

Dermatosis frecuentes en pacientes geriátricos hospitalizados en un servicio de medicina interna

Cheirif-Wolosky O¹, Vélez-Muñiz RC², Tinoco-Fragoso F¹, Hernández-Salcedo D³, García-Hidalgo L⁴

Resumen

ANTECEDENTES: el envejecimiento en México es notorio y la mayoría de los pacientes mayores de 65 años tiene por lo menos una dermatosis. Hay pocos estudios acerca de las enfermedades de la piel en ancianos.

OBJETIVO: definir las dermatosis más frecuentes en pacientes geriátricos ingresados al servicio de Medicina Interna del Hospital Ángeles Clínica Londres, así como realizar una breve revisión de la bibliografía.

MATERIAL Y MÉTODO: estudio transversal descriptivo efectuado de marzo a julio de 2014 en el servicio de Medicina Interna del Hospital Ángeles Clínica Londres, en el que se incluyeron pacientes de la tercera edad a quienes se aplicó un cuestionario y se hizo exploración dermatológica completa.

RESULTADOS: se incluyeron 100 pacientes con edad promedio de 79 años; las dermatosis más frecuentes fueron lentigos solares (66%), xerosis (65%) y púrpura traumática (44%). El fototipo III de Fitzpatrick fue el más común.

CONCLUSIONES: las dermatosis más frecuentes en pacientes geriátricos ingresados a un servicio de medicina interna fueron lentigos solares, xerosis y púrpura traumática.

PALABRAS CLAVE: geriátricos, dermatosis, envejecimiento.

Dermatol Rev Mex 2017 November;61(6):441-448.

Frequent dermatoses in geriatric patients hospitalized at an internal medicine service.

Cheirif-Wolosky O¹, Vélez-Muñiz RC², Tinoco-Fragoso F¹, Hernández-Salcedo D³, García-Hidalgo L⁴

Abstract

BACKGROUND: The aging population in Mexico is notorious and most patients older than 65 years have at least one dermatosis. There are few studies about skin diseases in this group of patients.

¹ Residente de Dermatología, Hospital General Dr. Manuel Gea González, Ciudad de México.

² Residente de Dermatología, Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua, Ciudad de México.

³ Médico adscrito al servicio de Medicina Interna.

⁴ Dermatóloga.

Hospital Ángeles Clínica Londres, Ciudad de México.

Recibido: mayo 2017

Aceptado: agosto 2017

Correspondencia

Dra. Orly Cheirif Wolosky
dra.dermaorly@gmail.com

Este artículo debe citarse como

Cheirif-Wolosky O, Vélez-Muñiz RC, Tinoco-Fragoso F, Hernández-Salcedo D, García-Hidalgo L. Dermatosis frecuentes en pacientes geriátricos hospitalizados en un servicio de medicina interna. Dermatol Rev Mex. 2017 nov;61(6):441-448.

OBJECTIVE: To define the most frequent dermatoses in geriatric patients assisted at Internal Medicine service of Hospital Angeles Clínica Londres, Mexico City, as well as to do a brief review of literature.

MATERIAL AND METHOD: A cross-sectional study was performed from March to July 2014 in the Internal Medicine department of the Hospital Angeles Clínica Londres, Mexico City. We included old patients in whom we applied a questionnaire and complete dermatological examination.

RESULTS: One hundred patients were included with a mean age of 79 years. The most frequent dermatoses in our study population were solar lentigos (66%), xerosis (65%) and traumatic purpura (44%). The most common Fitzpatrick phototype was III.

CONCLUSIONS: The most frequent dermatoses in geriatric patients assisted at an internal medicine service were solar lentigos, xerosis and traumatic purpura.

KEYWORDS: geriatric; dermatoses; aging

¹ Residente de Dermatología, Hospital General Dr. Manuel Gea González, Ciudad de México.

² Residente de Dermatología, Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua, Ciudad de México.

³ Médico adscrito al servicio de Medicina Interna.

⁴ Dermatóloga.

Hospital Ángeles Clínica Londres, Ciudad de México.

Correspondence

Dra. Orly Cheirif Wolosky
dra.dermaorly@gmail.com

ANTECEDENTES

La expectativa de vida ha aumentado en todo el mundo, el envejecimiento de la población es notorio sobre todo en los países industrializados, lo que suele atribuirse a la disminución de la natalidad, la disminución de la morbilidad y mortalidad y a las múltiples corrientes migratorias.¹ En 2014 en México la esperanza de vida al nacer era de 74.6 años en promedio y de 77 años en el sexo femenino.² Por este motivo el número de pacientes ancianos y la incidencia de enfermedades dermatológicas en este grupo de pacientes se han incrementado.

