

Dermatosis neglecta, una dermatosis poco conocida. Informe de dos pacientes de la tercera edad

Dermatosis Neglecta, a Poorly Known Dermatitis. Report of Two Third Age Patients

Eduardo Marín Hernández,¹ Ricardo Daniel González Ríos² y Anabel Rodríguez Manzo³

¹ Dermatólogo, dermatopatólogo.

² Estudiante de cuarto año de pregrado, unam.

³ Residente de medicina interna de segundo año de posgrado.

Hospital General Regional N° 1 "Carlos McGregor Sánchez Navarro"

RESUMEN

La dermatosis neglecta (DN) es una entidad rara, de etiología desconocida y que puede afectar a cualquier persona. Se caracteriza por placas verrugosas, hiperpigmentadas y seborreicas. El principal factor de riesgo es la mala higiene, la cual trae como consecuencia la acumulación de sebo, sudor, corneocitos y queratina. La práctica diagnóstico-terapéutica de fricción con jabón o alcohol es indispensable para identificar esta dermatosis. El reconocimiento de esta afección llevará a un diagnóstico temprano y evitará intervenciones valorativas y terapéuticas innecesarias.

PALABRAS CLAVE: dermatosis neglecta, higiene, distimia, práctica de fricción.

ABSTRACT

The dermatosis neglecta (DN) is a rare condition, of unknown etiology that affects anyone. It is characterized by warty, hyperpigmented and seborrheic plates. The main risk factor is poor hygiene, which results in sebum, sweat, corneocytes and keratin accumulation. Friction diagnostic-therapeutic maneuver with soap or alcohol is essential for dermatosis identification. Recognition of this dermatosis leads to early diagnosis and avoids unnecessary diagnostic and therapeutic interventions.

KEYWORDS: dermatosis neglecta, hygiene, dysthymia, friction.

Introducción

La dermatosis neglecta es una dermatosis rara que afecta a todos los grupos etarios, sin preferencia por algún sexo en particular, y cuya etiología todavía no se ha podido dilucidar de forma específica. Se caracteriza por la aparición de placas verrugosas, hiperpigmentadas y seborreicas. Se ha visto asociada con enfermedades psiquiátricas, alteraciones neurológicas como hiperestésias secundarias, cicatrices quirúrgicas, eccema periorbitario e incluso a nevos benignos.^{1,2} El principal factor de riesgo es la higiene inadecuada, la cual trae como consecuencia la acumulación de sebo, sudor, corneocitos y material de queratina.

El diagnóstico diferencial por su presentación clínica debe incluir la dermatitis seborreica, acantosis nigricans, papilomatosis confluyente y reticular, dermatitis atópica de "cuello sucio", con algunas condiciones semejantes a psoriasis y dermatosis por *malassezia* en cabeza o cuello.^{1,2}

Presentamos los casos de dos pacientes ancianos en quienes se realizó el diagnóstico de DN en diferentes zonas del cuerpo.

Caso clínico 1

Paciente hombre de 68 años de edad, jubilado, de nivel socioeconómico medio. Se le diagnosticó hiperplasia prostática benigna hace un año, se le atiende en el área de urología. No padece de alergias o enfermedades crónico-degenerativas, y tampoco tiene otros antecedentes médicos de interés. Fue enviado al servicio de dermatología porque presenta una lesión hiperpigmentada en el pezón izquierdo de más de seis meses de evolución, la cual se asocia a hipersensibilidad en dicha zona. Refiere fatiga crónica.

Durante la exploración física se encontró una placa anular localizada en la zona areolar del pezón izquierdo,

CORRESPONDENCIA

Eduardo Marín Hernández ■ emarin1973@yahoo.com.mx

Xola 222, Col. Del Valle, Del. Benito Juárez, CP 03100, Ciudad de México

con bordes irregulares de coloración negruzca y con costras (figura 1).

