

CURSO DE ACTUALIZACIÓN EN GERIATRÍA

DERMATOLOGÍA GERIÁTRICA

Isabel M^a Coronel Pérez
Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme
Sevilla
19 de mayo de 2022



DERMATOLOGÍA GERIÁTRICA: PROBLEMAS CUTÁNEOS DE MAYOR RELEVANCIA EN MAYORES.

Enfermedades asociadas al envejecimiento.

Lesiones comunes: xerosis, telangiectasias, purpura senil, léntigos solares, hipomelanosis guttata, fotoenvejecimiento (dermatoheliosis), liquen escleroso y atrófico.
Tumores benignos: queratosis seborreicas.
Lesiones pre-malignas: queratosis actínicas, enfermedad de Bowen.
Tumores malignos: carcinoma baso-celular, carcinoma espino-celular, melanoma, linfomas cutáneos, etc.
Enfermedades infecciosas: dermatofitosis, herpes zoster, verrugas, entre otras.
Enfermedades ampollares autoinmunes: penfigoide buloso, etc.
Enfermedades autoinmunes: dermatitis de contacto, dermatitis atópica, vitiligo, psoriasis, etc.
Liquen simple crónico.
Prurito no especificado (<i>sine materia</i>).
Úlceras por presión (escaras), úlceras venosas, úlceras arteriales, etc.
Vulvodinia, síndrome de la boca urente, balanitis atrófica.

Modificada de Navarrete D. *et al.*³⁹

LESIONES COMUNES EN LA PIEL DE LOS MAYORES



XEROSIS

Piel. 2013;28:154-60



TELANGIECTASIAS y ANGIOMAS
(PUNTOS RUBÍ)



FOTOENVEJECIMIENTO



HIPOMELANOSIS EN GOTAS



LENTIGOS SOLARES

QUERATOSIS SEBORREICAS

INFECCIONES



INFECCIONES

CAUSAS DE INFECCIONES EN MAYORES:

1º URINARIAS

2º RESPIRATORIAS

3º PIEL Y TEJIDOS BLANDOS

En los mayores las infecciones cutáneas son más frecuentes que en la población general.

Factores de riesgo de infección en el anciano

Aislamiento
Hospitalización
Institucionalización (centros sociosanitarios y residencias)
Instrumentalización (sondas, catéteres)
Malas condiciones higiénicas de la vivienda
Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento
Malnutrición
Comorbilidad
Ausencia de medidas preventivas

Población más frágil.

Coexistencia ambiental de: pacientes frágiles + patógenos diversos.

En las residencias, el 10% de los pacientes que siguen un tratamiento antibiótico lo realiza por una infección de piel o tejidos blandos.

MICOSIS

CANDIDIASIS

Candida: Flora habitual en mucosa digestiva y genital

- **Factores locales:** maceración de la piel, calor, humedad...
- **Factores generales:** tratamiento con corticoides y antibióticos
- **Enfermedades:** diabetes, hematológicas...

Las personas mayores tienen algunas características que las favorecen:

- Movilidad limitada
- Incontinencia
- Polimedicación



MICOSIS

CANDIDIASIS

Candida: Flora habitual en mucosa digestiva y genital

- **Factores locales:** maceración de la piel, calor, humedad...
- **Factores generales:** tratamiento con corticoides y antibióticos
- **Enfermedades:** diabetes, hematológicas...

Las personas mayores tienen algunas características que las

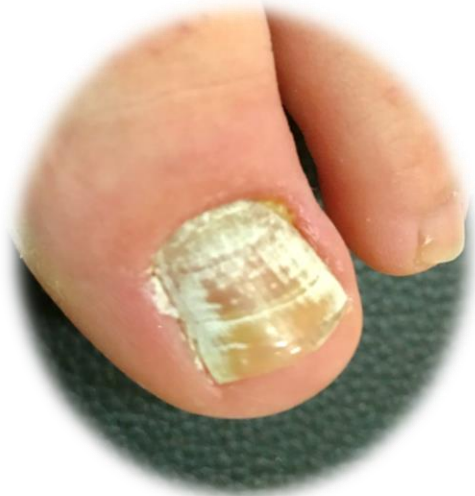


ONICOMICOSIS

Son más frecuentes en las personas de **edad avanzada**, sobre todo en **varones**.

Factores relacionados: calor, humedad, crecimiento más lento de la uña, sistema inmunitario más débil, problemas circulatorios...

¡Ojo! Pueden ser la puerta de entrada de infecciones de la piel más profundas, sobre todo en diabéticos.



ONICOMICOSIS BLANCA
SUPERFICIAL



ONICOMICOSIS DISTAL Y
LATERAL



ONICOMICOSIS
PROXIMAL



ONICOMICOSIS
POR CANDIDA



Síndrome de las uñas verdes



Psoriasis



Liquen plano



Onicopatía por medicamentos (* oncológicos)

ONICOMICOSIS



CULTIVO DE HONGOS



Muestras de uñas

- Limpieza de la uña o uñas afectadas con alcohol o jabón/ agua, dejando secar
- Corte de la uña o uñas desde el punto más proximal posible (sin causar molestia)
- Obtención de residuos subungueales raspando el área bajo la uña cortada con una cureta de borde serrado de 1-2 mm o una cuchilla del n.º 15

ONICOMICOSIS

TRATAMIENTO

Desbridamiento / Avulsión ungueal

Desbridamiento de uñas distróficas; los pacientes deben efectuarlo cada semana.

Compuestos tópicos

Disponibles en lociones y lacas. Casi nunca es eficaz, excepto para OBS *Laca ungueal de ciclopirox*; se recomienda que un profesional realice el desbridamiento ungueal cada mes.

Compuestos sistémicos

Nota: en el tratamiento sistémico de la onicomicosis, las uñas casi nunca tienen aspecto normal después de los periodos de tratamiento recomendados debido al crecimiento lento de la uña. Si los cultivos y los preparados de KOH son negativos después de estos periodos, la medicación, no obstante, puede suspenderse y las uñas por lo general volverán a crecer de forma normal.

→ Terbinafina

250 mg/día durante seis semanas para las uñas de los dedos y 12 a 16 semanas para las uñas de los pies; más eficaz contra las infecciones por dermatofitos.

