



Localizador: 13009

## La importancia de la semiología dermatológica en el diagnóstico de la enfermedad cutánea

The relevance of dermatologic semiology in the diagnosis of skin disease

G. Carretero Hernández\*

El proceso de diagnóstico en dermatología ha evolucionado históricamente junto con el de la medicina, de acuerdo con la teoría filosófica y doctrinal imperante en cada momento. Por ello utiliza las mismas herramientas que el resto de las especialidades: la anamnesis, la exploración física y, ocasionalmente, las pruebas complementarias, que sumadas al estudio y conocimiento médico previos, tanto teóricos como basados en la experiencia, permiten llegar al correcto diagnóstico de la enfermedad. La elaboración de una meticulosa historia clínica es la clave del diagnóstico en todas las ramas de la medicina, y la realización de una correcta semiología, la base de la historia clínica.

El diagnóstico dermatológico (DD) es el producto intelectual resultado final de un proceso racional, ordenado y desarrollado por etapas (jerarquizado y secuencial), encaminado a identificar con exactitud la enfermedad cutánea de un paciente, basado en la correcta interpretación de los signos y síntomas que acompañan a la dermatosis. La dermatología tiene la peculiaridad, respecto a otras especialidades, del fácil acceso exploratorio que tiene el tegumento cutáneo, por lo que la exploración física, junto con la anamnesis, es el pilar básico –y, con frecuencia, el único necesario– para realizar un correcto DD. En efecto, podríamos decir que el dermatólogo básicamente es un morfológico, capaz de reconocer y diferenciar la expresión cutánea de una amplia variedad de enfermedades (primariamente cutáneas o secundarias, asociadas a otra patología sistémica) y asignarlas, tras su análisis, a un diagnóstico concreto. El DD requiere una exploración cutánea atenta y minuciosa para poder sintetizar y hacer coherentes las distintas manifestaciones cutáneas de la enfermedad. En realidad, supone un verdadero proceso de

desciframiento, similar al que un observador ha de realizar ante un cuadro de estilo cubista: lo primero es identificar las pinceladas básicas (lesiones elementales), su distribución y agrupación simbólica en el lienzo (forma, tipo, agrupamiento y aparición en el cuerpo de las lesiones elementales observadas), y con ello, poder sugerir el tema del cuadro (incluir los datos observados en uno de los síndromes reactivos conocidos). A partir de entonces, cabe razonar otras interpretaciones del título del cuadro (diagnóstico diferencial) con base en la personalidad, sensibilidad y experiencia del observador, o acercarse a la pared donde está colgado el cuadro en observación para leer la etiqueta donde aparece el nombre con que el autor lo ha denominado (solicitar aquellas pruebas complementarias que nos ratifiquen el diagnóstico o nos obliguen a reinterpretar el cuadro nuevamente). Es decir, sigue vigente el antiguo concepto de reacción cutánea según J Brocq, aplicable a gran número de dermatosis que se caracterizan por «sus rasgos anatomo-clínicos (morfología, topografía, evolución e histopatología de sus lesiones), apareciendo sobre un fondo de predisposición, frecuentemente de condicionamiento genético, con factores etiológicos múltiples, variables y/o desconocidos».<sup>1</sup>

El DD es un proceso analítico y secuencial («rueda diagnóstica») (Figura 1) que incluye las siguientes etapas: a) la valoración descriptiva de las «eflorescencias» (lesiones elementales); b) la elección del patrón de respuesta; c) la valoración del patrón de agrupamiento y localización corporal; d) la valoración de posibles signos cutáneos secundarios (mucosas, pelo, uñas); e) la valoración de la presencia o no de prurito, su intensidad y su patrón temporal, en caso de existir, y la valoración

\* Servicio de Dermatología.  
HU Gran Canaria Doctor  
Negrín, Las Palmas de Gran  
Canaria, España.

Recibido:  
21/Marzo/2013.  
Aceptado:  
30/Septiembre/2014.



de otros síntomas y datos de salud general, y finalmente, f) el resultado de esos pasos es la elaboración del diagnóstico dermatológico de presunción, punto central para enfocar la solicitud de posibles pruebas complementarias que confirmen (o contradigan) nuestro diagnóstico definitivo.

