



## Dermatoscopia para pediatras

M. Serrano Manzano\*, A. Estapé Fiol\*\*

\*Médica adjunta. CAP Masquefa (EAP Martorell Rural - Barcelona. Institut Català de la Salut). \*\*Pediatra en Granollers. Barcelona



### Resumen

Se ha demostrado que el uso del dermatoscopio mejora la sensibilidad diagnóstica del profesional no experto; por eso, es importante que el pediatra de Atención Primaria esté familiarizado con el uso de esta técnica. Más allá del ojo clínico, son necesarias herramientas para una correcta evaluación de las lesiones cutáneas. Ideal en niños, porque no supone ninguna molestia física, ni estrés emocional. Es una técnica no invasiva, que facilita la visualización de estructuras de la piel más allá del estrato córneo, amplificándolas in vivo, sin los fenómenos de refracción y reflexión de la luz sobre la piel. Su uso no es difícil con entrenamiento adecuado, permitiéndonos orientar correctamente numerosas lesiones cutáneas.

### Abstract

*The use of the dermatoscope has been shown to improve the diagnostic sensitivity of the non-expert professional; therefore, it is important that the Primary Care pediatrician is familiar with the use of this technique. Beyond the experienced clinical eye, tools are necessary for a correct evaluation of skin lesions. It's use is ideal in children, as it does not involve any physical discomfort or emotional distress. It is a non-invasive technique that facilitates the visualization of skin structures beyond the stratum corneum, amplifying them in vivo, without the phenomena of refraction and reflection of light on the skin. With an adequate training its use is not difficult, and it will allow us to correctly interpret numerous skin lesions.*

**Palabras clave:** Dermatoscopia; Dermastocopio; Nevus benignos; Melanoma; Spitzoide.

**Key words:** Dermoscopy; Dermatoscope; Benign nevi; Melanoma; Spitzoid.

### Utilidad de la dermatoscopia en la consulta del pediatra

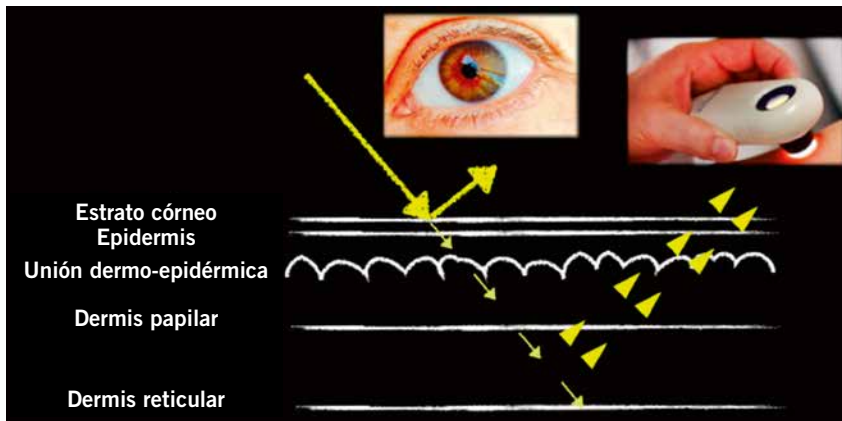
Técnica no invasiva e indolora de gran utilidad en la consulta de Pediatría, especialmente atractiva; ya que, además, es rápida, silenciosa y usa un aparato de pequeño tamaño, con un aspecto poco asustadizo. Por el contrario, requiere que el profesional se forme y entrene para mejorar sus capacidades diagnósticas. Fundamental en la gestión de las lesiones pigmentadas; en la actualidad, se utiliza para la valoración de muchos otros procesos dermatológicos. En niños, su utilidad principal va

a seguir siendo el despistaje de lesiones melanocíticas malignas, pero con una orientación muy diferente a la del adulto. En Pediatría nos ayudará, sobre todo, a generar una mayor confianza a la hora de asegurar que una lesión es benigna, ya que el valor predictivo negativo de la técnica es cercano al 100% y la incidencia de melanoma pediátrico anecdótica. Evita derivaciones prescindibles y la extirpación de lesiones innecesarias, ayuda a generar un clima de confianza y adherencia con el paciente y su familia, y facilita la gestión de múltiples procesos, entre los que se incluyen procesos infecciosos e inflamatorios.

