

11212

7  
lej

S. S.

UNAM

**DERMATOLOGIA GERIATRICA**

**TRABAJO DE TESIS PRESENTADO POR LA  
DRA. MARIA LUISA GARDUÑO DIAZ PARA  
OBTENER EL TITULO EN DERMATOLOGIA,  
LEPROLOGIA Y MICOLOGIA**

**JEFE DEL CURSO: DRA. OBdulIA RODRIGUEZ R.  
JEFE DE ENSEÑANZA: DR. FERMIN JURADO  
ASESOR DE TESIS: DR. JOSE ALVARO PEÑALOZA**

**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

**MEXICO, D.F.**

**1992**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

UNAM



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

# I N D I C E

	PAG.
I. INTRODUCCION	1
II. OBJETIVO	3
III. MATERIALES Y METODOS	4
IV. ANTECEDENTES	5
IV.1 Algunas definiciones	5
A) Senectud	5
B) Geriatria	5
C) Gerentología	6
IV.2 El organismo senil	7
IV.3 Cambios en el estado inmunológico	7
IV.4 Factores de envejecimiento	10
A) El terreno genético	10
B) La exposición solar	12
C) El grado de pigmentación del tegumento	12
V. PIEL SENIL	14
V.1 Cambios anatómicos e histológicos	14
V.2 El sistema melanocitario	15
V.3 El pelo	15
V.4 Las uñas	17
V.5 Glándulas sudoríparas	18
V.6 Glándulas sebáceas	18
V.7 La dermis	19
V.8 Modificaciones funcionales	22
VI. FORMAS CLINICAS DE LA SENECTUD CUTANEA	24
VI.1 Atrofia senil simple	24
VI.2 Púrpura senil de Bateman	24
VI.3 Pseudocicatrices estelares espontáneas (Colomb 1967)	25
VII. ELASTOSIS SENIL	26
VII.1 La piel cetrina de Milian	27

	PAG.
VII.2 Elastoma difuso de Dubreuilh	28
VII.3 Cutis romboidal de la nuca	28
VII.4 Elastoidosis cutánea nodular con quistes y comedones	29
VII.5 Pseudo-milium coloide	29
VII.6 Eritrosis interfollicularis colli	30
VII.7 Placas de degeneración colágena en las manos	31
VII.8 Queratoelastoidosis de las extremidades	31
VIII. PROBLEMAS PIGMENTARIOS DE LA PIEL SENIL	32
VIII.1 Léntigo senil	32
VIII.2 Melanosis circumscriba precancerosa de Dubreuilh	32
IX. ALTERACIONES SÉILES DE LAS MUCOSAS	34
X. TERAPEUTICA DE LA PIEL SENIL	36
XI. DESCRIPCION DE LA REVISION REALIZADA EN EL ARCHIVO CLINICO DEL CENTRO DERMATOLOGICO PASCUA	38
XII. ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LOS RESULTADOS	41
XIII. FOTOGRAFIAS CLINICAS	46
XIV. BIBLIOGRAFIA	52

## I. INTRODUCCION

Quizás cualquier estudio que tiende a clarificar los problemas del hombre sea por sí mismo importante sin ningún tipo de justificación, sin embargo en lo que se refiere al tema que intento desarrollar, la Dermatología Geriátrica, podrían sernos ilustrativas algunas estadísticas de la población mexicana.

Frecuentemente ha sido señalado que la población mexicana es una población joven, y los datos parecen así ilustrarlos. Según estimaciones oficiales para el año de 1978 teníamos una población aproximadamente de 67 millones de habitantes de los cuales 25 millones (36.7%) constituyen una población de menores de 12 años.

Por otra parte citando al Dr. Payno en su artículo "El problema gerontológico de México", observamos que las personas entre los 40 años y más son de 11 098 000 ó sea el 15.9% del total de la población.

La Estructura de la población de México de ninguna manera ha sido la misma en su composición porcentual en las últimas cuatro décadas, como tampoco es semejante a la de otros países. México como enunciamos anteriormente concentra la mayor parte de su población en la base de la pirámide de edad, otros países como Francia y Gran Bretaña se amplían en la mitad superior de la pirámide donde se encuentra la mayor parte de la población, por lo que son considerados pueblos en regresión y estacionario respectivamente.

Es notable que México no manifiesta una preocupación constante por los problemas del envejecimiento. El abandono , la desocupación, los pocos asilos y la cantidad de personas pensionadas son sólo parte de nuestra problemática.

Es por ello que me ha parecido estimulante aunque sea en un aspecto p<sup>ar</sup>cial, el estudio de los problemas que acompañan al envejecimeinto y en lo particular su estudio dermatológico.

