



# Dermatoses perianales en la edad geriátrica

G. Ruby Medina Murillo,\* Ulises Rodríguez Wong\*\*

## RESUMEN

Los pacientes geriátricos presentan cambios anatómicos y funcionales que afectan la región ano rectal y la piel perianal, con la aparición de diversas dermatosis de esta zona, entre las que se encuentran la dermatitis por contacto, el prurito anal y los cambios cutáneos secundarios a la aparición de prolapsos rectales.

**Palabras clave:** Dermatoses perianales, enfermedades geriátricas, dermatitis por contacto, pruritus anni.

## ABSTRACT

Geriatric patients have anatomic and functional changes that involved ano rectal region and perianal skin, leading to the appearance of different dermatosis in this area, like contact dermatitis, pruritus anni, and cutaneous lesions secondary to rectal prolapse.

**Key words:** Perianal dermatosis, geriatric diseases, contact dermatitis, pruritus anni.

## INTRODUCCIÓN

En virtud de que en nuestro país como en muchos otros países del mundo, la esperanza de vida se ha ido incrementando, el número de adultos en plenitud ha aumentado, todo ello ha motivado un mayor interés por los padecimientos propios de este grupo etario.

Debido a cambios hormonales, psicológicos, osteomusculares, y la aparición de enfermedades sistémicas degenerativas, entre otros factores predisponentes, es factible la aparición de enfermedades en la piel características de los pacientes geriátricos; en la región perianal además coexisten factores anatómicos que provocan la aparición de una variedad especial de enfermedades cutáneas perianales en esta edad.

El manejo de estas dermatosis incluye su diagnóstico oportuno y la identificación de los factores predisponentes, con la finalidad de corregirlos en la medida posible y establecer el tratamiento adecuado.

## FACTORES PREDISPONENTES

El envejecimiento constituye un proceso dinámico, continuo, que se inicia con el nacimiento. Puede ser fisiológico o patológico; el primero ocurre en función del paso del tiempo, sin estar condicionado por alteraciones patológicas o por factores ambientales, en tanto que en el segundo

tipo de envejecimiento sí se presentan estas circunstancias. Afecta, mediante cambios morfológicos y funcionales, a todos los órganos y sistemas del organismo, con un ritmo variable según los individuos.

Por otra parte, el envejecimiento viene a representar una dificultad progresiva para el mantenimiento de la homeostasis en situaciones de sobrecarga fisiológica, con aumento de la vulnerabilidad ante cualquier tipo de agresión. Todo ello supone una reducción global de los diferentes mecanismos de reserva del organismo y un estrechamiento del margen entre las situaciones de normalidad y las de enfermedad.<sup>1</sup>

El concepto de paciente geriátrico incluye los siguientes elementos en su definición: Sujeto normalmente de edad avanzada, especialmente frágil ante cualquier tipo de agresión, con enfermedades crónicas, múltiples y normalmente productoras de limitaciones funcionales físicas y psíquicas. Además, suelen ser personas que tienen problemas sociales y económicos, con dificultad para adaptarse al ritmo de la sociedad actual; con segregación social, aislamiento y soledad, sobre todo en la cultura occidental. Con mucha frecuencia también presentan trastornos de conducta, como demencia y depresión, lo que ocasiona una actitud pesimista ante la vida, con la consecuente disminución de sus habilidades para su cuidado personal y tendencia a minimizar sus síntomas.

Los ancianos pueden tener algunas enfermedades específicas de su edad, que son raras o inexistentes en edades anteriores (como la amiloidosis cardiaca, carcinoma prostático, incontinencia anal, etc.); también pueden tener otras enfermedades que se presentan con una incidencia mucho

\* Dermatóloga. Hospital Ángeles Lindavista.

\*\* Coloproctólogo. Hospital Juárez de México.



más alta que la que se encuentra en personas más jóvenes (infecciones respiratorias y urinarias, diabetes, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca, vasculopatías, etc.). El consumo de medicamentos para el alivio de estas enfermedades crónico-degenerativas puede traer consigo reacciones medicamentosas adversas y otros efectos colaterales, que pueden a su vez ser causa de otra enfermedad agregada (dermatitis por contacto, urticarias, fotosensibilidad, tos irritativa, etc.), cuyo diagnóstico y tratamiento pueden ser más difíciles.

