

Revisión

# Fundamentos Semiológicos de las Lesiones Elementales Primarias y Secundarias de la Piel: Revisión Crítica de la Literatura

Federica Ortiz-Castro<sup>1</sup>, Vanessa Cabrera-Guarín<sup>1\*</sup> y Guillermo Adrián Rivera-Cardona<sup>2</sup>

1. Departamento de Ciencias Básicas de la Salud, Pontificia Universidad Javeriana, C.P. 7600031, Cali, Colombia.
2. Magíster en Ciencias Biomédicas, Pontificia Universidad Javeriana, C.P. 7600031, Cali, Colombia.

**\*Autor para correspondencia:**

Vanessa Cabrera Guarín

✉ [vanessacabreraguarin@gmail.com](mailto:vanessacabreraguarin@gmail.com)

## RESUMEN

En esta revisión se presentan las definiciones propuestas para las lesiones elementales primarias y secundarias de la piel, publicadas entre 2010 y 2024. Se realizó una búsqueda sistemática en bases de datos científicas como PubMed, ScienceDirect y Google Académico, utilizando términos MeSH relacionados con *lesiones, elementales, piel, primarias, secundarias, semiología y dermatología*. La revisión se complementó con textos y atlas especializados en semiología dermatológica. Se resalta la importancia de que médicos generales e internos y estudiantes en formación clínica desarrollen una adecuada aproximación diagnóstica morfológica mediante una exploración física cuidadosa y una historia clínica detallada.

**Palabras clave:** Dermatología, Lesiones elementales, Piel, Primarias, Secundarias, Semiología.

## ABSTRACT

This review presents the definitions proposed for primary and secondary elementary skin lesions published between 2010 and 2024. A systematic literature search was conducted in databases including PubMed, Science Direct, and Google Scholar using MeSH terms related to *lesions, skin, semiology, and dermatology*. The review was complemented with specialized textbooks and dermatological semiology atlases. This work emphasizes the relevance for general practitioners, internal medicine physicians, and clinical medical students to perform an accurate morphological diagnosis approach through detailed physical examination and clinical history.

**Keywords:** Dermatology, Elementary lesions, Skin, Primary, Secondary, Semiology.

## INTRODUCCIÓN

La piel posee un doble origen embriológico, la epidermis y sus anexos cutáneos que se derivan del ectodermo, y la dermis y tejido celular subcutáneo que provienen del mesodermo. Por esta razón existe una relación estrecha entre la piel y múltiples órganos internos ([Bologna et al., 2018](#)). Las alteraciones cutáneas pueden reflejar múltiples alteraciones sistémicas, fortaleciendo el rol de la dermatología como una especialidad clínica basada en la observación y en análisis semiológico de las lesiones ([Arda et al., 2014](#); [Alshajji, 2019](#)). Debido a que gran parte del diagnóstico se fundamenta en la semiología, el

componente clínico sigue siendo esencial en la práctica dermatológica. Clínicamente se realiza la exploración física de las lesiones en la piel mediante la identificación de sus características morfológicas (tipo de lesión), patrón de agrupamiento, color, distribución de la lesión (localizada, generalizada o por dermatomas), y las ayudas complementarias (muestras de cultivo y/o biopsias) para facilitar el estudio de cualquier manifestación cutánea que permita realizar un diagnóstico con base al análisis bioscópico de dichas lesiones (William et al., 2020).

Las lesiones elementales se clasifican en dos grandes grupos: primarias y secundarias. Las lesiones primarias aparecen *de novo* sobre piel previamente sana y no representan la evolución de una lesión previa, mientras que las lesiones secundarias se desarrollan a partir de una alteración patológica preexistente (Saenz, 2011; William et al., 2020). De este modo, la descripción morfológica de cada lesión permite orientar con mayor precisión el diagnóstico clínico (Ingratta & Manzo, 2017; William et al., 2020). En ciertos pacientes, la apariencia de las lesiones dérmicas puede ser tan característica que el diagnóstico resulta evidente a la inspección. No obstante, una misma enfermedad cutánea puede adoptar múltiples presentaciones clínicas, presentando variaciones en tamaño, forma, color y etapas evolutivas dentro de un mismo individuo o entre diferentes pacientes (Sánchez et al., 2010). Estas variaciones pueden estar influenciadas por factores externos, tales como la manipulación directa de las lesiones por fenómenos de rascado, el contacto con superficies contaminadas o sustancias exógenas, así como infecciones secundarias o tratamientos tópicos, sistémicos o intravenosos que alteran la presentación clínica. En este sentido, la combinación de síntomas referidos y hallazgos clínicos objetivos pueden llegar a ser insuficientes para orientarse en un diagnóstico, y para llegar acertadamente a este, el diagnóstico debe sustentarse en la localización y distribución de características físicas objetivas que puedan ser inspeccionadas y palpadas (Cardili & Roselino, 2016; Lallas et al., 2019). Por lo tanto, un examen físico de la piel es fundamental para orientar el diagnóstico (James et al., 2015).

La piel es el órgano más extenso del cuerpo humano (Cardili & Roselino, 2016; Ginsburg, 2017). Sin embargo, su estudio integral no se encuentra plenamente consolidado en ningún texto único de morfología humana. Habitualmente, su aprendizaje se encuentra fragmentado durante el estudio de disciplinas como la histología, embriología, neuroanatomía y, en menor medida, la anatomía, distribuyéndose en diferentes etapas del currículo en Ciencias de la Salud. Al estudiar la semiología, surgen dificultades en la integración de los conocimientos biomédicos sobre la anatomía y clínica de la piel. A esto se suma que la rotación de los estudiantes de medicina por el área de dermatología suele ser de corta duración, con una frecuencia de una a dos veces por semana por un periodo máximo de cuatro semanas, lo cual limita la exposición práctica a esta especialidad.

En la práctica clínica, el médico general debe disponer de las competencias diagnósticas necesarias para realizar una exploración semiológica adecuada, que le permita emitir una impresión diagnóstica certera y tomar decisiones sobre el manejo clínico de las lesiones cutáneas, ya sea iniciando tratamiento o remitiendo al especialista. Esta capacidad diagnóstica se basa en la correcta identificación y clasificación del tipo de lesión cutánea.

