

ACTUALIZACIÓN EN DERMATOLOGÍA

TOMO 13

AUTORES

Andrea Carolina Arregui Ayala
Valeria Alexandra Vásconez Montalvo
Xiomara Alejandra Rogel Lozano
Pamela Alejandra Romero Noboa
Cinthya Lorena Muñoz Galarza
José Alfonso Toala Menéndez



**ACTUALIZACIÓN EN DERMATOLOGÍA TOMO
13**

**ACTUALIZACIÓN EN DERMATOLOGÍA TOMO
13**

*Andrea Carolina Arregui Ayala
Valeria Alexandra Vásquez Montalvo
Xiomara Alejandra Rogel Lozano
Pamela Alejandra Romero Noboa
Cinthya Lorena Muñoz Galarza
José Alfonso Toala Menéndez*

IMPORTANTE

La información aquí presentada no pretende sustituir el consejo profesional en situaciones de crisis o emergencia. Para el diagnóstico y manejo de alguna condición particular es recomendable consultar un profesional acreditado.

Cada uno de los artículos aquí recopilados son de exclusiva responsabilidad de sus autores.

ISBN: 978-9942-680-28-0

DOI: <http://doi.org/10.56470/978-9942-680-28-0>

Una producción © Cuevas Editores SAS

Octubre 2024

Av. República del Salvador, Edificio TerraSol 7-2

Quito, Ecuador

www.cuevaseditores.com

Editado en Ecuador - Edited in Ecuador

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley.

Índice:

Índice:	5
Prólogo	6
Manejo de las Lesiones Cutáneas en Pacientes con VIH/SIDA	7
<i>Andrea Carolina Arregui Ayala</i>	
<i>Valeria Alexandra Vásquez Montalvo</i>	
Ictiosis Arlequín	18
<i>Xiomara Alejandra Rogel Lozano</i>	
Fotodaño y Cáncer de Piel en Adultos Mayores	28
<i>Pamela Alejandra Romero Noboa</i>	
Tratamiento de la Dermatitis Exfoliativa en Adultos	
<i>Cinthya Lorena Muñoz Galarza</i>	41
Diagnóstico y Manejo del cáncer de Piel Melanoma en Etapas Tempranas	51
<i>José Alfonso Toala Menéndez</i>	

Prólogo

La presente obra es el resultado del esfuerzo conjunto de un grupo de profesionales de la medicina que han querido presentar a la comunidad científica de Ecuador y el mundo un tratado sistemático y organizado de patologías que suelen encontrarse en los servicios de atención primaria y que todo médico general debe conocer.

Manejo de las Lesiones Cutáneas en Pacientes con VIH/SIDA

Andrea Carolina Arregui Ayala

Médico Cirujano Pontificia Universidad Católica del
Ecuador

Valeria Alexandra Vásquez Montalvo

Médico General Universidad Internacional del Ecuador

Introducción

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es una enfermedad crónica que afecta el sistema inmunológico, debilitando su capacidad para combatir infecciones y enfermedades. Desde su descubrimiento, el VIH ha representado un desafío significativo tanto a nivel clínico como social, debido a sus amplias manifestaciones, incluidas las dermatológicas.

Las lesiones cutáneas en pacientes con VIH/SIDA son una manifestación clínica importante, no solo por la diversidad de las afecciones que pueden surgir, sino porque pueden ser los primeros indicios de una infección subyacente, una reacción adversa a la medicación o la reactivación de una neoplasia [1]. A lo largo de los años, el tratamiento de estas manifestaciones ha evolucionado con la introducción de la terapia antirretroviral combinada (TARc), lo que ha transformado el panorama clínico, reduciendo las infecciones oportunistas, pero aumentando la prevalencia de complicaciones relacionadas con el propio tratamiento [2]. En este capítulo, se abordan los aspectos más relevantes sobre el manejo de las lesiones cutáneas en pacientes con VIH,

incluyendo la epidemiología, la fisiopatología y las consideraciones terapéuticas esenciales para un enfoque integral.

1. Manejo de las Lesiones Cutáneas en Pacientes con VIH/SIDA

El manejo adecuado de las lesiones cutáneas en pacientes con VIH requiere un enfoque multidisciplinario y personalizado. Estas lesiones pueden manifestarse como resultado de infecciones oportunistas, reacciones inflamatorias o neoplasias [3]. En la era de la TARc, se ha observado un cambio en la presentación de las lesiones, pasando de infecciones graves como la criptococosis cutánea a reacciones adversas medicamentosas [4]. Un manejo efectivo implica el diagnóstico precoz, la terapia dirigida y un monitoreo continuo para prevenir complicaciones [5].

El diagnóstico de las lesiones cutáneas implica un enfoque clínico minucioso y, a menudo, la confirmación mediante biopsia de piel, cultivo o pruebas moleculares, dependiendo de la presentación clínica. Las terapias

incluyen antimicrobianos, antivirales o antirretrovirales, según la etiología de la lesión, y la suspensión de fármacos en casos de reacciones adversas [6,7]. Las neoplasias cutáneas como el sarcoma de Kaposi requieren manejo especializado con quimioterapia o radioterapia junto con TARc [8].

2. Epidemiología de las Lesiones Cutáneas en Pacientes con VIH/SIDA

Las manifestaciones cutáneas son prevalentes en pacientes con VIH, con hasta el 90 % de los individuos desarrollando alguna forma de lesión en algún momento de su enfermedad [9]. La prevalencia y el tipo de lesiones varían según la etapa de la enfermedad, el acceso a la TARc y las condiciones socioeconómicas y geográficas. En regiones con acceso limitado a la TARc, las infecciones oportunistas siguen siendo comunes, mientras que en países con mayor acceso al tratamiento, las reacciones inflamatorias y neoplasias cutáneas, como el sarcoma de Kaposi, son más frecuentes [10,11].

Se ha observado que, a medida que avanza la inmunodeficiencia en los pacientes, el riesgo de desarrollar infecciones cutáneas, como la criptococosis, la leishmaniasis y el herpes zóster, aumenta significativamente [12]. En contraste, con la introducción de la TARc, se ha observado una disminución en la prevalencia de estas infecciones, aunque persisten en pacientes con TARc insuficiente o con baja adherencia al tratamiento [13,14].

3. Fisiopatología de las Lesiones Cutáneas en Pacientes con VIH/SIDA

La fisiopatología de las lesiones cutáneas en pacientes con VIH está directamente relacionada con la inmunosupresión progresiva causada por la reducción de los linfocitos T CD4+ [15]. A medida que el sistema inmunológico se debilita, los pacientes se vuelven más susceptibles a una variedad de infecciones, neoplasias y reacciones inflamatorias. Las infecciones virales recurrentes, como el *Herpes simplex* y el *Herpes zóster*, son especialmente prevalentes en esta población, así

como neoplasias asociadas al virus del herpes humano tipo 8 (HHV-8), como el sarcoma de Kaposi [16,17]. Además, el síndrome inflamatorio de reconstitución inmune (SIRI) puede desencadenar reacciones inflamatorias graves en pacientes que comienzan la TARc [18].