### Bases para la utilización de la dermatoscopia en Atención Primaria

#### ¿Qué es el dermatoscopio?

El dermatoscopio convencional es un estereomicroscopio manual. Nos permite la amplificación de la imagen, por la incorporación de una óptica de aumento (normalmente X10) y una fuente de luz. Va a permitir la disminución de la reflexión y refracción de la luz por parte de la epidermis, sea porque utiliza una interfase líquida o porque el instrumento esté dotado de luz polarizada. Este hecho posibilita ver estructuras anatómicas de



**Figura 1.** Esquema de la reflexión y refracción de la luz, sin y con la utilización de un dermatoscopio. Fuente: GdT dermatología CAMFiC.

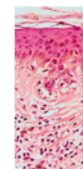
la epidermis o de la dermis papilar que no son visibles a simple vista (Fig. 1). El dermatoscopio no es solo una lupa, también es un instrumento complejo que permite la correlación de la imagen que vemos a través del dermatoscopio con la histología de la piel.

**¿Cómo se utiliza?**

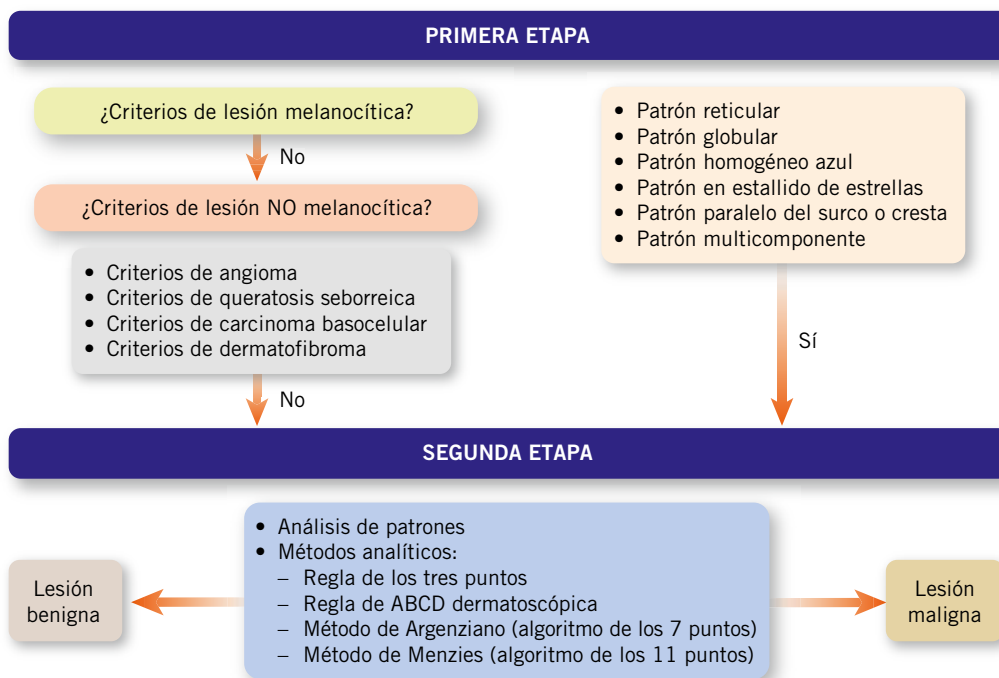
Se tienen en cuenta dos tipos de ítems: color y estructura de las imágenes que vemos. El color es un criterio muy importante en dermatoscopia. La melanina, debido al efecto Tyndall, va a poder observarse de un color determinado en función de su localización en profundidad. Si se haya a nivel epidérmico, se observará de color marrón y si

está fundamentalmente en dermis, de color azul. También es posible diferenciar otros cromóforos (Fig. 2). El naranja suele corresponder a material serohemático, el rojo a hemoglobina, el blanco a

	• <b>NEGRO:</b> melanina en estrato córneo
	• <b>MARRÓN:</b> m. en unión dermo-epidérmica
	• <b>GRIS:</b> m. en unión de dermis reticular
	• <b>AZUL:</b> m. en la dermis reticular
	• <b>NARANJA:</b> queratina y melanina material sero-hemático
	• <b>AMARILLO:</b> queratina
	• <b>BLANCO:</b> colágeno, queratina bajo el estrato córneo, cicatriz
	• <b>ROJO:</b> sangre oxigenada [hemoglobina]
	• <b>VIOLETA:</b> sangre no oxigenada



**Figura 2.** Cambio de color de la melanina en función de su localización en profundidad, y diferentes cromóforos. Fuente: GdT dermatología CAMFiC.