→ Itraconazol: aprobado (Estados Unidos) para la onicomicosis. Eficaz contra dermatofitos y *Candida* únicamente

250 mg/día durante 6 semanas (uñas de las manos), 12 semanas (uñas de los pies) (tratamiento continuado). No está autorizado para la onicomicosis de las uñas de los pies, pero se utilizan dosis en pulsos, administrados durante 3 a 4 meses, 200 mg c/12 h los primeros 7 días de cada mes (se continúa el régimen 12 semanas en la afectación de las uñas de los pies).

→ Fluconazol: no aprobado (Estados Unidos) para la onicomicosis. Eficaz contra dermatofitos y *Candida*

Se ha comunicado la eficacia en dosis de 150-400 mg un día por semana o 100-200 mg/día hasta que las uñas vuelven a crecer de forma normal. Es útil en caso de levaduras, pero menos contra dermatofitos.

Profilaxis secundaria

Crema antimicótica, loción o polvo a diario.

Geles de antiséptico: etanol o alcohol isopropílico.

Pedicuras-manicuras: hay que asegurarse de que los instrumentos estén esterilizados o que las personas tengan sus propios instrumentos.

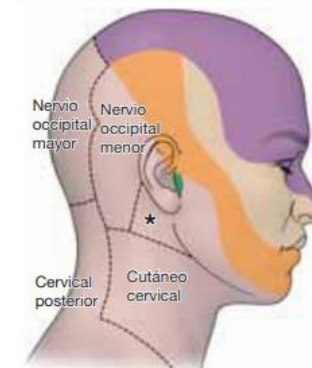
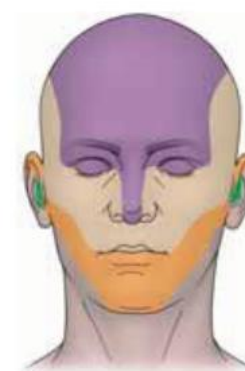
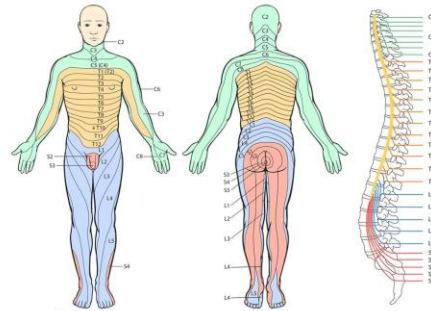
HERPES ZOSTER

La edad influye en la frecuencia con la que se afecta uno u otro dermatoma. **EN LAS PERSONAS MAYORES** : 1º TÓRAX Y LUMBAR Y 2º TRIGÉMINO

PERIODO PRODRÓMICO

LESIONES CUTÁNEAS

Aparecen **en 5 días** aproximadamente, en dirección postero-anterior normalmente, **sin cruzar la línea media, salvo excepciones.**



GUÍA	
Ramas del nervio trigémino	
■	Oftálmica
■	Maxilar
■	Mandibular
Ramas del vago	
■	Auricular

* Superposición de los nervios auricular mayor y facial

HERPES ZOSTER: Complicaciones.

NEURALGIA POSTHERPÉTICA

HERPES DISEMINADO

IMPETIGINIZACIÓN



Costras melicéricas



Lesiones en hemicuerpo contralateral
Puede haber ampollas grandes



HERPES ZOSTER: Tratamiento.

Orientado a:

1. Acelerar la curación, reducir las posibilidades de diseminación y el riesgo de complicaciones. **Terapia antiviral** (*pasadas 72 horas desde el inicio la eficacia es nula o mínima):

- Famciclovir oral 500 mg cada 8 horas 7 días
- Valaciclovir 1 g cada 8 horas 7 días
- Aciclovir 800 g 5 veces al día 7 días
- Brivudina 1 comp diario 7 días.

** Inmunosuprimidos: 10 días si es leve o intravenoso si es grave

2. Tratamiento del dolor: sintomático y de la neuralgia postherpética.

SARNA O ESCABIOSIS

- Es una parasitosis familiar o de grupos cerrados (73%-85% de los contagios se origina en estos grupos).
- **El riesgo aumenta en instituciones con más de 120 camas y si el rango residentes/trabajadores supera 10:1.**