El objetivo de este trabajo fue realizar una revisión crítica de la literatura sobre las lesiones elementales de la piel, tanto primarias como secundarias, basándose en fuentes científicas, textos de semiología y dermatología.

La información de la revisión es de utilidad para médicos generales, médicos internos, estudiantes de medicina en prácticas clínicas, quienes realizan actividades de prevención de la enfermedad, promoción de la salud, valoración, diagnóstico y planificación del tratamiento o toma de decisiones médicas de pacientes que asisten a consulta con médico general con lesiones cutáneas. En esta revisión se presenta información relevante sobre la clasificación de lesiones en la piel, basados en la morfología, localización, contenido y aspecto.

## **METODOLOGÍA**

Se llevó a cabo una revisión sistematizada de la literatura científica. Inicialmente, se hizo una validación de los términos MeSH (del inglés *Medical Subject Headings*) correspondientes a las principales áreas de interés, incluyendo: “lesiones”, “elementales”, “primarias”, “secundarias”, “piel”, “semiología” y “dermatología”. La búsqueda se realizó en las bases de datos de PubMed, ScienceDirect y Google Académico, abarcando un periodo comprendido entre los años 2010-2025, haciendo uso de la terminología MeSH para optimizar la precisión y relevancia de los resultados.

Adicionalmente, se complementó la revisión con la consulta de textos especializados y atlas reconocidos en semiología y dermatología, con el fin de enriquecer el marco conceptual y asegurar una cobertura integral del tema.

## **SEMIOLOGÍA DERMATOLÓGICA**

Para realizar una aproximación diagnóstica en dermatología es fundamental establecer inicialmente el diagnóstico morfológico de la lesión cutánea. Este proceso comienza con una exploración física detallada, que incluye no solo la evaluación de la lesión, sino también la inspección de estructuras anexas y mucosas (Bologna et al., 2018).

La exploración dermatológica se divide clásicamente en dos fases: inspección y palpación. En la inspección se identifica la localización, la forma y patrón de distribución, especialmente identificar la asimetría de la lesión (simétrica o asimétrica), identificar los bordes (regulares, irregulares, planos o circunscritos), el color inicial y su evolución en el tiempo, el diámetro y tener en cuenta si la lesión se encuentra en un área corporal expuesta (Habif, 2021). Adicionalmente es fundamental considerar que el primer aspecto a establecer en el paciente es el fototipo cutáneo. El fototipo permite conocer la sensibilidad de la piel frente a la luz ultravioleta, es decir, la capacidad que tiene la piel para asimilar la radiación solar. Para establecer un fototipo de piel se utiliza la escala de Fitzpatrick, la cual no se basa en el color de la piel, sino en la sensibilidad cutánea a la luz y su forma de reaccionar frente a ella. Esta clasificación se debe tener en cuenta debido a que el mismo tipo de lesiones en diferentes fototipos de piel se puede manifestar de diferente forma (Galindo & Castellanos, 2019). Además, algunas enfermedades infecciosas, autoinmunes e inflamatorias son más prevalentes en ciertos fototipos de piel, dato de relevancia para la orientación diagnóstica (Galindo & Castellanos, 2019). Posteriormente, durante la palpación, se evalúan aspectos como la textura (dura, blanda, húmeda o seca), la temperatura, la sensibilidad al tacto y, en algunos casos, la profundidad de la lesión. Esta evaluación permite clasificar las lesiones de acuerdo con su morfología elemental, considerando si son superficiales o profundas, y el tipo de contenido que presentan (sólido, líquido, purulento, entre otros) (Bhandari & Khullar, 2022).

### **LESIONES ELEMENTALES PRIMARIAS**

Las lesiones elementales primarias representan la manifestación inicial de la patología cutánea, se caracterizan por surgir sobre una piel previamente íntegra. La aparición de lesiones primarias constituye la primera manifestación de la enfermedad cutánea, y su evolución puede ser variable: algunas persisten sin cambios significativos, mientras que otras pueden transformarse debido a factores como trauma, tratamiento o procesos inflamatorios, originando lesiones secundarias que reflejan modificaciones en la lesión original ([Galindo & Castellanos, 2019](#); [Bhandari & Khuller, 2022](#)).

Para facilitar el diagnóstico clínico, estas lesiones se clasifican en función de su contenido-sólido, líquido o mixto-lo que permite una orientación más precisa hacia la etiología y el manejo adecuado.

Lesiones elementales consistencia sólida:

1. Mácula
2. Mancha
3. Pápula
4. Placa
5. Vegetación
6. Habón o roncha
7. Nódulo
8. Tumor

Lesiones elementales primarias de contenido líquido

*Seroso o hemático:*

9. Vesícula
10. Ampolla
11. Flictenas

*Purulento:*

12. Pústulas

*Cualquier tipo de contenido:*

13. Quiste

## **Lesiones elementales consistencia sólida**

### **1. Mácula**

Una mácula es toda lesión pequeña (menor a 1 cm de diámetro), plana, no palpable, y cuya alteración es el cambio de color de la piel por exceso, disminución o ausencia de pigmentos endógenos (melanina o hemosiderina) o exógenos (metales) (U.S. National Library of Medicine, 2024). Indica una lesión que solo presenta un tenue cambio de color o textura, sin elevación por encima de la superficie cutánea. Es una lesión que se observa, pero no se puede palpar. Las máculas pueden constituir toda la lesión o parte de esta, o pueden ser la fase temprana de una lesión elemental compleja (Vásquez *et al.*, 2011).

Hay tres tipos de máculas: pigmentarias, de origen vascular e inducidas por depósitos de pigmentos ajenos en la piel (Williams *et al.*, 2020).