**Figura 3.** Esquematización simplificada del método diagnóstico en 2 etapas. Fuente: a partir del esquema de Pons S, Figueras O. Método diagnóstico en dos etapas. AMF. 2017; 13: 556-71.

**Tabla I. Definición de criterios dermatoscópicos para la lista de verificación de los 3 puntos de Soyer. La presencia de más de un criterio, sugiere una lesión sospechosa (Fuente: elaboración propia)**

Criterio dermatoscópico	Definición	Puntos
Asimetría	Asimetría en color y/o estructuras en 1 o 2 ejes perpendiculares	1
Red pigmentada atípica	Red pigmentada con líneas gruesas y distribución irregular	1
Estructuras blanco-azuladas	Cualquier color azul y/o blanco dentro de la lesión	1

no está destinado a la evaluación de lesiones en: cara, uñas, mucosas o cuero cabelludo. En el primer nivel, se decide si una lesión es melanocítica o no melanocítica. Las lesiones melanocíticas son aquellas formadas por un aumento del número de melanocitos y corresponden a los diferentes nevus o al melanoma. Las no melanocíticas contienen aumento de melanina u otros pigmentos, pero no aumento de melanocitos. Típicamente, son: dermatofibroma, carcinoma basocel-

ular, queratosis seborreica y angiomas, o angioqueratomas. En los angiomas y angioqueratomas, el pigmento no corresponde a melanina, sino a hemoglobina. Una vez identificado alguno de los patrones que permiten afirmar que la lesión es de origen melanocítico, se debe aplicar el segundo nivel de toma de decisiones, en este se define la lesión melanocítica como benigna o maligna, a partir del análisis del patrón existente<sup>(2)</sup> (Fig. 3).

Para simplificar la evaluación de lesiones pigmentarias en Atención Primaria, se propone un algoritmo dermatoscópico simplificado, el método de los tres puntos de Soyer. Es un método de cribado para profesionales con poca experiencia en dermatoscopia. Ha demostrado su utilidad en diferentes estudios, aumentando la sensibilidad en el diagnóstico de lesión maligna a un 96%. Sin embargo, no está exenta de limitaciones, ya que no es útil en superficies acrales ni en el diagnóstico de melanomas amelanóticos. Evalúa la presencia de tres criterios dermatoscópicos: asimetría, presencia de retículo pigmentado atípico y presencia de color blanco-azulado (Tabla I y Fig. 4). Si se cumplen dos o más criterios de los tres, la probabilidad de melanoma es alta, y se recomienda la extirpación de la lesión<sup>(1)</sup>.

### Regla de los 3 puntos de Soyer

<b>Asimetría 1 punto</b>	<b>Retículo atípico 1 punto</b>	<b>Blanco y/o Azul 1 punto</b>
<b>Simetría 0 puntos</b>	<b>Retículo típico 0 puntos</b>	<b>Ausencia de B/A 0 puntos</b>

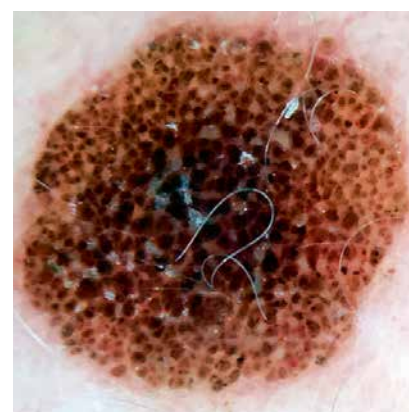
**0 o 1 puntos sugieren benignidad**  
**2 o 3 puntos sugieren malignidad**

#### Lesiones pigmentadas Nevus melanocítico congénito (NMC)

Los NMC suelen tener un retículo pigmentado o globular. Pueden tener bordes irregulares, pero su contenido los clasifica como benignos. Las características dermatoscópicas típicas incluyen<sup>(3)</sup>:

- Patrón globular (Fig. 5): el patrón más típico de NMC en menores de 16

**Figura 4.** Ejemplos de aplicación de los 3 puntos de Soyer. Fuente: elaboración propia.



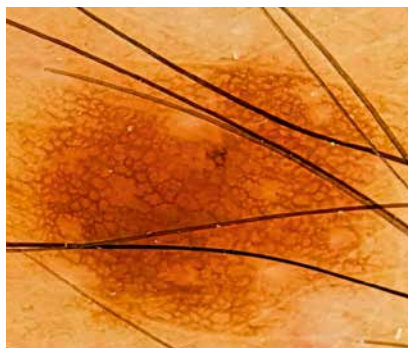
**Figura 5.** Nevus con patrón globular. Fuente: fotografía cortesía de GdT dermatología CAMFIC.



