

LENGUAJE Y DERMATOLOGÍA

Las lesiones elementales en la dermatología española actual (II): paradigmas semánticos

FRANCISCO VÁZQUEZ LÓPEZ, MARCOS GONZÁLEZ LÓPEZ, NARCISO PÉREZ OLIVA
Servicio de Dermatología. Hospital Central de Asturias. Universidad de Oviedo. Oviedo.

INTRODUCCIÓN

Es sorprendente que no haya en nuestro país revisiones críticas que nos planteen una reflexión sobre la forma en que estamos utilizando nuestro vocabulario más esencial: las lesiones elementales cutáneas, y sobre los cambios en su concepto y definiciones. Pese al aumento del interés por este tema en revistas especializadas como *Archives of Dermatology* (1-4), en nuestro país su estudio permanece aún relegado a los libros de texto. Dentro del interés de *Actas Dermosifiliográficas* por la precisión terminológica (5), el doctor Sánchez Yús nos encargó hace tiempo un estudio sobre la situación actual de la terminología básica en España. En este estudio (6, 7) hemos podido demostrar las contradicciones existentes en el tema. Efectivamente, si revisamos el concepto de una lesión elemental en un solo texto podremos tener una idea clara de la misma, pero si revisamos su concepto en varios textos el tema se manifiesta en toda su complejidad: la homogeneidad desaparece. Ya hemos comentado los aspectos concretos de este tema, analizando las definiciones de términos como pápula, tubérculo, tumor, habón, placa, quiste, vesícula, pústula, ampolla, mácula, liquenificación, nódulo, goma, erosión, úlcera, escoriación, fisura, esclerosis, infiltración, atrofia, cicatriz, costra, escama, queratosis, surco, comedón, vegetación o absceso (7).

En este segundo análisis pretendemos ampliar y profundizar nuestro anterior estudio, identificando sus aspectos más genéricos. Nuestro objetivo sigue siendo el estudio de los conflictos lingüísticos que subyacen en nuestro lenguaje básico y de su repercusión práctica. No pretendemos sugerir una normativa sobre el tema, sino tan sólo plantear una reflexión sobre el mismo; resaltando aquellas contradicciones

que más puedan interferir en la eficacia de los pilares de nuestro sistema de comunicación y descripción.

MATERIAL Y MÉTODOS

La sistemática del presente estudio ya ha sido descrita previamente (6, 7). Se revisaron y compararon las definiciones de las lesiones elementales en 13 libros de texto de dermatología de autores españoles y escritos en castellano como lengua original (8-20). Por orden alfabético los autores de los textos fueron: Armijo, Camacho, Dulanto, Ferrándiz, García Pérez, Gay Prieto, Gómez Orbaneja, Iglesias, Lázaro, Mascaró, Moragas, Peyrí y Soto Melo. El estudio se realizó inicialmente para establecer las bases de un debate sobre el tema en el Congreso Nacional de Dermatología de Santander en 1998 (6). Para cada lesión elemental se realizó una tabla con las definiciones aportadas por cada autor y posteriormente estas definiciones se compararon entre sí. Para el presente estudio se identificaron los aspectos más generales o comunes a dichas diferencias.

RESULTADOS

El análisis comparativo de las definiciones de las lesiones elementales aportadas por cada uno de los autores considerados reveló importantes diferencias entre las mismas: 1) diferencias en el número de lesiones elementales; 2) diferencias cualitativas respecto a la forma de utilización de los criterios de definición; 3) diferencias en el modelo o concepto de la lesión elemental; 4) diferencias cuantitativas en la medición de las lesiones elementales, y 5) diferencias en el significado de algunos términos.

Diferencias en el número de lesiones elementales

En los textos referidos se reconocen y definen como lesiones elementales más de 40 términos, pero el

Correspondencia: FRANCISCO VÁZQUEZ LÓPEZ. Ezcurdia, 192, 3M. 33203 Gijón (Asturias).