## VALORACIÓN DE LESIONES ELEMENTALES

Desde los albores de la dermatología, se han clasificado y definido unas lesiones cutáneas elementales, a las cuales se puede reducir la morfología de cualquier dermatosis. Una vez obtenida la primera impresión visual del paciente –y sin entrar en el tema doctrinalmente no resuelto del todo de la clasificación definitiva de las mismas (primeras versus secundarias, con un alto grado de consenso pero no total según escuelas y autores)<sup>2,3</sup> el paso primordial del DD es el reconocimiento y descripción de las lesiones elementales y sus características

(color, forma, configuración), pues es el momento en el que orientaremos, según nuestra capacidad de observación, interpretación y descripción, el desarrollo correcto del resto del proceso del DD. Esta acción exige meticulosidad en la observación y en el lenguaje, pues cuanto mayor detalle descriptivo se vierta sobre el reconocimiento del tipo y características de las «eflorescencias», mayor será la potencia de discernir entre cuadros aparentemente parecidos o emparentados. Cuanto más se afine en la descripción, más podremos precisar la orientación diagnóstica (Tabla 1).

En mi opinión, esta labor se ha visto agredida y minusvalorada en las últimas décadas debido a dos factores. Uno, el facilitamiento del acceso a la imagen («una imagen vale más que mil palabras»), lo que ha permitido que en el texto de algunas publicaciones y en comunicaciones científicas se pueda recurrir a suplantar esta labor bajo el genérico «como se puede apreciar en la imagen», cuando en textos anteriores se obligaba a hacer una descripción

lo suficientemente precisa como para que el lector, sin necesidad de ver imagen –que eran escasas y en blanco y negro–, pudiera hacerse una idea concreta del cuadro representativo (la palabra sustituía a la imagen). Y dos, el hecho de que el lenguaje descriptivo dermatológico se ha ido empobreciendo –probablemente a la par que lo está haciendo el lenguaje oral en general–, quizás por el hecho anterior de la accesibilidad a las imágenes, junto al evidente imperialismo lingüístico del inglés: la utilización de términos como *like*, *rash*, *patch* o *skin eruption* suplanta, en ocasiones de una forma grosera, a descripciones más prolijas pero necesarias para mantener la entidad e importancia del lenguaje descriptivo