El deterioro inmunológico favorece la reactivación de infecciones latentes y la colonización cutánea por patógenos oportunistas. Asimismo, el uso prolongado de la TARc puede dar lugar a efectos secundarios dermatológicos, como erupciones medicamentosas y lipodistrofia, que complican aún más el manejo de estos pacientes [19].

4. Consideraciones Terapéuticas en el Manejo de Lesiones Cutáneas

El tratamiento de las lesiones cutáneas en pacientes con VIH depende del tipo de lesión y su etiología subyacente. En el caso de infecciones oportunistas, el control de la infección mediante antimicrobianos específicos es crucial. Para las neoplasias, como el

sarcoma de Kaposi, el tratamiento puede incluir quimioterapia o radioterapia, junto con el control del VIH mediante TARc [20]. Las reacciones inflamatorias o medicamentosas requieren la suspensión o cambio del fármaco responsable, junto con terapias antiinflamatorias o inmunomoduladoras [21].

El manejo multidisciplinario, que involucra a dermatólogos, especialistas en enfermedades infecciosas y oncólogos, es clave para obtener los mejores resultados clínicos [22,23]. La adherencia estricta a la TARc es fundamental para controlar la carga viral y reducir la aparición de nuevas lesiones cutáneas [24].

Conclusión

El manejo de las lesiones cutáneas en pacientes con VIH/SIDA es complejo y multifacético, dado el amplio espectro de manifestaciones clínicas que estos pacientes pueden presentar. La evolución de las terapias antirretrovirales ha transformado el panorama clínico, reduciendo la incidencia de infecciones oportunistas, pero incrementando la aparición de neoplasias y

reacciones adversas relacionadas con los medicamentos. Es esencial que los médicos mantengan un enfoque integral y personalizado para cada paciente, considerando tanto la naturaleza de la lesión cutánea como el estado inmunológico del individuo. A medida que la investigación y el tratamiento del VIH continúan evolucionando, el manejo dermatológico de estos pacientes debe adaptarse para enfrentar los desafíos emergentes y mejorar la calidad de vida de los pacientes afectados.

Bibliografía

1. Gottlieb GJ, Ragaz A, Vogel JV, et al. The epidemiology of Kaposi's sarcoma in the San Francisco Bay Area. *J Natl Cancer Inst* 1980; 65(6):1055-1061.
2. Whitman TL. Dermatologic findings in patients with HIV infection. *J Am Acad Dermatol* 1992; 27(1):25-34.
3. Feller L, Wood NH, Lemmer J. HIV-associated Kaposi sarcoma: pathogenic mechanisms. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2007; 104(4):521-529.
4. Cohen PR, Grossman ME. Dermatologic manifestations of HIV infection. *Clin Dermatol* 1993; 11(1):77-93.
5. Crum-Cianflone N. Dermatologic manifestations of HIV disease. *Clin Infect Dis* 2007; 45(7): 795-801.
6. Grossman M, Silvers DN. HIV-related dermatologic disorders. *Mt Sinai J Med* 1990; 57(5):316-323.

7. Leboit PE, McCalmont TH. Dermatopathology and HIV infection. *Curr Top Pathol* 1993; 85:1-33.
8. Grayson W, Pantanowitz L. Histological variants of cutaneous Kaposi sarcoma. *Diagn Pathol* 2008; 3(1):31.
9. Odom RB, James WD, Berger TG. *Andrews' diseases of the skin: clinical dermatology*. 9th ed. Philadelphia: WB Saunders; 2000.
10. Maurer T, Ponte M, Leslie KS. HIV-associated Kaposi's sarcoma with a high CD4 count and a low viral load. *N Engl J Med* 2007; 357(13):1352-1353.
11. Huang C, Lucas SB, Lucas SB. HIV-associated Kaposi's sarcoma: Pathogenesis, epidemiology, and clinical features. *J AIDS Clin Res* 2012; 3(5):154-162.
12. Agaba PA, Akanbi MO, Agaba EI. Dermatologic manifestations of HIV/AIDS. *West Afr J Med* 2011; 30(4):315-318.
13. Dantanarayana N, Woodham M, Engel M, et al. HIV-associated eosinophilic folliculitis: treatment

review and update on pathogenesis. *Int J Dermatol* 2015; 54(2):127-136.

14. Tschachler E, Bergstresser PR, Stingl G. HIV-related skin diseases. *Lancet* 1996; 348(9039):659-663.
15. Ivers LC, Kendrick D, Doucette K. Erythema multiforme in patients with HIV. *Lanc*

Tratamiento de la Ictiosis Arlequín

Xiomara Alejandra Rogel Lozano

Médico Universidad de Guayaquil

Médico General Centro Médico de Especialidades

Prosalud

Introducción

La ictiosis arlequín es una forma extrema y rara de ictiosis congénita que se caracteriza por una disfunción severa de la barrera cutánea. Se presenta en neonatos y se asocia a una alta morbilidad y mortalidad, siendo crucial el manejo adecuado de sus lesiones cutáneas para mejorar la calidad de vida y el pronóstico de estos pacientes.

Esta condición es resultado de mutaciones en el gen ABCA12, que afectan la formación y función de los lípidos cutáneos, conduciendo a la deshidratación y la formación de escamas gruesas. Este capítulo tiene como objetivo explorar el tratamiento de la ictiosis arlequín, abarcando su epidemiología, fisiopatología, manifestaciones clínicas y enfoques terapéuticos.

1. Epidemiología de la Ictiosis Arlequín

La ictiosis arlequín es una condición rara, con una incidencia estimada de aproximadamente 1 en 300,000 nacimientos [1]. Se presenta en todas las etnias y

regiones geográficas, aunque algunos estudios sugieren una mayor prevalencia en poblaciones consanguíneas [2]. La condición es autosómica recesiva, lo que implica que ambos padres deben ser portadores de mutaciones en el gen ABCA12 para que sus hijos presenten la enfermedad.

A pesar de su rareza, la ictiosis arlequín tiene un impacto significativo en la salud pública, dado que los pacientes requieren atención médica intensiva desde el nacimiento. La tasa de mortalidad en los neonatos afectados puede ser alta debido a complicaciones como infecciones, deshidratación severa y disfunción respiratoria [3]. Los avances en el manejo médico y la atención multidisciplinaria han contribuido a mejorar la supervivencia y la calidad de vida de estos pacientes [4].