El envejecimiento cutáneo se acepta como un hecho determinado genéticamente, pero también como parte de un proceso de deterioro endógeno y exógeno en las células.¹ Los cambios degenerativos y metabólicos que ocurren hacen

a esta población más vulnerable a múltiples afecciones dermatológicas.³

Se han descrito dos tipos de envejecimiento cutáneo: envejecimiento cronológico o innato y fotoenvejecimiento. El envejecimiento cronológico se refiere a la alteración de la función de la piel que ocurre como un proceso fisiológico e inherente a todo ser humano. El fotoenvejecimiento se debe a la exposición a los rayos UV que ocasiona daño a nivel del ADN celular hasta en 75%.⁴

Otros factores que participan en el proceso de envejecimiento son la formación de especies reactivas de oxígeno, disminución en las concentraciones circulantes de estrógenos en mujeres, disminución en la cantidad de agua del estrato córneo y cambio en el contenido lipídico y de aminoácidos, lo que clínicamente se traduce

como xerosis.^{5,6} El número de glándulas sudoríparas también disminuye con la edad, por lo que los ancianos sudan menos en respuesta al calor.³

Asimismo, la falta de conocimiento en el cuidado de la piel, las enfermedades sistémicas crónicas, la polifarmacia, el estrés, el consumo de alcohol, el tabaquismo, el estado socioeconómico, la higiene inadecuada y el estado nutricional terminan afectando la integridad y la función de la piel.^{7,8}

La mayor parte de las dermatosis en este grupo de pacientes no causan complicaciones fatales; sin embargo, por lo general son crónicas y disminuyen la calidad de vida.⁸

El objetivo de este estudio es definir las dermatosis más frecuentes en los pacientes geriátricos ingresados al servicio de Medicina Interna del Hospital Ángeles Clínica Londres de la Ciudad de México, durante un periodo de cinco meses, así como realizar una breve revisión de la bibliografía.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio transversal, descriptivo, en el que se incluyeron pacientes mayores de 65 años que fueron ingresados al servicio de Medicina Interna del Hospital Ángeles Clínica Londres de marzo a julio de 2014 y que aceptaron participar en nuestro estudio. Se solicitó la firma de un consentimiento bajo información. Se realizó un cuestionario y exploración física completa de piel y anexos y se tomaron fotografías de las dermatosis más representativas.

RESULTADOS

Se incluyeron 100 pacientes (60 mujeres). El intervalo de edad de los pacientes fue de 65 a 101 años, con edad promedio de 78.61 años. El fototipo de Fitzpatrick se encontró en un

intervalo de I a V, con media de III. Sólo 9 (9%) pacientes refirieron tener algún hábito de fotoprotección diaria, como utilizar protector solar o de tipo físico, como utilizar sombrero o sombrilla al salir al sol y 5 (5%) tuvieron antecedente de algún tipo de cáncer de piel.

Las comorbilidades más frecuentes fueron: hipertensión arterial sistémica (70%), diabetes mellitus tipo 2 (46%), enfermedad renal crónica (35%), cualquier tipo de cáncer (15%), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (14%), cirrosis hepática (9%), enfermedad de Parkinson (9%), hipotiroidismo (9%), cardiopatía isquémica (4%) e insuficiencia cardiaca (3%). **Cuadro 1**

La frecuencia de las dermatosis fue variable; las más frecuentes fueron lentigos solares (66%), xerosis (65%), púrpura traumática (44%), insuficiencia venosa periférica (43%), queratosis seborreicas (42%), onicomicosis (42%), alopecia androgenética (39%), prurito (33%), fibromas blandos (29%), nevos o angiomas rubí (25%), nevos melanocíticos adquiridos (15%), hiperplasia sebácea (10%), acantosis nigricans (8%), hipomelanosis en gota (7%), onicodistrofias (7%), úlceras por presión (7%), dermatitis seborreica (4%), infecciones bacterianas, como celulitis,

Cuadro 1. Comorbilidades en los pacientes; n = 100

Comorbilidades*	Núm. (%)
Hipertensión arterial sistémica	70 (70)
Diabetes mellitus 2	46 (46)
Enfermedad renal crónica	35 (35)
Cáncer (cualquier tipo, no dermatológico)	15 (15)
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	14 (14)
Cirrosis hepática	9 (9)
Enfermedad de Parkinson	9 (9)
Hipotiroidismo	9 (9)
Cardiopatía isquémica	4 (4)
Insuficiencia cardiaca	3 (3)