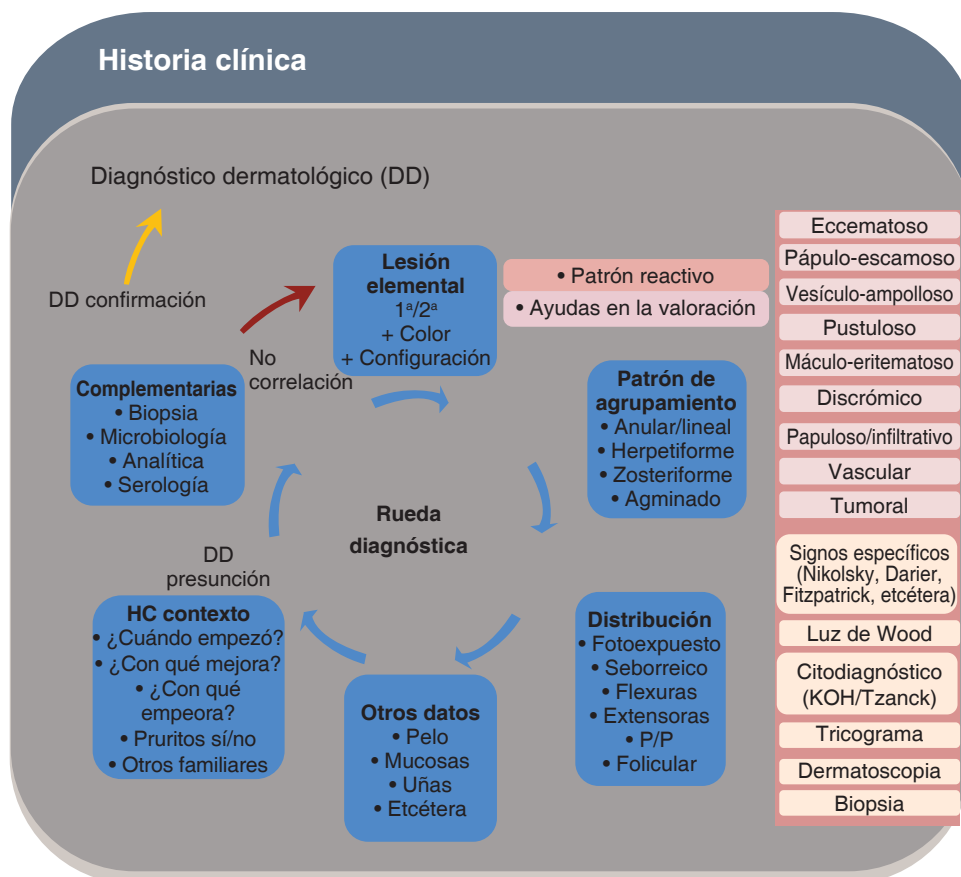


Figura 1. El proceso de diagnóstico dermatológico.

Tabla 1. Elementos básicos de la exploración cutánea.

- **Análisis de la lesión elemental**
  - a. Tipo: primaria, secundaria (primaria versus secundaria)
  - b. Descripción de la lesión elemental, apoyada en las ayudas diagnósticas (signos, diascopia, dermatoscopia, etcétera)
- **Características morfológicas de la lesión**
  - a. Tamaño (medida en mm o cm)
  - b. Forma (figuras geométricas o de la naturaleza: redondeada, petaloide, estrellada, digital, numular, discoide)
  - c. Color (color básico y tonalidad)
  - d. Límites (definidos/no definidos, abruptos, suaves, tenues, etcétera)
  - e. Superficie (lisa, rugosa, etcétera)
  - f. Relieve (sésil, pediculado, filiforme, cónico, cupuliforme, umbilicada, etcétera)
  - g. Consistencia (dura, blanda, fluctuante, elástica, etcétera)
  - h. Temperatura y sensibilidad (comprobar)
- **Configuración espacial (agrupamiento)**
  - Lineal, en banda, segmentaria, circinada, metamérica, anular, policíclica, serpiginosa, agminada, en ramillete, reticulada, cribiforme, exantemática, etcétera
- **Distribución corporal**
  - a. Localización (topografía, única/múltiple, simetría/asimetría)
  - b. Localizaciones cutáneas secundarias: mucosas, pelo, uñas
  - c. Localización especial: fotoexpuestas, protegidas del sol, piel lampiña, seborreica, palmo-plantar, pliegues, etcétera
- **Patrón de respuesta**
  - a. Ecematoso
  - b. Pápulo-escamoso
  - c. Vesículo-ampollosos
  - d. Pustuloso
  - e. Máculo-eritematoso
  - f. Discrómico
  - g. Pápulo-infiltrativo
  - h. Vascular
  - i. Tumoral

en el contexto de un correcto DD. Así, por ejemplo, un exantema morbiliforme se define como «erupción generalizada o muy diseminada constituida por máculas lenticulares de algunos milímetros de diámetro, de color rosado o rojizo, planas o ligeramente elevadas, que pueden confluir en pequeños parches o placas de tamaño desigual y de contornos irregulares, pero que respetan áreas de piel sana». <sup>4</sup> Resumir esto en que el paciente presenta un *rash* (odiosa y ambigua palabreja, tan aceptada entre los dermatólogos jóvenes, verdadero «cajón de sastre»), cuanto menos, nos empobrece mental y lingüísticamente.

Evidentemente, también el barroquismo en las descripciones, con la utilización excesivamente prolija de adjetivos y epítetos, ejerce el efecto contrario, de confusión, y sirve más de distorsión que de ayuda al diagnóstico. El lenguaje utilizado en la descripción de las lesiones ha de ser directo, pero preciso, en contraposición a simplista o disperso.

Esa capacidad y obligación descriptiva que tiene el dermatólogo ni siquiera debería obviarse para los tumores, donde con más frecuencia se hace, a la espera «de lo que nos diga la histopatología». Las lesiones ocupantes de

espacio también son susceptibles de ser descritas (tamaño, forma, color, consistencia, superficie lisa o rugosa; borde, ulcerada, de forma crateriforme, globulosa o vegetante; con o sin collarate; depresible, infiltrada, etcétera), lo que junto con la localización y otros datos, nos permitirá emitir el juicio dermatológico de presunción antes de enviar la muestra para estudio histopatológico. El papel del dermatólogo no puede ser sólo el hacer la biopsia y esperar a que le comuniquen el diagnóstico.