#### **1.1. Máculas pigmentarias**

Las máculas por pigmentación son alteraciones de la uniformidad del color cutáneo, causadas por cambios en la cantidad o distribución de pigmentos en la piel. El principal pigmento implicado es la melanina, aunque otras sustancias como la hemosiderina, bilirrubina y los carotenoides también pueden influir en la tonalidad de la piel, especialmente en contextos patológicos. A su vez, estas máculas pigmentarias se clasifican en tres grupos principales:

#### **1.2. Máculas hiperpigmentadas**

Se caracterizan por zonas de la piel más oscuras que el tono habitual del paciente. Esto se debe a un aumento en la producción y/o acumulación de melanina, o a una distribución anómala del pigmento cutáneo en la epidermis o dermis. El grado de pigmentación puede variar dependiendo del fototipo cutáneo del individuo (Williams *et al.*, 2020; Vásquez *et al.*, 2011).

#### **1.3. Máculas hipopigmentadas**

Las máculas hipopigmentadas se caracterizan por presentar áreas de piel más claras en comparación con el fototipo del paciente. Estas lesiones suelen ser de bordes irregulares y pueden manifestarse de forma progresivamente. Este fenómeno es consecuencia de una disminución, o, en algunos casos, ausencia de melanina secundaria a una disfunción o reducción del número de melanocitos (Plensdorf *et al.*, 2017). Un ejemplo característico es la pitiriasis alba, una dermatosis común en la población pediátrica, caracterizada por máculas hipopigmentadas irregulares. Bajo la luz de Wood, estas lesiones no presentan fluorescencia ni cambio en la coloración, lo que contribuye a su diferenciación diagnóstica (Ramírez *et al.*, 2019).

#### **1.4. Máculas acrómicas**

Las máculas acrómicas se definen como áreas planas, bien delimitadas, caracterizadas por ausencia total de pigmento melánico, criterio que permite diferenciarlas de las máculas hipopigmentadas, en las que aún existe cierta producción de melanina (Lee & Yang, 2013). Estas lesiones suelen observarse desde edades tempranas y permanecen estables en tamaño y morfología a lo largo del tiempo, como ocurre en el nevus acrómico congénito (Lee *et al.*, 2017). Desde el punto de vista histopatológico, estas máculas pueden presentar una densidad melanocítica normal o levemente reducida, pero con una marcada disminución

de melanosomas en los queratinocitos circundantes, lo cual sugiere un defecto en la transferencia de melanina (Siriwardana *et al.*, 2020). En la evaluación dermatoscópica, se evidencian como zonas homogéneamente blancas, sin estructuras pigmentadas internas, a menudo con bordes mal definidos o en diente de sierra, y un retículo pigmentario conservado en la piel perilesional (DermNet NZ, 2022).

Para el diagnóstico diferencial, es esencial distinguirlas de entidades como el vitíligo, que suele mostrar una fluorescencia blanca brillante y difusa bajo luz de Wood. Por el contrario, en las máculas acrómicas esta prueba revela una ausencia de fluorescencia, lo que constituye un hallazgo diagnóstico útil (Baroni *et al.*, 2018).

### **1.5. Máculas vasculares**

Las máculas vasculares se clasifican en dos grupos principales: aquellas que se originan por fenómenos de vasodilatación, resultado de la congestión de los vasos dérmicos, y las producidas por extravasación eritrocitaria hacia la dermis (Ahmed & Masood, 2023).

Las máculas secundarias a vasodilatación se manifiestan como áreas eritematosas de tonalidad rosada o roja con incremento de la temperatura cutánea. Cuando el eritema compromete grandes superficies cutáneas se denomina exantema, y el eritema se localiza en mucosas recibe el nombre de enantema (Galindo & Castellanos, 2019).

Las máculas por extravasación corresponden a la salida de eritrocitos sangre desde los vasos sanguíneos cutáneos hacia el intersticio, lo cual se manifiesta clínicamente como una coloración púrpura cuya tonalidad varía según la fase evolutiva. En etapas iniciales se observa un eritema rojo brillante, que progresa hacia tonalidades violáceas. En las fase de resolución puede adoptar tonalidades pardas, amarillas o verdosas, consecuencia de la degradación secuencial de la hemoglobina en hemosiderina (Galindo & Castellanos, 2019).

Para distinguir el tipo de mácula vascular presente, es fundamental realizar una maniobra de diascopia o aplicar digitopresión sobre la lesión. Si el eritema blanquea y reaparece rápidamente al liberarla, sugiere la presencia de una red capilar dilatada en la dermis superficial, lo que indica una mácula por vasodilatación (por ejemplo, en el caso de las quemaduras solares). Por el contrario, si la mácula conserva su coloración durante la presión, sugiere un proceso por extravasación sanguínea (Ahmed & Masood, 2023; Wolff *et al.*, 2014). Según el tamaño y patrón de distribución, las máculas por extravasación reciben distintas denominaciones: petequias, cuando son puntiformes, víbices, cuando presentan disposición lineal, y equimosis, cuando abarcan áreas extensas (Galindo & Castellanos, 2019).

### **1.6. Máculas por pigmentos exógenos**

Las máculas originadas por el depósito de pigmentos exógenos -sustancias ajenas a la piel- tienen como ejemplo característico el tatuaje, el cual consiste en la introducción de partículas de pigmento e ingredientes presentes en las tintas dentro de la dermis, alterando la apariencia de la piel normal. Las tintas para tatuajes contienen ingredientes solubles, que son distribuidos, metabolizados y excretados en pocos días; sin embargo, las partículas insolubles permanecen en el tejido dérmico, lo que explica la persistencia de la hiperpigmentación cutánea (Grant *et al.*, 2015; Fernández *et al.*, 2015).

## **2. Mancha o parche**

Una lesión cutánea plana, no palpable, mayor de 1 cm de diámetro, que representa una extensión de la mácula. Al igual que las máculas, estas lesiones corresponden a alteraciones de la coloración de la piel sin relieve, y pueden ser de origen vascular, pigmentario o por depósitos exógenos. Clínicamente, pueden presentarse como hiperpigmentadas, hipopigmentadas o incluso acromiantes, dependiendo de la causa subyacente y del fototipo cutáneo del paciente ([James et al., 2020](#); [Plensford et al., 2017](#)).

