares exofíticas, vasos sanguíneos atípicos (en gancho de pelo, en “glomérulo renal”, en tirabuzón, en puntos.	Biopsia. Derivación a consulta especial de tumores epiteliales.

Pruebas diagnósticas básicas y/o confirmatorias:

1. Estudio histopatológico: en los casos en que esté indicada la exéresis o toma de muestra para biopsia. Confirmatorio del diagnóstico
2. Remisión a protocolo de atención de tumores malignos epiteliales: en caso de confirmarse el diagnóstico de alguno de estos tumores.
3. Remisión a Consulta de Oncología: En el caso de los diagnósticos de melanoma maligno o nevo azul maligno

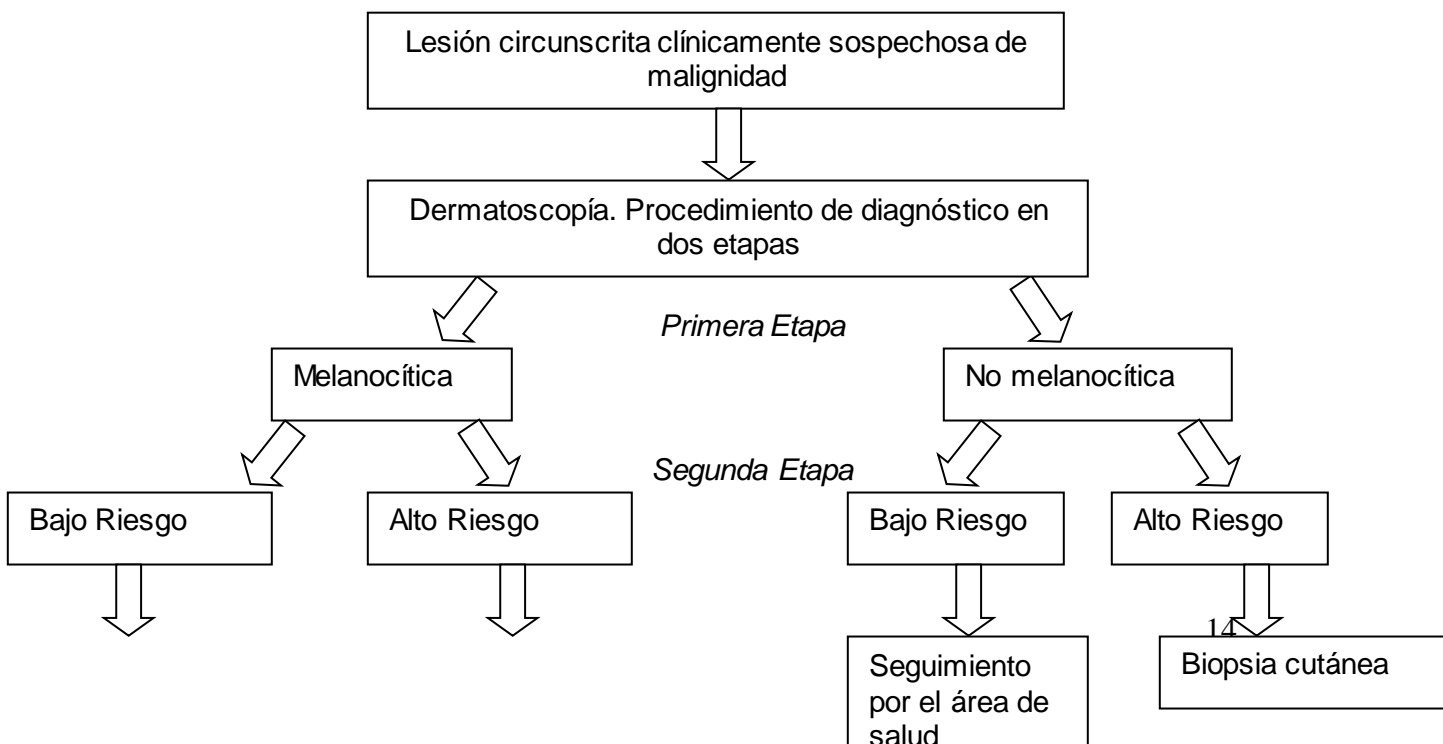
Recomendaciones terapéuticas

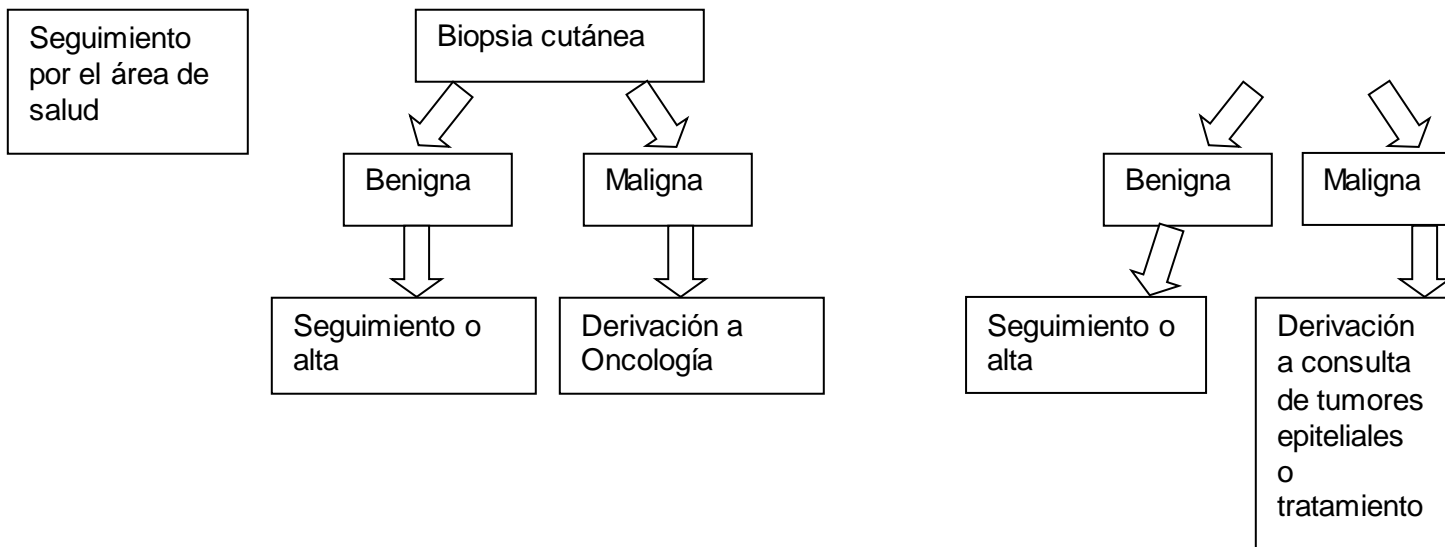
Como parte del tratamiento general se ofrece charla educativa a los pacientes para la identificación de los signos de alarma de las lesiones circunscritas. Se orienta protección solar y evitar los traumatismos sobre las lesiones. El resto de las indicaciones terapéuticas se encuentran descritas en las tablas 1 y 2.

COMPLICACIONES POTENCIALES

- De la dermatoscopia:
 - Infecciones cruzadas
 - Dermatitis de contacto a las sustancias utilizadas
- Del proceder quirúrgico:
 - Infecciones de la herida quirúrgica
 - Dehiscencia de la sutura
 - Necrosis del tejido
 - Otras complicaciones menos frecuentes.

ALGORITMO DIAGNÓSTICO





EVALUACIÓN Y CONTROL

Al efecto de la evaluación y control de este protocolo, se establecen los siguientes indicadores:

Indicadores de estructura

- Recursos humanos:
 - Completos: Excelente
 - Incompletos sin que imposibiliten la realización del protocolo: Regular
 - Incompletos imposibilitando la realización del protocolo: Mal
- Recursos materiales:
 - Completos: Excelente
 - Incompletos sin que imposibiliten la realización del protocolo: Regular
 - Incompletos imposibilitando la realización del protocolo: Mal
- Recursos organizativos:

- Planilla de recolección de datos:
 - Satisface los requerimientos del protocolo y no todos los pacientes incluidos la tienen llena:
Excelente
 - No satisface completamente los requerimientos del protocolo y/o faltan pacientes por llenárseles:
Regular
 - No existe: Mal
- Base de datos:
 - Completa: Excelente
 - Incompleta: Regular
 - No existe: Mal.