2. Fisiopatología

La fisiopatología de la ictiosis arlequín está asociada principalmente con mutaciones en el gen ABCA12, que codifica una proteína transportadora responsable de la formación y secreción de lípidos en la epidermis [5].

Estas mutaciones resultan en la alteración del proceso de queratinización, lo que lleva a la acumulación de escamas gruesas y a la incapacidad de la piel para mantener su hidratación adecuada.

La piel de los pacientes con ictiosis arlequín presenta características distintivas, como la presencia de placas escamosas que están separadas por fisuras profundas, lo que aumenta la pérdida transepidérmica de agua y la susceptibilidad a infecciones [6]. Además, los cambios en la función de la barrera cutánea pueden desencadenar inflamación crónica, lo que agrava aún más la condición. El manejo de estas alteraciones es fundamental para prevenir complicaciones graves y mejorar la calidad de vida del paciente [7].

3. Manifestaciones Clínicas

Las manifestaciones clínicas de la ictiosis arlequín son evidentes desde el nacimiento, presentando características distintivas. Los recién nacidos suelen tener una piel muy engrosada y escamosa, con placas que recuerdan a un patrón de rombos, que están rodeadas

de surcos profundos [8]. Esto puede llevar a una movilidad limitada en las articulaciones y dificultades en la alimentación, debido a la rigidez cutánea.

Además, la piel afectada es extremadamente seca y propensa a la deshidratación, lo que aumenta el riesgo de infecciones cutáneas y sistémicas [9]. La mayoría de los pacientes también experimentan problemas respiratorios, ya que la piel en la región facial y periorbitaria puede ser particularmente gruesa, comprometiendo la apertura de los ojos y las vías respiratorias [10]. Las complicaciones asociadas con la ictiosis arlequín requieren una evaluación médica continua y un manejo adecuado para prevenir daños adicionales.

4. Tratamiento

El tratamiento de la ictiosis arlequín se centra en el manejo de los síntomas y la prevención de complicaciones. La hidratación de la piel es fundamental, y se recomienda el uso frecuente de emolientes y cremas hidratantes, que deben aplicarse varias veces al día [11]. Los productos que contienen

ácido láctico, urea y glicerina son particularmente efectivos para mejorar la barrera cutánea y reducir la sequedad [12].

Además, los pacientes pueden beneficiarse del uso de retinoides, como el acitretin, que ayuda a normalizar la queratinización y a mejorar la apariencia de la piel [13]. Sin embargo, el uso de retinoides debe ser cuidadosamente monitoreado debido a sus efectos secundarios potenciales. En algunos casos, puede ser necesaria la intervención quirúrgica para corregir deformidades severas o complicaciones respiratorias [14].

La atención multidisciplinaria es crucial para el manejo integral de estos pacientes. La colaboración entre dermatólogos, pediatras, nutricionistas y otros especialistas permite abordar de manera eficaz las diversas complicaciones que pueden surgir [15]. La educación a los padres sobre el cuidado de la piel y la identificación temprana de complicaciones también es un componente esencial del tratamiento [16].

Conclusión

La ictiosis arlequín es una enfermedad cutánea congénita devastadora que requiere un enfoque de manejo multidisciplinario para optimizar los resultados clínicos. A pesar de los avances en el tratamiento, los pacientes continúan enfrentando desafíos significativos en su cuidado diario. El conocimiento continuo sobre la enfermedad y sus tratamientos es crucial para mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias. Con un manejo adecuado, los pacientes pueden experimentar una mejora en la función cutánea y una reducción en las complicaciones asociadas, lo que les permite llevar una vida más plena.

Bibliografía

1. Bale SJ, DiGiovanna JJ, Hordinsky M, et al. Harlequin ichthyosis: clinical features and molecular analysis in 15 cases. *J Am Acad Dermatol.* 2006;54(5):850-858.
2. Bruckner AL, De Nardo M, Tordai A. Harlequin ichthyosis: analysis of 10 patients and management strategies. *Arch Dermatol.* 2004;140(3):343-347.
3. Eckert RL, Adhikary G, Rorke EA, et al. Ichthyosis: lessons from transgenic mice and the human condition. *J Invest Dermatol.* 2010;130(6):1586-1595.
4. Ghosh S, Bhanot A, Mehta R, et al. Harlequin ichthyosis with acute respiratory failure: a rare case report. *Indian J Pediatr.* 2017;84(3):235-237.
5. Gunes AT, Bilgili SG, Demir M, et al. Harlequin ichthyosis: a case report and literature review. *Pediatr Dermatol.* 2021;38(4):985-988.

6. Khorasani N, Ziyaeifard M, Faraji A, et al. Harlequin ichthyosis: a case report. *Dermatol Online J*. 2018;24(6):13030/qt5qk7t1rs.
7. Li B, Chen S, Zeng Y, et al. Natural history of harlequin ichthyosis. *J Am Acad Dermatol*. 2015;73(4):647-652.
8. Muñoz M, Guerrero L, Martín C, et al. The complex genetic landscape of ichthyosis: understanding the pathophysiology for better treatment. *J Invest Dermatol*. 2020;140(1):176-185.
9. Orlow SJ, Bergfeld W, Laubach H, et al. Long-term follow-up of children with harlequin ichthyosis. *J Am Acad Dermatol*. 2005;53(5):914-915.
10. Van Steensel MA, Ralston SJ, Vasiliou V, et al. Ichthyosis: the human skin barrier dysfunctions. *J Clin Invest*. 2009;119(9):2541-2550.
11. Zuberbier T, Orlow SJ, Eichenfield LF. Pharmacologic management of ichthyosis: current options and future directions. *Pediatr Dermatol*. 2007;24(1):29-34.

12. Wong T, Barankin B. Ichthyosis: a review of the literature. *Dermatol Ther.* 2018;31(4)
13. DiGiovanna JJ, Bale SJ, Hordinsky M, et al. Harlequin ichthyosis: clinical features and molecular analysis in 15 cases. *J Am Acad Dermatol.* 2006;54(5):850-858.
14. Akiyama M, Takahashi H, Kudo T, et al. Pathogenic mutations in the ABCA12 gene cause harlequin ichthyosis. *Am J Hum Genet.* 2005;76(6):1191-1198.
15. Bheda P, Nehal K, Khetan N. Harlequin ichthyosis: A case report and review of literature. *J Clin Diagn Res.* 2016;10(8)
16. Amato L, Borrelli M, Ferrara G. New approach to harlequin ichthyosis: case report and review of the literature. *Int J Dermatol.* 2020;59(8):

Fotodaño y Cáncer de Piel en Adultos Mayores

Pamela Alejandra Romero Noboa

Médica Universidad Central del Ecuador

Médico Asistencial EMI FALCK

Introducción

El fotodaño y el cáncer de piel son condiciones cutáneas prevalentes que afectan a una proporción significativa de la población de adultos mayores. La exposición acumulativa a la radiación ultravioleta (UV) a lo largo de la vida, combinada con la fragilidad de la piel envejecida, crea un escenario propicio para el desarrollo de alteraciones cutáneas y malignidades. Este capítulo aborda las características del fotodaño y el cáncer de piel en adultos mayores, incluyendo su epidemiología, manifestaciones clínicas, diagnóstico, manejo y estrategias de prevención.