*Las comorbilidades son varias en un mismo paciente.

impétigo y erisipela (4%), dermatitis por contacto (2%), queratosis actínica (2%), melanoma acral lentiginoso (1%), carcinoma basocelular (1%) y psoriasis en placas (1%). **Cuadro 2**

DISCUSIÓN

El envejecimiento de la piel es causa importante de morbilidad. La mayoría de los pacientes mayores de 65 años tiene por lo menos una enfermedad cutánea, lo que manifiesta la importancia de transmitir a la población la información necesaria para el cuidado de la piel, así como el

Cuadro 2. Frecuencia de dermatosis en los pacientes; n = 100

Frecuencia de dermatosis*	Núm. (%)
Lentigos solares	66 (66)
Xerosis (Figura 1)	65 (65)
Púrpura senil (Figura 2)	44 (44)
Insuficiencia venosa periférica	43 (43)
Queratosis seborreicas (Figura 3)	42 (42)
Onicomycosis	42 (42)
Alopecia androgenética	39 (39)
Prurito	33 (33)
Fibromas blandos	29 (29)
Nevos rubí	25 (25)
Nevos melanocíticos adquiridos	15 (15)
Hiperplasia sebácea	10 (10)
Acantosis nigricans	8 (8)
Hipomelanosis en gotas	7 (7)
Onicodistrofias	7 (7)
Úlceras por presión (Figura 4)	7 (7)
Dermatitis seborreica	4 (4)
Infecciones bacterianas	4 (4)
Dermatitis por contacto	2 (2)
Queratosis actínicas	2 (2)
Melanoma (Figura 5)	1 (1)
Carcinoma basocelular (Figura 6)	1 (1)
Psoriasis en placas	1 (1)

*Las dermatosis coexisten en un mismo paciente.



Figura 1. Xerosis en pierna.



Figura 2. Púrpura senil de Bateman.

fomento de hábitos de fotoprotección física y la aplicación de fotoprotectores solares.¹

En cuanto a los hábitos de fotoprotección, que incluyen la aplicación de protector solar o el uso de cualquier método de fotoprotección física, se encontró frecuencia de sólo 9% de los pacientes, lo que explicaría la alta frecuencia de datos de fotodaño encontrados, manifestado como lentigos solares, hipomelanosis en gotas, queratosis actínicas y carcinoma basocelular.



Figura 3. Queratosis seborreica.



Figura 4. Úlcera por presión en paciente postrado.



Figura 5. Melanoma acral en paciente geriátrico.

Acorde con lo mencionado en la bibliografía, la xerosis fue el segundo problema dermatológico más frecuente en nuestra población (65%); sin embargo, llama la atención que a pesar de que la xerosis se encontró con tan alta frecuencia, no todos los pacientes referían prurito (33%).

Como consecuencia del adelgazamiento de la piel hay fragilidad capilar, que se manifiesta como púrpura traumática (presente en 44% de los pacientes) que puede exacerbarse por la administración de algunos medicamentos, como



Figura 6. Carcinoma basocelular.

anticoagulantes o antiagregantes plaquetarios, que suelen ser indicados en gran parte de la población geriátrica.

Respecto de las alteraciones encontradas en las uñas, es importante distinguir las infecciones micóticas de la distrofia ungueal, porque muchos pacientes son tratados con antifúngicos de manera errónea. En el paciente anciano disminuye la oxigenación de las uñas, lo que propicia que existan cambios en la forma y el color de la lámina ungueal: las uñas pueden hacerse gruesas o delgadas, con tendencia a figurarse, con alteraciones en la curvatura o cambios de coloración.⁹

A pesar de la alta frecuencia de enfermedades metabólicas, como la diabetes mellitus tipo 2, llama la atención que sólo 8% de los pacientes tenía acantosis nigricans, a diferencia de los fibromas blandos, que afectaron a 29% de los pacientes.