**Figura 6.** Nevus con glóbulos en periferia. Fuente: fotografía cortesía de GdT dermatología CAMFiC.

años, especialmente si se localizan en la cabeza, cuello o tórax. Los glóbulos pueden ser de mayor tamaño y estar agregados en forma de empedrado. Es típico observar una corona de glóbulos en la periferia, indicativo de que el nevus está creciendo (Fig. 6).

- Patrón reticular o de retículo pigmentado (Fig. 7): suele observarse más en niños mayores de 12 años y localizados en las extremidades inferiores.
- Patrón retículo-globular (más frecuente en extremidades), patrón de pigmentación marrón difusa o patrón multicomponente.
- Otros criterios dermatoscópicos de nevus congénitos son: quistes tipo milium, hipertrichosis o cambios en la pigmentación perifolicular<sup>(4)</sup>.
- En palmas y plantas, muchos tienen un patrón paralelo del surco (Fig. 8), o un patrón paralelo del surco con puntos o glóbulos marrones siguiendo las crestas, también llamado patrón de guisantes en vaina.



**Figura 7.** Nevus con patrón reticular. Fuente: fotografía cortesía de GdT dermatología CAMFiC.



**Figura 8.** Nevus en pie con típico patrón paralelo del surco. Fuente: GdT dermatología CAMFiC.

### Nevus melanocítico adquirido

Durante la infancia, los nevus melanocíticos adquiridos suelen tener un patrón globular<sup>(4)</sup> (Fig. 5) que, a diferencia de los NMC, suele evolucionar a un patrón reticular (Fig. 7). En la adolescencia, suelen ser más frecuentes los patrones mixtos o complejos, con un patrón globular y reticular. Es decir, a medida que los niños crecen, el patrón globular es menos común y el patrón reticular más frecuente y, además, los nevus con patrón reticular son más comunes en las extremidades. En la figura 10, se esquematizan los patrones benignos más frecuentes. Aunque la evolución de un nevus es un proceso dinámico, la distribución organizada de los glóbulos y del retículo debe mantenerse. Si tenemos un crecimiento desorganizado con una distribución caótica, es más probable que sea maligno.

### Nevus de Spitz/Reed

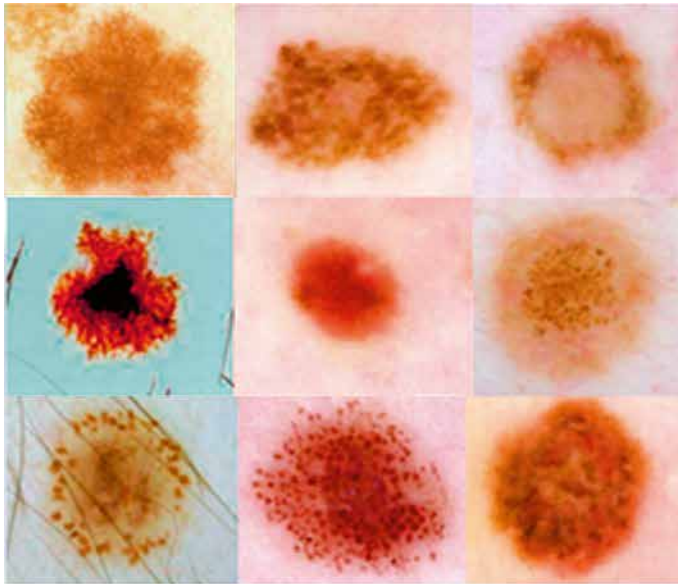
El nevus de Spitz requiere una evaluación minuciosa, ya que comparte características morfológicas, dermatoscópicas e histopatológicas con el melanoma. Aunque se han descrito varios patrones dermatoscópicos para el nevus de Spitz, el patrón en estallido de estrellas es el más común en niños. Se halla en más de la mitad de los nevus de Spitz y tiene una sensibilidad del 96%<sup>(3)</sup>. Este patrón consiste en la presencia de seudópodos o proyecciones radiales, distribuidos de forma homogénea en la periferia (Fig. 9). Otros patrones descritos son: patrón vascular (más típico de lesiones no pigmentadas o hipopigmentadas), patrón globular, patrón homogéneo o patrón reticulado negativo, entre otros.