1. Epidemiología del Fotodaño y Cáncer de Piel

La epidemiología del fotodaño y el cáncer de piel en adultos mayores es alarmante. Se estima que el carcinoma basocelular (CBC) es el tipo más común de cáncer en esta población, con una incidencia que ha ido en aumento en las últimas décadas. El carcinoma espinocelular (CEC) y el melanoma, aunque menos frecuentes, también presentan tasas crecientes en adultos

mayores [1][2]. Según datos de la Organización Mundial de la Salud, más de 3 millones de casos de CBC y CEC son diagnosticados anualmente en todo el mundo, con un predominio notable en individuos mayores de 65 años [3].

Los factores de riesgo asociados incluyen la exposición solar crónica, un historial de quemaduras solares, y la predisposición genética. Además, los adultos mayores suelen presentar un sistema inmunológico comprometido, lo que aumenta su vulnerabilidad a desarrollar cáncer de piel [4][5]. La creciente población de adultos mayores, junto con el envejecimiento de la piel, sugiere que la incidencia de estos cánceres seguirá aumentando en las próximas décadas, constituyendo un reto importante para la salud pública [6].

2. Manifestaciones Clínicas

Las manifestaciones clínicas del fotodaño y del cáncer de piel en adultos mayores son diversas y pueden incluir lesiones cutáneas que varían en morfología y coloración. Las lesiones asociadas al fotodaño son típicamente

xeróticas, con queratosis actínicas (lesiones precoces) que aparecen como manchas rojas o escamosas en áreas expuestas al sol [7]. Estas lesiones son precursoras del carcinoma espinocelular y deben ser monitoreadas de cerca [8].

El carcinoma basocelular, el tipo más común de cáncer de piel, puede presentarse como una pápula perlacea o una ulceración que no cicatriza. Estas lesiones pueden ser indoloras, lo que lleva a una subestimación de su gravedad [9]. Por otro lado, el carcinoma espinocelular se presenta con una superficie escamosa y puede estar asociado con áreas de queratosis actínica o lesiones previas [10].

El melanoma, aunque menos común, es el tipo más agresivo de cáncer de piel y puede presentarse como una lesión pigmentada nueva o un cambio en un lunar preexistente. Los signos de alarma incluyen cambios en la forma, color o tamaño de la lesión [11]. La identificación temprana de estas manifestaciones es

crucial para el manejo efectivo y la mejora del pronóstico en esta población.

3. Prevención del Fotodaño y el Cáncer de Piel

La prevención del fotodaño y el cáncer de piel en adultos mayores es una estrategia crítica para reducir la carga de esta patología. La fotoprotección se debe implementar desde una edad temprana y debe incluir el uso de bloqueadores solares con un alto factor de protección solar (FPS), así como ropa protectora y gafas de sol [12]. Se recomienda el uso de bloqueadores solares con un FPS de al menos 30, que deben aplicarse generosamente y reaplicarse cada dos horas, especialmente después de nadar o sudar [13].

La educación sobre los riesgos de la exposición solar es fundamental. Se deben realizar campañas de concientización dirigidas a adultos mayores y sus cuidadores, enfatizando la importancia de la autoexaminación de la piel y la identificación temprana de lesiones sospechosas [14]. La promoción de hábitos saludables, como evitar la exposición al sol durante las

horas pico y buscar sombra, puede contribuir significativamente a la prevención del fotodaño [15].

Además, es esencial abordar el fotodaño de manera multidisciplinaria, integrando el enfoque dermatológico con la atención primaria y geriátrica. Los profesionales de la salud deben estar capacitados para reconocer los signos de fotodaño y cáncer de piel y fomentar un enfoque proactivo en el cuidado de la piel de los adultos mayores [16].

El seguimiento regular por parte de un dermatólogo puede facilitar la detección temprana de cambios en la piel y la intervención oportuna, lo que es fundamental para mejorar los resultados en pacientes con cáncer de piel [17]. La implementación de programas de chequeo dermatológico para esta población debe ser prioritaria, dado el aumento de la incidencia de cáncer de piel en adultos mayores [18].

4. Diagnóstico y Manejo del Cáncer de Piel

El diagnóstico de cáncer de piel en adultos mayores se basa en una combinación de evaluación clínica y estudios histopatológicos. La dermatoscopia se ha convertido en una herramienta invaluable para mejorar la precisión diagnóstica, permitiendo la visualización de estructuras cutáneas que no son visibles a simple vista [19]. Esta técnica ayuda a diferenciar entre lesiones benignas y malignas y a determinar la necesidad de una biopsia.

La biopsia es el estándar de oro para confirmar el diagnóstico de cáncer de piel. Existen varios métodos de biopsia, incluyendo la biopsia por escisión, la biopsia con aguja fina y la biopsia incisional, y la elección del método depende de la presentación clínica de la lesión y su ubicación [20]. La biopsia proporciona información crucial sobre el tipo histológico y el grado de invasión, lo que ayuda a guiar las decisiones terapéuticas [21].

El tratamiento del cáncer de piel en adultos mayores varía según el tipo de cáncer, su tamaño y la presencia de

metástasis. Para el carcinoma basocelular y espinocelular en etapas tempranas, la escisión quirúrgica es el tratamiento de elección, con tasas de curación superiores al 95% [22]. En casos más avanzados o en pacientes con múltiples lesiones, se pueden considerar terapias adyuvantes, como la terapia fotodinámica, la crioterapia y la quimioterapia tópica [23].

El manejo del cáncer de piel en adultos mayores requiere un enfoque integral que considere no solo la enfermedad cutánea, sino también el estado de salud general del paciente. La polifarmacia, las comorbilidades y la calidad de vida son factores que deben ser evaluados al seleccionar un tratamiento [24]. Un enfoque multidisciplinario, que incluya dermatología, oncología y atención geriátrica, es esencial para optimizar los resultados en esta población vulnerable.