Existen en el anciano cambios específicos en diferentes partes del organismo. Por lo que respecta al aparato digestivo los cambios más importantes son: cierta pérdida en su función motora, con retraso en el vaciamiento gástrico, estreñimiento y aparición de divertículos. La mucosa del tubo digestivo se atrofia, lo que dificulta la absorción de hierro y de vitamina B-12. El esfínter anal se debilita con la edad, con la aparición de incontinencia anal y prolapsos rectal.<sup>2,3</sup>

En el climaterio disminuyen los niveles de FSH y LH. Disminuye también la producción de andrógenos adrenales, así como los niveles de aldosterona en sangre y orina. La menor sensibilidad a la insulina que se aprecia con la edad se atribuye a una mayor resistencia a la misma a nivel periférico. Esta resistencia a la insulina contribuye a explicar no sólo el aumento de sujetos diabéticos y con intolerancia a la glucosa que ocurre entre la población geriátrica, sino también el aumento de alteraciones como la cardiopatía isquémica en este grupo etario.

Los cambios a nivel del sistema nervioso central están en íntima relación con las modificaciones en las capacidades intelectuales y cognitivas del individuo. Se calcula que desde la infancia se produce una pérdida diaria de unas 50,000 neuronas. Esta pérdida en el envejecimiento se va compensando con el establecimiento de nuevas conexiones sinápticas y a través de la formación de nuevos árboles dendríticos. Este fenómeno es mucho más pobre en los ancianos con demencia senil. También existen cambios en los diferentes sistemas de neurotransmisión. Todo ello se traduce, en el anciano, en una cierta pérdida de la sensibilidad vibratoria, discriminativa y táctil; menor capacidad de coordinación y de control muscular; pérdida de la inteligencia fluida, pérdida de la adaptabilidad al medio y enlentecimiento en general. En relación con el sueño se reduce el número de horas de sueño profundo, así como el de movimientos oculares rápidos.

En la piel lo más llamativo es un adelgazamiento de la epidermis y la pérdida de sus propiedades elásticas,<sup>4,5</sup> así como de la grasa subcutánea y de la vascularización, todo lo cual la hace mucho más vulnerable ante cualquier tipo de agresión mecánica. Además se produce una disminu-

ción de sus secreciones glandulares, con la aparición de piel seca y más susceptible a la agresión de factores ambientales y sustancias irritantes.

El sistema inmunológico también experimenta notables cambios en el curso del envejecimiento, lo que lleva consigo una limitación progresiva para cumplir su papel de vigilancia y defensa. Con una mayor facilidad para adquirir enfermedades infecciosas, tumorales y autoinmunes<sup>1</sup> en cualquier parte del organismo, incluyendo el aparato digestivo y la piel.

## DERMATITIS POR CONTACTO

Es una irritación de la piel ocasionada por la aplicación de diferentes substancias que ocasionan una agresión mecánica o inmunológica de la piel; los síntomas fundamentales son el prurito y el dolor. A la exploración física es característica la presencia de eritema de grado variable y erosión con exudado.

En la región perianal su causa más frecuente es por el contacto del contenido fecal con la piel;<sup>6</sup> esto ocurre particularmente en los pacientes que presentan incontinencia parcial o total del esfínter anal, lo cual puede aparecer en los ancianos como consecuencia del debilitamiento del esfínter anal que ocurre en los pacientes de mayor edad; no obstante, es importante investigar si existe el antecedente de cirugía ano-rectal previa que pudiera haber comprometido aún más el funcionamiento del esfínter anal.

La dermatitis por contacto perianal también se puede presentar en obesos, pacientes que usan pañal o en pacientes con tratamientos oclusivos. En personas obsesivas con su limpieza, que se lavan frecuentemente (varias veces al día), se presenta resequedad e irritación de la piel que puede desencadenar en dermatitis por contacto. Por otra parte, también en pacientes con poca higiene, o incluso con infecciones perianales, también puede presentarse dermatitis por contacto.

El médico debe disminuir esa irritación, mejorando la higiene, evitando el contacto del contenido fecal con la piel perianal; evitando, lo más posible, el uso de pañales o recomendar el cambio frecuente de éstos. El óxido de zinc en el área afectada ayuda a proteger la piel del contenido intestinal;<sup>7,8</sup> los esteroides de mediana o baja potencia disminuyen la inflamación. En caso necesario hay que tratar la infección agregada, generalmente producida por *Candida*. También hay que evitar el uso de desodorantes, perfumes, limpieza exagerada o el uso de jabón en exceso.