No basta al dermatólogo conocer los fenómenos propios del envejecimiento Cutáneo sino de una u otra manera asociarlos al medio ambiente, a los hábitos alimenticios y en general a su medio social que es donde el individuo se desarrolla.

## II. OBJETIVOS

Los objetivos por los cuales se realizó este trabajo son:

1) Hacer una revisión de la información que debe poseer el Dermatólogo sobre los problemas que acompañan al Envejecimiento, tomando en cuenta varios aspectos como serían el biológico, médico en general y especialmente dermatológico y el social.

2) Conocer que porcentaje de la consulta general que asiste al Centro Dermatológico es de tipo geriátrico.

3) Determinar las características de esta consulta en lo que se refiere a las Enfermedades más frecuentes relacionándolas con su sexo, edad, lugar de nacimiento, residencia y ocupación.

### III. MATERIAL Y METODO

1.- Se recopiló la información más determinante y reciente de - - libros, tesis, censos de población, publicaciones de congresos y revistas - sobre Envejecimiento, Gerontología y Dermatología Geriátrica.

2.- Se realizó el estudio retrospectivo de los pacientes mayores de 60 años que consultaron por primera vez al Centro Dermatológico Pascua, tomando como fuente de información el Archivo del Centro en el período comprendido del 1o. de enero de 1980 al 1o. de marzo de 1981, para completar - la revisión de 50,000 expedientes, cantidad que ya tiene significado estadístico.

3.- Elaboración de gráficas para esquematizar algunos de los resultados.

#### IV. ANTECEDENTES

Senectud. Intentar definirla es tarea difícil y después de haber revisado a diferentes autores la entiendo como una serie de cambios que se producen como consecuencia del paso del tiempo, desde la concepción hasta la muerte.

Quiroga concluye que "la senectud no es un estado patológico desequilibrado del organismo, sino un estado armónico de involución paralelo - de estructuras y funciones, en que el equilibrio se rompe fácilmente, si - estímulos exógenos o endógenos, exigen demasiado de sus mecanismos de regulación".

Señalar el momento preciso en que se inicia la involución es aún más difícil, pero diversos estudios indican que es muy probable que sea -- alrededor de los sesenta años el momento que coincide con la terminación - de la etapa de madurez transformándose la línea ascendente de la evolución en una línea descendente que se continuará en dirección de la línea básica hasta encontrar en punto de muerte fisiológica, pero que generalmente no - llega a éste por ser antes interrumpido por una causa patológica.

Geriatría. Es la rama de la medicina que estudia los mecanismos titulares íntimos, que conducen a la senectud; los factores acelerantes y los frenadores, la senectud fisiológica y la patológica.

Nascher es el primero que utiliza el término y según Thewlis ésta se basa en tres principios fundamentales:

Que la senectud es una entidad fisiológica como la infancia y no es un estado patológico de la madurez.

Que es la vejez, la enfermedad de un órgano o tejido normalmente en degeneración, no es una enfermedad tal y como se encuentra en la madurez, sino que está complicada por la degeneración.

Qué el objeto del tratamiento de los viejos, debe ser el de restituir el órgano o tejido a la normalidad correspondiente a esa época de la vida y no al estado normal propio de la madurez.

### Gerontología

Los Objetivos de esta rama de la medicina son estudiar la biología de la edad y los problemas económicos y sociales de la vejez.

La biología de la edad agrupa las investigaciones sobre los fenómenos de la evolución, desarrollo, involución y senectud a nivel celular.

Entre los problemas económicos y sociales encontramos las jubilaciones, el desempleo y el abandono.

## VI.2 El organismo senil

Los cambios anatómo-fisiológicos progresivos que suceden como consecuencia de la edad, que constituye enfermedades específicas son:

Deseccación gradual de los tejidos, debida a la concentración de -  
electrolitos en las células.

Estado gradual de la división celular y de la capacidad para cre-  
cer con el consecuente retardo de la cicatrización.

Disminución de la velocidad de oxigenación de los tejidos (meta--  
bolismo basal bajo).

Astrosia, degeneración y aumento de la pigmentación celular e - -  
infiltración de grasas.

La manifestación de los cambios anteriores en los diferentes apa-  
ratos y sistemas ocasionan el desequilibrio del complejo proceso de la - -  
homeostasis produciendo el deterioro del individuo.

## IV.3 Cambios en el estado inmunológico.

La rápida involución del timo en la segunda década de la vida, es

el fenómeno más importante que ha determinado cambios en el estado inmunológico.

Walford, entre otros, observó una elevación de autoanticuerpos -- con el avance de la edad.

La prevalencia de anticuerpos antinucleares sube de 0 y 5% a los 20 años de edad a 35,55% a los 70 años en hombres y mujeres respectivamente.

