

# LESIONES ELEMENTALES

En dermatología, la descripción morfológica de cualquier dermatosis utilizando las “lesiones elementales” es la base esencial para una adecuada aproximación diagnóstica.

**Lesiones primarias:** Son aquellas que se asientan sobre una piel previamente sana. A su vez las podemos agrupar en lesiones primarias de contenido sólido y lesiones primarias de contenido líquido.

**Lesiones secundarias:** Son aquellas que aparecen como consecuencia de una lesión primaria o sobre esta.

## LESIONES PRIMARIAS (C/CS)

**Mácula:** cambio de coloración de la piel, por alteración de la pigmentación (acrómicas, hipocrómicas o hiperacrómicas); de la vascularización o por depósito de pigmentos ajenos a la piel (tatuajes, ictericia).





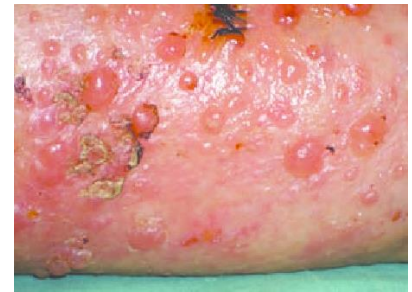
**Placa:** Lesión elevada de consistencia sólida, cuya altura es menor comparada con su extensión (milímetros de altura y varios centímetros de área).







**Pápula:** Levantamiento sólido que mide menos de 0.5 cm, con involución espontánea sin dejar huella. Su origen puede ser epidérmico o dérmico.





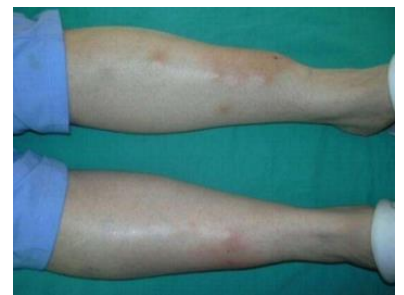
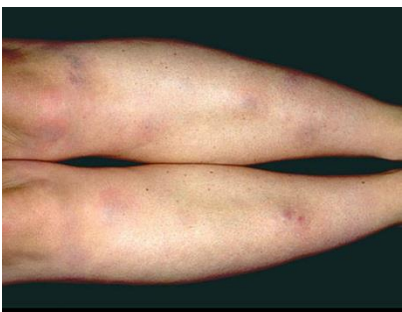
**Nódulo o goma:** levantamiento duro, sólido, firme, bien delimitado, mayor de 1cm de diámetro, evolución crónica, que al desaparecer deja huella. Suele localizarse en dermis e hipodermis







**Nudosidad:** lesión profunda, se palpa más que verse, dolorosa, al desaparecer no deja huella.



**Tumor:** semejante al nódulo, pero de mayor tamaño, alcanzando varios centímetros de diámetro. Puede incluir cualquier capa de la piel y distorsiona las estructuras adyacentes.



**Roncha:** lesión sólida, elevada, eritematosa, presenta palidez en su porción central, superficial, mal definida, de tamaño variable, dura horas y desaparece sin dejar huella

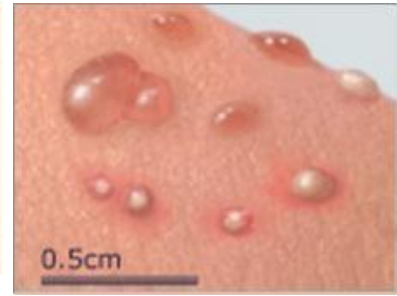




## LESIONES PRIMARIAS (C/CL)

**Vesícula:** lesión de contenido líquido que mide menos de 0,5 cm. Puede contener líquido seroso o hemático. Se encuentra a nivel subcorneo, intraepidérmico o subepidérmico o dérmicas.