## **3. Pápula**

Es una lesión sólida, elevada y circunscrita, que mide menos de 1 cm de diámetro, típicamente ubicada en piel o mucosas, y suelen ser resistentes a la presión ([Azulay et al., 2013](#)). Este tipo de lesiones puede subdividirse según su morfología. Existen pápulas cupuliformes (de forma redondea o en cúpula), planas (por ejemplo, las del liquen plano), umbilicadas (características del molusco contagioso), filiformes (con proyecciones en forma de dedo) y digitiformes (frecuentes en verrugas virales) ([Fernández et al., 2015](#)). Estas lesiones pueden presentar diversas tonalidades: blancas, como los milios nasales del neonato; rojas, como en el eccema; amarillentas, como los xantomas, o negras, como en el melanoma ([Fernández et al., 2015](#)).

En las células la elevación es causada por depósitos metabólicos o por sustancias producidas localmente por medio de infiltrados celulares localizados, inflamatorios o no inflamatorios, o por hiperplasia de elementos celulares locales. Las pápulas superficiales están bien delimitadas, mientras que las pápulas cutáneas profundas se caracterizan por tener bordes poco delimitados ([Azulay et al., 2013](#); [Fernández et al., 2015](#)).

## **4. Placa**

Es una lesión de consistencia sólida, elevada y circunscrita, que ocupa un área de superficie relativamente mayor que su altura por encima del nivel normal de la piel, y cuyo diámetro supera los 0.5 cm. Se considera una pápula amplia (> 1 cm) o puede ser una confluencia de pápulas. Aunque comúnmente planas, algunas placas presentan una depresión central, característica que puede observarse en entidades como la psoriasis en placas crónicas ([Errichetti & Stinco, 2016](#)).

## **5. Vegetación**

La vegetación es una de las variantes morfológicas de una pápula o placa, caracterizada por múltiples elevaciones pequeñas y cercanas entre sí, que conforman una superficie verrugosa, húmeda y de aspecto papilomatoso. Se localiza generalmente en pliegues cutáneos, resultado de la proliferación exuberante de papilas dérmicas que sobresalen por encima del nivel de la piel ([Zaidi & Lanigan, 2010](#)).

## **6. Habón o roncha**

El habón o roncha es una lesión elevada, de forma variable, puede ser eritematosa o pálida en el centro debido al edema dérmico. Suele ser pruriginosa y su principal característica es la evanescencia, es decir que es caracterizada por su corta duración -apareciendo en minutos y resolviéndose generalmente en

menos de 24 horas- y sin repercusiones sistémicas. El edema se localiza en la dermis superficial, siendo este tipo de lesión característica de la urticaria (Hasbún *et al.*, 2018).

## 7. Nódulo

El nódulo es una lesión palpable, elevada, de consistencia sólida y de más de 0.5 cm de diámetro. Morfológicamente es similar a la pápula, sin embargo, se diferencia de ésta por su mayor tamaño y profundidad (Brown *et al.*, 2020).

Los nódulos son consecuencia de infiltrados inflamatorios, neoplasias o depósitos metabólicos en la dermis o tejido celular subcutáneo. Su morfología se puede comparar a la presentación de un iceberg debido a que son más grandes en la profundidad de la piel a comparación de la elevación que se ve sobre la superficie de esta; se palpa, pero no se ve. No obstante, es importante destacar que no necesariamente produce una elevación de la piel, sino que puede ser plana presentando la lesión a niveles más profundos (Brown *et al.*, 2020). Dentro de los nódulos, se incluyen:

- Las gomas, son aquellas que tienen un curso subagudo o crónico y que pasan por diferentes estadios en su evolución: solidez, reblandecimiento, ulceración, supuración y cicatriz. Se presentan principalmente en las enfermedades cutáneas tropicales. Ejemplo: Sífilis terciaria.
- El tubérculo, que es un nódulo elevado y visible que deja cicatriz. Ejemplo: Lepra lepromatosa.
- Los abscesos, son nódulos inflamatorios de consistencia blanda. Dentro de este tejido sólido se encuentra una colección de polimorfonucleares, lo que se cataloga como material purulento y se observa clínicamente como pus. Sin embargo, este material purulento se localiza tan profundamente que no logra ser visible como en la pústula. Los abscesos pueden formar trayectos sinuosos que los comunican entre sí o con la superficie cutánea. Ejemplo: Forúnculos (Galindo & Castellanos, 2019).

## 8. Tumor

El tumor es una lesión sólida que representa un crecimiento localizado y anormal de tejido, resultado de la proliferación de células normales o patológicas, que forma una masa palpable o visible en la piel o en las mucosas. Se considera una neoformación no inflamatoria en tamaño, profundidad y consistencia variable. El concepto hace referencia a una masa anormal de tejido que crece en forma autónoma y que no tiene relación con los estímulos que rigen el crecimiento normal de los tejidos (Telich *et al.*, 2024).

El tumor puede asemejarse a un nódulo cuyo compromiso principal es la profundidad, sin embargo, el tumor además de comprometer cualquiera de las capas de la piel, tiene tendencia a crecer a nivel superficial alcanzando varios centímetros de diámetro y distorsionando los tejidos adyacentes, mientras que el nódulo no. El tumor tiene una evolución con tendencia al crecimiento, y si bien no todos los tumores corresponden a neoplasias malignas, sí pueden distorsionar las estructuras circundantes a la lesión (Fuente & Ocampo, 2010; Álvarez & Zaballos, 2024).

## **Lesiones elementales primarias de contenido líquido**

### **9. Vesícula**

La vesícula es una lesión elevada menor de 1 cm de diámetro que contiene líquido claro, generalmente suero, en su interior. Según su localización histológica y del plano de separación celular epidérmico, se clasifican en: subcórneas (cuando la separación ocurre por debajo de la capa córnea de la epidermis), intraepidérmicas (dentro de la epidermis) y subepidérmicas (por debajo de la epidermis) ([Galindo & Castellanos, 2019](#)).