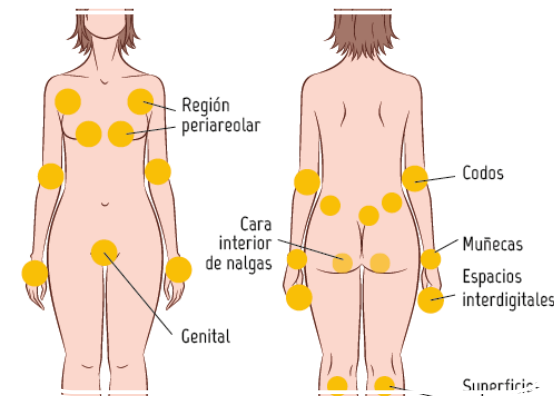


Prurito

Nocturno
Después del baño



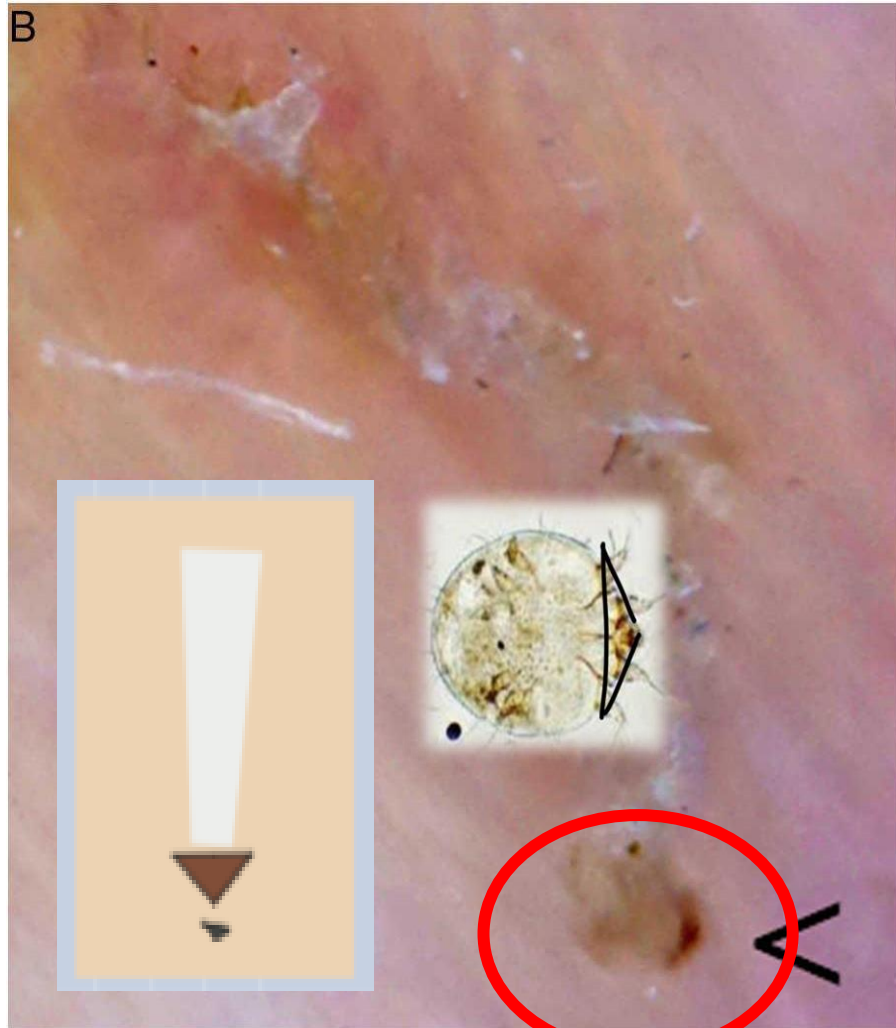
Contactos estrechos
afectados



Lesiones cutáneas
típicas
Morfología
Localización







Rev Bras Dermatol. 2021;112:271-3



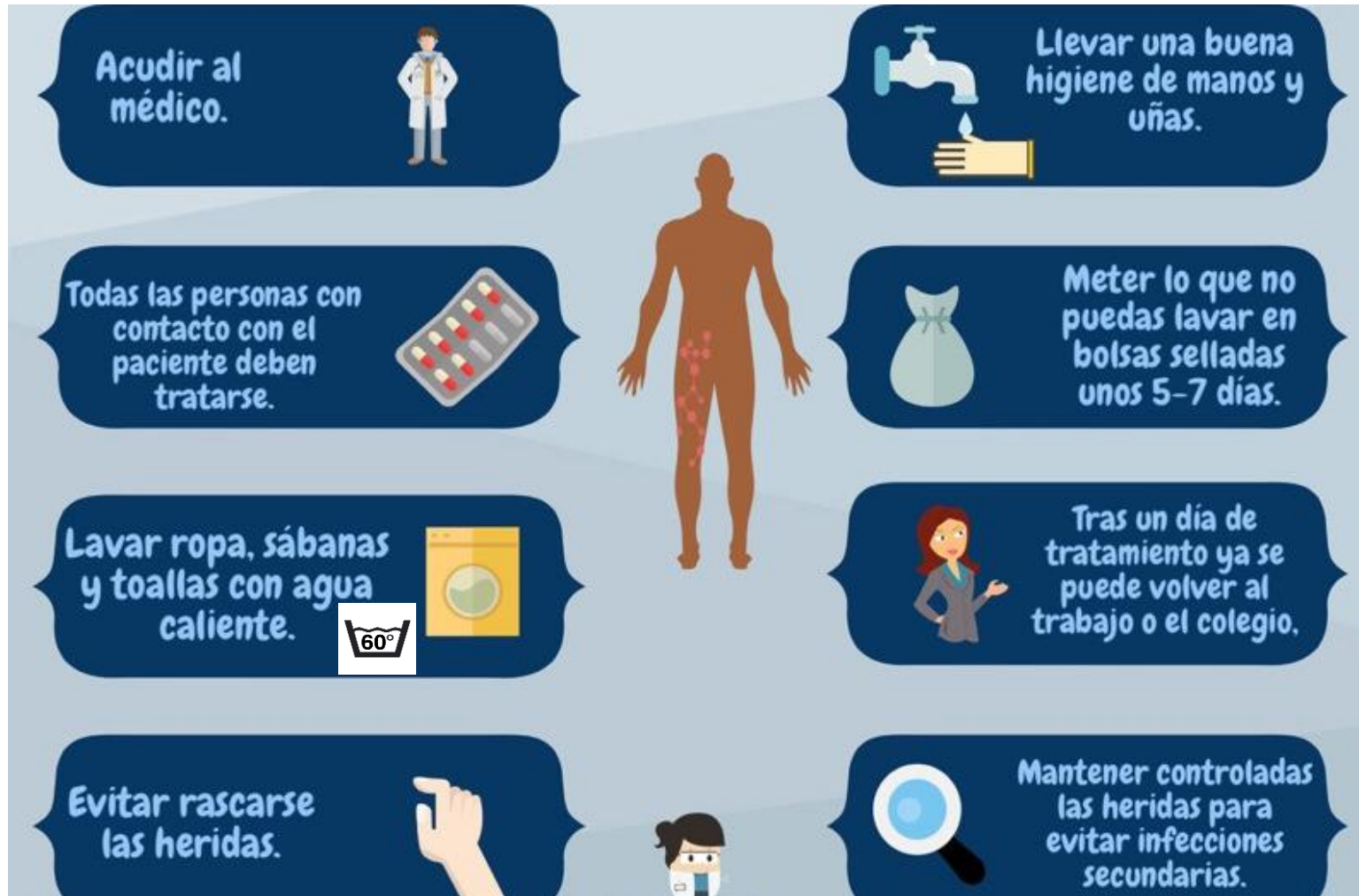
Tinta + Limpieza con alcohol

LESIONES PROVOCADAS POR HIPERSENSIBILIDAD AL PARÁSITO: NÓDULOS ESCABIÓTICOS



SARNA : tratamiento

Tratamiento médico + Manejo de los fómites

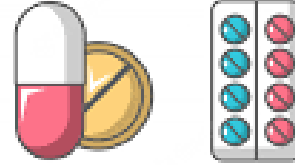


SARNA : tratamiento



Permetrina 5% crema: TRATAMIENTO MÁS EFECTIVO Y MENOS TÓXICO.