Xerosis y prurito

La xerosis es la manifestación dermatológica más observada en los pacientes geriátricos (39%), se debe a la producción inadecuada de filagrina y a alteraciones lipídicas.⁹ Se exacerba en el in-

vierno por la disminución en la hidratación de la piel, el uso de jabones irritantes, baño con agua caliente y fricción de la piel. Es la responsable del prurito que afecta a 40% de los ancianos. El 60% restante puede asociarse también con alteraciones sistémicas, como enfermedades hepáticas, renales, tiroideas, diabetes mellitus, neuropatía, neoplasias como leucemia o linfoma, policitemia vera, medicamentos como diuréticos e hipolipemiantes o deficiencias vitamínicas.^{9,10} Debemos descartar también el prurito psicogénico, en el que un ciclo de estrés conduce a prurito y viceversa, éste se ha visto en pacientes con depresión, trastornos de ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo y alcoholismo.³ Entre otras causas de prurito debemos considerar la escabiasis, que es común en asilos o casas de cuidados de ancianos. El prurito representa un reto diagnóstico y terapéutico en este grupo de edad.^{11,12}

El rascado crónico favorece la aparición de eccema o liquen simple crónico, infecciones y dermatitis por contacto.⁴ El tratamiento de la xerosis en ancianos consiste en evitar el baño con agua caliente, baños cortos (menos de 10 minutos), evitar el uso excesivo de jabones irritantes con color, aroma o exfoliantes; pueden recomendarse jabones blancos sin perfume o sustitutos de jabón y lubricación abundante con emolientes inertes o *cold cream* pura, con aplicación después del baño y, si es posible, varias veces al día.^{3,12} En el caso de eccemas agudos o de liquen simple crónico pueden agregarse corticoesteroides tópicos y, para disminuir el prurito, antihistamínicos de nueva generación que no atraviesen la barrera hematoencefálica (para evitar la somnolencia); en casos graves podemos agregar ansiolíticos y antidepressivos.^{10,13}

Úlceras por presión

Son de las dermatosis más frecuentes en ancianos, sobre todo en los que están postrados en cama,

diabéticos, obesos, con enfermedad renal crónica o inmunosuprimidos.¹ Afectan las prominencias óseas secundario a isquemia y daño de tejido que es más lábil debido a la xerosis. La prevalencia de éstas en asilos es de 2 a 23% y la incidencia de aparición de una nueva úlcera en un periodo de seis meses es de aproximadamente 12%.^{8,9} La prevención es esencial, deben realizarse cambios frecuentes de posición, evitando el contacto de piel con piel y hacer exploración diaria de la misma. El riesgo debe evaluarse en todo paciente que ingresa a cualquier establecimiento de salud.¹ El tratamiento varía según el grado; sin embargo, en todos los pacientes es necesario valorar el estado nutricional.⁹ Las úlceras crónicas generalmente están colonizadas por múltiples bacterias, siempre debe descartarse infección sobreagregada.¹⁴

Púrpura senil o actínica

La piel geriátrica se adelgaza como resultado de la pérdida de fibras de colágena, elásticas y tejido graso; aunado a la fragilidad de los vasos sanguíneos, se favorece la extravasación de eritrocitos con traumatismos mínimos que se manifiesta por manchas purpúricas principalmente en los brazos y los antebrazos. Otras causas de lesiones purpúricas en este grupo de pacientes pueden ser las secundarias a trombocitopenia, defectos vasculares y reacciones a fármacos.^{3,15}

Infecciones por bacterias

Las infecciones bacterianas, como celulitis, erisipela e impétigo, que afectaron a 4% de nuestra población de estudio, se relacionan con insuficiencia venosa periférica. Es imprescindible el cuidado de la piel y el tratamiento de la insuficiencia venosa para prevenirlas. Los patógenos comunes son *Staphylococcus aureus* y el estreptococo beta hemolítico.⁹

El impétigo y la foliculitis también pueden afectar a los ancianos, son causadas por estafilococo, a

diferencia de la población pediátrica en la que el principal patógeno es el estreptococo.³

Infecciones por hongos

Entre las más frecuentes está la onicomicosis, causada por dermatofitos como *Trichophyton rubrum*, *T. mentagrophytes* o *Epidermophyton floccosum*; es más prevalente en pacientes de sexo masculino.¹³ Afecta a 40% de los pacientes mayores de 60 años.¹⁵

Las infecciones por *Candida albicans* también son comunes, sobre todo en espacios intertriginosos, como el área inguinal, anogenital, áreas de flexión, pliegue submamario y región perioral; suelen ser un signo de descompensación metabólica o afecta a pacientes con inmunosupresión.⁸

Tumores benignos y malignos

La población geriátrica es el grupo de edad en el que las neoplasias de piel ocurren más comúnmente. Entre los tumores benignos más comunes están las queratosis seborreicas que se manifiestan habitualmente en la cara, el tronco o las extremidades proximales y que son neoformaciones pigmentadas de aspecto verrugoso; pueden retirarse con curetaje o electrocirugía.¹⁶ Otras lesiones benignas comunes son los fibromas blandos o acrocordones que por lo general aparecen en el cuello o las axilas y que se asocian con diabetes mellitus y obesidad.