### Patrón de respuesta

Tras la caracterización detallada del tipo y características de las lesiones, el proceso del diagnóstico dermatológico exige seleccionar el encuadramiento de los hallazgos exploratorios en un patrón de respuesta reactiva (síndrome reactivo), donde deberíamos poder encuadrar, sin exclusión, cualquier patología cutánea (Tabla 1). Cada uno de ellos está representado por una o varias lesiones elementales que tienen unas características morfológicas o evolutivas definidas y propias, de tal modo que cualquier patología que pueda ser incluida en uno de ellos no podrá estar en otro grupo. Esta separación dicotómica –que la

dermatología tomó por semejanza a partir de los trabajos que sobre el reino animal desarrolló C von Linné (1735), introducida inicialmente a la exploración cutánea por el cirujano JJ Plenck (1776) y perfeccionada posteriormente por el dermatólogo R Willan (1798)– facilita el proceso de diagnóstico de las enfermedades que se expresan en su forma habitual, el poder hacer una aproximación diagnóstica de un cuadro clínico no reconocible a primera vista y poder limitar nuestra búsqueda de diferenciación –diagnóstico diferencial– a un determinado grupo de enfermedades que pueden asemejarse.

La tentativa opuesta a esta forma de clasificar la patología cutánea –con base en la causa etiológica o patológica, que son otras posibilidades, dependientes de la obtención del resultado de pruebas– hace que el papel del dermatólogo quede relegado a un segundo plano. Desde luego que está muy bien –y a veces es vital– conocer cuál es el defecto proteico o la mutación que asocia una determinada enfermedad, pero de ahí a clasificar nuestro conocimiento con base en un sinnúmero de datos analíticos, genéticos o moleculares, aparte de no tener fin por el continuo descubrimiento de hallazgos a nivel molecular, separaría, muy probablemente, a enfermedades que se muestran de una forma muy similar, abocando al dermatólogo a la duda permanente y a tener que esperar a recibir el resultado de la prueba solicitada para poder hacer el diagnóstico. El dermatólogo quedaría relegado a un plano secundario en la enfermedad cutánea.

Ante un paciente con lesiones vesículo-ampollosas, no sería correcto diagnosticarlo, sin más, de «dermatosis ampollosa» y quedar a la espera de los resultados de la analítica, los anticuerpos transglutaminasa, hallazgos histopatológicos y de la inmunofluorescencia para realizar, entonces, el diagnóstico. Lo correcto sería llegar a un diagnóstico de presunción dermatológico con base en el tipo y tamaño de las vesículo-ampollas, a la consideración del material contenido en ellas, la distribución de las mismas, el orden de evolución de las mismas hasta llegar a la denudación, la agrupación y distribución de las mismas, la comprobación del estado de las mucosas, la comprobación de algún signo exploratorio característico (Nikosky, seudo-Nikolsky), que junto con otros datos del paciente (edad, patología de base, etcétera), nos conducirán a sugerir un diagnóstico concreto entre las distintas dermatosis ampollosas (pénfigo, penfigoide, etcétera), y no recurrir al genérico de «dermatosis ampollosa».

### Patrón de agrupamiento y topográfico

Tras el reconocimiento del patrón de respuesta, se plantea la distinción entre posibles entidades que comparten

el mismo patrón, es decir, el diagnóstico diferencial. La orientación del mismo vendrá sugerida por las propias y diferenciales características de las lesiones elementales –de ahí la importancia de ser muy minucioso en su apreciación y descripción–, junto a la valoración de los otros factores que conforman la correcta exploración cutánea: el patrón de agrupamiento de las lesiones en el espacio, la localización y distribución corporal de las lesiones y la comprobación de la asociación patológica de las lesiones cutáneas con los anejos (pelo, uñas) y mucosas.