Desde luego en el caso de pacientes con incontinencia anal, el punto fundamental del tratamiento descansa en el mejoramiento de la continencia. La incontinencia anal deberá ser evaluada tanto clínicamente como por procedi-

mientos de gabinete como la manometría ano-rectal y la ultrasonografía endoanal. Las medidas terapéuticas incluyen: ejercicios ano-rectales, retroalimentación, radiofrecuencia, procedimientos quirúrgicos para tratar de mejorar la continencia anal, o en casos muy severos, derivación del contenido fecal.

### CAMBIOS CUTÁNEOS SECUNDARIOS A PROLAPSO RECTAL

Se habla de prolapso rectal cuando ocurre la protrusión de todo el espesor de la pared del recto a través del esfínter anal. Los defectos anatómicos involucrados en la aparición de esta enfermedad son: defecto en el piso pélvico con diastasis de los elevadores del ano y debilitamiento de la aponeurosis endopélvica, pérdida de la posición normal del recto ocasionada por su inserción poco firme al sacro y a las paredes pélvicas, un fondo de saco de Douglas anormalmente profundo, un sigma redondeado y un esfínter anal débil y abierto (Figura 1).<sup>9,10</sup>

El prolapso rectal es más frecuente en el sexo femenino y en pacientes de edad avanzada. La deficiencia de estrógenos en mujeres multíparas puede ser la causa de relajación del piso pélvico, lo cual puede también presentarse cuando, durante algún procedimiento quirúrgico, se cortan los ligamentos suspensorios del recto. También con el proceso del envejecimiento, el piso pélvico se debilita favoreciendo el prolapso rectal.

Las estructuras protruyen causando una sensación de cuerpo extraño y dolor. La presión y fricción de los tejidos prolapsados, sobre la piel circundante, ocasionan erosiones y cambios epidérmicos como la hiperqueratosis.



Figura 1. Cambios cutáneos secundarios a prolapso rectal.

La irritación cutánea alrededor del prolapso rectal debe ser manejada con limpieza con agua y jabón y sustancias protectoras de la piel como el óxido de zinc.

El tratamiento del prolapso rectal es quirúrgico, se recomienda un abordaje abdominal en la mayoría de los pacientes, excepto en aquéllos cuyas condiciones generales no lo permitan, en quienes se prefiere un abordaje perineal,<sup>11</sup> actualmente con el recurso de la cirugía laparoscópica es posible disminuir el trauma quirúrgico en los pacientes con prolapso rectal.<sup>10</sup>

Con mucha frecuencia el prolapso rectal se acompaña de incontinencia anal, la cual puede corregirse al tratar el prolapso, o bien, puede requerirse de algún procedimiento quirúrgico adicional para mejorar la continencia anal.

### PRURITO ANAL

El prurito anal es uno de los motivos más frecuentes de consulta en Colo-Proctología. Los síntomas pueden ir desde una simple molestia hasta la presencia de lesiones anoperianales severas, con ulceraciones graves sanguinolentas de difícil diagnóstico y manejo. Se calcula que su prevalencia puede ser de 1 a 4% y predomina en los pacientes del sexo masculino. En la Clínica Mayo, la incidencia reportada fue de 7%.<sup>12</sup>

Las causas de prurito anal son múltiples y puede ser clasificado en idiopático y secundario; ocurre frecuentemente en pacientes geriátricos como una manifestación de depresión o por la presencia de enfermedades sistémicas asociadas, como la diabetes mellitus.

Las causas secundarias de prurito anal pueden subdividirse en: anatómicas (obesidad, hirsutismo, etc.), por enfermedades ano-rectales (enfermedad hemorroidal, fisuras anales, fistulas ano-rectales, neoplasias, etc.), por enfermedades dermatológicas (dermatitis seborreica, psoriasis, liquen plano, enfermedad de Bowen, etc.), o por infecciones (bacterianas, virales, micóticas o parasitarias).

La clave en el manejo de esta entidad es la identificación de las causas secundarias para establecer la terapéutica específica, por lo que debe realizarse una exploración proctológica completa y la valoración conjunta del caso por el Dermatólogo y el Coloproctólogo.<sup>13</sup> Es importante la toma de biopsias en casos de prurito crónico grave para descartar la presencia de una neoplasia o una enfermedad dermatológica específica.