Aceptado el 28 de septiembre de 2000.

grado de aceptación de estos términos es desigual. Algunos términos son de inclusión unánime, pero otros sólo aparecen en una minoría de los textos analizados. De acuerdo con esto podemos distinguir, de una forma aproximada, entre lesiones elementales de aceptación unánime (100% de los textos analizados), generalizada (70-95% de los textos), media (50-65% de los textos) y minoritaria (menos del 40% de los textos analizados) (tabla I).

Los términos que constituyen la base de nuestro lenguaje básico son aproximadamente 20 (con aceptación generalizada o unánime): ampolla, atrofia, cicatriz, costra, erosión, escama, esclerosis, escoriación, fisura, goma, habón, liquenificación, mácula, nódulo, pápula, pústula, quiste, tubérculo, tumor, úlcera y vesícula.

Diferencias en los criterios de definición de las lesiones

Toda definición se basa en una serie de características o criterios aceptados como esenciales o definitorios de cada lesión. En los textos analizados se distinguen cuatro tipos diferentes de criterios de definición: a) criterios morfológicos o clínicos; b) criterios temporales o evolutivos; c) criterios histopatológicos, y d) criterios etiológicos.

Criterios morfológicos o clínicos

Hacen referencia a características físicas reconocibles y objetivables en la exploración física como el relieve, la consistencia, el tamaño o la extensión en profundidad de la LE. Como características principales se suelen considerar el tamaño de la lesión y su consistencia. Ejemplos:

- «Lesión elevada, sólida, circunscrita, mayor de 0,5 cm de diámetro» (tubérculo) (13).
- «Lesiones elevadas sobre la superficie cutánea, de contenido líquido, de dimensiones inferiores a 0,5 cm de diámetro» (vesícula) (13).

Criterios temporales o evolutivos

Hacen referencia a la duración breve o prolongada de la lesión; a su carácter resolutivo o no resolutivo; a su tendencia a producir o no afectación residual o cicatriz; a su permanencia. En suma, hacen referencia al carácter agudo o crónico de la lesión elemental. Ejemplos:

- «Lesión sólida, de forma y tamaño variables, con tendencia a crecer o persistir indefinidamente. La evolución lo diferencia claramente del tubérculo, con el que se puede confundir al principio» (tumor) (12).
- «Elevaciones cutáneas circunscritas, consistentes, habitualmente de pequeño tamaño y de evolución fugaz» (pápula) (8).

- «Lesión elevada, sólida, de diámetro menor de 1 cm capaz de regresión total sin dejar cicatriz» (pápula) (11).

TABLA I: ACEPTACIÓN DE LOS TÉRMINOS CONSIDERADOS COMO LESIONES ELEMENTALES

Grupo A. <i>Términos de aceptación unánime (100% de los textos revisados)</i>	<ul style="list-style-type: none"> — Ampolla. — Escama. — Goma. — Pápula. — Vesícula. — Cicatriz. — Esclerosis. — Mácula. — Pústula. — Fisura. — Nódulo. — Úlcera.
Grupo B. <i>Términos de aceptación generalizada (70-95% de los textos)</i>	<ul style="list-style-type: none"> — Atrofia. — Costra. — Erosión. — Habón. — Liquenificación. — Tubérculo. — Tumor. — Quiste.
Grupo C. <i>Términos de aceptación media (50-65% de los textos revisados)</i>	<ul style="list-style-type: none"> — Absceso. — Escara. — Placa. — Vegetación.
Grupo D. <i>Términos de aceptación minoritaria (menos del 40% de los textos)</i>	<ul style="list-style-type: none"> — Aplasia. — Alopecia. — Comedón. — Edema. — Estrías. — Escamocostra. — Escleroatrofia. — Eritematoescamosa. — Gangrena. — Herida. — Hipertrichosis. — Hiperplasia. — Hipertrofia. — Hipoplasia. — Infiltración. — Fístula. — Poiquilodermia. — Queratosis. — Surco. — Verrucoso.