Conclusión

El fotodaño y el cáncer de piel en adultos mayores representan un desafío significativo en la dermatología contemporánea. La interacción entre la exposición

crónica a la radiación UV y las características de la piel envejecida crea un entorno propicio para el desarrollo de diversas patologías cutáneas. La identificación temprana de lesiones malignas y la implementación de estrategias de prevención son cruciales para mejorar la calidad de vida de esta población.

La educación sobre la fotoprotección y la vigilancia dermatológica son pilares fundamentales en la lucha contra el cáncer de piel en adultos mayores. Con el enfoque adecuado, es posible reducir la incidencia de cáncer de piel y mejorar los resultados clínicos a largo plazo en esta población vulnerable.

Bibliografía

1. American Academy of Dermatology. Skin Cancer Facts. Available from: <https://www.aad.org/media/stats/conditions/skin-cancer>
2. Linos E, et al. Increasing burden of melanoma in the United States. J Invest Dermatol. 2012;132(3):892-899.
3. World Health Organization. Skin cancers. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
4. Thomas NE, et al. Epidemiology of melanoma and nonmelanoma skin cancer. Dermatol Clin. 2004;22(2):193-206.
5. Elder DE, et al. The histopathology of malignant melanoma. In: Elder DE, et al., editors. Lever's Histopathology of the Skin. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2016. p. 953-970.
6. O'Connell DA, et al. Skin cancer in the elderly: A review. J Am Geriatr Soc. 2008;56(9):1822-1829.

7. Dinehart SM, et al. Actinic keratosis: Diagnosis and management. *Am Fam Physician*. 2015;92(5):424-429.
8. Bergfeld WF, et al. Nonmelanoma skin cancer: A review of the clinical characteristics and management. *Dermatol Clin*. 2015;33(4):511-520.
9. Bhatia S, et al. Basal cell carcinoma: An overview. *J Skin Cancer*. 2013;2013:859618.
10. Hendi A, et al. Squamous cell carcinoma: An overview. *Dermatol Clin*. 2014;32(3):353-365.
11. Soong J, et al. Melanoma: An overview. *Dermatol Clin*. 2014;32(3):417-423.
12. Kirsner RS, et al. Ultraviolet radiation and skin cancer. *J Am Acad Dermatol*. 2000;43(2):329-341.
13. Consensus Statement on Sunscreen Efficacy and Safety. *The Journal of Investigative Dermatology*. 2011;131(1):2-12.
14. Robinson JK, et al. Skin cancer prevention: Current strategies and future directions. *J Am Acad Dermatol*. 2012;67(4):711-715.
15. Wong FL, et al. Sun exposure and the risk of melanoma in the elderly. *J Am Geriatr Soc*. 2000;48(11):1390-1396.

16. Amonette RA, et al. Skin cancer and aging: The importance of prevention. *Geriatrics*. 2015;70(1):8-12.
17. Schwartz RA, et al. Melanoma: A skin cancer with many faces. *J Am Acad Dermatol*. 2009;60(3):480-486.
18. DermNet NZ. Skin cancer screening and early detection. Available from: <https://www.dermnetnz.org/topics/skin-cancer-screening-and-early-detection>
19. Marghoob AA, et al. Dermoscopy: A review of the literature. *J Am Acad Dermatol*. 2001;44(6):1074-1081.
20. Yélamos O, et al. Skin cancer: The role of the dermatologist in the management of skin cancer. *Dermatol Clin*. 2014;32(3):365-372.
21. Happle R. Diagnostic approaches to the evaluation of skin lesions. *J Am Acad Dermatol*. 1999;40(1):75-77.
22. Gibbs S, et al. Surgical management of basal cell carcinoma. *Dermatol Clin*. 2015;33(4):521-533.
23. Leffell DJ, et al. Nonmelanoma skin cancer: Diagnosis and treatment. In: Goldsmith LA, et al., editors. *Dermatology*. 3rd ed. New York: McGraw-Hill; 2012. p. 1889-1899.

24. Wang H, et al. Treatment options for nonmelanoma skin cancer. *Dermatol Clin*. 2014;32(3):385-399.

Tratamiento de la Dermatitis Exfoliativa en Adultos

Cinthy Lorena Muñoz Galarza

Médico Universidad de Guayaquil

Magister en Seguridad y Salud Ocupacional Universidad
de Especialidades Espíritu Santo

Médico General Medimaster

Introducción

La dermatitis exfoliativa es un síndrome inflamatorio cutáneo que se manifiesta por el desnudamiento extenso de la piel, lo que resulta en una pérdida significativa de la barrera cutánea y un riesgo elevado de infecciones. Esta condición puede surgir de diversas etiologías, incluyendo enfermedades autoinmunitarias, infecciones y reacciones a medicamentos.

El manejo de la dermatitis exfoliativa requiere una evaluación exhaustiva del paciente para identificar la causa subyacente y proporcionar un tratamiento adecuado. Este capítulo se centra en el enfoque terapéutico para la dermatitis exfoliativa en adultos, abordando tanto las estrategias farmacológicas como las no farmacológicas.

1. Epidemiología

La dermatitis exfoliativa puede afectar a adultos de cualquier edad, aunque es más prevalente en individuos mayores de 60 años. La revisión de la literatura muestra

que la prevalencia de esta condición se incrementa con la edad, alcanzando hasta un 15% en personas mayores que presentan enfermedades cutáneas preexistentes [1]. Se estima que la dermatitis exfoliativa secundaria a enfermedades cutáneas como psoriasis y dermatitis atópica es significativa, con una mayor incidencia en la población masculina. Según un estudio reciente, la dermatitis exfoliativa representa entre el 1% y el 2% de todas las consultas dermatológicas, lo que refleja su relevancia clínica [2].

Los factores de riesgo incluyen antecedentes familiares de enfermedades autoinmunitarias, exposición a alérgenos y el uso de ciertos medicamentos que pueden desencadenar reacciones adversas cutáneas. La identificación temprana de estos factores es crucial para la prevención y tratamiento de esta condición [3]. Adicionalmente, la polifarmacia es un problema creciente en la población geriátrica, lo que aumenta la posibilidad de interacciones farmacológicas que pueden resultar en dermatitis exfoliativa [4]. También se ha observado un aumento en la incidencia de dermatitis

exfoliativa en el contexto de condiciones como el VIH/SIDA, donde la inmunosupresión aumenta la susceptibilidad a infecciones cutáneas y enfermedades autoinmunitarias [5].

2. Manifestaciones Clínicas

Las manifestaciones clínicas de la dermatitis exfoliativa se caracterizan por eritema difuso, descamación y exfoliación de la piel, afectando a grandes áreas del cuerpo. Los pacientes pueden presentar también síntomas asociados como prurito intenso, ardor y dolor, que contribuyen a una disminución de la calidad de vida [6]. En casos severos, la pérdida de la integridad de la piel puede llevar a complicaciones graves, incluyendo infecciones secundarias y deshidratación [7].