### Melanoma infantil

Es una entidad rara y supone todo un reto diagnóstico para los pediatras. Supone un 2% de los cánceres infantiles y menos del 1% de todos los diagnósticos de melanoma<sup>(5)</sup>. El número de biopsias necesarias para diagnosticar un melanoma en menores de 20 años es de 1.035, valor mucho mayor que en los adultos<sup>(6)</sup>. Entre los casos con subtipos identificables conocidos: un 50% eran melanomas nodulares, un 31% de extensión superficial y el 19% eran melanoma spitzoide. Una cuarta parte de los melanomas surgieron asociados a NMC. El melanoma pediátrico suele ser solitario, con un crecimiento rápido y con tendencia al sangrado o la ulceración. La dermatoscopia juega un papel muy importante. En un estudio retrospectivo que se hizo de más de 50 casos de melanomas pediátricos, se observó que todos ellos tenían características dermatoscópicas propias del melanoma<sup>(6)</sup>. El melanoma pediátrico se clasifica en spitzoide o no-spitzoide.



**Figura 9.** Patrón en estallido de estrella. Fuente: fotografía cortesía de GdT dermatología CAMFiC.



<b>Patrón reticular difuso</b>	<b>Patrón reticular parcheado</b>	<b>Reticulo periférico con hipopigmentación central</b>
<b>Reticulo periférico con hiperpigmentación central</b>	<b>Patrón marrón homogéneo</b>	<b>Patrón reticular con glóbulos centrales</b>
<b>Patrón reticular con corona de glóbulos</b>	<b>Patrón globular</b>	<b>Patrón simétrico multicomponente</b>

**Figura 10.** Esquemático de patrones dermatoscópicos sugestivos de benignidad. Fuente: *GdT dermatología CAMFiC*.

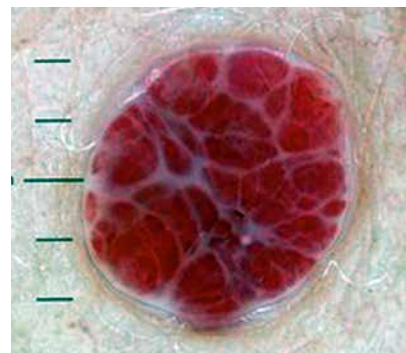
- Melanoma pediátrico tipo spitzoide: pueden ser pigmentados o no pigmentados. Son más comunes en las extremidades y suelen aparecer *de novo*. Entre sus características dermatoscópicas destacan:
  - No pigmentados: líneas blancas brillantes (crisálidas) y vasos atípicos.
  - Pigmentados: suelen tener un patrón multicomponente (combinación de 3 o más estructuras).
- Melanoma pediátrico tipo no-spitzoide: suelen ser más frecuentes en los adolescentes y se parecen a los melanomas de extensión superficial del adulto. Tienen un patrón dermatoscópico desorganizado, por la presencia de múltiples estructuras de melanoma. Otras características dermatoscópicas son: retículo pigmentado atípico, velo azul-blanco, áreas sin estructura, líneas blancas brillantes y vasos atípicos.

#### ¿Cómo diferenciar los nevus benignos del melanoma?

Los nevus presentan estructuras dermatoscópicas organizadas y distribuidas de forma simétrica. Tienen un solo color, una pigmentación homogénea y los bordes regulares. Los patrones dermatoscópicos con signos de benignidad (Fig. 10) son el patrón reticular y el patrón granular típico. En este caso, si cumplen estas características, tienen un riesgo bajo de ser melanoma. Todas las demás lesiones deben observarse minuciosamente y con

precaución, especialmente aquellas asimétricas o con múltiples colores (pardo, marrón oscuro, negro, azul-gris, blanco, rojo) o las que contienen las siguientes estructuras o patrones: patrón multicomponente, patrón inespecífico, retículo atípico, proyecciones atípicas (seudópodos, extensiones radiales), puntos/glóbulos atípicos, velo azul-blanco, estructuras de regresión o vasos atípicos<sup>(4)</sup>.

Recordad que los melanomas que aparecen en niños, suelen ser nodulares y/o amelanóticos y son difíciles de diagnosticar, pero siempre deberemos ir a buscar con el dermatoscopio la presencia de vasos irregulares para poder identificarlos correctamente. Finalmente, precaución con los nevus de Spitz, ya que es el mayor enmascarador del melanoma en Pediatría, por lo que se recomienda



**Figura 11.** Patrón de angioma con lagos venosos y tractos fibrosos, entre ellos. Fuente: *fotografía cortesía de GdT dermatología CAMFiC*.

siempre derivar a una unidad especializada si se sospecha de uno.