- «Lesión cutánea sólida, circunscrita, compacta, habitualmente prominente, que invade los planos profundos de la piel, no espontáneamente resolutive y de evolución lenta y cicatricial» (tubérculo) (12).

Criterios histopatológicos

Hacen referencia a la localización de la lesión elemental en la epidermis, dermis o hipodermis o a otras características histológicas, no observables y no objetivables clínicamente. Ejemplos:

- «Lesión circunscrita, de tamaño variable, debida a la exudación de plasma por vasodilatación y aumento de permeabilidad capilar» (habón) (19).
- «Cavidad cerrada, con revestimiento interior epitelial, endotelial o fibroso, conteniendo materiales líquidos o semisólidos» (quistes) (15).

Criterios etiológicos

Hacen referencia a la naturaleza de la lesión. Hemos considerado como criterios etiológicos aquellos que matizan en la definición el origen inflamatorio, infeccioso, neoplásico o traumático de la lesión como un hecho necesario y esencial para la misma o que excluyen de su campo semántico alguno de estas naturalezas. Ejemplos:

- «Masa neoplásica circunscrita, no inflamatoria y persistente, que progresa con lentitud, con independencia biológica de las estructuras en que se desarrolla, sin utilidad para el organismo» (tumor) (8).
- «Lesión circunscrita, mayor de 1 cm de diámetro, de contenido sólido y de naturaleza inflamatoria» (tubérculo) (15).
- «Cuando la ulceración es determinada por un proceso patológico se denomina úlcera y cuando lo es por un traumatismo se denomina herida» (16).

Diferencias en el modelo de definición de la lesión elemental

Los criterios morfológicos o clínicos son la base de todas las definiciones de las lesiones elementales. Por el contrario, los criterios no morfológicos (evolutivos, histológicos y etiológicos) no son aceptados por todos los autores, aunque sí son utilizados por una mayoría de los estudiados. Su aplicación responde a un intento de limitar o restringir el significado de los términos más complejos. Entre ellos, el criterio evolutivo es el de mayor utilización. Por el contrario, los criterios histológicos y etiológicos sólo se usan por algunos autores y sólo para las definiciones de mayor complejidad descriptiva. Por tanto, los criterios fundamentales son dos: el morfológico y el evolutivo, y según su uso hemos distinguido dos paradigmas o modelos básicos

de definición de las lesiones elementales: a) paradigma morfológico, y b) paradigma morfoevolutivo.

Paradigma morfológico

Utiliza únicamente criterios morfológicos para la definición de las lesiones elementales. Rechaza, por tanto, la utilización de cualquier otro tipo de criterio (evolutivos, histológicos, etiológicos). Se basa sólo en la descripción y definición de las características físicas esenciales de la lesión: en su apariencia externa, objetivable, en el momento de la exploración física del paciente, sin considerar otras características. Es un modelo teórico de escasa implantación entre los textos analizados. Ejemplo:

- «Elevación sólida y circunscrita de la piel de más de 1 cm de diámetro» (13).

Paradigma morfoevolutivo

En este segundo modelo de definición se utilizan, además de criterios morfológicos, otros criterios no morfológicos (evolutivos, histológicos o etiológicos). Entre ellos, el criterio evolutivo es el más utilizado y el que puede considerarse, por tanto, como la base de este paradigma de definición. Con este modelo la definición no se basa únicamente en la descripción de la apariencia exterior de la lesión (de su forma objetiva) en el momento de la exploración física del paciente; incluye además la descripción de la transformación de dicha forma lesional a lo largo del tiempo. Es el modelo teórico de mayor aceptación y difusión en los textos analizados. Ejemplos:

- «Nódulo que se reblandece y ulcerera, pasando sucesivamente por los estadios de crudeza, reblandecimiento, ulceración y reparación» (goma) (16).
- «Lesión cutánea sólida, circunscrita, compacta, habitualmente prominente, que invade los planos profundos de la piel, no espontáneamente resolutive y de evolución lenta y cicatricial» (tubérculo) (12).