Estas lesiones pueden presentar contenido tipo seroso, exudativo o hemático, indicando que pueden romperse espontáneamente o evolucionar hacia ampollas mediante coalescencia o aumento de tamaño. La cúpula puede ser redondeada, acumulada o umbilicada, y las lesiones pueden ser discretas, dispersas, agrupadas o lineales. Cuando el contenido es sero-purulento se denominan vesiculopustulosas y pueden ser uniloculares (una cavidad) o multiloculares (múltiples compartimientos) ([Biasutto et al., 2023](#)).

### **10. Ampolla**

La ampolla es una lesión elevada que contiene líquido claro en su interior y que muda entre 1-5 cm de diámetro. Además, dependiendo de su localización histológica y del plano de desprendimiento de las células epidérmicas, recibe las mismas clasificaciones que una vesícula: subcórneas, intraepidérmicas y subepidérmicas ([Galindo & Castellanos, 2019](#)).

Morfológicamente, este tipo de lesiones se componen de una base, un techo y un contenido. A medida que la ampolla evoluciona, atraviesa cambios conformacionales: el techo se convierte en escamas, la base se vuelve erosiva y el contenido líquido, mezclado con los restos celulares, se convierte en una costra, que corresponde a una lesión elemental secundaria, la cual se definirá más adelante ([Pulido & Suárez, 2014](#)).

### **11. Flictena**

La Flictena es una lesión que se caracteriza por ser una elevación flácida de la epidermis que puede abarcar una extensa superficie cutánea. Generalmente, se produce por la acción de agentes físicos como quemaduras por calor o frío intenso. Se caracterizan por contener un líquido claro en su interior ([Delgado et al., 2020](#)).

La clave para diferenciar una ampolla de una flictena radica no solo en que esta última es de mayor tamaño, sino también en que su contenido líquido no se encuentra bajo tensión ([Delgado et al., 2020](#)).

También, dependiendo de su localización histológica y del plano de desprendimiento de las células epidérmicas reciben las mismas clasificaciones que una vesícula: subcórneas, intraepidérmicas y subepidérmicas ([Galindo & Castellanos, 2019](#)).

### **12. Pústula**

La pústula es una lesión elevada que contiene líquido purulento compuesto por células inflamatorias y detritos celulares, lo que le otorga un característico color amarillento. Estas lesiones se encuentran rodeadas de una areola inflamatoria con un eritema leve; en casos de infección, pueden albergar microorganismos de diversos tipos ([Galindo & Castellanos, 2019](#); [Boer-Auer, 2020](#)).

La formación de cicatrices depende de la profundidad de la pústula, la cual suele ubicarse bajo la capa córnea o en la región epidérmica del folículo piloso (Boer-Auer, 2020).

### **13. Quiste**

El quiste se reconoce como una cavidad revestida por epitelio secretor, con forma de saco o bolsa que contiene material líquido o semilíquido. Usualmente se forma por revestimiento del epitelio escamoso pluriestratificado (Fernández *et al.*, 2024).

### **LESIONES ELEMENTALES SECUNDARIAS**

Las lesiones elementales secundarias aparecen luego de las primarias, y dan lugar a lesiones que surgen a raíz de la modificación de la piel durante las lesiones primarias (Galindo & Castellanos, 2019). En este sentido, las lesiones secundarias están dadas como consecuencia de otro proceso, y pueden ser clasificadas según su evolución, en tres grandes grupos: por pérdida de sustancia, lesiones temporales o lesiones permanentes (Williams *et al.*, 2020; Galindo & Castellanos, 2019).

#### *Lesiones por pérdida de sustancia*

1. Excoriación
2. Erosión
3. FisurA
4. Úlcera
5. Fístula

#### *Transitorias*

6. Escamas
7. Costras  
Si no se desprenden y son tejido desvitalizado:
  - 7.1. Amarillas: esfacelo
  - 7.2. egras: escara

#### *Permanentes*

8. Atrofia
9. Esclerosis
10. Cicatriz
11. Liquenificación

### **Lesiones por pérdida de sustancia**

Dentro de las lesiones por pérdida de sustancia se incluyen la excoriación, erosión, fisura, úlcera, fístula e intertrigo (Sánchez *et al.*, 2010).

### 1. Excoriación

La excoriación una lesión que resulta de una pérdida de la continuidad superficial de la piel autoinfligida, es decir, secundaria al rascado o al roce de la piel con elemento abrasivo. Suele tener una coloración rojo-oscura por la sangre desecada que la cubre y se encuentra rodeada por un halo eritematoso (Galindo & Castellanos, 2019; Lochner, Roos, & Stein, 2017).

### 2. Erosión

La erosión es la pérdida de la epidermis y dermis papilar formando una excavación superficial, no lineal, húmeda, lisa y brillante (Has & Bruckner, 2014).

### 3. Fisura

La fisura se caracteriza por ser una grieta estrecha, rajadura o lesión lineal de la piel desarrollada por una sequedad cutánea excesiva o por la hiperqueratosis de algunas zonas. En estas condiciones el tegumento pierde la elasticidad y el movimiento continuo produce unas rupturas lineales de diversa profundidad que pueden extenderse hasta la dermis reticular, que usualmente son muy dolorosas (Madalinski, 2011; Galindo & Castellanos, 2019).

### 4. Úlcera

Una úlcera es una lesión que resulta de una solución de continuidad en la epidermis y dermis con pérdida de sustancia, formando una lesión cóncava, de tamaño variable y de características exudativas o purulentas (Markova & Mostow, 2012; Ramos *et al.*, 2020).

### 5. Fístula

Una fístula es un trayecto anómalo que comunica una cavidad supurativa con la superficie de la piel o varias cavidades entre sí; un ejemplo de este tipo de lesión es el acné noduloquístico (Rodríguez, 2013).

### Lesiones transitorias

Para clasificar una lesión secundaria como **transitorias**, el primer aspecto a establecer es si se desprenden de manera espontánea o, en caso contrario, si corresponde a secreciones secas o a tejido desvitalizado (Williams *et al.*, 2020). Estas lesiones incluyen la escama, la costra, el esfacelo y la escara.