Los nevos o hemangiomas rubí son otros tumores benignos comúnmente encontrados en sujetos ancianos o en pacientes con enfermedad hepática.³

Entre los tumores malignos podemos encontrar frecuentemente al carcinoma basocelular. Las queratosis actínicas también son comunes en la población geriátrica (en este estudio representa-

ron 2%); siempre se acompañan de otros datos de fotodaño.¹⁶

CONCLUSIONES

Las enfermedades dermatológicas no suelen ser mortales; sin embargo, contribuyen a afectar de manera importante la calidad de vida y requieren atención médica oportuna. Este estudio aporta información valiosa acerca de la frecuencia de las enfermedades dermatológicas en los pacientes geriátricos hospitalizados en un servicio de medicina interna de un hospital privado en la Ciudad de México.

Agradecimientos

Agradecemos al servicio de enseñanza del Hospital Ángeles Clínica Londres por permitirnos realizar el proyecto, así como al titular del curso de Medicina Interna, el Dr. Daniel Hernández Salcedo. También agradecemos al Dr. Carlos Gutiérrez Cirlos por la revisión del manuscrito.

REFERENCIAS

1. Torras H, Lecha M. Envejecimiento y fotoenvejecimiento cutáneo. Tratamiento. En: Torres V, Camacho F, Mihm M, González S, Jurado F, Sánchez-Carpintero I., *Dermatología práctica ibero-latinoamericana. Atlas, enfermedades sistémicas asociadas, dermocosmética y terapéutica. Segunda edición. Tomo II.* México: Encuentros Científicos académicos SC; 2012;118.1-12
2. Esperanza de Vida [database de internet]. México: 2016 [acceso febrero 2017] [1 página]. Disponible en: <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/esperanza.aspx?tema=P>
3. Jafferany M, Huynh TV, Silverman MA, Zaidi Z. Geriatric dermatoses: a clinical review of skin diseases in an aging population. *Int J Dermatol* 2012;51:509-522.
4. Hashizume H. Skin aging and dry skin. *J Dermatol* 2004;31:603-609.
5. Bilgili SG, Karadag AS, Ozkol HU, Calka O, Akdeniz N. The prevalence of skin diseases among the geriatric patients in Eastern Turkey. *J Pak Med Assoc* 2012;62:535-539.
6. Farage MA, Miller KW, Elsner P, Maibach HI. Characteristics of the aging skin. *Adv Wound Care* 2013;2:5-10.
7. Martínez G, Guerra MM. Dermatitis frecuentes en pacientes geriátricos de la ciudad de Matanzas. *Rev Med Electrón* 2012;34:309-320.
8. Norman RA. Geriatric dermatology. *Dermatol Ther* 2003;16:260-268.
9. Yaar M, Gilchrist BA. Aging of skin. En: Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrist BA, Paller A S, Leffell DJ. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. 7th ed.* New York: McGraw Hill, 2008;963-973.
10. Patel T, Yosipovitch G. The management of chronic pruritus in the elderly. *Skin Therapy Lett* 2010;15:5-9.
11. Smith DR, Sheu HM, Hsieh FS, Lee YL, Chang SJ, Guo YL. Prevalence of skin diseases among nursing home patients in southern Taiwan. *Int J Dermatol* 2002;41:754-759.
12. White-Chu EF, Reddy M. Dry skin in the elderly: Complexities of a common problem. *Clin Dermatol* 2011;29:37-42.
13. Yalçın B, Tamer E, Toy GG, Oztas P, Hayran M, Allin N. The prevalence of skin diseases in the elderly: analysis of 4099 geriatric patients. *Int J Dermatol* 2006;45:672-676.
14. Compton GA. Bacterial skin and soft tissue infections in older adults. *Clin Geriatr Med* 2013;29:443-459.
15. Saul A, González A. *Dermatología y medicina interna.* En: Saúl A, Arellano I, Peniche A. *Lecciones de Dermatología de Saúl.* 15ª ed. México: Méndez Editores, 2008;705-715.
16. Zalaudek I, Lallas A, Longo C, Moscarella E, et al. Problematic lesions in the elderly. *Dermatol Clin* 2013;31:549-564.