



Clínica cotidiana

Prurito que no se alivia: dermatitis de craquelé

Jorge Luis Orihuela de la Cal^{a,*}, Yamila Santana Artiles^b, Nuris Vega Ulloa^b

^aCentro de Salud El Doctoral. Santa Lucía de Tirajana, Gran Canaria. ^bCentro de Salud de Maspalomas. Gran Canaria.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 25 de julio de 2025

Aceptado el 9 de enero de 2026

On-line el 19 de mayo de 2026

Palabras clave:

Prurito

Dermatitis

Atención primaria

Keywords:

Pruritus

Dermatitis

Primary care

R E S U M E N

La dermatitis de craquelé es una cualidad de la piel que se torna seca, agrietada, con fisuras y menor elasticidad, que produce prurito y descamación irregular. Existe mayor prevalencia en las personas mayores; existiendo factores desencadenantes, entre los cuales tenemos: reducción de la grasa natural de la piel, los climas fríos y secos, algunos medicamentos que resecan el tegumento (diuréticos y retinoides...); también irritantes como: ciertos jabones fuertes, detergentes y productos químicos; afecciones crónicas: atopía, hipotiroidismo y síndrome nefrótico, etc. Se hace necesario el control de las causas conocidas y factores de riesgo. Resulta fundamental la aplicación frecuente de cremas y aceites hidratantes. Se presenta un caso clínico afecto de esta condición cutánea, con seguimiento y control multidisciplinar dentro de la atención primaria (médico, enfermero y trabajador social).

© 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por E-Medfarma 2020, S.L.

Itching that does not get better: cracked dermatitis

A B S T R A C T

Craquele dermatitis is a skin condition that becomes dry, cracked, fissured and less elastic, causing itching and irregular scaling. It is more prevalent in older adults. Triggering factors include: reduced natural skin oils, cold and dry climates, some medications that dry out the skin (diuretics and retinoids); irritants such as certain harsh soaps, detergents and chemicals; chronic conditions such as atopy, hypothyroidism and nephrotic syndrome. Control of known causes and risk factors is essential. Frequent application of moisturizing creams and oils is essential. A clinical case of this skin condition is presented, with multidisciplinary follow-up and management within primary care (physician, nurse and social worker).

© 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Published by E-Medfarma 2020, S.L.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jorgeorihu1969@gmail.com (J.L. Orihuela de la Cal).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2026.S1.019>

2254-5506 / © 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

Descripción del caso clínico

Se valora en consulta de atención primaria (AP) a un hombre de 70 años que refería prurito generalizado frecuente desde hacía más de un año, sin mejoría con crema de aloe vera.

Entre sus antecedentes personales estaban la diabetes mellitus (DM) tipo 2, la hipertrigliceridemia y la hiperuricemia, tratadas con metformina, fenofibrato y alopurinol, respectivamente. Vive solo, con una pensión baja, nulo apoyo familiar y ha tenido problemas con la adherencia terapéutica.

También presentaba hábitos tóxicos, fumando desde los 20 años, con índice paquete/año: 15 paq/año actualmente.

Además, como antecedentes familiares recogidos se encontraban: padre fallecido/ infarto del miocardio, madre fallecida/ enfermedad renal crónica y un hijo que vive fuera del país

Durante la exploración física se aprecia una apariencia general descuidada tanto en lo personal como en la higiene. Tras la inspección de la piel, fue determinado un fototipo de Fitzpatrick IV, con xerodermia y presencia de placas hiperqueratósicas diseminadas por tronco y extremidades, de coloración marrónáceas, descamativas y reticuladas, como “porcelana rota” (figuras 1 y 2).

Para determinar la intensidad del prurito referido se emplea la Escala Visual Analógica (EVA), con resultado de 5-6/10 (moderado). Tras frotar una zona de la espalda con gasa empapada en solución hidroalcohólica se observa la caída de las escamas, dejando el área eritematosa por la fricción, sin otras lesiones visibles (figura 2, señalizada con una flecha); estos hallazgos permiten ir descartando otras afecciones como la Ictiosis y la psoriasis, entre otras. También se constata un perímetro abdominal incrementado e índice de masa corporal de 32, que corresponde con una obesidad tipo I.

Se realizaron varias pruebas complementarias para completar el estudio del caso, constatándose mal control de pato-

Tabla 1 – Objetivos de metabolismo lipídico.

Grupos de riesgo de ECV	Valor deseable*
Paciente de riesgo muy alto	< 55 mg/ dl
Paciente de riesgo alto	< 70 mg/dl
Paciente de riesgo moderado	< 100mg/dl
Paciente de riesgo bajo	< 115 mg/dl

*Valores deseables de Colesterol-LDL, según la categoría de Riesgo Cardiovascular (Sistema SCORE)⁵.

logías de base: presencia de hiperglucemia en ayunas y hemoglobina glicada (HbA1c) fuera de objetivos con resultado de 8,8 %, al igual que los lípidos, tanto el colesterol total como el colesterol de baja intensidad (col-LDL). Se estableció una individualización de las metas de resultados a conseguir, siendo necesario reducir la HbA1c por debajo de 7,7,5 % y el col-LDL menor a 70 mg/d, al presentar un riesgo vascular alto⁵ (tabla 1).

Tras la valoración integral, el juicio clínico establecido fue el de eccema en craquelé, asociado a descompensación de enfermedades crónicas no transmisibles.