Debido al aspecto de las lesiones se llevó a cabo la práctica diagnóstico-terapéutica de fricción con una torunda de algodón impregnada con jabón, después de lo cual se desprendió una porción de la placa y se reveló una piel de apariencia normal en el área afectada (figura 2).

Una vez realizado el diagnóstico, el paciente admitió que la hiperestesia limitaba un aseo adecuado y regular en el área afectada. Se le informó la necesidad de mantener la higiene y se le recomendó un lavado posterior en dicha área para acelerar la desaparición completa de las lesiones; y se le dio de alta.

Caso clínico 2

Paciente hombre de 72 años de edad, jubilado, de nivel socioeconómico bajo. Padece hipertensión y está en tra-



Figura 1. Se observan placas hiperqueratósicas e hiperpigmentadas de 2 cm de diámetro en el pezón izquierdo.



Figura 2. Remoción de las placas después de haberse llevado a cabo la fricción.

tamiento con enalapril y valsartán, sin alergias, no refiere otros antecedentes de importancia. Es enviado a dermatología porque presenta lesiones en el tronco anterior, en la región esternal, acompañada de hipersensibilidad en la zona afectada, de seis meses de evolución.

Durante la exploración física se encuentran placas color marrón oscuro, de aspecto costroso, verrugosas y untuosas. Tras la sospecha de dermatosis neglecta, se procede a realizar la práctica diagnóstico-terapéutica de fricción con jabón, después de lo cual se removió la lesión (figuras 3 y 4).

Luego de retirar las costras, durante el interrogatorio el paciente comentó que tenía hipersensibilidad en la zona, lo que limitaba la higiene. Se le hizo hincapié en llevar a cabo una buena higiene limpiando dicha región con agua y jabón de forma regular. Al término de los detalles de la consulta, se le dio de alta.

Discusión

La dermatitis neglecta fue descrita por primera vez en 1987 por Duncan y colaboradores,³ quienes después de 12 años de observación pudieron describir una dermatosis caracterizada por manchas hiperpigmentadas, de apariencia sucia, con predominio en el cuello, principalmente en niños, las cuales no se podían desprender con el lavado, pero sí mediante el frotamiento con alcohol; a esta forma de presentación se le denominó *terra firma-forme*.³ Posteriormente, en 1995, Poskitt y colaboradores⁴ describieron tres casos de un tipo de dermatosis, la cual era una placa hiperqueratósica e hiperpigmentada dispuesta en diferentes áreas del cuerpo, cuyas lesiones eran consecuencia de una acumulación de sebo, sudor, corneocitos y bacterias asociadas a una higiene cutánea deficiente, la cual denominaron *cutis neglecta*, o *piel descuidada*.^{5,7}

Es importante mencionar la diferencia entre los términos dermatosis *terra firma-forme* y dermatosis neglecta, que generalmente se utilizan como sinónimos. La primera entidad se refiere a pacientes que se encuentran en la infancia tardía o en la adolescencia, con hábitos de higiene deficientes característicos de la edad; mientras que la dermatosis neglecta afectaría a pacientes de cualquier edad con malos hábitos de higiene en zonas concretas.⁶

La etiología de esta dermatosis aún no se ha definido totalmente; sin embargo, se sabe que el principal factor que la predispone es la higiene inadecuada. Otros factores son la limitación del movimiento en personas con alguna discapacidad funcional, dolor, hiperestésias, la existencia previa de algún traumatismo o cirugía que conlleven a un descuido en el aseo de una zona específica del cuerpo, o por temor de agravar la lesión si se desprenden



Figura 3. Se observan varias placas hiperqueratósicas distribuidas en la región esternal.