En algunas definiciones se añaden además otros criterios (histológico, etiológico) para restringir el significado de un término, pero a diferencia de la evolución, no de forma general. Ejemplo:

- «Lesión mayor de 1 cm de diámetro, de contenido sólido y de naturaleza inflamatoria, localizada en dermis alta» (tubérculo) (15).

Diferencias en la medición de las lesiones elementales

Respecto a la medición de las lesiones elementales existen diferencias importantes de dos tipos: a) respecto al sistema de medición utilizado, y b) respecto al tamaño considerado como característico o definitorio de la lesión elemental.

Diferencias respecto al sistema utilizado

De una forma general, se pueden reconocer diferentes formas de expresar el tamaño característico de cada lesión elemental, como se puede apreciar en estas definiciones de la vesícula:

- En algunas definiciones no se llega a precisar el tamaño. Ejemplo:
 - «Pequeña elevación llena de líquido seroso, situada en el cuerpo mucoso de Malpighio; tiene evolución rápida, aguda o subaguda» (9).
- En otras definiciones se utilizan términos analógicos. Ejemplo:
 - «Elevación circunscrita de la piel cuyas dimensiones varían entre el tamaño de la punta de un alfiler y el de un guisante llena de líquido seroso» (12).
- En un tercer tipo se consigna una cuantificación exacta de la lesión, expresando su tamaño en centímetros. Ejemplo:
 - «Formación elevada, circunscrita, de diámetro menor de 0,5 cm, con contenido líquido seroso o hemorrágico» (11).

Diferencias respecto al tamaño considerado como característico

Independientemente del sistema utilizado, hay notorias diferencias en cuanto al tamaño que se considera como característico o definitorio de algunas lesiones elementales como estos ejemplos de vesícula:

- «Lesiones elevadas de contenido líquido menores de 0,5 cm de diámetro» (13).
- «Lesiones sobreelevadas de contenido líquido menores de 1 cm» (18).

Diferencias en el significado de las lesiones elementales

Las contradicciones que hemos expuesto no implican necesariamente que dichas definiciones no puedan tener una base de significado común. Sin embargo, algunos términos sí presentan una colisión entre sus diferentes acepciones. Este fenómeno (polisemia) ocurre respecto al término nódulo, como ya hemos expuesto previamente (7, 21).

El término nódulo presenta dos significados diferentes y opuestos:

- Concepto restringido: el nódulo como lesión localizada exclusivamente en la profundidad de la piel. Es la definición predominante.
- Concepto ampliado: el nódulo como lesión de localización ubicua, tanto en la superficie como en la profundidad del tegumento.

Otras diferencias

Existen, además, otras diferencias que no hemos valorado dado que su análisis excedía nuestras intenciones de limitarnos a los aspectos más generales del tema, tales como la aceptación de términos compuestos (maculopapuloso, etc.) o la diferenciación entre lesiones elementales primitivas y secundarias.

DISCUSIÓN

Nuestro estudio demuestra la existencia de múltiples diferencias respecto a la conceptualización de las lesiones elementales entre los diferentes autores analizados (8-20) y que complementan los aspectos que ya hemos referido previamente (7, 21). Respecto al lenguaje específico de la semiología cutánea podemos decir que actualmente no compartimos de forma suficiente el significado de muchos términos básicos. Una parte de las diferencias demostradas son diferencias de estilo, pero otras contradicciones sí pueden repercutir de forma importante en la claridad de nuestro lenguaje básico. Estos conflictos lingüísticos, aunque pasen inadvertidos, debilitan y deterioran el proceso de la comunicación dermatológica.

Términos considerados como lesiones elementales

Como ya hemos referido, el catálogo de las lesiones elementales no es el mismo entre los diferentes textos estudiados. Respecto al número de términos definidos, el rango oscilaba entre 20 y más de 30. El número de términos definidos por al menos alguno de los autores fue bastante amplio (más de 40 términos). De todos los términos definidos, 20 aproximadamente eran aceptados de forma general (más del 70% de los textos analizados) y, por tanto, constituyen el núcleo fundamental de nuestro lenguaje básico. Estos términos eran ampolla, cicatriz, costra, escama, esclerosis, fisura, goma, mácula, nódulo, pápula, pústula, úlcera, vesícula, atrofia, erosión, escoriación, habón, liquenificación, tubérculo, tumor y quiste.