**Ampolla:** Lesión de contenido líquido que mide más de 1cm. Su localización es igual a la de la vesícula.

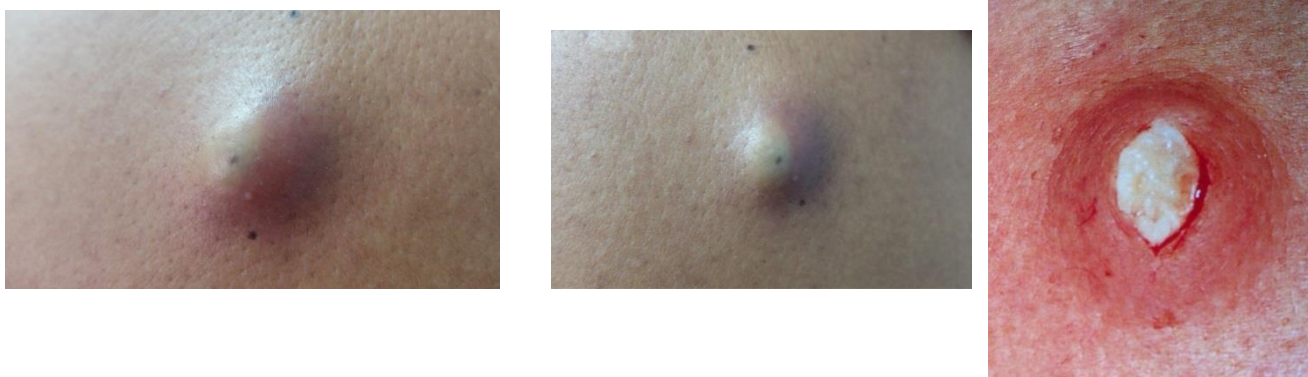




**Pústula:** Son colecciones purulentas pequeñas y superficiales, que no dejan cicatriz al romperse. Casi siempre se colecta bajo la capa córnea o alrededor del folículo piloso (en su parte epidérmica).



**Quieste:** Lesiones de contenido semilíquido o líquido producido por la pared epitelial que los rodea. Se presentan como lesiones esféricas de consistencias elásticas y bien delimitadas



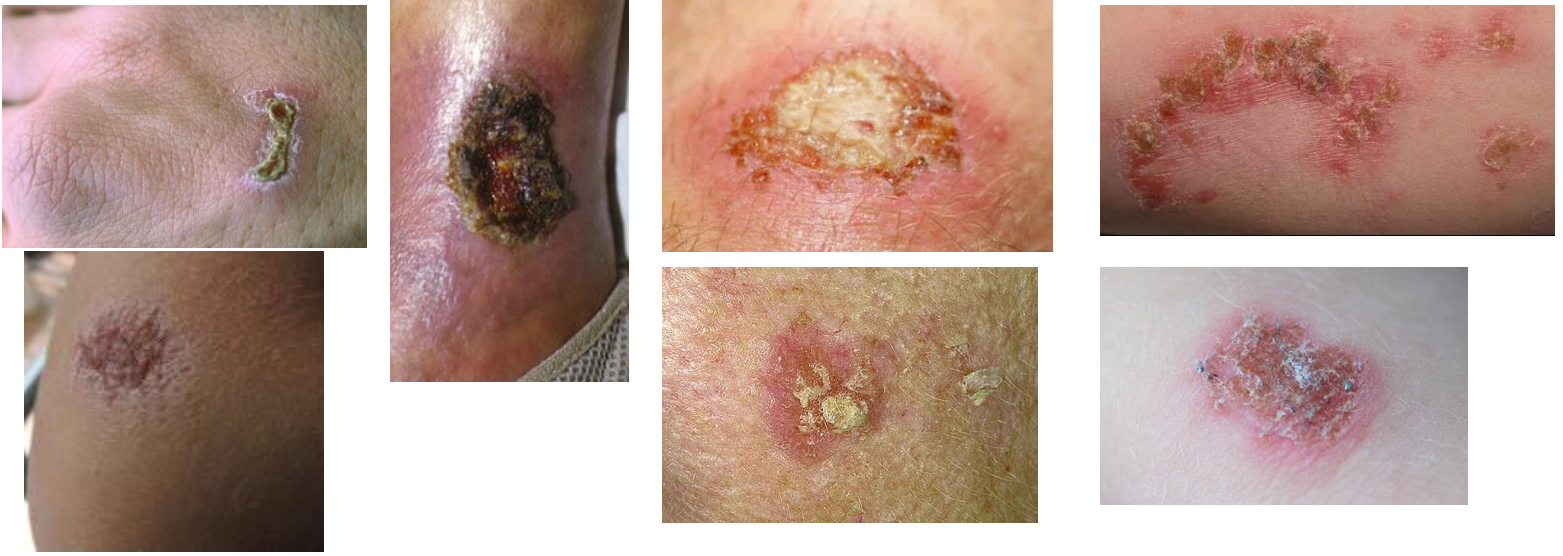


## LESIONES SECUNDARIAS

**Costra:** se produce por la desecación de una sustancia ya sea el suero, sangre, exudado o restos celulares. Pueden ser finas y friables o gruesas adheridas a la superficie. El color puede ser variable y orienta su naturaleza.