- Aplicar por la noche, después de un baño, sobre la piel seca, desde la zona retroauricular y el cuello hacia abajo, **insistiendo en pliegues y debajo de las uñas.**
- **En ancianos y niños se recomienda aplicar el tratamiento también en cuero cabelludo.**
- A la mañana siguiente (tras 8-12 horas), lavar la crema.
- **Repetir a los 7 días** una dosis de **recuerdo** con el mismo modo de aplicación (para destruir los huevos, ya que no es 100% ovicida).



IVERMECTINA ORAL (Comp de 3 mg).

- Dosis única por vía oral de 150-200 $\mu\text{g}/\text{kg}$ de peso.*
Valorar repetir a los 7 días (tampoco es ovicida).
- **Útil en casos de sarna noruega y cuando hay epidemia en instituciones**, pero su seguridad no se ha probado en ancianos.
- Casi no atraviesa la barrera hematoencefálica, aunque puede inducir somnolencia.

¡¡ACAROFOBIA!!

- ✓ 24 horas después de realizar el tratamiento el enfermo no trasmite la infestación.
- ✓ Puede persistir el picor y aparecer lesiones inflamatorias (la reacción de hipersensibilidad puede continuar semanas).



- ✓ Todas las lesiones deberían curar en 1 mes después de hacer el tratamiento.
- ✓ Buena información al paciente y cuidadores.
- ✓ Hidratar y si es necesario, antihistamínicos para controlar el picor.

**SI ALGO NO CUADRA, PENSAR EN REINFECCIÓN.
BUSCAR DE NUEVO SURCOS Y VESÍCULAS ACARINAS O HACER PRUEBAS.**

CELULITIS

Afecta mayoritariamente a **mayores de 60 años**, principalmente en MMII.



ERISPELA

Infección superficial:
Epidermis y Dermis superficial

Límites bien definidos entre piel sana/enferma y ligeramente elevada

Síntomas sistémicos AGUDOS (aparecen precozmente, casi al principio)

Niños y ancianos

CELULITIS

Infección profunda:
Dermis profunda y TCSC

Límites mal definidos

Primero la lesión y tras unos días aparece la fiebre.

Adultos > 50 años



DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA ERISPELA Y CELULITIS



Lipodermatosclerosis



Eczema de contacto



Tromboflebitis

DERMATOSIS AMPOLLOSAS





Quemaduras químicas



Picaduras



Dermatitis de contacto



Porfiria

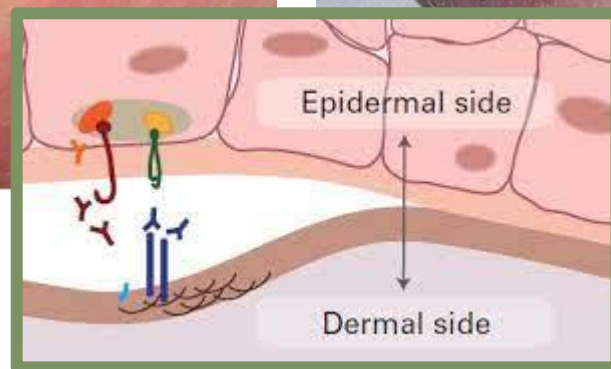


Enfermedad ampollosa diabética



Por fricción

PENFIGOIDE AMPOLLOSO



PENFIGOIDE AMPOLLOSO POR MEDICAMENTOS

Fármacos más comúnmente asociados al penfigoide ampuloso

Antibióticos/Antifúngicos	Diuréticos/Antihipertensivos	Otros
ciprofloxacino	captopril	neurolépticos
ampicilina	enalapril	psoralenos con UV-A
penicilinas	furosemida	sulfasalazina
terbinafina		sulfapiridina
cloroquina		fenacetina

PubMed.gov

gliptin bullous pemphigoid

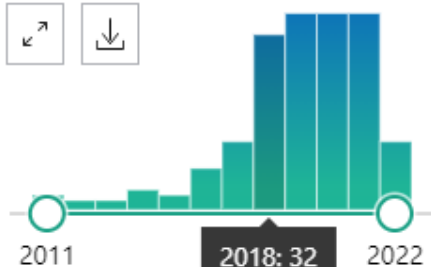


Search

[Advanced](#) [Create alert](#) [Create RSS](#)

[User Guide](#)

RESULTS BY YEAR



DERMATITIS O ECZEMAS



PRURITO NO ESPECIFICADO (SINE MATERIA)

Tabla 2 – Causas de prurito en el adulto mayor

Xerosis cutis/dermatitis de contacto irritativa asteatósica
Diabetes mellitus
Enfermedades hepáticas y biliares
Enfermedades renales
Deficiencia de hierro
Drogas y fármacos
Enfermedades neoplásicas, sobre todo hematológicas
(linfoma y leucemia)
Policitemia
Hipertiroidismo e hipotiroidismo
Dermatitis herpetiforme
Infestaciones parasitarias (escabiosis)
(oxiurosis)
Psicógena

Adaptada de Seyfarth et al.⁹.