Figura 4. Se observa la región esternal después de desprender las placas.

las costras, lo cual ocasiona una acumulación de sudor, sebo, detritos celulares, queratina y suciedad, generando un engrosamiento cuya consecuencia es una placa localizada, pigmentada, hiperqueratósica y verrugosa, con escamas adherentes.^{1-3,8-9}

En sus inicios, la dermatosis neglecta es predominantemente asintomática y la presentación clínica se caracteriza porque tiene placas hiperqueratósicas con escamas que semejan un “grano de maíz”, que por lo regular evolucionan en un período de aproximadamente dos a cuatro meses, dichas lesiones suelen desaparecer con el lavado y cuidado apropiados del área afectada.^{3,7,9} En algunos casos se ha encontrado la presencia de *Pityrosporum orbiculare*, sin embargo, esto más bien podría deberse a las condiciones que propician su desarrollo.^{2,7} Los pacientes aquí reportados clínicamente cuentan con las mismas características descritas de la DN, al presentar placas verrugosas, seborreicas, oscuras, de seis meses de evolución y asociadas a hiperestésias.

En estos pacientes encontramos principalmente cuatro factores comunes: el grupo etario, el estrés intradomiliario, el nivel socioeconómico y la jubilación, aspectos que creemos podrían estar relacionados con distimia y su dermatosis. Lo anterior nos lleva a suponer el diagnóstico clínico de distimia, la cual está incluida en los trastornos depresivos y se define como una depresión leve, crónica y persistente durante al menos dos años, que no cuenta

con criterios para depresión mayor pero se acompaña de malestar subjetivo significativo o deterioro social, laboral o de otras actividades importantes.¹⁰ En México se reportó en 2005 una prevalencia de distimia de entre 3 y 5%, sin embargo, podría ocurrir con más frecuencia de lo esperado, ya que la distimia es una condición relativamente poco estudiada y de diagnóstico difícil.¹¹ Por otra parte, se ha encontrado asociación con el bajo nivel de ingresos familiares y, en consecuencia, el bajo nivel socioeconómico.^{12,13}

En un estudio realizado en 141 pacientes con enfermedades dermatológicas se demostró que 6.3% presentaban distimia asociada, por ello creemos conveniente mencionarlo como un probable factor de riesgo para el desarrollo de dermatosis neglecta.¹⁴ En el caso de estos pacientes, proponemos la posible asociación con distimia debida a una disminución de su nivel socioeconómico en el que viven, el hecho de no tener ingresos como empleados y la situación de la familia (enfermedades) como factores que condicionan un aseo corporal incorrecto, además de que actualmente no cuentan con un diagnóstico de depresión.

La mayoría de las veces, la revisión cuidadosa y el interrogatorio detallado facilitan el diagnóstico. Por otra parte, el diagnóstico es básicamente clínico y mediante la práctica terapéutica de fricción de las lesiones con una torunda con jabón o alcohol isopropílico, en general no

es necesaria la realización de una biopsia cutánea; sin embargo, este recurso se puede utilizar si el observador no cuenta con la suficiente experiencia clínica para diferenciarla de otras entidades clínicas. Si bien nosotros no creemos necesaria la toma de biopsia ante las sospecha clínica de DN, los hallazgos histopatológicos frecuentes son ortoqueratosis, hiperqueratosis, papilomatosis y acantosis moderada, sin presencia de un infiltrado inflamatorio, que es la clave para realizar el diagnóstico diferencial con dermatosis seborreica o nevo verrugoso.^{3,6,7}

Debido a que esta enfermedad no es del conocimiento médico en general, en caso de presentar una placa hiperpigmentada e hiperqueratósica, se debe realizar un diagnóstico diferencial con las siguientes entidades: acantosis nigricans, pseudoacantosis nigricans, dermatitis artefacta, determinadas ictiosis, y en algunos casos localizados, queratosis seborreicas o nevo epidérmico verrugoso.^{2,3,6,7}

Es de suma importancia asesorar y alentar a los pacientes para que mantengan una buena higiene en la región afectada: el lavado diario con agua y jabón es suficiente en la mayoría de los casos. Los agentes queratolíticos como urea, ácido retinoico y ácido salicílico, además de emolientes, se reservan para los casos resistentes.^{2,6,7} Las lesiones pueden presentar recurrencia si no se consigue la adecuada limpieza del área corporal afectada, aunque es poco común.