**Úlcera:** Se trata de un defecto de la piel, que resulta de una solución de continuidad que puede comprometer la epidermis, dermis o tejido subcutáneo.





**Atrofia:** Disminución de alguna o todas las capas de la piel.



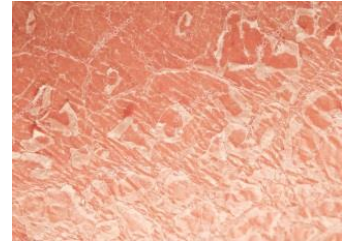
**Escara:** Se trata del tejido necrótico que el cuerpo intenta eliminar. La profundidad es muy variable en función del proceso que la produce.







**Escama:** Ocurre como el proceso final de la aceleración en la queratinización.



## REACCIONES DE HIPERSENSIBILIDAD CUADRO COMPARATIVO

| TIPO 1.<br>INMEDIATA (O<br>ATOPICA O<br>ANANFILÁCTICA)  | TIPO 2.<br>DEPENDIENTE DE<br>ANTICUERPOS  | TIPO 3. COMPLEJO<br>INMUNE  | TIPO 4. MEDIADA POR<br>CELULAS<br>(RETASADA O TARDIA)  |
|---|---|---|--|
| <p>Es una reacción alérgica provocada por re-exposición a un tipo específico de antígeno referido como un alérgeno. La exposición puede haber sido por ingestión, inyección o por contacto directo. La vasodilatación, el edema y la contracción de los músculos lisos son los cambios patológicos que tienen lugar durante la fase inmediata de la reacción. La respuesta tardía se caracteriza por inflamación y daño tisular extenso. Las alergias y el asma bronquial se deben a este tipo de reacciones de hipersensibilidad de tipo I.</p> <p>IgE</p> | <p>Los anticuerpos producidos por el sistema inmunitario se unen a antígenos en la superficie misma de las células del paciente. Los antígenos así reconocidos pueden ser de naturaleza intrínseca o extrínseca. Estas células son reconocidas por macrófagos o células dendríticas que actúan como células presentadoras de antígeno, lo que causa que los linfocitos B respondan produciendo anticuerpos en contra del susodicho antígeno.</p> <p>Inmunoglobulina M (IgM)<br/>Inmunoglobulina G (IgG)</p> | <p>En las reacciones de hipersensibilidad de tipo III, el daño tisular es causado por complejos antígeno-anticuerpo. Estos complejos inmunes se depositan en diferentes sitios y desencadenan reacciones inmunes que resultan en daño tisular. Hay dos etapas relacionadas al desarrollo de complejos inmunes, primero el complejo se forma cuando los anticuerpos IgG e IgM se unen al antígeno, luego de lo cual, los complejos se tornan de mayor tamaño los que pueden ser eliminados del cuerpo. Es en la primera etapa de esta formación que no es posible eliminar estos complejos antígeno-anticuerpo del organismo, por lo que son esparcidos y depositados en los tejidos mencionados. La reacción puede tardar desde varias horas hasta días para desarrollarse.</p> | <p>El daño tisular en estas reacciones se debe a la respuesta inflamatoria provocada por las células CD4 + y la acción citotóxica de las células CD 8+.</p> <p>Enfermedades como la psoriasis, la esclerosis múltiple y la enfermedad inflamatoria intestinal son causadas por reacciones de hipersensibilidad tipo IV.</p> <p>La hipersensibilidad tipo 4 es frecuentemente llamada tardía, pues la reacción tarda 2 o 3 días en instaurarse. A diferencia de los otros tipos, no es mediada por anticuerpos, sino por células inmunitarias.</p> <p>Los T CD8 y CD4 cooperadores Reconocen los antígenos en un complejo con el complejo mayor de histocompatibilidad tipo I y II.</p> |