



Clínica cotidiana

Dificultades en atención primaria para establecer el diagnóstico de una enfermedad dermatológica en el anciano

Elena Nogueras Ormazábal^{a,*}, Pilar Sarrasqueta Sáenz^b, Juan Pedro Ozcoidi Areso^b, Ana Corcuera Esparza^b, Esther Beraza Saldaña^b, Rocío Miguel Pérez^c

^aCentro de Salud Allo. ^bCentro de Salud II Ensanche Pamplona. ^cCentro de Salud San Juan. Pamplona (Navarra)

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 22 de marzo de 2016

Aceptado el 6 de febrero de 2017

On-line el 26 de junio de 2017

Palabras clave:

Anciano

Tinea

R E S U M E N

Las enfermedades dermatológicas son muy frecuentes en los ancianos. La polipatología y polifarmacia comunes en este grupo de edad dificultan su diagnóstico.

El caso revisa las lesiones de hipersensibilidad retardada secundarias a un proceso de *Tinea pedis* y las opciones terapéuticas (tópica, sistémica) más adecuadas.

También considera las dificultades que tiene el médico de atención primaria para obtener el diagnóstico y la influencia de las creencias familiares en la toma de decisiones.

© 2017 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por Ergon Creación, S.A.

Difficulties in Primary Care to establish the diagnosis of a dermatological disease in the elderly

A B S T R A C T

Skin diseases are very common in the elderly. The polypathology and common polypharmacy in this age group difficult diagnosis.

The case review delayed hypersensitivity injuries secondary to *Tinea pedis* and the most appropriate therapeutic options (topical, systemic) process.

It also considers the difficulties of the primary care physician for diagnosis and family beliefs influence in decision-making.

© 2017 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Published by Ergon Creación, S.A.

Keywords

Elderly

Ringworm

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: enoguero@cfn Navarra.e (E. Nogueras Ormazábal).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2017.017>

2254-5506 / © 2017 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

Mujer de 94 años de edad, soltera; vive en un ambiente urbano, sin animales de compañía. Su cuidado recae en cuatro sobrinos, que hacen turnos.

Sufre de psoriasis en el pie derecho, que trata con una pomada de corticoides. Solicita consulta por un nuevo brote en el pie.

En el examen físico pesa 35 kg y mide 140 cm (IMC: 17,5). Se aprecian lesiones ampollosas con borde eritematoso, que se ulceran y descaman con facilidad. Se acompañan de prurito intenso (Figs. 1 y 2). El pie izquierdo presenta una afectación menor.

Se cuestiona el diagnóstico de psoriasis y se solicita un cultivo para descartar la presencia de micobacterias. Es positivo para *Candida lusitanae*, *Clavispora lusitanae* y *Trichophyton rubrum*.

Dada la edad de la paciente, se prescribe un antifúngico tópico. Sin embargo, los familiares no siguen las pautas recomendadas.

Transcurrido un año, la familia consulta por dificultades para alimentarla y por deterioro de su estado cognitivo. Sin desencadenante aparente, comienza con irritabilidad, alucinaciones (auditivas, auto-referenciales, diurnas y nocturnas), fragmentación del sueño y angustia.

Se sospecha una demencia de cuerpos de Lewy y se indican antipsicóticos atípicos potentes.

Una semana después sufre una caída y se produce una fractura de Colles derecha, que precisa inmovilización (yeso cerrado).

Las lesiones del pie evolucionan mal y se añaden otras, 15 días después de la retirada del yeso. Están localizadas en las eminencias tenar e hipotenar de la mano derecha; en principio se relacionan con el contacto con el yeso. Son pruriginosas, ampollosas, ulceradas y descamativas (Fig. 3).

Se inicia tratamiento con corticoide tópico (metilprednisolona aceponato, 1 mg/g) en cura oclusiva; se produce mejoría del prurito y de la inflamación.

Al suspender dicho corticoide, cinco días después reaparecen las lesiones y el prurito conduce al rascado y sangrado de las mismas. Se sospecha una toxicodermia (por el tratamiento con antipsicóticos) o una enfermedad carencial; no obstante, la unilateralidad de las lesiones las descarta.

Se propone una interconsulta a Dermatología, pero la familia la rechaza por los inconvenientes en el desplazamiento y siguen con los corticoides tópicos.



Figura 1 – Lesiones en pie derecho.

Transcurridos 3 años desde la primera valoración del cuadro (la paciente tiene ya 97 años), su deterioro mental y físico es grave (IMC 16,5). Sufre disfagia con episodios de tos y atragantamiento. Después de uno de ellos, avisan por aumento de la desorientación basal, disnea súbita, fiebre, dolor en el hemitórax izquierdo y aumento de la expectoración. Se confirma una neumonía por aspiración y la familia solicita nutrición enteral.

Por diferentes motivos se suceden los ingresos hospitalarios, pero nadie presta atención a las lesiones de los pies y la mano. En uno de ellos, presenta un eritema dorso-lumbar y se consulta con Dermatología, que diagnostica tinea pedis con lesiones ides en la mano y eritema por decúbito. Se indican fomentos de sulfuro de zinc (1/1.000 dos veces al día) en los pies para controlar el exudado, cura tópica diaria con terbinafina en los pies y gentamicina sulfato más betametasona en la mano; además se recomiendan cambios posturales para el eritema dorso-lumbar.

Comentario

Con la edad se producen cambios en la epidermis y la dermis, que alteran su funcionalidad; sin embargo, la mayoría de las dermatosis son secundarias a enfermedades sistémicas y/o condiciones de vida (inmovilidad, falta de higiene diaria, incontinencia)¹.