Navarrete-Dechent C et al. Piel. 2

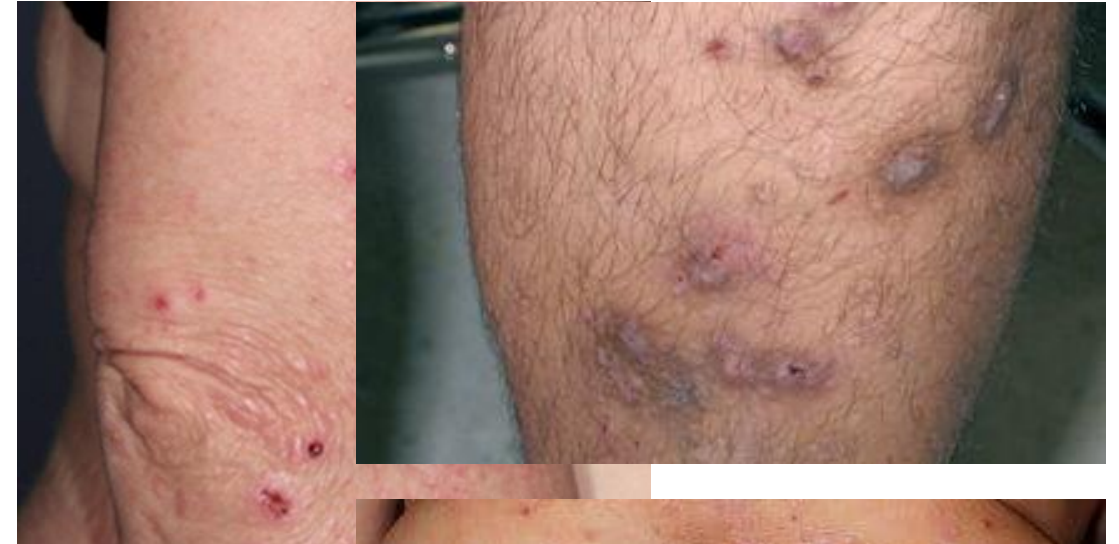
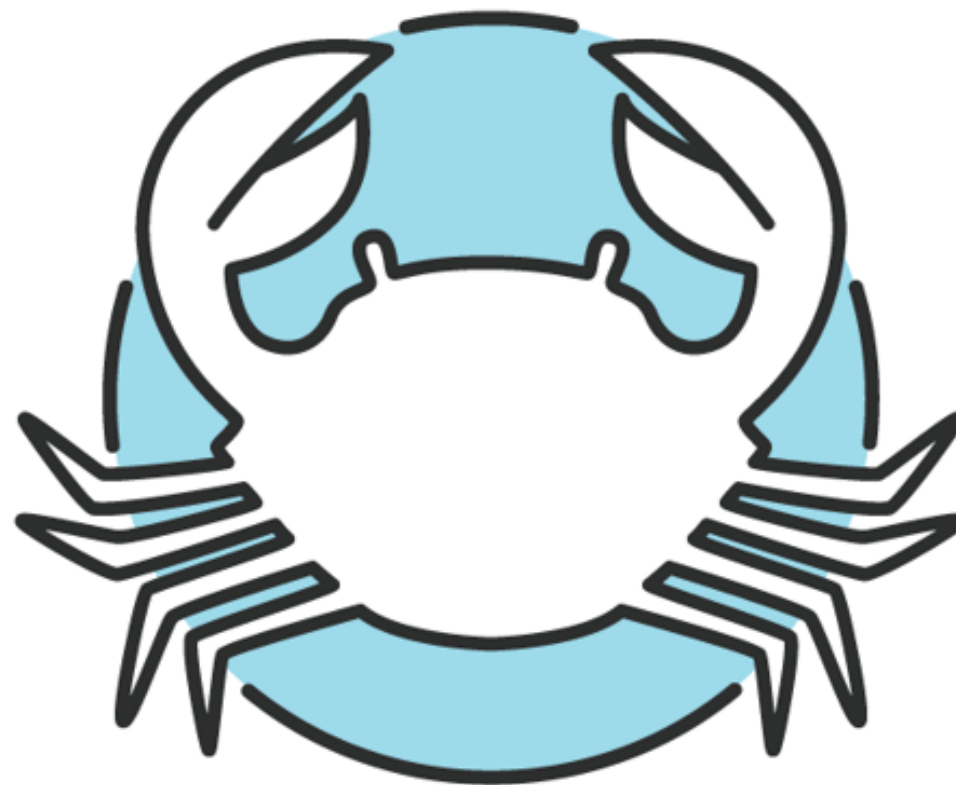


Tabla 3 – Exámenes básicos a solicitar en un adulto mayor con prurito sin lesiones cutáneas

Hemograma con recuento diferencial y velocidad de sedimentación globular
Proteína C reactiva
Perfil de hierro (en pacientes con anemia)
Creatinina plasmática y niveles de nitrógeno ureico plasmático (función renal)
Pruebas hepáticas (que incluyan transaminasas, bilirrubina total y directa, y fosfatasa alcalina)
Glucemia plasmática
Pruebas tiroideas (TSH, T3 y T4 libre)
Examen parasitológico seriado en deposiciones

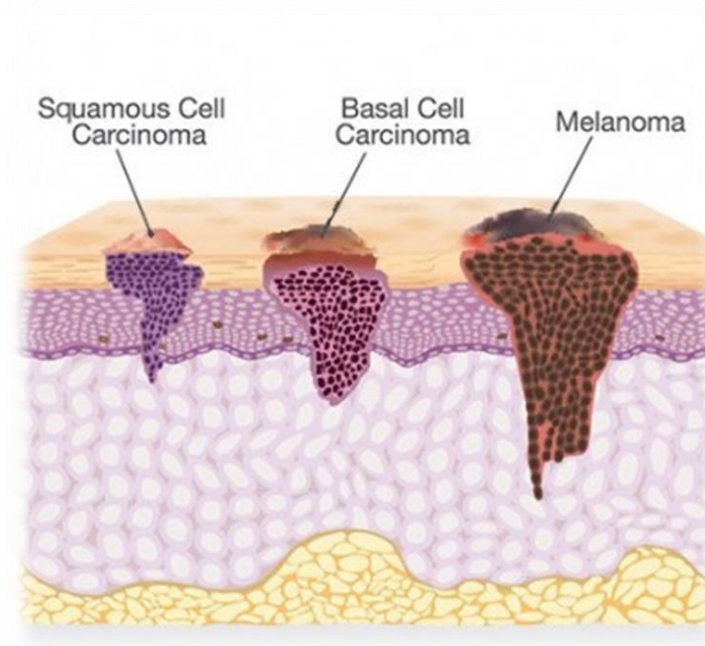
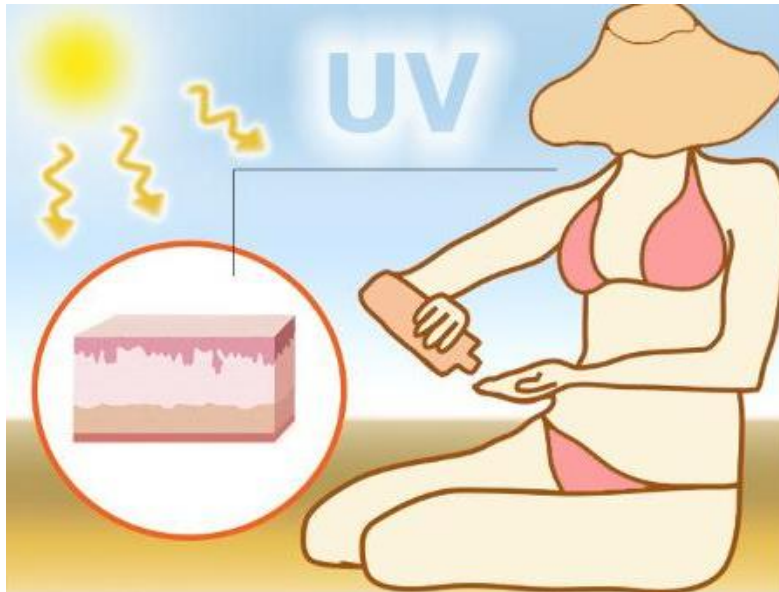