Fue necesaria la intervención de la trabajadora social y la colaboración de enfermería en el control y seguimiento clínico del enfermo; insistiendo en las medidas higiénico dietéticas a cumplirse de forma eficaz y continua, como la hidratación cutánea y oral, una dieta cardiosaludable (mediterránea) y ejercicios adaptados a su edad y condición física. Fueron reforzadas las acciones de educación para la salud, proporcionándole varias charlas educativas que le permitieran concienciar sobre la necesidad de reducir el consumo de tabaco hasta producirse la deshabitación y con implicación de alguna forma de la familia.

Además, fue realizado ajuste del tratamiento farmacológico con la asociación de metformina/empaglifozina y sim-



Figura 1 – Dermatitis o eccema de craquelé, aspecto de “porcelana rota” (piernas).



Figura 2 – Eccema o dermatitis de craquelé (espalda).

vastatina/ezetimiba, favoreciendo la adherencia terapéutica, enfatizándose en la importancia de su cumplimiento. Un mes después de la intervención antibacaco, el paciente solicitó fármacos que le ayudaran, indicándose la vareniclina, que se encuentra financiada dentro del Programa de Ayuda al Fumador en Canarias (PAFCAN), lográndose el cese del consumo.

Evolutivamente fue mejorando el aspecto general y su sintomatología. Mantuvo controles tanto por medicina familiar, enfermería y trabajo social, alcanzando reducción de peso y el control metabólico en el transcurso de varios meses.

Comentario

La dermatitis o eccema de craquelé, también conocida como dermatitis asteatósica, constituye una afección dermatológica caracterizada por piel muy seca, descamativa y pruriginosa, síntoma que puede llegar a ser muy intenso. Esta entidad se asocia a una alteración de la barrera cutánea, que favorece la deshidratación epidérmica y la aparición de fisuras^{1,2}. Su prevalencia es elevada, especialmente en personas de edad avanzada, con predominio descrito en varones^{1,2}.

Desde el punto de vista etiológico, la dermatitis asteatósica puede relacionarse con múltiples factores, entre los que se incluyen la atopia, el uso excesivo de jabones u otros productos tópicos irritantes, la aplicación de determinados fármacos como retinoides, tratamientos quimioterápicos o radioterapia, así como la presencia de enfermedades sistémicas (hipotiroidismo, procesos neoplásicos, entre otras). Asimismo, los cambios climáticos, especialmente los ambientes secos y el invierno, constituyen factores desencadenantes o agravantes frecuentes^{1,2}.

El diagnóstico diferencial debe establecerse con otros tipos de eccema, como el eccema atópico o de contacto, así como con otras dermatosis descamativas, entre ellas la dermatitis seborreica y la psoriasis vulgar. También deben considerarse otras entidades menos frecuentes, como la sarna noruega, la ictiosis o la micosis fungoide^{3,4}. Una adecuada sospecha clínica y la correcta orientación diagnóstica resultan fundamentales para instaurar un tratamiento eficaz y evitar complicaciones³.

El tratamiento se basa fundamentalmente en medidas tópicas. Es esencial el uso de emulsiones limpiadoras sin jabón ni sustancias irritantes, junto con la aplicación regular de emolientes e hidratantes, preferentemente formulaciones con urea y vaselina líquida. En este contexto, se recomienda explicar de forma detallada al paciente la correcta aplicación de los productos, incluyendo la realización de un frotado suave y progresivo para facilitar la descamación antes de la hidratación.

En caso de prurito persistente, puede añadirse tratamiento antihistamínico por vía oral¹⁻³.

El médico de familia desempeña un papel clave en la identificación y el manejo integral de esta patología, dada su elevada prevalencia en atención primaria^{1,2}. Además del tratamiento farmacológico, resulta fundamental insistir en la importancia de los autocuidados y en la adherencia a las medidas higiénico-dietéticas. En determinados casos, es necesario ofrecer apoyo adicional mediante la derivación a trabajo social para la gestión de ayudas económicas o asistenciales, así como a psicología comunitaria cuando el impacto en la calidad de vida lo justifique.

La derivación a atención especializada debe considerarse ante dudas diagnósticas, falta de respuesta al tratamiento, empeoramiento clínico o aparición de complicaciones. Un abordaje integral y coordinado desde atención primaria permite mejorar el control de los síntomas, prevenir recurrencias y optimizar la calidad de vida de los pacientes con dermatitis asteatósica^{3,4}.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Conde Montero E. Eccema craquelé: cuando la piel se deteriora como la pintura. Elena Conde [Internet]. 2021 [Consultado 10 Mar 2025]. Disponible en: <https://elenaconde.com/eccema-craquele/>
2. Sánchez Galindo B, López-Torres Hidalgo J. Dermatitis asteatósica o de craquelé. A propósito de un caso. *Rev Clin Med Fam.* 2022;15(3):175-7. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2022000300011
3. Senan Sanz MR, Casanova I, Seuma JM. Eccemas. *AMF.* 2012;8(4). Disponible en: <https://www.amf-semfyc.com/es/web/articulo/eccemas>
4. Ramírez García Y. Lesiones eritematosas y escamosas de la piel. En: García Velasco G, Aldecoa Landesa S, Castro Gómez JA, Dazza Asumendi P, Espinás Boquet J, Fluixá Carrascosa C, et al, editores. *Guía de Actuación en Atención Primaria.* Vol I, 5ª ed. Barcelona: semFYC; 2023. p. 799-811.
5. Programa de prevención y control de la enfermedad vascular aterosclerótica de Canarias. Actualización 2023. Servicio Canario de la Salud. Gobierno de Canarias. p. 63-4.