La desnutrición calórico-proteica (DCP) incrementa las infecciones. La falta de vitaminas liposolubles (A, D, E y K) produce xerosis, fisuras, alteraciones oculares, raquitismo y hemorragias; la de las hidrosolubles (B1, B2, B3, B6, B9, B12 y C) pelagra (dermatitis, diarrea y demencia)^{2,3}.

Los efectos adversos de los fármacos en la piel son más frecuentes por la disminución de la masa magra, la excreción renal retardada y las interacciones farmacológicas.

Las infecciones de la piel y los tejidos blandos ocupan el tercer lugar, tras las respiratorias y urinarias. La respuesta febril e inflamatoria es más silente; la evolución más tórpida y la bacteriemia y la sepsis más frecuentes. El diagnóstico se retrasa al enmascararse la sintomatología dentro del cuadro general⁴.

Las candidiasis son infecciones producidas por *C. albicans*, que forma parte de la flora perianal y genital. Las dermatofitosis o tiñas se presentan como placas eritemato-escamosas con



Figura 2 – Lesiones en mano derecha.



Figura 3 – Lesiones en pie izquierdo.

centro pálido o hiperqueratosis, eccema o lesión intertriginosa muy pruriginosa en los pies y como “lámina de aceite” en las uñas de los pies⁴.

La dermatofítide, fenómeno ide o tricofítide, es una reacción frente al antígeno fúngico. La erupción cutánea es generalizada y a distancia del foco. Las lesiones ides son estériles, pero siguen un curso paralelo al del foco infeccioso.

Las ides de la tinea pedis se localizan en la región inguinal y la manos (en las eminencias tenar e hipotenar y la cara lateral de los dedos). Son unilaterales (en el mismo lado que la tinea) y en forma de vesículas o eccematoides. En las manos es más habitual encontrar una reacción dermatofítide que una primoinfección fúngica. Las tiñas de la cabeza, con kerión o sin él, producen ides liquenoides, foliculares o escamosas.

El diagnóstico de las ides es clínico; debemos diferenciarla de otras entidades como psoriasis, dermatitis (atópica, por contacto, alérgica o sensibilización), dishidrosis y eccema numular. En algunas de estas lesiones la afectación suele ser bilateral; en el caso de las dermatofítides unilateral⁵.

La expresión máxima de las ides es el síndrome de *Trichophyton rubrum*. Afecta a personas mayores con factores de riesgo (diabetes, corticoterapia, síndrome de Down, SIDA...), pero también a sanos y de cualquier edad⁶.

El diagnóstico de ides incluye la demostración del foco micótico, la ausencia de micobacterias en la lesión ide y la desaparición de la lesión cuando la primoinfección micótica remite.

Para el diagnóstico precoz de las dermatofítides se recomienda la observación de los pies a todos los pacientes que presenten lesiones sospechosas por dermatofitosis en otras localizaciones. En un estudio con 383 pacientes se constató la existencia de dermatofitosis a distancia en 15,9 % de los mismos⁷.

El tratamiento tópico suele ser insuficiente (aunque, a veces, se indica en ancianos con pluripatología) y se producen numerosas recaídas; pero puede complementar al sisté-

mico, siempre imprescindible. El fluconazol es más específico para las candidiasis, la terbinafina para las dermatofitosis y el itraconazol para ambos. La pauta continua sistémica supone la administración de 250 mg/ día de terbinafina durante seis semanas cuando la afectación es de las uñas de las manos, y entre 6-12 semanas cuando es de las de los pies.

Se necesitan más estudios para establecer la dosis y la duración óptima con la pauta pulsátil. Por el momento, se recomienda 250 mg /12 horas un día de cada semana al mes, durante 2 meses para onicomicosis de las manos, y cuatro meses para los pies.

Conclusiones

Este caso nos muestra las dificultades para diagnosticar enfermedades dermatológicas en los ancianos y la necesidad de replantearnos el diagnóstico; también la importancia de abordar las creencias y prioridades de la familia para poder tratar mejor a los ancianos.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Yaar M, Gilchrist BA. Envejecimiento de la piel. Cambios cutáneos durante la vida. En: Fitzpatrick WK (ed). Dermatología en Medicina General. 7ª edición. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2009. p. 963-74.
2. Jen M, Shah K, Yan AC. Cambios cutáneos en la enfermedad nutricional. La piel en las enfermedades nutricionales, metabólicas y hereditarias. En: Fitzpatrick WK (ed). Dermatología en Medicina General. 7ª edición. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2009. p. 1201-17.
3. Lesourd B. Nutrition: a major factor influencing immunity in the elderly. *J Nutr Health Aging*. 2004; 8: 28-37.
4. Calvo Aguirre JJ, Martínez Burgui C. Infecciones de piel y tejidos blandos en el anciano. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2007; 42(supl 1): 60-7.
5. Verma S, Heffernan MP. Infección micótica superficial: dermatofitosis, onicomicosis, tiña negra, piedra. Enfermedades micóticas. En: Fitzpatrick WK (ed). Dermatología en Medicina General. 7ª edición. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2009. p. 1807-21.
6. Kick G, Kortring HC. The definition of *Trichophyton rubrum* syndrome. *Mycoses*. 2001; 44: 167-71.
7. Szepietowsky JC, Reich A, Garlowska E, Kulig M, Baran E; Onychomycosis Epidemiology Study Group. Onychomycosis Epidemiology Study Group. Factors influencing coexistence of toenail onychomycosis with tinea pedis and other dermatomycoses. *Arch Dermatol*. 2006; 142: 1279-84.