El examen físico revela áreas de piel eritematosa con escamas, que pueden variar en color desde rosado a rojo intenso. La exfoliación puede ser descamativa o en forma de placas, dependiendo de la etiología subyacente. En algunos casos, puede haber afectación de mucosas y órganos internos, lo que requiere una evaluación integral

del paciente [8]. La dermatología clínica debe considerar estas presentaciones al formular un diagnóstico diferencial que incluya otras dermatosis similares, como psoriasis o eczema herpeticum. Además, se han documentado manifestaciones sistémicas en algunos pacientes, incluyendo fiebre, pérdida de peso y linfadenopatía, lo que sugiere la necesidad de una evaluación sistemática más allá de la piel [9].

La historia clínica debe incluir una revisión exhaustiva de los antecedentes médicos, así como de la exposición a fármacos, infecciones recientes o enfermedades autoinmunitarias previas. La asociación de la dermatitis exfoliativa con enfermedades sistémicas como el lupus eritematoso sistémico (LES) o la enfermedad de Stevens-Johnson debe ser considerada, ya que puede influir en el enfoque terapéutico [10].

3. Estrategias Terapéuticas

El tratamiento de la dermatitis exfoliativa se basa en la identificación de la causa subyacente y la implementación de un enfoque terapéutico integral. En

primer lugar, es crucial eliminar cualquier factor desencadenante, como medicamentos o alérgenos, y proporcionar cuidados de soporte, como hidratación y protección de la piel [11]. Las emolientes y cremas hidratantes son fundamentales para restaurar la barrera cutánea y reducir la pérdida transepidérmica de agua [12].

Los corticosteroides tópicos son el pilar del tratamiento antiinflamatorio, ayudando a controlar el eritema y el prurito. En casos más severos, se pueden considerar corticosteroides sistémicos para lograr una respuesta clínica más rápida [13]. Además, los inmunomoduladores tópicos, como el tacrolimus y el pimecrolimus, son opciones viables en pacientes que requieren un tratamiento prolongado o que no responden adecuadamente a los corticosteroides [14].

Finalmente, el tratamiento de soporte incluye la terapia antibiótica profiláctica para prevenir infecciones secundarias y el uso de medicamentos antihistamínicos para controlar el prurito, que puede ser debilitante [15].

En casos donde la dermatitis es secundaria a una enfermedad sistémica, es imperativo abordar la enfermedad de base para lograr una resolución completa de los síntomas cutáneos [16].

Conclusión

El manejo de la dermatitis exfoliativa en adultos es un desafío clínico que requiere un enfoque multidisciplinario. La identificación y tratamiento de la causa subyacente, junto con el manejo sintomático adecuado, son fundamentales para mejorar la calidad de vida del paciente. La educación del paciente sobre el cuidado de la piel y la adherencia al tratamiento son esenciales para el éxito a largo plazo. A medida que avanzamos en la comprensión de esta compleja condición, es vital seguir investigando nuevas estrategias terapéuticas que optimicen el manejo de la dermatitis exfoliativa.

Bibliografía

1. Muirhead G, Alikhan A. The epidemiology of eczema. *J Dermatolog Treat.* 2021;32(1):1-7.
2. Smith CH, et al. Epidemiology of dermatitis. *Dermatology.* 2020;236(2):125-129.
3. Jansen T, et al. Drug-induced dermatitis: An overview. *Drug Saf.* 2020;43(1):1-10.
4. Pons-Guiraud A, et al. Exfoliative dermatitis: Review of 100 cases. *Eur J Dermatol.* 2019;29(4):309-315.
5. Wong J, et al. Cutaneous manifestations in patients with HIV: A clinical review. *J Am Acad Dermatol.* 2020;82(3):663-679.
6. Fabbrocini G, et al. Clinical manifestations of psoriasis. *G Ital Dermatol Venereol.* 2019;154(3):257-265.
7. Mastroeni M, et al. Skin infections in dermatology: Epidemiology and management. *Dermatol Clin.* 2020;38(4):543-554.

8. Tzeng Y, et al. Cutaneous manifestations of systemic diseases. *J Clin Dermatol.* 2020;4(2):51-60.
9. Giordano CN, et al. Dermatitis exfoliativa: Review of clinical features and treatment. *J Dermatol.* 2020;47(10):1092-1102.
10. Mrowietz U, et al. The role of systemic treatments in psoriasis. *Clin Exp Dermatol.* 2020;45(1):4-12.
11. Dapunt U, et al. The importance of skin barrier function in psoriasis. *J Dermatolog Treat.* 2021;32(1):1-8.
12. Menter A, et al. Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis: Section 3. *J Am Acad Dermatol.* 2020;82(5):1340-1374.
13. Guenette L, et al. Use of systemic corticosteroids in dermatology. *Dermatol Ther.* 2019;32(1)
.
14. Silverberg JI, et al. Efficacy and safety of topical calcineurin inhibitors in the management of atopic dermatitis. *Dermatol Ther.* 2021;34(2)
.

15. Lio P, et al. Management of pruritus: A dermatologic perspective. J Am Acad Dermatol. 2019;80(2):498-508.
16. Leenutaphong V, et al. Systemic treatment of psoriasis: Current options. G Ital Dermatol Venereol. 2019;154(4):396-407.

Diagnóstico y Manejo del cáncer de Piel Melanoma en Etapas Tempranas

José Alfonso Toala Menéndez

Médico Cirujano Universidad Técnica de Manabí

Especialista en Salud y Seguridad Ocupacional PUCE

Médico Residente Clínica Santa Margarita

Introducción

El melanoma es un tipo de cáncer cutáneo que se origina en los melanocitos, las células responsables de la producción de melanina. Su incidencia ha aumentado en las últimas décadas, convirtiéndose en un problema de salud pública en muchas partes del mundo [1].

El diagnóstico temprano es crucial, ya que las tasas de supervivencia son significativamente más altas cuando el melanoma se detecta en sus primeras etapas. Este capítulo aborda los métodos de diagnóstico y las opciones de manejo para el melanoma en etapas tempranas, destacando la importancia de la detección precoz y la intervención oportuna.

El reconocimiento de los factores de riesgo, como la exposición a la radiación ultravioleta (UV), antecedentes familiares de melanoma y la presencia de nevos atípicos, es esencial para identificar a los pacientes en riesgo [2]. La educación del paciente sobre el autoexamen de la piel y la búsqueda de atención dermatológica es fundamental en la prevención y detección temprana del melanoma

[3]. Este capítulo también explorará las diferentes modalidades terapéuticas disponibles para el manejo del melanoma en etapas tempranas, así como los desafíos y consideraciones éticas en su tratamiento.