Conclusiones

Actualmente, la dermatosis neglecta es una enfermedad infradiagnosticada, con pocos casos reportados en la literatura mundial. Por los hallazgos mencionados, creemos que la aparición de DN en estos pacientes tiene un componente psicosocial importante, aunque por ahora no cuentan con criterios para un diagnóstico psiquiátrico. Si se investigara más a fondo, es probable que nuestros dos pacientes cuenten con factores de riesgo que podrían traducirse en distimia, por lo que sugerimos se tome en cuenta como un factor de riesgo para el desarrollo de la enfermedad. Por último, es necesario señalar que el reconocimiento de esta entidad evitará el uso de procedimientos diagnósticos y terapéuticos inapropiados e innecesarios.

BIBLIOGRAFÍA

1. Saritha M, Karthikeyan K. Dermatitis neglecta-to be remembered, not neglected! *Indian Dermatol Online J* 2015; 6(2): 138-9.
2. Saha A, Seth J, Sharma A, Biswas D. Dermatitis neglecta. A dirty dermatosis: report of three cases, *Indian Journal of Dermatology* 2015; 60(2): 185-7.
3. Sanjiv CV, Bisati S, Koley S. Dermatitis neglecta. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2011; 77: 62-3.
4. Poskitt L, Wayte J, Wojnarowska F, Wilkinson JD. "Dermatitis neglecta": unwashed dermatosis. *Br J Dermatol* 1995; 132: 827-9.
5. Chávez López G, Estrada Chávez G, Estrada-Castañón R. Dermatitis neglecta que simula padecimientos graves. *Dermatol Rev Mex* 2014; 58: 534-8.
6. Martín-Gorgojo A, Alonso-Usero V, Gavrillov M, Jordá-Cuevas E. Dermatitis neglecta o terra firma-forme dermatosis. *Actas Dermosifiliogr* 2012; 103(10): 932-4.
7. Pérez-Rodríguez IM, Muñoz-Garza FZ, Ocampo-Candiani J. An unusually severe case of dermatosis neglecta: a diagnostic challenge. *Case Reports in Dermatology* 2014; 6(2): 194-9.
8. Qadir SN, Ejaz A, Raza, N. Dermatitis neglecta in a case of multiple fractures, shoulder dislocation and radial nerve palsy in a 35-year-old man: a case report. *J Med Case Rep* 2008; 2: 347.
9. Lucas JL, Brodell RT, Feldman SR. Dermatitis neglecta: a series of case reports and review of other dirty-appearing dermatosis. *Dermatol Online J* 2006; 2(7): 5.
10. Ishizaki J, Mimura M. Dysthymia and apathy: diagnosis and treatment. *Depression Research and Treatment* 2011; artículo ID 893905. DOI: 10.1155/2011/893905.
11. Gallardo Moreno G, Jiménez Maldonado M, González Garrido G et al. La distimia como entidad nosológica. Algunas consideraciones clínicas, epidemiológicas, etimológicas y de utilidad diagnóstica. *Rev Mex Neuroci* 2013; 14(4): 215-22.
12. Berenson S, Juárez F. Atención de pacientes pobres con trastornos afectivos de la Ciudad de México. *Rev Saúde Pública* 2000; 39(4): 619-26.
13. Jiménez-Maldonado ME, Gallardo-Moreno GB, Villaseñor-Cabrera T, González-Garrido AA. La distimia en el contexto clínico. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 2013; 42(2): 212-8. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80629187008>.
14. Picardi A, Adler DA, Abeni D et al. Screening for depressive disorders in patients with skin diseases: a comparison of three screeners. *Acta Derm Venereol* 2005; 85: 414-9.
15. Adir SN, Ejaz A, Raza N. Dermatitis neglecta in a case of multiple fractures, shoulder dislocation and radial nerve palsy in a 35-year-old man: a case report. *J Med Case Rep* 2008; 2: 347.