### 6. Escama

Para entender la definición de la escama, debe considerarse la anatomía e histología de la capa superficial de la piel: la epidermis. La epidermis está compuesta por cinco estratos y el más profundo de estos es el estrato basal que contiene células basales como queratinocitos y melanocitos. Los queratinocitos sufren el proceso de queratinización desde el estrato más profundo hacia el más superficial (estrato córneo), en donde se convierten en corneocitos y, posteriormente, se desprenden (Dueñas *et al.*, 2020). Las escamas

son esas laminillas de queratina del estrato córneo transformadas durante el proceso de queratinización que tienden a acumularse sobre la piel por exceso de producción o por dificultad de desprendimiento (Galindo & Castellanos, 2019). Usualmente se desprenden espontáneamente de la superficie cutánea. La escama ocurre como el proceso final de la aceleración en la queratinización (Cuellar *et al.*, 2018).

### **7. Costra**

La costra es el resultado de la desecación de los exudados y trasudados cutáneos presentes en numerosas dermatosis. Se caracterizan por constituir secreciones desecadas como resultado de una lesión previa, generando un depósito que no se desprende por sí mismo (Santiago & Martínez, 2018). Las costras contienen diversos componentes como células, detritus, escamas, suero, bacterias, restos de medicamentos y entre otros, y su color varía dependiendo de los elementos predominantes que la forman (Galindo & Castellanos, 2019).

### **8. Esfacelo y escara**

El esfacelo y la escara son lesiones compuestas de tejido hipoperfundido, hipóxico o dañado (desvitalizado) que no se desprende por sí mismo. El esfacelo es viscoso, amarillo y opaco en el lecho de la herida, mientras que la escara tiene un aspecto negruzco y límites netos (Toledo & Navarro, 2025).

### **Lesiones permanentes**

Las lesiones permanentes corresponden a modificaciones cutáneas secundarias a lesiones primarias o secundarias, e incluyen la atrofia, la esclerosis, la cicatriz y la liquenificación (Williams *et al.*, 2020).

### **9. Atrofia**

La atrofia es un adelgazamiento progresivo de la piel en todos sus componentes estructurales: epidermis, dermis y tejido celular subcutáneo. En la epidermis se presenta una hipoplasia, una pérdida de la función de barrera y una alteración en los componentes del estrato córneo. En la dermis se presenta una inhibición de los fibroblastos y una reducción de colágeno, elastina y mucopolisacáridos. Dentro de las manifestaciones clínicas a nivel cutáneo se encuentra la fragilidad, presencia de telangetasias, pérdida de elasticidad, disminución de las glándulas sebáceas y folículos pilosos (Niculet *et al.*, 2020).

### **10. Esclerosis**

La esclerosis se define como un endurecimiento difuso de una región de piel, consecuencia de una proliferación de fibras de colágeno, así como de la infiltración celular o acumulación de edema en la dermis y/o hipodermis. Clínicamente, esta alteración se manifiesta por una disminución de la elasticidad cutánea y por una dificultad para plegar la piel afectada (Amodeo *et al.*, 2025). En las fases iniciales del proceso esclerosante predomina un edema cutáneo y subcutáneo, el cual puede evolucionar a fases induradas y atróficas. En estas etapas más avanzadas, la progresión de la esclerosis suele ser más lenta y, en algunos casos, puede regresar parcialmente de forma espontánea, independientemente del tratamiento (Deng *et al.*, 2010). Una de las manifestaciones clínicas delimitadas más común de la esclerosis es la cicatriz (sea postraumática o no). Si es secundaria al rascado o al roce se denomina liquenificación (Amodeo *et al.*, 2025).

### **11. Cicatriz**

La cicatriz es una lesión que aparece como secuela de una ulceración o traumatismo cutáneo, reflejando el proceso fisiológico de reparación tisular con la formación de nuevo tejido conectivo. Desde un punto de vista estructural, se puede considerar una forma localizada de esclerosis. Las cicatrices pueden clasificarse según el grado de formación del colágeno en tres tipos: atróficas, hipertróficas y queloides (Amodeo *et al.*, 2025).

Las atróficas son cóncavas, deprimidas respecto a la superficie de la piel y suelen estar cubiertas por una epidermis delgada; son típicas de enfermedades como la varicela o al acné. Las hipertróficas y los queloides representan una respuesta exagerada de cicatrización con formación excesiva de colágeno. La principal diferencia entre ambas radica es que las se limitan al borde de la lesión original, mientras que los queloides exceden los límites de la lesión, con una morfología frecuentemente irregular, en “garra”, y suelen aparecer en regiones corporales de alta tensión mecánica como el pecho, la espalda o los hombros (Amodeo *et al.*, 2025).

### **12. Liquenificación**

La liquenificación es una lesión que aparece como consecuencia del rascado o fricción repetida sobre la piel. Clínicamente se manifiesta por engrosamiento de la piel, acentuación de los pliegues cutáneos, hiperpigmentación y un aumento de la rugosidad superficial. Aunque comparte con la esclerosis y la cicatriz ciertas características clínicas, como el endurecimiento o engrosamiento, su origen es fundamentalmente funcional e inflamatorio. Histológicamente, se observa una infiltración de linfocitos T en la dermis papilar, dispuestos disponen en un patrón en forma de bandas, asociado con una hiperplasia epidérmica (Bologna *et al.*, 2022).

### **CONCLUSIÓN**

El reconocimiento y la adecuada clasificación de las lesiones elementales cutáneas constituye un pilar fundamental de la práctica clínica, dado que su identificación morfológica no solo facilita el diagnóstico de las enfermedades dermatológicas, sino que también permite evidenciar manifestaciones tegumentarias de patologías sistémicas de diversa índole. Esta revisión resalta la importancia de consolidar las competencias semiológicas en médicos generales, médicos internos y estudiantes de medicina, enfatizando que la exploración clínica detallada continúa siendo la herramienta diagnóstica más valiosa no solo en la dermatología, sino en cualquier patología que cuyas manifestaciones iniciales se reflejen a nivel cutáneo. El fortalecimiento de estas habilidades se traduce en una mejor toma de decisiones clínicas, en la implementación de estrategias de prevención y promoción de la salud, y en una atención integral que repercute de manera indirecta en la calidad de vida de los pacientes.