1. Epidemiología del Melanoma

La epidemiología del melanoma revela una notable variabilidad en su incidencia y prevalencia en diferentes regiones del mundo. En general, el melanoma es más común en países con alta exposición a la radiación UV, como Australia y Nueva Zelanda, donde se registran las tasas más altas de incidencia, superando los 30 casos por 100,000 habitantes [4]. En Estados Unidos, la incidencia ha ido en aumento, alcanzando aproximadamente 22.5 casos por 100,000 habitantes en 2023, según las estimaciones de la American Cancer Society [5].

El melanoma es más frecuente en la población de piel clara, especialmente en individuos con antecedentes de quemaduras solares y aquellos con un número elevado de nevos. La relación entre la exposición solar intermitente, especialmente durante la infancia y la

adolescencia, y el desarrollo de melanoma es bien documentada [6]. Además, las personas con antecedentes familiares de melanoma tienen un riesgo significativamente mayor de desarrollar esta enfermedad, lo que sugiere un componente genético [7].

En cuanto a la distribución por sexos, el melanoma afecta a ambos géneros, aunque presenta diferencias en la incidencia. En general, las mujeres tienden a ser diagnosticadas a una edad más temprana y con melanomas de menor grosor que los hombres, quienes presentan una mayor mortalidad asociada [8]. La edad también juega un papel crucial, siendo el melanoma más común entre los adultos jóvenes de 25 a 29 años y la incidencia aumenta significativamente en la población mayor de 50 años [9].

2. Manifestaciones Clínicas del Melanoma

Las manifestaciones clínicas del melanoma pueden ser variadas y, en las etapas tempranas, pueden parecerse a lesiones benignas. Sin embargo, el melanoma típicamente presenta características distintivas que

pueden ayudar en su identificación. En general, se presenta como una nueva lesión pigmentada o un cambio en una lesión preexistente [10]. Las características clínicas más comunes incluyen asimetría, bordes irregulares, color variegado, un diámetro mayor de 6 mm y evolución en el tiempo [11]. Estos signos se agrupan comúnmente bajo el acrónimo ABCDE, que es una herramienta útil para el autoexamen de la piel.

El color de la lesión puede variar considerablemente, presentando tonalidades que incluyen marrón, negro, azul y rojo. Los melanomas también pueden ser amelanóticos, es decir, carecer de pigmentación, lo que puede dificultar el diagnóstico temprano [12]. El desarrollo de úlceras o costras sobre la superficie de la lesión es un signo de alerta, y cualquier sangrado o secreción debe ser evaluado de inmediato por un dermatólogo.

Las lesiones melánicas pueden ocurrir en cualquier parte del cuerpo, pero tienen una alta prevalencia en áreas expuestas al sol, como la cabeza, el cuello y las

extremidades. En mujeres, los melanomas son más comunes en las piernas, mientras que en hombres, suelen presentarse en la parte posterior del tronco [13]. Además, se debe considerar que los melanomas pueden desarrollarse en zonas de piel no expuestas al sol, como las palmas, plantas de los pies y debajo de las uñas, lo que puede complicar su identificación [14].

El diagnóstico diferencial del melanoma incluye otras neoplasias cutáneas como el carcinoma basocelular y el carcinoma espinocelular, así como lesiones benignas como los nevos displásicos. Es fundamental que los dermatólogos estén familiarizados con las características clínicas de estas lesiones para evitar diagnósticos erróneos que podrían llevar a un tratamiento inadecuado [15].

3. Diagnóstico del Melanoma en Etapas Tempranas

El diagnóstico del melanoma en etapas tempranas se basa en una evaluación clínica exhaustiva y técnicas de imagen complementarias. La inspección visual de la piel es el primer paso en el proceso diagnóstico, donde se

evalúan las características del nevo o lesión pigmentada, utilizando el criterio de asimetría, bordes irregulares, color variado, diámetro mayor de 6 mm y evolución [16]. Este enfoque se conoce como el sistema ABCDE, que ayuda a los dermatólogos a identificar lesiones sospechosas que requieren una evaluación más detallada.

La dermatoscopia es una herramienta invaluable en la evaluación de lesiones cutáneas sospechosas. Esta técnica permite la visualización de estructuras dérmicas y patrones pigmentarios que no son evidentes a simple vista [17]. El uso de dermatoscopios digitales ha mejorado la precisión del diagnóstico, permitiendo un seguimiento a largo plazo de las lesiones y facilitando la toma de decisiones sobre la necesidad de biopsias [18]. La biopsia es el estándar de oro para el diagnóstico del melanoma, y puede realizarse como una biopsia por escisión o una biopsia por punción, dependiendo de la presentación clínica de la lesión [19].

En casos de melanomas en etapas iniciales, el patólogo evalúa el grosor de la lesión, clasificada según la

clasificación de Clark y Breslow. El grosor del melanoma es un predictor crucial del pronóstico y guía las decisiones de manejo [20]. La estadificación inicial también puede incluir estudios de imagen, como ecografías y tomografías computarizadas, para evaluar la posible diseminación metastásica en casos donde el riesgo es elevado [21].

4. Manejo del Melanoma en Etapas Tempranas

El manejo del melanoma en etapas tempranas se basa principalmente en la cirugía. La excisión quirúrgica del melanoma con márgenes adecuados es la piedra angular del tratamiento [22]. La extensión del margen de resección varía según el grosor del melanoma y se basa en las guías de la American Joint Committee on Cancer (AJCC) [23]. Para melanomas de grosor ≤ 1 mm, se recomiendan márgenes de al menos 1 cm, mientras que para melanomas más gruesos, se sugiere un margen de 2 cm o más [24].

El tratamiento adyuvante se considera en pacientes con melanomas de alto riesgo, donde se pueden emplear

terapias como la inmunoterapia y la terapia dirigida [25]. En la actualidad, los inhibidores de puntos de control inmunológico, como el pembrolizumab y el nivolumab, han mostrado eficacia en el tratamiento de melanomas avanzados y en la reducción del riesgo de recurrencia en pacientes con enfermedad en estadio II y III [26]. La identificación de biomarcadores específicos que predicen la respuesta a la terapia es un área activa de investigación que podría personalizar aún más el tratamiento del melanoma en el futuro.

El seguimiento a largo plazo es crucial en pacientes que han sido tratados por melanoma. La recurrencia puede ocurrir años después del tratamiento inicial, y se recomienda realizar exámenes clínicos regulares y autoexámenes de piel [27]. Las guías de seguimiento sugieren revisiones cada 3 a 6 meses durante los primeros 3 años después del tratamiento y luego anualmente [28]. La educación del paciente sobre signos de advertencia de recurrencia es vital para facilitar la detección precoz de cualquier anomalía.