Indicadores de procesos

- Número consultas efectuadas / Número de consultas programadas

Excelente	95-100 %
Bien	90-94 %
Mal	<89 %

- Número de pacientes incluidos en el protocolo / Número de pacientes diagnosticados con lesiones pigmentadas de alto riesgo dermatoscópico:

Excelente	90-100 %
Bien	80-89 %
Regular	70-79 %
Mal	<69 %

- Número de pacientes que cumplen con el esquema de seguimiento /

Número de pacientes incluidos en el protocolo:

Excelente	90-100 %
Bien	80-89 %
Regular	70-79 %
Mal	<69 %

Indicadores de resultados

- Número de pacientes con tratamiento quirúrgico realizado en tiempo óptimo / Número de pacientes con indicación de tratamiento quirúrgico:

Excelente	90-100 %
Bien	80-89 %
Regular	70-79 %
Mal	<69 %

- Número de pacientes con interconsulta con otros especialistas realizado en tiempo óptimo / Número de pacientes con indicación de interconsulta por otros especialistas:

Excelente	90-100 %
Bien	80-89 %
Regular	70-79 %
Mal	<69 %

- Número de pacientes satisfecho con la atención médica recibida /

Número de pacientes del protocolo encuestados:

Excelente	95-100 %
Bien	90-94 %
Regular	85-89 %

Mal <84 %

- Número de pacientes complicados / número de pacientes tratados quirúrgicamente:

Excelente 0-5 %

Bien 6-10 %

Regular 11-15 %

Mal > 16 %

- Número de pacientes con complicaciones secundarias a la realización de la dermatoscopia / número de pacientes a los que se le realizó el estudio

Excelente 0-5 %

Bien 6-10 %

Regular 11-15 %

Mal > 16 %

Información a pacientes y familiares

- A todo paciente o familiar se le informará sobre el proceder de la dermatoscopia y se obtendrá su consentimiento verbal.
- En los casos de los pacientes que llevan tratamiento quirúrgico se le informará las características del tratamiento, la necesidad del mismo, así como los cuidados pre y postoperatorios a tener en cuenta, se obtendrá el consentimiento informado verbal del paciente.
- En caso de intervenciones quirúrgicas mayores o que pongan en riesgo la vida del paciente se discutirá con él y los familiares el proceder,

evaluando riesgo/beneficio y se obtendrá el consentimiento informado escrito, el cual se anexará a la historia clínica del paciente.

- En todos los casos el consentimiento será informado, comprendido, competente desde el punto de vista legal y voluntario

INDICADORES

INDICADORES DE ESTRUCTURA		Estándar
Recursos humanos	% de personal calificado relacionado con el PA con entrenamiento específico disponible para su aplicación	100 %
Recursos materiales	% de disponibilidad de equipos específicos relacionados con el PA	100%
	% de disponibilidad de material gastable relacionados con el PA	100%
Recursos Organizativos	% de disponibilidad de planillas para la recolección de datos	100%
	% de disponibilidad de Base de Datos	100%
INDICADORES DE PROCESOS		Estándar
% de consultas efectuadas		100 %
% de pacientes a ser incluidos en el protocolo		96%
% de de pacientes que cumplan con el esquema de seguimiento		92%
INDICADORES DE RESULTADOS		Estándar
% de pacientes con tratamiento quirúrgico realizado en tiempo óptimo		100%
% de pacientes con interconsulta con otros especialistas realizada en tiempo óptimo		100%
% de pacientes satisfechos con la atención médica recibida		100%
% de pacientes complicados		2%
% de pacientes con complicaciones secundarias a la realización de la dermatoscopia		0%

BIBLIOGRAFIA

Argenziano, G., G. Fabbrocini, P. Carli, V. De Giorgi, E. Sammarco, et al. (1998). Epiluminescence microscopy for the diagnosis of doubtful melanocytic skin lesions. Comparison of the ABCD rule of dermatoscopy and a new 7-point checklist

Baran R, Kechijian P. (2012) Longitudinal melanonychia (melanonychia striata): diagnosis and management. J Am Acad Dermatol; 21: 1165-75

Bourne P, Rosendahl C, Keir J, Cameron A. BLINCK—(2012) A diagnostic algorithm for skin cancer diagnosis combining clinical features with dermatoscopy findings. Dermatol Pract Concept; 2(2): 12.