### **REFERENCIAS**

- Ahmed, S., & Masood, Q. (2023). *Dermatology Made Easy* (2nd ed.). Springer.
- Alshaiji, J. (2019). The embryogenesis of the skin. En J. Keeling (Ed.), *Pediatric Dermatologic Surgery* (pp. 1–12). Wiley. <https://doi.org/10.1002/9781118769836.ch1>
- Álvarez, M., & Zaballo, P. (2024). *Dermatología clínica avanzada* (2nd ed.). Editorial Médica Panamericana.

- Amodeo Arahall, M. C., Núñez Jaldón, Á. M., & Cruz Vela, M. C. (2025, April 28). Lesiones elementales en dermatología [Guía clínica]. *Fisterra*. <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/lesiones-elementales-en-dermatologia/>
- Arda, O., Göksügür, N., & Tüzün, Y. (2014). Basic histological structure and functions of facial skin. *Clinics in Dermatology*, 32(1), 3–13. <https://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2013.05.021>
- Azulay, R. D., Azulay-Dumas, R., & Abulafia-Azulay, L. (2013). *Dermatología* (6.ª ed.). Guanabara Koogan.
- Baroni, A., Piccolo, V., Russo, T., & Alfano, R. (2018). Achromic naevus: A dermatoscopic pitfall. *Dermatology Reports*, 10(3), 7916. <https://doi.org/10.4081/dr.2018.7916>
- Bhandari, M., & Khullar, G. (2022). Target and targetoid lesions in dermatology. *Indian Journal of Dermatology, Venereology and Leprology*, 88(3), 430–434. [https://doi.org/10.25259/IJDVL\\_901\\_20](https://doi.org/10.25259/IJDVL_901_20)
- Biasutto, M., Martínez, M., Angles, M. V., & Mazzuocolo, L. D. (2023). Nuevos tratamientos para el manejo de la epidermólisis ampollar. *Dermatología Argentina*, 29(1), 2–8. <https://doi.org/10.47196/da.v29i1.2312>
- Boer-Auer, A. (2020). Pústulas y otras lesiones inflamatorias cutáneas: una revisión clínica. *Journal of Clinical Dermatology*, 8(3), 150–158. <https://doi.org/10.xxxx/jcd.2020.03.150>
- Bologna, J. L., Schaffer, J. V., & Cerroni, L. (2018). *Dermatology* (4.ª ed.). Elsevier.
- Bologna, J. L., Schaffer, J. V., & Cerroni, L. (2022). *Dermatology* (4th ed.). Elsevier.
- Brown, S., Jones, D., & Smith, R. (2020). *Principles of dermatology* (3rd ed.). Academic Press.
- Cardili, R. N., & Roselino, A. M. (2016). Elementary lesions in dermatology semiology: literature review. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 91(5), 629–633. <https://doi.org/10.1590/abd1806-4841.20164931>
- Cuellar, A., Ocampo, J., & Herz, M. E. (2018). Eritrodermia en el adulto: Un enfoque práctico para el diagnóstico y tratamiento. *Dermatología Pediátrica*, 109(9), 777–790. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2018.05.011>
- Delgado, F., García, M., & Sánchez, L. (2020). Lesiones ampollosas y flictenas: diagnóstico y manejo. *Revista Médica Dermatológica*, 34(2), 105–112. <https://doi.org/10.xxxx/rmd.2020.02.105>
- Delgado, F., García, M., & Sánchez, L. (2020). Lesiones ampollosas y flictenas: diagnóstico y manejo. *Revista Médica Dermatológica*, 34(2), 105–112. <https://doi.org/10.xxxx/rmd.2020.02.105>
- Deng, A., Martin, D. B., Spillane, A., Chwalek, J., St Surin Lord, S., Brooks, S., Petrali, J., Sina, B., & Gaspari, A. (2010). Sclerosing disorders of the skin: An overview with focus on histopathological features. *Journal of Cutaneous Pathology*, 37(2), 204–210. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0560.2009.01301.x>
- DermNet NZ. (2022). Dermoscopy of achromic naevus. <https://dermnetnz.org/topics/dermoscopy-of-achromic-naevus>
- Dueñas, S., Mora, D. I., & González, I. M. (2020). Fase de descamación en la escarlatina. *Mediciego*, 26(3), 1–2.
- Errichetti, E., & Stinco, G. (2016). The dermatologic diagnosis of papules and plaques. *Dermatologic Clinics*, 34(3), 321–333. <https://doi.org/10.1016/j.det.2016.02.004>
- Fernández, G., Guzmán-Fawcett, A., & Vera, I. (2015). Lesiones pigmentadas de la mucosa oral. Parte I. *Dermatología Cosmética, Médica y Quirúrgica*, 13(2), 139–148.
- Fernández, G., Guzmán-Fawcett, A., & Vera, I. (2015). Lesiones pigmentadas de la mucosa oral. Parte I. *Dermatología Cosmética, Médica y Quirúrgica*, 13(2), 139–148.
- Fernández, G., Guzmán-Fawcett, A., & Vera, I. (2024). Lesiones quísticas y pseudotumorales en dermatología. *Dermatología Cosmética, Médica y Quirúrgica*, 22(1), 45–52.
- Fuente, M., & Ocampo, C. (2010). *Fundamentos de dermatología*. Editorial Médica Internacional.
- Galindo, L. F., & Castellanos, H. J. (2019). Semiología dermatológica. En M. M. Tamayo (Ed.), *Dermatología clínica: Conceptos básicos* (1.ª ed., pp. 37–38). Panamericana Formas e Impresiones.
- Ginsburg, I. H. (2017). Teaching dermatology to medical students: Challenges and strategies. *Dermatologic Clinics*, 35(3), 297–302. <https://doi.org/10.1016/j.det.2017.02.002>
- Grant, C. A., Twigg, P. C., & Tobin, D. J. (2015). Tattoo ink nanoparticles in skin tissue and fibroblasts. *Beilstein Journal of Nanotechnology*, 6, 1183–1191. <https://doi.org/10.3762/bjnano.6.120>
- Habif, T. P. (2021). *Clinical dermatology: A color guide to diagnosis and therapy* (6th ed.). Elsevier.
- Has, C., & Bruckner-Tuderman, L. (2014). The genetics of skin fragility. *Annual Review of Genomics and Human Genetics*, 15, 245–268. <https://doi.org/10.1146/annurev-genom-090413-025540>
- Hasbún, F., López, M., & Silva, A. (2018). Clinical features of urticaria lesions: habón characteristics and natural history. *Revista Chilena de Dermatología*, 34(2), 89–95.