En caso de considerarse idiopático deberá establecerse el tratamiento con protectores de la piel, esteroides de baja potencia, evitar el uso de irritantes sistémicos y locales, mantener la zona limpia sin exceso, evitar la humedad perianal mediante la utilización de una gasa pequeña o un paño limpio.<sup>14</sup>



## OTRAS DERMATOSIS

Aunque se han mencionado los problemas dermatológicos perianales más frecuentes en los pacientes geriátricos, pueden desde luego aparecer cualquier otro tipo de enfermedad dermatológica entre las que destacan los problemas infecciosos tanto virales<sup>15</sup> como bacterianos, y las neoplasias de esta región. También es importante descartar alteraciones ano-rectal que ocasionen síntomas cutáneos como la fisura anal y la enfermedad hemoroidal.

## CONCLUSIONES

Con el proceso de envejecimiento sobrevienen cambios anatómicos y funcionales, ocasionados por factores hormonales, enfermedades degenerativas concomitantes, alteraciones neurológicas, debilitamiento osteo-muscular, pérdida de elasticidad de la piel, entre otros, que contribuyen a la aparición de dermatosis en la región perianal del paciente geriátrico, entre las más frecuentes se encuentran la dermatitis por contacto, los cambios cutáneos provocados por la presencia de prolапso rectal y el prurito anal. La identificación y tratamiento oportuno de estas alteraciones puede permitir un tratamiento adecuado del problema con una mejor calidad de vida para el paciente geriátrico.

## REFERENCIAS

1. Ribera Casado JM. Características generales del paciente geriátrico. Clin Urol Complut 1993; 2: 13-23.
2. Enck M, Kuhlbusch R, Lubke H. Age and sex and anorectal manometry in incontinence. Dis Colon Rectum 1989; 32: 1026-30.
3. Rodríguez-Wong U. Manometría ano-rectal. Rev Hosp Jua Mex 2006; 73: 28-32.
4. Medina-Murillo GR. Proceso de envejecimiento de la piel durante el climaterio. Rev Hosp Jua Mex 1994; 61: 18-20.
5. Baker H, Blair CP. Cell replacement in the stratum corneum in old age. Brit J Dermatol 1967; 80: 367-72.
6. Farage MA, Miller KW, Berardesca E, Maibach HI. Incontinence in the aged: contact dermatitis and other cutaneous consequences. Contact Dermatitis 2007; 57: 211-7.
7. Nix D, Ermer-Seltun J. A review of perineal skin care protocols and skin barrier product use. Ostomy Wound Manage 2004; 50: 59-67.
8. Gray M. Incontinence-related skin damage: essential knowledge. Ostomy Wound Manage 2007; 53: 28-32.
9. Reginelli A, Pezzullo MG, Scaglione M, Scialpi M, Brunese L, Grassi R. Gastrointestinal disorders in elderly patients. Radiol Clin North Am 2008; 46: 755-71.
10. Rodríguez-Wong U, García A, Cruz I, Chong C, Reyes G. Rectopexia con malla por vía laparoscópica en prolапso rectal. Rev Mex Cir Endos 2005; 6: 131-4.
11. Smurra NA, Pisoni M, Armagnague HJ, Pugliese R. Tratamiento del prolапso rectal total. Prensa Med Argent 1985; 72(15): 502-4.
12. Siddiqi S, Vijay V, Ward M, Mahendran M, Warren S. Pruritus ani. Ann R Coll Surg Engl 2008; 90: 457-63.
13. Dasan S, Neil SM, Donalson DR. Treatment of persistent pruritus ani in a combined colorectal and dermatological clinic. Br J Surg 1999; 86: 1337-40.
14. Zuccati G, Lotti T, Mastrolorenzo A, Rapaccini A, Tiradritti L. Pruritus anni. Dermatol Ther 2005; 18: 355-62.
15. Nikkels AF, Piérard GE. Perineal herpes simplex infection in bedridden geriatric patients. Am J Clin Dermatol 2007; 8: 79-83.

### Solicitud de sobretiros:

Dra. Ruby Medina Murillo  
Hospital Ángeles Lindavista  
Río Bamba 639, Cons. 330 A  
C.P. 07760, México, D.F.  
Tels.: 5754 8504 y 5754 8408