

# Triage dermatoscópico - Algoritmo rápido de conducta clínica (Mácula melanótica)

---

## 1) Dermatoscopia en mucosa: técnica (para reducir errores)

- **Contacto suave** (evitar presión excesiva que borra estructuras vasculares).
  - **Medio de inmersión** (gel/solución) y **estiramiento** de la mucosa para minimizar pliegues.
  - Documentar **tamaño en mm**, **localización exacta** (mapa anatómico) y **foto clínica + dermatoscopia**.
- 

## 2) Patrones dermatoscópicos orientadores

### A. Más compatible con mácula melanótica / melanositis benigna

- Pigmento **marrón** relativamente **homogéneo**.
- Organización **simétrica** (aunque puede ser irregular “benigna” en mucosa).
- En labio, puede verse un patrón tipo “**landscape painting**” (si está presente, apoya benignidad).

### B. Más compatible con lesión vascular (lago venoso del labio)

- Predominio de **estructuras vasculares tipo “lagunas”** (rojo-violáceas/azuladas).
- Puede ayudar la **compresión/diascopia** (tendencia a palidecer), pero la dermatoscopia suele ser más demostrativa.

### C. Red flags dermatoscópicos (biopsia o MCR urgente)

- **Asimetría marcada** de estructura o color.
  - **Policromía** significativa (marrón + gris/azul + blanco).
  - Aparición de **componente elevado/nodular**.
  - **Ulceración/sangrado** sin causa clara.
  - Cambios **rápidos** o discordancia clínica-dermatoscópica.
- 

## 3) Vulva: mensaje clave para conducta

- La melanositis vulvar puede **cambiar** (tamaño/tono) y luego **estabilizarse**.
  - Aun así, si hay **red flags** (arriba) o duda razonable → **biopsia dirigida**.
  - Si se decide observación: controles con **fotografía estandarizada** y dermatoscopia seriada.
-

## 4) MCR (confocal): cuándo usarla y cómo decidir

### ¿Cuándo “vale la pena” MCR?

- Lesión de labio o mucosa **clínica/dermatoscópicamente dudosa** cuando la biopsia es estéticamente compleja o se busca **biopsia dirigida**.
- Pacientes con lesiones múltiples donde hay que seleccionar **la más sospechosa**.

### Qué sugiere benignidad (operativo)

- Arquitectura relativamente **ordenada** y ausencia de hallazgos sugestivos de proliferación melanocítica atípica extensa.

### Qué sugiere melanoma / necesidad de biopsia

- Hallazgos consistentes con **desorganización** y **atipia melanocítica** (por ejemplo, células atípicas con patrón pagetoide/suprabasal o alteración marcada en la unión).

### “Regla de oro”

- Si hay **discordancia** (clínica/dermatoscopia vs MCR) o la MCR no es concluyente → **biopsiar**.
- 

## 5) Biopsia: preferencia por sitio (resumen)

### Labio

- Lesión pequeña y sospecha clínica razonable → **escisional con márgenes estrechos** si es factible.
- Si grande o en zona de alto impacto estético → **incisional** dirigida al área más sospechosa (idealmente guiada por dermatoscopia/MCR).

### Vulva

- **Punch o incisional** dirigida a la zona de mayor sospecha (policromía, borde más irregular, área gris/azul/blanca, relieve).

### Oral (mucosa)

- **Incisional** si extensa; incluir epitelio y lámina propia.
- 

## 6) Checklist de documentación (para seguimiento y auditoría)

- ☐ Foto clínica + dermatoscopia (misma iluminación/escala).
- ☐ Tamaño en mm (mayor y menor eje) y **mapa anatómico**.
- ☐ Tiempo de evolución, velocidad de cambio, síntomas.
- ☐ Descripción de color: marrón homogéneo vs policromía (gris/azul/blanco).
- ☐ Presencia de relieve, ulceración, sangrado.
- ☐ Decisión y plan: observación (intervalo) vs MCR vs biopsia.

---

## 7) Mini-algoritmo (1 minuto)

1. Clínica + dermatoscopia + documentación.
2. Si patrón benigno y estable → **seguimiento documentado**.
3. Si duda o red flags → **MCR** (si disponible) para triage/biopsia dirigida.
4. Si MCR sugiere atipia o no concluye → **biopsia**.

(Documento interno para uso estricto del especialista médico; no sustituye protocolos locales.)