Los factores que pueden influir en que un término se considere o no como lesión elemental de forma generalizada son varios. En primer lugar, el peso de la tradición. El número de términos considerados como tales ha variado a lo largo de la historia de la dermatología. Los pioneros del concepto y de la definición de las lesiones elementales (Plenck, Willan y Bateman) definieron 14 y ocho términos, respectivamente (22, 23). Generalmente, los términos de aceptación más generalizada son los definidos por estos autores y pueden considerarse como las lesiones elementales más «tradicionales» (como pápula, escama, vesícula, ampolla, mácula, etc.); sin embargo, algunos

términos de introducción más reciente son, asimismo, de aceptación unánime o general (como liquefacción, tumor o quiste). Otro factor que influye es el incluir o no como lesiones elementales cutáneas a términos que no son específicamente dermatológicos y que son compartidos con otras especialidades (como edema, absceso, herida, queratosis o hipertrofia). Los términos referidos a anejos (alopecia, hipertrichosis) sólo tienen actualmente una aceptación minoritaria como lesiones elementales.

Otro factor muy importante es el tipo y grado de influencia foránea en cada autor. Así, por ejemplo, términos como habón, tumor o tubérculo no se reconocen en otros países y en España presentan una aceptación desigual, según la mayor o menor influencia en cada autor de la literatura en lengua francesa o inglesa.

Como una interesante alternativa a estas variaciones en el catálogo (o número) de las lesiones elementales cutáneas, el profesor García Pérez (uno de los autores, junto con el profesor Mascaró, del primer glosario internacional de lesiones básicas cutáneas) (24) establece en su texto dos apartados (11): en uno define las «lesiones elementales clásicas»; en el otro, «otras lesiones o conceptos básicos».

Modelos de definición de las lesiones elementales

Uno de los aspectos más interesantes que pueden extraerse del presente estudio es la demostración de la existencia en nuestro país de importantes diferencias respecto a la forma en que son concebidas y definidas la mayoría de las lesiones elementales. En nuestra opinión este hecho permanece aún larvado y desapercibido y por ello repercute en gran medida en la eficacia de nuestro lenguaje. Se pueden distinguir dos conceptos o códigos lingüísticos opuestos: el código o paradigma morfológico y el paradigma morfoevolutivo. Los dos sistemas permanecen vigentes en nuestro país y de su coexistencia se derivan conflictos lingüísticos relevantes. Gráficamente podemos decir incluso que utilizan unidades diferentes y que, por tanto, representan realmente dos «dialectos» diferentes, con su normativa correspondiente.

En el paradigma morfológico se considera únicamente como definitorio el criterio morfológico. Las lesiones elementales se definen: a) por sus características externas (aspecto objetivo), y b) únicamente en el momento de la exploración física del paciente. Rechaza, por tanto, la valoración del aspecto interno de la lesión (histológico), de su proyección futura (evolución) y de su etiología, que considera variable en cada caso. Valora únicamente una forma y la valora únicamente en el momento presente. Es una definición basada en una sola coordenada: espacio; en un solo tipo de dato: el clínico. Ha sido una tendencia

de escasa implantación en nuestro país. El profesor Gómez Orbaneja ha sido su más firme defensor. Recientemente, debido a la cada vez mayor influencia de la literatura en lengua inglesa, su difusión se está incrementando.

El paradigma morfoevolutivo utiliza, a diferencia del modelo anterior, diferentes tipos de criterios de definición (morfológico, evolutivo, histológicos y etiológicos). Entre ellos, las definiciones se basan generalmente en los dos primeros: criterios morfológicos y evolutivos; los otros dos criterios se utilizan con escasa frecuencia y sólo en las lesiones de mayor complejidad descriptiva.