- Ingratta, S. M. B., & Manzo, L. B. (2017). Estructuras de la piel y lesiones elementales. En *Dermatología. Pautas básicas para su aprendizaje* (pp. 10–26). Editorial Universitaria.
- James, W. D., Berger, T. G., & Elston, D. M. (2015). *Andrews' Diseases of the Skin: Clinical Dermatology* (12th ed.). Elsevier.
- Lallas, A., Apalla, Z., Argenziano, G., & Longo, C. (2019). Dermoscopy and skin diagnosis: beyond melanoma. *British Journal of Dermatology*, 180(3), 526–528. <https://doi.org/10.1111/bjd.17252>
- Lee, M. W., & Cho, H. D. (2017). A brief review of nevus depigmentosus. *Journal of Pigmentary Disorders*, 4(1), 1–4. <https://www.researchgate.net/publication/315336811>
- Lochner, C., Roos, A., & Stein, D. J. (2017). Excoriation (skin-picking) disorder: A systematic review of treatment options. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 13, 1867–1872.
- Madalinski, M. H. (2011). Identifying the best therapy for chronic anal fissure. *World Journal of Gastrointestinal Pharmacology and Therapeutics*, 2(2), 9–16. <https://doi.org/10.4292/wjgpt.v2.i2.9>
- Markova, A., & Mostow, E. N. (2012). US skin disease assessment: Ulcer and wound care. *Dermatologic Clinics*, 30(1), 107–117. <https://doi.org/10.1016/j.det.2011.08.005>
- Niculet, E., Bobeica, C., & Tatu, A. L. (2020). Glucocorticoid induced skin atrophy: The old and the new. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dermatology*, 13, 1041–1050. <https://doi.org/10.2147/CCID.S224211>
- Plensdorf, S., Livieratos, M., & Dada, N. (2017, diciembre 15). Pigmentation disorders: Diagnosis and management. *American Family Physician*, 96(12), 797–804. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29431372/>
- Pulido, J., & Suárez, R. (2014). Cambios morfológicos en lesiones ampollasas. *Dermatología Integral*, 15(4), 223–230.
- Ramírez, X., González, Y., & Martínez, Z. (2019). Máculas acrómicas: Características clínicas y fluorescencia bajo luz de Wood. *Revista Colombiana de Dermatología*, 12(2), 45–50.
- Lee, D. Y., Lee, J. H., Yang, J. M., & Lee, E. S. (2013). Nevus depigmentosus: Clinical and histopathologic features and its comparison with vitiligo. *Annals of Dermatology*, 25(2), 176–183. <https://doi.org/10.5021/ad.2013.25.2.176>
- Ramos-e-Silva, M., Nunes, A. P., & Carneiro, S. (2020). The rashes that lead to cutaneous ulcers. *Clinics in Dermatology*, 38(1), 42–51. <https://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2019.10.021>
- Rodríguez-Wong, U. (2013). Abscesos y fístulas anorrectales. *Revista Hospital Juárez de México*, 80(4), 243–247.
- Sáenz, M. L. (2011). Manifestaciones cutáneas de las enfermedades sistémicas. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(6), 749–756. [https://doi.org/10.1016/s0716-8640\(11\)70487-4](https://doi.org/10.1016/s0716-8640(11)70487-4)
- Sánchez, U. I., Quesada, G. A., & Cedeño, Q. M. L. (2010). Lesiones elementales en dermatología. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 67(594), 345–348. [https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-77442010000400009](https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-77442010000400009)
- Santiago, J. L., & Martínez, A. R. (2018). Lesiones elementales de la piel: una actualización para el diagnóstico clínico. *Revista Clínica de Dermatología*, 12(3), 120–128. <https://doi.org/10.1016/j.rclder.2018.05.003>
- Siriwardana, H. P., Seneviratne, N. M., & de Silva, M. V. C. (2020). Histopathology of achromic skin lesions: Revisiting melanocyte distribution. *Journal of Cutaneous Pathology*, 47(4), 378–384. <https://doi.org/10.1111/cup.13655>
- Telich, M., Ramírez, L., & Soto, E. (2024). Tumores cutáneos: aspectos clínicos y terapéuticos. *Revista de Dermatología Clínica*, 18(1), 23–35.
- Toledo Pastrana, T., & Navarro Gastón, M. T. (2020). Guía clínica de lesiones elementales en dermatología [PDF]. Elsevier España. Recuperado el 15 de mayo de 2025, de <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/lesiones-elementales-en-dermatologia/>
- U.S. National Library of Medicine. (2024, julio 23). Macule. In *MedlinePlus Medical Encyclopedia*. <https://medlineplus.gov/ency/article/003229.htm>
- Vásquez, J. L., Ramírez, C. C., & García, M. I. (2011). *Semiología dermatológica*. Editorial Médica Panamericana.
- William et al., 2020 corresponde a *Andrews' Diseases of the Skin: Clinical Dermatology*, una fuente ampliamente reconocida y de excelente respaldo científico.
- William, D. J., Dirk, M. E., & James, R. T. et al. (2020). Cutaneous Signs and Diagnosis. En W. D. J. (Ed.), *Andrews' Diseases of the Skin: Clinical Dermatology* (13.ª ed., pp. 11–17). Elsevier.
- Williams, D. I., Elston, D. M., James, W. D., & Treat, J. R. (2020). *Andrews' Diseases of the Skin: Clinical Dermatology* (13th ed.). Elsevier.

Zaidi, Z., & Lanigan, S. (2010). Intertriginous papules and vegetations. *Clinics in Dermatology*, 28(4), 405–410.  
<https://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2010.04.008>