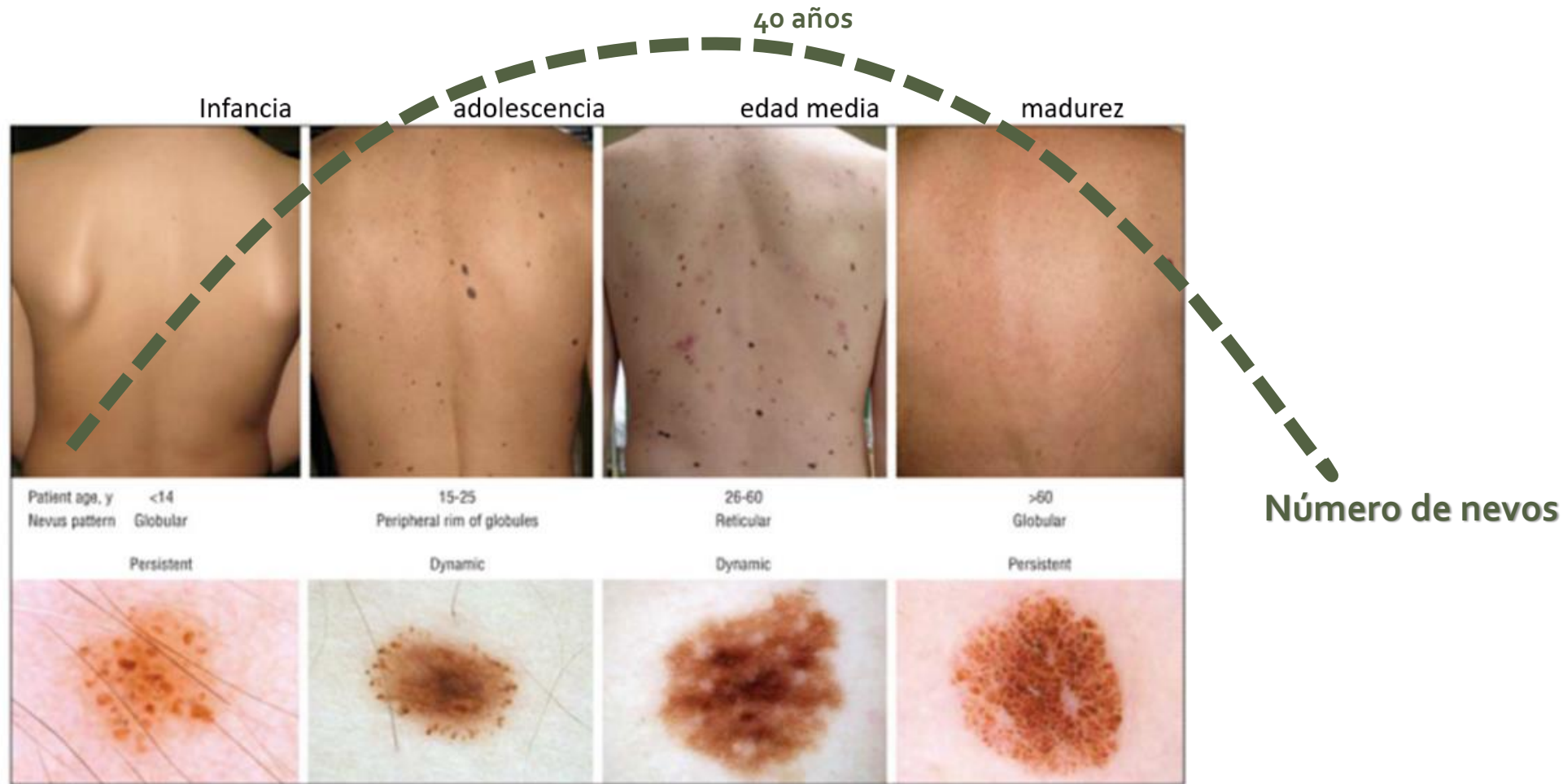
Cáncer

DERMATOLOGÍA GERIÁTRICA: CÁNCER DE PIEL

- El cáncer de piel aparece predominantemente en mayores de 65 años.
- Su incidencia va en aumento, hasta 10% en las últimas décadas (hábitos de exposición solar, envejecimiento de la población...)