En este modelo la definición se basa no sólo en la apariencia externa de cada lesión en el momento de la exploración física del paciente, sino, además, en los cambios o transformaciones sucesivas, secuenciales, de su forma a lo largo del tiempo; en su evolución temporal. Es una definición basada en dos coordenadas: espacio y tiempo.

A estos criterios básicos se añaden ocasionalmente otros criterios (histológico y etiológico) que motivan que pueda plantearse su imbricación con la nosología dermatológica. Utiliza, por tanto, datos no observables clínicamente. El modelo morfoevolutivo ha sido claramente el predominante en España en los últimos años debido probablemente a la gran influencia de la dermatología francesa en la que ha sido el modelo prevalente.

Según estos dos modelos podemos hablar de dos sistemas de unidades, de dos dicotomías centrales y opuestas: tamaño frente a evolución. Lesiones definidas por su tamaño horizontal (diámetro) o vertical (superficiales o profundas) frente a lesiones definidas por su evolución (agudas o crónicas).

Diferencias en la medición de las lesiones

Otro «conflicto» que consideramos «relevante» es la ausencia de unas medidas estándar y fijas para la delimitación del tamaño característico de algunas lesiones elementales como la pápula, la placa o el tubérculo. El límite de estas lesiones oscila con rapidez de 0,5 a 1 cm, según el autor que consideremos. Por el contrario, en otras lesiones (como la ampolla o la vesícula) sí se ha adoptado un criterio general casi único.

Respecto al sistema de medición, se puede observar claramente una tendencia general a utilizar un sistema métrico de medición (expresión en centímetros del tamaño) en los textos de edición más reciente.

Términos básicos con polisemia

Finalmente, uno de los conflictos lingüísticos más preocupantes es la existencia de términos con significados opuestos. La polisemia es, en nuestra opinión,

una causa importante de pérdida de claridad y precisión en el discurso dermatológico. Esto ocurre con el término nódulo (21). La interferencia de sus dos significados opuestos (concepto restringido y concepto ampliado del nódulo) y, por otra parte, la excesiva amplitud y falta de precisión de una de sus acepciones ha motivado que su significado ya no dependa de la palabra en sí, sino de su contexto. Si, por ejemplo, leemos «nódulo de 2 cm de diámetro en hemitórax izquierdo», no sabremos, si no es por el contexto, cómo puede ser la morfología de dicha lesión.

En resumen, hemos demostrado la existencia de numerosas diferencias respecto al concepto de las lesiones elementales en los textos dermatológicos analizados. El estudio de estas diferencias presenta interés en varios niveles. Un interés lingüístico, en tanto que estudia la aplicación de un lenguaje especializado; histórico, en tanto que contribuye a la comprensión de la evolución más reciente de nuestro lenguaje básico; pero principalmente creemos que presenta un claro interés práctico, en cuanto que puede contribuir a una mejora de la eficacia del subsistema del lenguaje de la semiología cutánea. El lenguaje es un hecho social, y la identificación de los conflictos que subyacen en el mismo y de su relevancia es el primer paso para tratar de promover una situación de consenso que permita un acuerdo general sobre su utilización. Dadas las diferencias observadas, lo sorprendente es que esta iniciativa de consenso aún no se haya hecho.