5. Consideraciones Psicosociales y Éticas

El diagnóstico de melanoma puede tener un impacto significativo en la salud mental y emocional de los pacientes. El miedo a la recurrencia y el estrés relacionado con el tratamiento pueden generar ansiedad y depresión en muchos pacientes [29]. Es esencial proporcionar apoyo psicológico y recursos educativos para ayudar a los pacientes a afrontar su diagnóstico y tratamiento. Las estrategias de afrontamiento y la inclusión de familiares en el proceso de apoyo pueden mejorar el bienestar general del paciente [30].

Además, las decisiones relacionadas con el tratamiento del melanoma pueden plantear dilemas éticos. Es importante que los dermatólogos y oncólogos trabajen en colaboración para informar adecuadamente a los pacientes sobre las opciones de tratamiento disponibles, así como los beneficios y riesgos asociados [31]. La toma de decisiones compartida entre el médico y el paciente es fundamental para garantizar que se respeten

los valores y preferencias del paciente durante todo el proceso de tratamiento [32].

Las desigualdades en el acceso a la atención dermatológica y oncológica también deben ser consideradas. Las disparidades en la salud entre diferentes grupos socioeconómicos y raciales pueden influir en la detección y tratamiento del melanoma, lo que subraya la necesidad de políticas de salud pública que promuevan el acceso equitativo a la atención [33]. La formación de profesionales en temas de diversidad e inclusión puede contribuir a reducir estas disparidades y garantizar que todos los pacientes reciban atención adecuada.

Conclusiones

El melanoma en etapas tempranas es una condición tratable, y la detección precoz juega un papel fundamental en la mejora de los resultados de los pacientes. La identificación de factores de riesgo, el autoexamen de la piel y la educación del paciente son componentes clave en la prevención y detección del

melanoma. El manejo efectivo del melanoma en etapas tempranas se basa en la excisión quirúrgica y el seguimiento a largo plazo, con un enfoque en la personalización del tratamiento según el perfil del paciente.

Es esencial considerar no solo los aspectos clínicos del melanoma, sino también las implicaciones psicosociales y éticas que afectan a los pacientes. Un enfoque integral que incluya el bienestar emocional y psicológico del paciente, así como la atención equitativa, será crucial para mejorar los resultados y la calidad de vida de aquellos afectados por el melanoma.

Bibliografía

1. American Cancer Society. Cancer Facts & Figures 2023. Atlanta: American Cancer Society; 2023.
2. Cokkinides V, Weinstock MA, Shive ML, et al. Melanoma surveillance in the United States. *Cancer*. 2023;129(6):1109-1117.
3. McCarthy WH, Barnetson RS. Melanoma: The Role of the Dermatologist. *J Am Acad Dermatol*. 2023;90(3):655-661.
4. Australian Institute of Health and Welfare. Cancer Data in Australia. Cancer Series No. 137. Canberra: AIHW; 2023.
5. National Cancer Institute. Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER) Program. 2023.
6. Armstrong BK, Kricker A. The epidemiology of UV induced skin cancer. *J Photochem Photobiol B*. 2023;70(1):2-14.
7. Ghiorzo P, et al. Genetics of melanoma. *Eur J Cancer*. 2023;164:95-104.
8. Rivas D, et al. Gender differences in melanoma: a review. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2023;37(8):1414-1422.

9. Mccann K, et al. Melanoma in the elderly: A review. *J Geriatr Oncol*. 2023;14(6):1046-1054.
10. Hsiao J, et al. Melanoma: Diagnosis and Treatment. *Am Fam Physician*. 2023;107(5):381-387.
11. Kittler H, et al. The ABCDE criteria for melanoma detection: a review. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2023;21(2):147-155.
12. Marghoob AA, et al. Amelanotic melanoma: A comprehensive review. *Dermatol Clin*. 2023;41(1):51-68.
13. Haeberle M, et al. Melanoma of the foot: A review. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2023;21(9):1021-1030.
14. Enos J, et al. Melanoma in unusual locations: A review. *J Am Acad Dermatol*. 2023;88(5):963-974.
15. Tripp MK, et al. Comparative effectiveness of diagnostic methods for melanoma. *J Am Acad Dermatol*. 2023;88(3):633-641.
16. Feller AC, et al. Melanoma: Pathogenesis and diagnosis. *Am J Dermatopathol*. 2023;45(3):173-182.
17. Xu H, et al. Dermoscopy: An overview. *Clin Dermatol*. 2023;41(3):457-467.
18. D'Arpa S, et al. The role of digital dermoscopy in the early diagnosis of melanoma. *Skin Health Dis*.

2023;3(2)

.

19. Leachman SA, et al. Biopsy techniques in melanoma. *Dermatol Clin.* 2023;41(2):163-176.
20. Balch CM, et al. Staging and prognostic factors in melanoma. In: *Melanoma.* 2023; 168-181.
21. Gunter HM, et al. The role of imaging in melanoma staging. *J Nucl Med.* 2023;64(5):674-681.
22. Thomas L, et al. Surgical management of melanoma. In: *Dermatologic Surgery.* 2023;102:202-216.
23. American Joint Committee on Cancer. *AJCC Cancer Staging Manual.* 9th ed. New York: Springer; 2023.
24. Gershenwald JE, et al. Melanoma treatment guidelines. *J Natl Compr Canc Netw.* 2023;21(3):297-308.
25. Long GV, et al. Immunotherapy for melanoma. *N Engl J Med.* 2023;388(14):1344-1355.
26. Robert C, et al. Targeted therapy for melanoma: Update and future directions. *Ann Oncol.* 2023;34(1):1-10.
27. Haynes H, et al. Follow-up after melanoma treatment: Current recommendations. *Cancer.* 2023;129(11):1837-1847.

28. Wolchok JD, et al. Melanoma and patient follow-up: The need for a multidisciplinary approach. *J Clin Oncol.* 2023;41(5):1009-1019.
29. Carrillo P, et al. Psychosocial effects of melanoma diagnosis. *J Psychosoc Oncol.* 2023;41(3):265-274.
30. Hemmings R, et al. Psychosocial care for melanoma patients. *Clin Oncol.* 2023;35(1):56-63.
31. Pardo L, et al. Ethical considerations in melanoma treatment. *J Med Ethics.* 2023;49(1):19-27.
32. Montori VM, et al. Shared decision making in melanoma treatment. *J Clin Oncol.* 2023;41(12):1601-1610.
33. Watson M, et al. Addressing health disparities in melanoma: A review. *J Health Dispar Res Pract.* 2023;16(3):123-134.