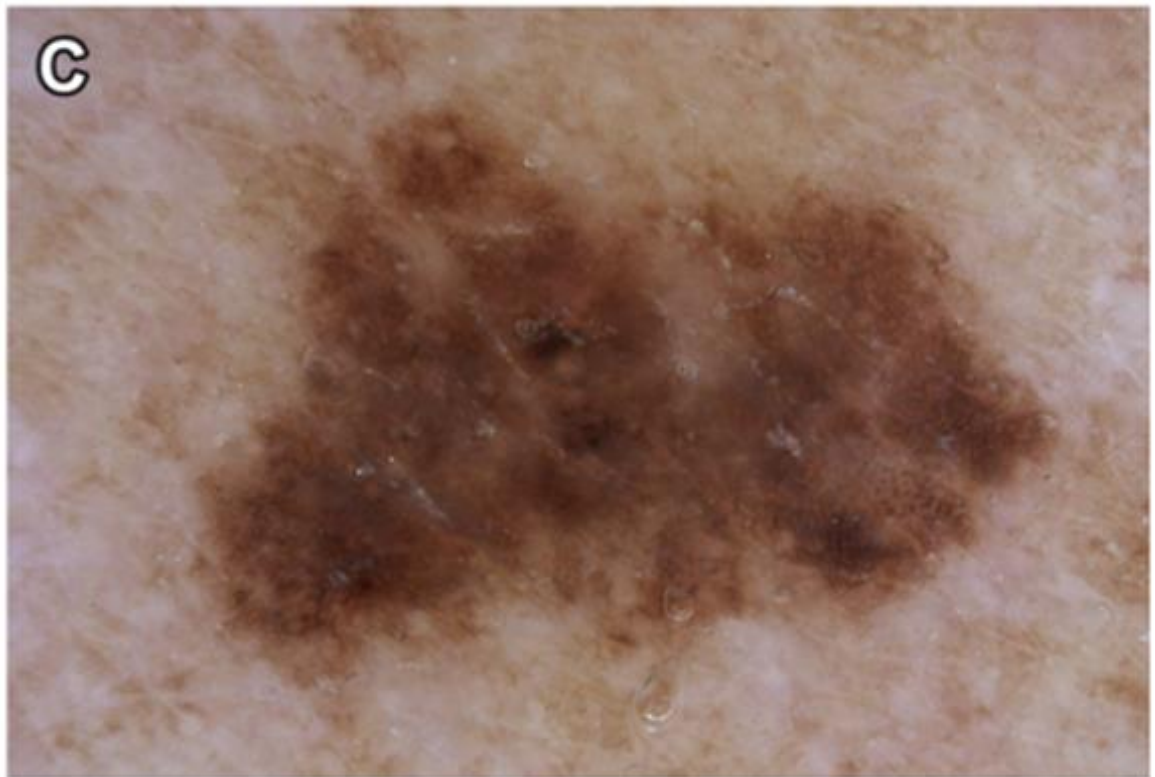


NÚMERO Y ASPECTO DE LOS NEVOS EN RELACIÓN CON LA EDAD



Nevos planos (junturales) → Nevos verrugosos (intradérmicos)

Muy pigmentados → Poco pigmentados



A

- "De toda la vida"
- Simétrico
- Poco pigmentado



B

- Aparece en mayores
- Asimétrico, Bordes irregulares, Heterocromo...



FORMAS FRECUENTES DE MELANOMA

MELANOMA DE
EXTENSIÓN
SUPERFICIAL
(60-70%)

Hombres: Tronco
Mujeres: Piernas



MELANOMA
NODULAR
(15-20%)

Hombres
Tronco, cabeza-
cuello



MELANOMA LENTIGO
MALIGNO (5-10%)

Cara
Zonas fotoexpuestas



MELANOMA
LENTIGINOSO ACRAL (5-
10%)

Plantas > Palmas



MELANOMA

- En EEUU más del 40% de los melanomas afectan a >65 años.
- La tendencia de la mortalidad asociada a melanoma en adultos jóvenes es a disminuir, pero en >65 años sigue siendo creciente.
- Causas de diagnóstico tardío: dificultades para autoexamen de piel, baja conciencia de enfermedad y bajo nivel socioeconómico.
- Patrón clínico patológico diferente en los mayores.

FORMAS FRECUENTES DE MELANOMA

MELANOMA DE EXTENSIÓN SUPERFICIAL (60-70%)

Hombres: Tronco
Mujeres: Piernas



MELANOMA LENTIGO MALIGNO (5-10%)

11,1-24,2%

Cara
Zonas fotoexpuestas



PERSONAS MAYORES

15-40%

MELANOMA NODULAR (15-20%)

Hombres
Tronco, cabeza-cuello



MELANOMA LENTIGINOSO ACRAL (5-10%)

Plantas > Palmas

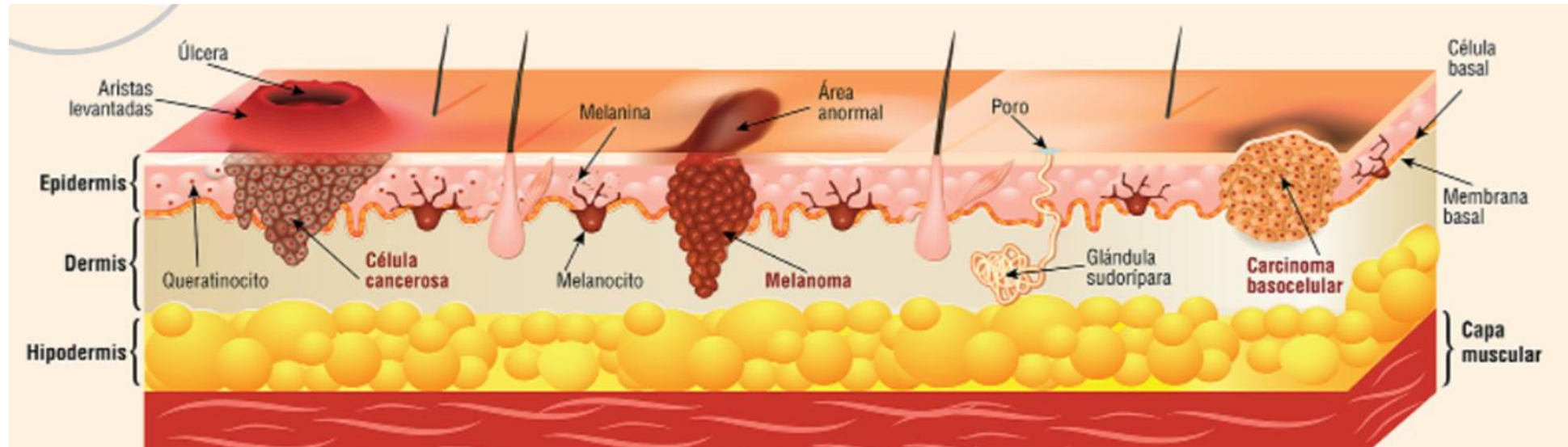


MELANOMA

- En EEUU más del 40% de los melanomas afectan a >65 años.
- La tendencia de la mortalidad asociada a melanoma en adultos jóvenes es a disminuir, pero en >65 años sigue siendo creciente.
- Causas de diagnóstico tardío: dificultades para autoexamen de piel, baja conciencia de enfermedad y bajo nivel socioeconómico.
- Patrón clínico patológico diferente en los mayores.
- **Mayor diseminación por vía hematológica que linfática respecto a jóvenes.**
- **La edad puede ser una contraindicación para la cirugía pero no para tratamientos diana o inmunoterapia.**