Esta predisposición a la formación de autoanticuerpos puede contribuir a la frecuencia del penfigoide en el paciente senil.

Los linfocitos B aparecen constantes con la edad, así como la -- capacidad de los macrófagos de ayudar a los linfocitos B en la producción -- de anticuerpos.

Más importantes y de relevancia clínica son los cambios en las -- respuestas mediadas por linfocitos T como las reacciones de hipersensibilidad que se encuentran disminuidas en pacientes añosos, lo que explica la -- energía de estos enfermos y por lo tanto disminución de la respuesta a las intradermorreacciones y de ciertos tipos de la dermatitis por contacto.

También se observa disminuída la producción del interferón; la --  
electroforesis de proteínas está elevada por arriba del 3%; los niveles de  
C<sub>3</sub> y C<sub>4</sub> y la capacidad de los granulocitos se encuentran normales.

Algunos autores han estudiado la presencia e importancia del anti-  
geno HLA B<sub>8</sub>, deduciendo que está disminuído únicamente en mujeres de edad -  
avanzada, lo que las hace más susceptibles a enfermedades autoinmunes.

#### IV.4 Factores de envejecimiento

En el proceso de involución intervienen y se conjugan factores - como la constitución biológica, los hábitos alimentarios e higiénicos y la acción de los factores climatológicos.

La piel representa la manera más tangible de observar el paso -- del tiempo, aunque en ocasiones la apariencia de la piel no coincide con - el envejecimiento del resto de los aparatos y sistemas y viceversa.

Por otra parte se observa que la piel no envejece en su totali-- dad al mismo ritmo, sino que se encuentran ciertas zonas más envejecidas - que otras.

Existen múltiples teorías para explicar el envejecimiento cutá-- neo, hasta ahora las que se han demostrado como fundamentales son: el - terreno genético, la exposición solar y el grado de pigmentación del tegu-- mento.

El terreno genético.

Es bien conocido el papel tan importante que juega la herencia - en el encanecimiento, la calvicie y la formación de arrugas en la cara.

En ciertos síndromes de envejecimiento prematuro como el Xeroderma pigmentosum en el que existe un defecto enzimático de la reparación del ADN alterado por los rayos ultravioleta o en la Progeria y el Síndrome de Werner en los que los fibroblastos son incapaces de vivir en cultivo más de dos divisiones celulares.

La reparación y pérdida del ADN es quizá especialmente importante en la piel, donde las células están sujetas no sólo a daño endógeno sino también del medio ambiente.

Mediante experimentación se ha observado que no hay diferencia importante entre la composición epidérmica del ADN de un sujeto joven a uno viejo, en cambio respecto al ARN hay disminución cuantitativa aproximadamente de un 80%.

Para algunos la clave que explica la senescencia del organismo ocurre en las células que han sido genéticamente programadas a terminar su propia proliferación.

Después de revisar una variedad de eventos subcelulares que ocurren, entre los más importantes tenemos:

La acumulación de pigmentos, el incremento de enzimas inactivadas

y de importancia central la pérdida de genes claves, específicamente los - que determinan en el código genético la formación del ARN ribosomal.

#### La exposición solar

El grado de exposición solar durante toda la vida es fundamen-- tal, ya que se observa que en la gente que por su ocupación requiere de -- una exposición solar prolongada aparece precozmente la piel senil, como - efecto nocivo de los rayos ultravioleta sobre la epidermis y la dermis, en la que suceden cambios como: pigmentación, disqueratosis focal, los vasos sanguíneos superficiales pueden estar ausentes, alargados, tortuosos o --- dilatados, los mucopolisacáridos de la substancia fundamental están aumentados y los mayores cambios se encuentran en las fibras elásticas de la -- dermis papilar, las cuales están aumentadas, engrosadas, algunas ondu-- das y otras constituyen una masa amorfa.

#### El grado de pigmentación del tegumento

La melanina juega un papel protector, función que se encuentra - demostrada por el hecho de que el proceso de envejecimiento es más precoz y más importante en la raza blanca que en la negra.

La protección natural contra el sol no se deduce del simple - - hecho de la pigmentación, pero sí en cuanto al tipo de piel, determinado - éste por el espesor, secreciones y vascularización de la piel.

Los rayos ultravioleta se observen en su mayor parte por las - - capas superficiales de la piel, no más del 3% de las radiaciones de 3,600 atraviesan un espesor de 0.5mm.

El sudor también tiene evidente acción protectora, una capa de - 1mm. de espesor absorbe el 75% de los rayos ultravioletas de una fuente -- luminosa.

Las pieles seborreicas casi siempre querósicas tienen el máximo de protección, determinado por la capa superficial lipídica abundante y el espesor córneo.