Carli, P., E. Quercioli, S. Sestini, M. Stante, L. Ricci, et al (2003): Pattern analysis, not simplified algorithms, is the most reliable method for teaching dermoscopy for melanoma diagnosis to residents in Dermatology. Br J Dermatol, 148, pp.981-4.

Carli, P., V. De Giorgi, H.P. Soyer, M. Stante, F. Mannone et al (2008): Dermatoscopy in the diagnosis of pigmented skin lesions: a new semiology for the dermatologist. EADV, 14(5), pp.353-369

Carreras, C., P. Zaballos, S. Puig, J. Malvehy, J.M. Mascaró-Galy, et al (2004): Correlación histológica en Dermatoscopía; lesiones melanocíticas y no

melanocíticas. Criterios dermatoscópicos de nevos melanocíticos. Med Cutan Iber Lat Am, 32(2), pp. 47-60

Carucci, J.A. y D.J. Leffell (2008): Basal Cell Carcinoma. En Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine (K. Wolff, L.A. Goldsmith, S.I. Katz, B.A. Gilchrest, A.S. Paller, et al, eds.), Editorial McGraw-Hill, U.S. 7th.ed, pp.1036

Conde Montero E, Avilés Izquierdo JA, Mendoza Cembranos MD, Parra Blanco V. (2013) Dermatoscopia de la necrobiosis lipóidica. Actas Dermosifiliogry; 104(6): 534-7.

Costa Verardino G, Marques de Macedo P, Azulay-Abulafia L, Jeunon T. (2012) Pityriasis amiantacea: clinical-dermatoscopic features and microscopy of hairtufts. An Bras Dermatol; 87(1): 142-5.

Inskip M, Magee J, Weedon D, Rosendahl C. (2013) When algorithms falter: a case report of a very small melanoma excised due to the Dermatoscopic "ugly duckling" sign. Dermatol Pract Conc; 3(2): 9.

Johr R, Soyer HP, Argenziano G, Hofmann-Wellenhof R, Scalvenzi M.(2006) Lentigo en tache d'encre. En: La Dermoscopie. 2^{da} ed. Paris: Editorial MED'COM;; 180-3.

Kaminska-Winciorek G, Spiewak R. (2012) Tips and tricks in the dermoscopy of pigmented lesions BMC Dermatology, 12:14

Kittler H, Pehamberger H, Wolff K, Binder M. (2012) Diagnostic of accuracy on dermoscopy. *Lancet Oncol*; 3: 159–65

Menzies SW, Moloney FJ, Byth K, Avramidis M, Argenziano G, Zalaudek I, et al. (2013) Dermoscopic evaluation of nodular melanoma. *JAMA Dermatol*; 149(6): 699-709.

Pellizzari G, Magee J, Weedon D, Rosendahl C. (2013) A tiny invasive melanoma: a case report with dermatoscopy and dermatopathology. *Dermatol Pract Conc*;3 (2):6.

Rosendahl C, Williams G, Eley D, Wilson T, Canning G, Keir J, et al. (2012) The impact of subspecialization and dermatoscopy use on accuracy of melanoma diagnosis among primary care doctors in Australia. *J Am Acad Dermatol* 67 (5): 846-52.

Rosendahl C, Cameron A, McColl I, Wilkinson D. (2012) Dermatoscopy in routine practice –“chaos and Clues.” *Aust Fam Physician*; 41(7): 482-7.

Sokolov D, Boulytcheva I, Vorozhtsov G, Kuzmin S, Makhson A, Sokolov V.(2012) Complex dermatoscopy diagnostics of melanoma. *Dermatol Pract Conc*; 2(2 suppl): 16

Vázquez López F, Manjón Haces JA, Maldonado Seral C, Raya Aguado C, Pérez Oliva N, Marghoob AA.(2013) Dermoscopic features of plaque psoriasis and lichen planus: new observations. *Dermatology*; 207:151-6.