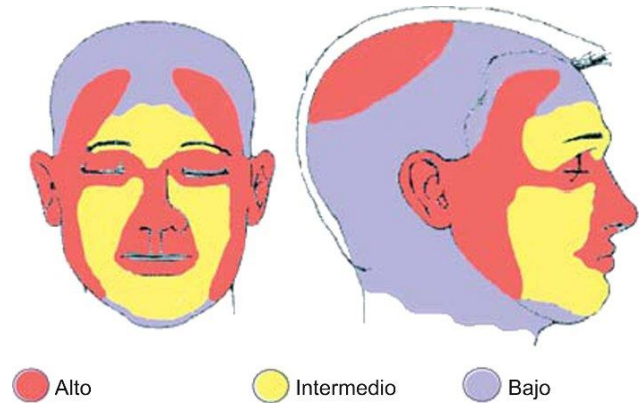
CÁNCER CUTÁNEO NO MELANOMA

- Supone la mayor incidencia de todos los cánceres, superando incluso todos los demás casos de cánceres combinados (** no registros).
- En la piel supone el 80% de los cánceres.
- 70% de los CCNM son carcinomas basocelulares y 20% espinocelulares.





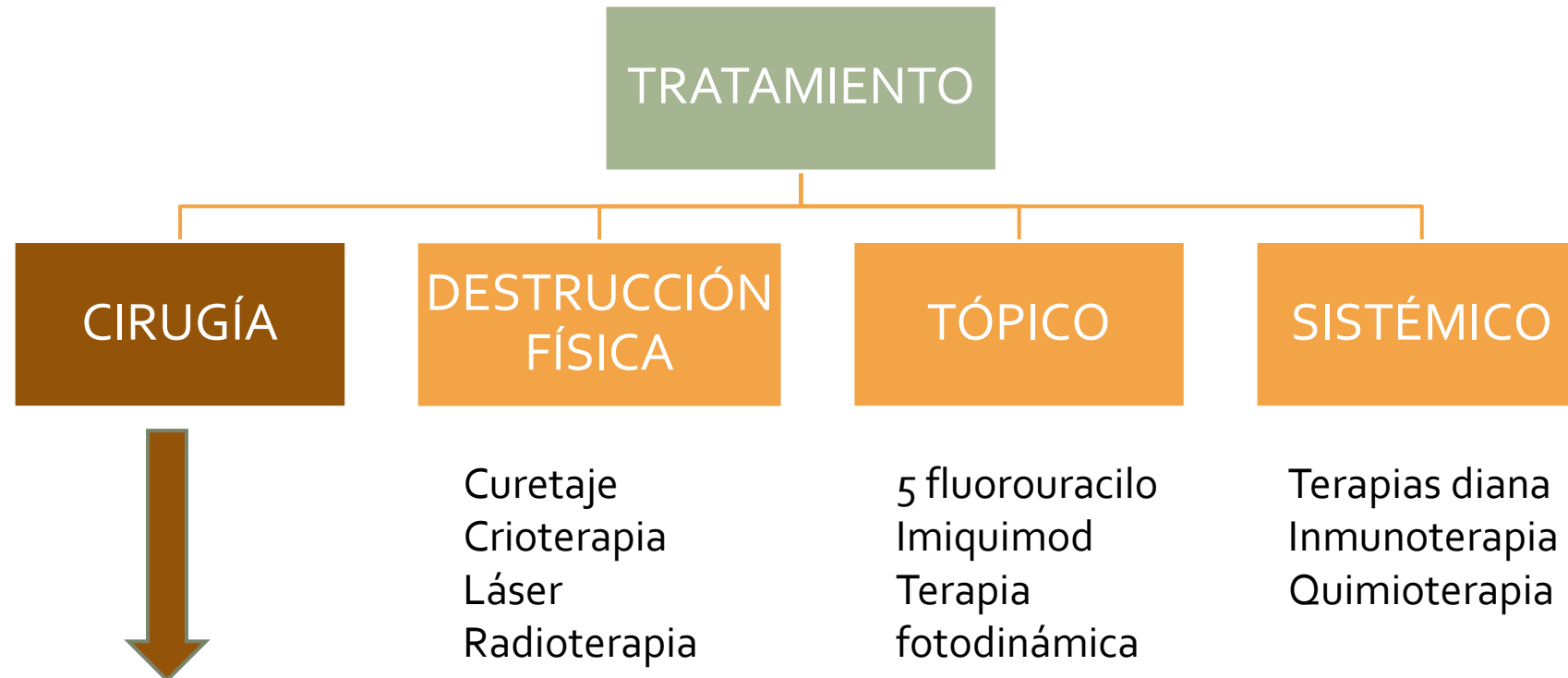
- Originado en la capa de células basales
- Crecimiento lento (meses-años)
- Invade estructuras subyacentes
→ Destrucción local (ZONA H)
- Excepcionalmente metastatiza





- Originado en la capa de células espinosas
- Crecimiento rápido (semanas-meses).
- Puede metastatizar (OJO en zona H, palmas-plantas y mucosas)

NI LA EDAD NI LA ESPERANZA DE VIDA LIMITADA CONDICIONAN LOS TRATAMIENTOS



- Segura: anestesia local y baja morbi-mortalidad → Rechazo por cuidadores.
- Complicaciones (8-20% en mayores): hemorragia, infecciones, dehiscencia o necrosis.
- En CCNM localmente avanzado o metastásico la edad puede ser limitante para la cirugía y requerirse otras opciones.



MUCHAS GRACIAS POR SU ATENCIÓN