De todas ellas, quizá sea el patrón de agrupamiento el que mayor peso tiene en la orientación diagnóstica debido a un hecho tradicionalmente reconocido en dermatología: que con mucha frecuencia, la enfermedad cutánea se manifiesta bajo unos mismos patrones definidos y característicos. La importancia de ese hecho radica en que el patrón refleja una función, la función refleja una morfología, la morfología refleja una estructura molecular y la enfermedad refleja una perturbación molecular.<sup>5</sup> La calidad de esa prueba dependerá de la capacidad del dermatólogo para analizar y describir de forma precisa y exquisita la morfología que adopta la agrupación observada, para lo que, nuevamente, la riqueza en el léxico es esencial. La agrupación en ramillete, serpiginosa, anular, policíclica, agminada, reticulada, cribiforme, zosteriforme, herpetiforme, petaloide, etcétera (*Tabla 1*) no debe ser sustituida, por lo tanto, por descripciones simplistas o equívocas, porque no sólo se resentirá la calidad de nuestro DD, sino que, además, renunciaríamos al intento de comprender algo más de la fisiopatología de la enfermedad a partir de la exploración.

Ante un paciente con lesiones maculosas, eritematosas, múltiples en el tronco no sería correcto hacer el diagnóstico, sin más, de *rash* y esperar el resultado de la analítica o las serologías para, entonces, emitir un diagnóstico dermatológico. Lo correcto sería que tras valorar las características de las lesiones cutáneas (tamaño y color de las máculas, posible confluencia o no, posible afectación de mucosas, respeto o no de pliegues y/o palmas y plantas, localización inicial y evolución subsiguiente, junto a datos de enfermedad general, como fiebre o artralgias, miembros familiares afectados, toma de medicamentos, etcétera) llegáramos al diagnóstico sindrómico correspondiente (exantema maculoso, maculopapuloso, morbiliforme, roseoliforme, rubeoliforme, de evolución centrífugo, centrípeto, etcétera) y emitiéramos un juicio clínico de presunción en función de las decisiones que, por exclusión dicotómica, nos permiten los hallazgos explorados. Posteriormente, realizaremos las pruebas complementarias pertinentes para llegar al juicio definitivo. Pero empezar por el final anula nuestra labor dermatológica propia.

## Diagnóstico de presunción

El DD, entendido como el proceso por el cual a partir de la interpretación de unos signos y síntomas se identifica de forma individualizada un proceso patológico cutáneo, es irrenunciable al especialista en dermatología y se debe realizar, como DD de presunción, previo a la realización de pruebas complementarias. Si el dermatólogo no llega, tras el proceso exploratorio propio, a un diagnóstico clínico de presunción, quedará a merced del resultado de un análisis, de una serología vírica o de una prueba molecular, que siendo de extrema importancia para el conocimiento de las causas patogénicas o del diagnóstico de confirmación, no lo son tanto para el reconocimiento morfológico de la afección cutánea, nuestro terreno indiscutible, básico para hacer nuestro –el propio– diagnóstico dermatológico. El proceso del DD presupone que el diagnóstico está inscrito, en clave, en la piel del paciente («el paciente como texto») y, en principio, sólo necesitaremos descifrar el mensaje para sugerir un diagnóstico, sin tener que esperar al resultado de las pruebas complementarias. La coherencia en la correlación clínico-patológica o analítica nos confirmará nuestro diagnóstico, nos llevará de nuevo a repetir el proceso –cuando no haya concordancia– o corregirá nuestro error –de donde deberemos sacar nuevo adiestramiento para el futuro. La excelencia dermatológica llega cuando uno es capaz de aprender más del error que del acierto (Figura 2).

## Diagnóstico de confirmación

La correlación de nuestro DD de presunción con los resultados de las pruebas elegidas nos proporciona el DD de confirmación. Nuevamente, en este ámbito, la dermatología goza de la peculiaridad de poder disponer de ciertas ayudas propias y exclusivas de la especialidad. Así, el conocimiento y búsqueda de signos específicos –fruto de la observación y espíritu clínico de nuestros antecesores– que asocian algunas patologías (signo de Auspitz, signo de Nikolsky, signo de Asboe-Hansen, signo de Darier, signo de Fitzpatrick, signo de Jacquet, signo de Russell, signo de Leser-Trélat, signo de Hertoghe, etcétera), la búsqueda de fluorescencia con la luz de Wood, la exploración de la sensibilidad cutánea (dolorosa, hidrótica), la realización de una visión directa al microscopio (KOH) o mediante tinción rápida (Tzanck), la realización de un tricograma o el empleo de la diascopia o la dermatoscopia son, entre otras posibles, algunas de las ayudas complementarias propias que nos hacen tan distintos y eficaces a los ojos de nuestros colegas.