#### Dermatoscopia en lesiones vasculares Hemangiomas

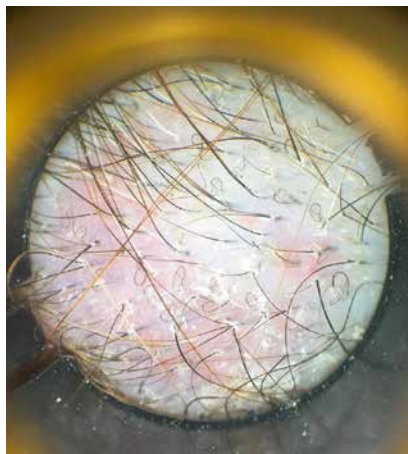
A nivel dermatoscópico, aparecen como: estructuras bien delimitadas, redondeadas u ovaladas, compuestas por lagunas rojas o lagos venosos, separados por septos blancos (Fig. 11). Las lagunas en los hemangiomas superficiales son de color rojo brillante, mientras que las que forman parte de los hemangiomas profundos son de tono azul o violáceo. La dermatoscopia también nos puede ayudar en el tratamiento del hemangioma. El color blanco está asociado con la ulceración inminente y puede apoyar la decisión de iniciar un tratamiento precoz<sup>(7)</sup>.

#### Granuloma piógeno

El granuloma piógeno puede confundirse fácilmente con otros tumores, incluyendo el melanoma amelanótico y el nevus de Spitz. Se han descrito 5 hallazgos dermatoscópicos: área roja homogénea, collarite blanco, líneas de riel blancas, estructuras vasculares y ulceración. Aunque ninguna de estas estructuras por sí solas son específicas, la combinación de 3 o más es muy sugestiva. El área roja homogénea es la estructura más frecuente, aunque poco específica y también presente en el melanoma amelanótico<sup>(7)</sup>.

#### Tricoscopia

Es la dermatoscopia del pelo y del cuero cabelludo, facilita el diagnóstico



**Figura 12.** Pelos en coma, en sacacorchos y en zig-zag, en tiña capitis. Fuente: Dra. Mireia Serrano.

de distintas enfermedades del pelo en los niños.

#### Alopecia Areata (AA)

Las características dermatoscópicas típicas incluyen: presencia de tallos pilosos distróficos, puntos amarillos y pelos vellosos hipopigmentados. Los tallos pilosos distróficos pueden aparecer como: pelos rotos, pelos en signo de exclamación o puntos negros. Los pelos en signo de exclamación (1-5 mm de largo, con zona proximal delgada y zona distal gruesa) representan el signo dermatoscópico más específico de AA aguda. Los puntos negros en los niños pueden observarse también en la tricotilomanía y en la tiña capitis<sup>(8)</sup>.

#### Tricotilomanía

La tricotilomanía es el principal diagnóstico diferencial de la AA. En este caso, veremos un patrón caótico de cabellos rotos con diferente longitud y tricoptilosis (puntas abiertas)<sup>(8)</sup>.



**Figura 13.** Fotografía macroscópica y dermatoscopia de hematoma subcórneo en pie. Fuente: Dra. Mireia Serrano.



**Figura 14.** Dermatoscopia de verruga vulgar en mano, fotografía macroscópica y esquemática. Fuente: fotografía cortesía de GdT dermatología CAMFiC.

#### Tiña capitis

Aunque el cultivo micológico sigue siendo el criterio estándar para el diagnóstico de la tiña capitis, la tricoscopia puede ayudar inicialmente en su orientación, sobre todo, en aquellas tiñas poco inflamatorias, y distinguirla de otros procesos, como la dermatitis seborreica o la psoriasis. Observaremos pelos en coma, que son tallos de cabello curvados en forma de C, en zig-zag y pelos en sacacorchos (Fig. 12)<sup>(8)</sup>.

#### Trastornos acrales

##### Onicomycosis

Las onicomycosis en los niños es rara, y siempre se recomienda cultivo para su confirmación. La dermatoscopia puede apoyar nuestra sospecha clínica, sobre todo, en onicomycosis blanca superficial, donde observaremos pequeños puntos blancos fiabres opacos, y en la onicomycosis subungueal distal, donde se puede observar el patrón en Aurora boreal (borde proximal en sierra en la

zona con onicólisis, con estrías longitudinales de color blanco-amarillo) y una terminación distal irregular.