BIBLIOGRAFÍA

- Lewis EJ, Dahl MW, Lewis CA. On standard definitions: 33 years hence. *Arch Dermatol* 1997;133:1169.
- Ashton RE. Standard definitions in dermatology: the need for further discussion. *Arch Dermatol* 1998;134:637.
- Lewis EJ, Lewis CA, Dahl MW. In reply. *Arch Dermatol* 1998;134:637-8.
- Vázquez López F, Álvarez Cuesta C, González López M, Pérez Oliva N. The 21st century macule is not the Willan but the Plenck macule. *Arch Dermatol* 2000 (en prensa).
- Carta del director. *Actas Dermosifiliográficas* ocupa el segundo lugar entre las revistas médicas españolas más interesadas por la terminología médica. *Actas Dermosifiliogr* 1999;90:275.
- Vázquez López F, Pérez Oliva N. Las lesiones elementales clínicas. ¿Cuáles, cuántas, cómo? XXVII Congreso Nacional de Dermatología y Venereología. Santander; 1998.
- Vázquez López F, González López M, Pérez Oliva N. Las lesiones elementales en la dermatología española actual. I: Las definiciones son contradictorias. *Actas Dermosifiliogr* (en prensa).
- Armijo M. Exploración en dermatología. Aspectos clínico-histológicos. En: Armijo M, Camacho F, eds. *Dermatología*, 2.ª ed. Madrid: Ediciones CEA; 1988. p. 55-72.
- De Dulanto F. Semiología general. En: De Dulanto F, ed. *Dermatología medicoquirúrgica*, 1.ª ed. Granada: Ediciones Anel, SA; 1981. p. 55-90.
- Pibernat MR. Bases del diagnóstico dermatológico. En: Ferrándiz Foraster C, ed. *Dermatología clínica*. Madrid: Mosby/ Doyma Libros, SA; 1996. p. 9-17.
- García Pérez A. Introducción a la clínica dermatológica. En: García Pérez A, ed. *Dermatología clínica*, 5.ª ed. Salamanca: Gráficas Cervantes, SA; 1997. p. 23-8.
- Gay Prieto J. Semiología general. En: Gay Prieto J. *Dermatología*, 8.ª ed. Barcelona: Editorial Científico-Médica; 1976. p. 81-97.
- Gómez Orbaneja J. Semiología dermatológica. Lesiones elementales de la piel. En: Gómez Orbaneja J, ed. *Dermatología*, 2.ª ed. Madrid: Aguilar, SA; 1976. p. 31-41.
- Ortiz Romero PL, Iglesias Díez L. Principios de diagnóstico en dermatología. En: Iglesias Díez L, Guerra Tapia A, Ortiz Romero PL, eds. *Tratado de dermatología*, 1.ª ed. Madrid: Luzán 5, SA, Eds.; 1994. p. 15-29.
- Lázaro Ochaíta P. Principios generales del diagnóstico dermatológico. En: Lázaro Ochaíta P, ed. *Dermatología. Texto y atlas*, 2.ª ed. Madrid: Gráficas Reunidas, SA; 1993. p. 19-38.
- Mascaró JM. Claves para el diagnóstico clínico en dermatología. Las dermatosis según su lesión elemental, 1.ª ed. Barcelona: Ediciones Doyma, SA; 1992. p. 1-207.
- Moragas JM. Lesiones elementales cutáneas. En: *Dermatología. Atlas práctico para el médico general*. Barcelona: Salvat Eds.; 1982. p. 1-20.
- Peyrí J. Semiología dermatológica. En: Peyrí J, Bordas X, Vives P, eds. *Licenciatura dermatología*, 1.ª ed. Barcelona: Salvat Editores SA, 1988.
- Soto Melo J. Exploración dermatológica. En: *Texto de dermatología*, 1.ª ed. Madrid: Ed. Marbán; 1975. p. 19-25.
- Camacho F. Exploración en dermatología. En: Armijo M, Camacho F, eds. *Tratado de dermatología*. Madrid: Grupo Aula Médica, SA; 1998. p. 45-70.
- Vázquez F, Pérez Oliva N, Gotor ML. Sobre el significado actual del término nódulo en lengua española. *Actas Dermosifiliogr* 1995;86:404-5.
- Plenck JJ. *Tratado de enfermedades cutáneas*. Madrid: Imprenta Real, 1798 (traducción de la 2.ª edición por Antonio Lavedan).
- Bateman T. A practical synopsis of cutaneous diseases according to the arrangement of Dr. Willan, 3.ª ed. Londres: Longman Ed.; 1814.
- Winkelmann RK, ed. *Glossary of basic dermatology lesions*. Uppsala: International League of Dermatological Societies, Committee on Nomenclature. *Acta Derm-Venerol* (Stock) 1988(suppl 130).