A partir de ese punto, las pruebas complementarias (serología, bioquímica, microbiología, genética, molecular,



Figura 2. Metodología del diagnóstico dermatológico.

etcétera) tienen allanado el camino para finalizar con la brillantez que suele acompañar a este tipo de pruebas (especialmente a las más novedosas), el diagnóstico definitivo. Pero si el dermatólogo no encauzara, mediante su proceso mental analítico, el DD de presunción, habría que realizar de una forma ciega, torpe e indiscriminada multitud de pruebas complementarias con la intención de «buscar» un diagnóstico. Esta experiencia la vivimos a diario los dermatólogos cuando se nos reclama para alguna interconsulta hospitalaria del paciente ingresado, y tras multitud de pruebas por parte del colega que nos solicita, somos capaces de resolver el diagnóstico –con la perplejidad del colega– en tiempo récord y sin apenas gasto. Esta peculiaridad hace que el dermatólogo tenga un papel muy especial entre el resto de colegas médicos y es la esencia de nuestro ejercicio profesional como dermatólogos.

Cuando dicha correlación no aparece y los resultados de las pruebas o estudios complementarios solicitados nos proporcionan datos discordantes, nos veremos obligados a replantearnos todo el proceso, corrigiendo el error donde lo hubiere o acumulando dicha experiencia de forma

reflexiva para futuros casos. Así, tanto el acierto como el error, cuando son producto de un proceso racional, analítico, enriquecen nuestra experiencia positiva (la experiencia *per se*, si no se acompaña de reflexión, autocrítica o comprobación, no tiene por qué ser siempre positiva) y son fuente de progreso como dermatólogo (Figura 2).

### La importancia de ser y pensar como dermatólogo analítico

Es en la ejecución de este proceso, aparentemente simple, pero que en realidad requiere de gran entrenamiento, adiestramiento y profesionalidad, donde radica el *quid* de la cuestión diferenciadora entre dermatólogo y el resto de especialistas (e incluso, entre dermatólogo principiante y experimentado): en la capacidad de realizar un proceso intelectual analítico y secuencial que permita, de una forma dicotómica, seleccionar las lesiones significativas de la patología en cuestión y agruparlas de forma sindrómica en grupos separados para, a continuación, sugerir un DD de presunción: ¡nuestro diagnóstico!, que defenderemos con firmeza hasta que la evidencia nos muestre lo contrario. El buen clínico debe mantener su criterio diagnóstico ante datos analíticos, patológicos o moleculares, si éstos no concuerdan con él, hasta que consiga la concordancia, bien cambiando el diagnóstico ante la nueva evidencia o demostrando el error del dato ofrecido, pero no debe sucumbir, sin más, por un dato, sea el que sea. Esto no es una cuestión de autoestima personal y obstinación, sino de ser consciente de la posición de fuerza que se alcanza cuando se ha elaborado el proceso racional para llegar a nuestro diagnóstico. Lo que nos da la posición de fuerza no es la seguridad en el diagnóstico, sino en el método, por una parte, y por otra, el saber que existe la variabilidad biológica, que puede provocar la interpretación errónea de un estudio histopatológico, un falso negativo o positivo en una analítica, fenómeno prozona, etcétera.

Existe una vía anómala, una especie de atajo fraudulento, para llegar al DD: el que se basa en un exclusivo proceso analógico. Es decir, aquél por el que se llega al diagnóstico de la dermatosis en cuestión con base en que se reconoce el parecido con la imagen de la misma. Este procedimiento se basa en potenciar la capacidad de memorizar imágenes de enfermedades para luego reconocerlas de inmediato –de un vistazo, sin necesidad de proceso analítico– cuando se presente la ocasión. Este es el método con el que se adiestran la mayoría de los rotantes externos en dermatología (residentes de medicina de familia o de otras especialidades) y, por desgracia,

ha sido el método más utilizado por simuladores y falsos dermatólogos para ejercer la especialidad. En este aspecto, hay que reconocer que la multiplicación y proliferación de imágenes clínicas, así como la accesibilidad e inmediatez de su consecución (multitud de atlas en color, colecciones de imágenes en soporte digital o por internet) han ejercido una presión para favorecer ese método.