##### Hematoma subungueal

Una de las mejores utilidades de la onicoscopia, es poder diferenciar la sangre de la melanina. Los hematomas subungueales secundarios a traumatismos son muy frecuentes en los dedos de los pies. Observaremos una pigmentación morada con un patrón paralelo lineal elongado en el borde distal de la lesión, y un borde proximal bien delimitado y de forma redonda. Es muy característica la presencia de gotas de sangre.

##### Hematoma subcórneo

Observaremos una lesión de color rojo-negro a grisáceo con un patrón homogéneo de pigmentación y glóbulos rojos-negros, especialmente vistos como satélites en la periferia de la lesión (Fig. 13).

#### Trastornos proliferativos

##### Xantogranuloma juvenil

En la dermatoscopia, observaremos un centro amarillo anaranjado homogéneo con un borde eritematoso y vasos lineales ramificados, lo que recibe el nombre de signo del sol poniente<sup>(9)</sup>. La historia clínica, el aspecto macroscópico y la dermatoscopia, pueden ayudar a su diagnóstico y evitar una posible biopsia<sup>(7)</sup>.

#### Dermatoscopia en infecciones y parasitosis

##### Verrugas cutáneas

En el examen dermatoscópico de las verrugas, veremos glóbulos rojos con un halo blanco. Si los capilares se trombosan, los puntos se verán negros (Fig. 14).



**Figura 15.** Fotografía macroscópica y dermatoscópica de *Molluscum contagiosum*, con típico patrón en "huevo frito".  
Fuente: fotografía cortesía de Dra. Catalina Sánchez García-Vao.

### *Molusco contagioso*

En la dermatoscopia, veremos múltiples lóbulos blanco-amarillentos en el centro de la lesión, con vasos en corona en la periferia, con una disposición radial, es decir, que no cruzan el centro de los lóbulos. Es la imagen típica de huevo frito (Fig. 15)<sup>(7)</sup>.

### *Sarna*

Observaremos una estructura gris en forma de delta, que corresponde a la parte anterior del parásito y estructuras ovoides translúcidas similares a la estela de un avión. Estos hallazgos son especialmente observables en: caras latera-

les de los dedos de las manos y de los pies, palmas, plantas, areola mamaria, ombligo o áreas genitales (Fig. 16).

### *Pediculosis*

En este caso, visualizaremos directamente el parásito y las liendres ovoides en la parte proximal del pelo.

### Trastornos inflamatorios de la piel

#### *Psoriasis*

El patrón dermatoscópico puede ayudarnos a confirmar el diagnóstico. Veremos un patrón vascular globular homogéneo, con parches rosados o rojos brillantes que corresponden a los vasos



**Figura 17.** Fotografía macroscópica y dermatoscopia de psoriasis. Fuente: fotografía cortesía de GdT dermatología CAMFiC.

puntiformes y a la presencia de descamación blanquecina en superficie (Fig. 17).

#### *Liquen plano*

La dermatoscopia puede ser de gran utilidad, ya que nos permitirá identificar las estrías de Wickham, que aparecen como líneas blanquecinas con un fondo púrpura-rojizo, que pueden estar rodeadas por vasos puntiformes o lineales (Fig. 18). Si observamos una zona: sin estructura, homogénea, de coloración marrón-gris o puntos grises, estaremos ante lesiones en fase de regresión<sup>(7)</sup>.

#### *Mastocitosis cutánea*

Aunque su diagnóstico se basa en el aspecto clínico y, en ocasiones, es necesario el estudio histológico, la dermatoscopia también puede ser útil. En la variante máculo-papular y en el mastocitoma solitario, la dermatoscopia ha demostrado ser una herramienta útil para el diagnóstico no invasivo<sup>(10)</sup>:

- Máculo-papulosa: pigmentación homogénea de color marrón claro (lesiones recientes) y/o retículo pigmentado (lesiones más antiguas). También, se pueden observar telangiectasias reticulares delgadas sobre fondo eritematoso.
- Mastocitoma cutáneo solitario: áreas difusas o multifocales de color amarillo o naranja, con un margen mal definido (más prominente después del signo de Darier).

Como hemos podido observar, la dermatoscopia es un método no invasivo que puede ayudar mucho al diagnóstico diferencial de distintas patologías de la piel en la consulta del pediatra. Es importante que los pediatras se familiaricen con el uso de esta técnica y sería



**Figura 16.** Dermatoscopia de surco acarino, con típico signo en ala delta al final del mismo.  
Fuente: Dra. Mireia Serrano.