Desde luego que este método puede hacer ganar pseudo-fama (¡qué ojo clínico tiene!) y dinero, pero tiene un grave defecto: no nos permite crecer y desarrollarnos como dermatólogos, pues sólo seremos capaces de «diagnosticar» lo ya conocido, como fotocopias, y se nos escaparán los diagnósticos de aquellos casos que son atípicos respecto al estándar o de nueva aparición. Además, el diagnóstico a través del proceso analógico se asocia, con frecuencia, a una cierta despreocupación por los aspectos íntimos de la enfermedad y acaba conformando un tipo de dermatólogo habitualmente más preocupado en no errar el diagnóstico de primera impresión y en acertar con el tratamiento y resultado final de la consulta que en el conocimiento de la propia enfermedad, desechando el interés por la fisiopatología –especialmente si ésta se explica con razonamientos de ciencia básica, inmunológica o genética–. No obstante, es cierto que conforme se va ejerciendo la profesión en el tiempo, en muchas ocasiones se utiliza la analogía para hacer el DD («diagnóstico a primera vista»), especialmente en aquellas patologías que se expresan de una forma monótona. Y esto, en sí mismo, no es malo cuando se llega al mismo por acúmulo positivo de experiencia y se complementa con el método analítico, no en exclusiva.

El proceso analítico, por el propio método en sí, de selección dicotómica entre varios tiene, además, un valor añadido: facilita la estructuración del conocimiento de una forma ordenada para llegar al DD, desafía a nuestra propia experiencia obligándonos a plantearnos preguntas acerca de la presentación atípica de un caso, e induce necesariamente a la investigación clínica (especialmente cuando no encontramos correlación clínico-analítica o patológica). Esto es lo que ha permitido avanzar, independizarse y ganar prestigio a la dermatología respecto a otras especialidades a lo largo de la historia de la medicina, dándole al dermatólogo un papel protagonista en el diagnóstico y manejo de la enfermedad cutánea.

### CONCLUSIONES

El diagnóstico y tratamiento de las enfermedades que afectan a la piel se basa en la habilidad del dermatólogo para utilizar el léxico dermatológico adecuado, reconocer las lesiones básicas y evolutivas de la dermatosis, y en

el reconocimiento de los distintos patrones en los que pueden manifestarse las diferentes enfermedades y síndromes dermatológicos,<sup>6</sup> como expresión de un método intelectual, racional y analítico. Pero no basta. Aunque estas herramientas son el método indispensable para que el dermatólogo pueda abordar el diagnóstico de la enfermedad cutánea de una forma ordenada y racional, el «arte de la medicina» es más complejo y requiere de otros aspectos menos cuantificables, derivados de la humanidad que requiere la relación médico-paciente, para conseguir mejorar la calidad del DD. Por ello, además

de la historia clínica, deberemos realizar una correcta «historia del paciente».

### Agradecimiento

A mi colega el Dr. Jesús Bastida Iñarra por la lectura del manuscrito y los acertados comentarios realizados.

Correspondencia:

**Dr. G. Carretero Hernández**

**E-mail:** gcarrete@aedv.es

---

## BIBLIOGRAFÍA

1. García PA. Introducción a la clínica dermatológica. En: García PA. *Dermatología Clínica*. Salamanca: Gráficas Cervantes S.A.; 1994. pp. 23-28.
2. Winkelmann RK. Glossary of basic dermatology lesions. The International League of Dermatological Societies Committee on Nomenclature. *Acta Derm Venereol Suppl (Stockh)*. 1987; 130: 1-16.
3. Malak JA, Kibbi AG. Revised terminology in dermatology: a call for the new millenium. *Arch Dermatol*. 2001; 137: 93-4.
4. Degos R. Erythèmes morbiliformes. En: *Dermatologie*. Paris: Ed. Flammarion- Medicine-Sciences ; 1953. p.8.
5. Chuong CM, Dhouailly D, Gilmore S, Forest L, Shelley WB, Stenn KS et al. What is the biological basis of pattern formation of skin lesions? *Exp Dermatol*. 2006; 15: 547-564.
6. Garg A, Levin NA, Bernhard JD. Structure of skin lesions and fundamentals of clinical diagnosis. In: Wolff K, Golsmith LA, Katz SI, Gilchrest BA, Paller AS, Leffell Dj, eds. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*. 7<sup>th</sup> ed. McGraw-Hill Medical; 2008. pp. 23-40.

www.medigraphic.org.mx