**Figura 18.** Dermatoscopia de liquen plano, donde se observan estrías de Wickham.  
Fuente: Dra. Mireia Serrano.

recomendable que la incorporaran en su día a día en la consulta.

## Bibliografía

Los asteriscos muestran el interés del artículo a juicio de las autoras.

- 1.\*\* Serrano M, García D. Método de cribado de la lista de los 3 puntos de Soyer. La regla «salvavidas» en Atención Primaria. AMF. 2017; 13: 572-6.
2. Pons S, Figueras O. Método diagnóstico en dos etapas. AMF. 2017; 13: 556-71.
3. Kaushik A, Natsis NE, Gordon SC, Seiverling EV, Porta Aznárez N, Natsis NE, et al. A practical review of dermoscopy for pediatric dermatology part I: Melanocytic growths. *Pediatr Dermatol* [Internet]. 2013; 30: 281-93. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.det.2018.05.012>.
4. Haliasos EC, Kerner M, Jaimes N, Zalaudek I, Malvey J, Hofmann-Wellenhof R, et al. Dermoscopy for the pediatric dermatologist part III: Dermoscopy of melanocytic lesions. *Pediatr Dermatol*. 2013; 30: 281-93.
5. Merkel EA, Mohan LS, Shi K, Panah E, Zhang B, Gerami P. Paediatric melanoma: clinical update, genetic basis, and advances in diagnosis. *Lancet Child Adolesc Heal*. 2019. doi: 10.1016/S2352-4642(19)30116-6.
6. Moustafa D, Duncan LM, Hawryluk EB. A 20-year histopathologic study of pediatric nevi at an academic institution. *J Am Acad Dermatol* [Internet]; 2020. p. 7-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2020.08.018>.
7. Natsis NE, Gordon SC, Kaushik A, Seiverling EV. A practical review of dermoscopy for pediatric dermatology part II: Vascular tumors, infections, and inflammatory dermatoses. *Pediatr Dermatol*. 2020; 37: 798-803.
- 8.\*\* Haliasos EC, Kerner M, Jaimes-López N, Rudnicka L, Zalaudek I, Malvey J, et al. Dermoscopy for the pediatric dermatologist part I: Dermoscopy of pediatric infectious and inflammatory skin lesions and hair disorders. *Pediatr Dermatol*. 2013; 30: 163-71.
9. Micali G, Verzi AE, Quattrocchi E, Ng CY, Lacarrubba F. Dermoscopy of Common Lesions in Pediatric Dermatology. *Dermatol Clin* [Internet]. 2018; 36: 463-72. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.det.2018.05.012>.
- 10.\*\* Micali G, Lacarrubba F, Stinco G, Argenziano G, Neri I. Atlas of Pediatric Der-

matoscopy. 1.ª ed. Springer International Publishing; 2018.

## Bibliografía comentada

- Serrano M, García D. Método de cribado de la lista de los 3 puntos de Soyer. La regla «salvavidas» en Atención Primaria. AMF. 2017; 13: 572-6.

Artículo integrado en la monografía de la revista AMF, íntegramente dedicado a la dermatoscopia en Atención Primaria, que repasa, de forma práctica, los principios del algoritmo de aproximación diagnóstica de los 3 puntos de Soyer, e iniciarse en esta técnica.

- Haliasos EC, Kerner M, Jaimes-López N, Rudnicka L, Zalaudek I, Malvey J, et al. Dermoscopy for the pediatric dermatologist part I: Dermoscopy of pediatric infectious and inflammatory skin lesions and hair disorders. *Pediatr Dermatol*. 2013; 30: 163-71.

Primero de dos artículos, imprescindible para iniciarse en el uso del dermatoscopio en Pediatría.

- Micali G, Lacarrubba F, Stinco G, Argenziano G, Neri I. Atlas of Pediatric Dermatoscopy. 1.ª ed. Springer International Publishing; 2018.

Atlas muy completo y didáctico sobre dermatoscopia pediátrica.



## Cuestionario de Acreditación

Los Cuestionarios de Acreditación de los temas de FC se pueden realizar en “on line” a través de la web: [www.sepeap.org](http://www.sepeap.org) y [www.pediatriaintegral.es](http://www.pediatriaintegral.es).

Para conseguir la acreditación de formación continuada del sistema de acreditación de los profesionales sanitarios de carácter único para todo el sistema nacional de salud, deberá contestar correctamente al 85% de las preguntas. Se podrán realizar los cuestionarios de acreditación de los diferentes números de la revista durante el periodo señalado en el cuestionario “on-line”.