Las pieles secas se defenderán si son gruesas, no si son finas.

## V. PIEL SENIL

### V.1 Cambios anatómicos e histológicos

En la piel como en ningún otro órgano del cuerpo humano se manifiesta la senilidad, los cambios involutivos ocasionados por la edad se manifiestan en su color, turgencia, etc.

La piel se torna amarillenta, seca y con arrugas, estos cambios y otros más son debido a modificaciones en la epidermis, dermis y anexos cutáneos, que se describirán a continuación.

La epidermis disminuye de espesor esencialmente a expensas del estrato espinoso, los procesos interpapilares se adelgazan por lo que la unión dermoepidérmica tiende a ser lineal. El tamaño y la forma de las células de la capa basal y de sus núcleos son diferentes, además de que se alinean desordenadamente.

La homeostásis de la renovación y de la diferenciación epidérmica es controlada por factores múltiples, pero recientemente se ha descrito en el ratón un factor de crecimiento epidérmico hormona polipeptídica y que los factores que regulan la proliferación epidérmica están situados dentro de una capa glicoprotéica cubriendo cada célula y conteniendo receptores hormonales.

Normalmente las divisiones celulares que se producen en la basal equivalentes a las que suceden en las células superficiales descamadas. En esta etapa de la vida el número de mitosis disminuye por lo tanto la producción de células nuevas no compensa la descamación.

La mayor parte de los catalizadores que intervienen en el control de la renovación y la diferenciación epidérmica actúan en el sistema AMP - cíclico (nucleósis intracelular).

## V.2 El sistema melanocitario

Con la edad el número de melanocitos funcionales dopapositivos disminuye tanto en las regiones expuestas como en las cubiertas. Hay una pigmentación discontinua de la capa basal, pero la melanina restante dentro de los queratinocitos se alimenta por los melanocitos dopapositivos, - aumenta la relación queratinocitos/melanocitos.

En general se manifiesta la edad por un incremento de la pigmentación, encontrándose zonas hiperpigmentadas especialmente en las regiones genitales, anal y areolar.

### El pelo

En la piel cabelluda hay una reducción difusa en la densidad de los folículos pilosos, son en promedio de 615/cm<sup>2</sup> a los 20-30 años y se -

reduce a 485/cm<sup>2</sup> después de los 20 años, posteriormente siguen disminuyendo pero más lentamente. Este cambio puede estar aislado o asociado con la alopecia maculina frontovertical. Esta alopecia no puede considerarse -- como una afección senil únicamente, puesto que de los tres factores determinantes en su etiopatogenia: el hormonal, el genético y el cronológico, es éste último el de menor importancia.

El encanecimiento del pelo se presenta primero y con mayor frecuencia en el hombre, aunque hay que considerar en la canicie diversos factores como los hereditarios, los hormonales y los patológicos, entre los cuales tenemos las infecciones, algunas dismetabolias, trastornos emocionales, se cree es debida a la disminución en el número de melanocitos en la papila del folículo piloso y a la reducción en la melanogénesis.

El vello axilar disminuye en cantidad y grosor en ambos sexos, llegando a desaparecer en la extrema senectud.

El vello pubiano se pierde también pero antes gran número de sus elementos se hacen más recios y lacios, tomando el borde superior una disposición feminoide en el hombre y perdiendo su nítida horizontalidad en la mujer.

El vello corporal es fino y escaso.

Puede observarse asimismo hirsutismo del vello facial en forma de vigotes y aún de barba en la mujer e hipertrichosis nasal, auricular y ciliar, casi exclusivamente en el hombre.

El ritmo de crecimiento del cabello es más rápido en los jóvenes, en la senectud prácticamente se detiene.

Respecto al estado de las raíces pilosas, se encuentra en el vertex y en la nuca en fase telógena.

#### Las uñas

La característica predominante es la disminución del ritmo de crecimiento.

Las alteraciones morfológicas son variadas; las uñas se vuelven más opacas y sin brillo, adquieren una totalidad amarillenta, debido a un progresivo engrosamiento de la lámina ungueal, principalmente en los pies y de estos en el gran ortejo llegando en ocasiones a observarse la onicogriposis.

Otras alteraciones importantes son la acentuación de los surcos longitudinales de la lámina y la desaparición de la lúnula ungueal.

Por último encontramos que el aumento de espesor no va siempre acompañado de aumento en la consistencia, así la uña puede ser muy dura y resistente o por el contrario frágil y quebradiza.

#### Glándulas sudoríparas

Las glándulas sudoríparas ecrinas presentan un proceso degenerativo más acentuado que las apocrinas, hay reducción en el número de las glándulas y de su actividad, su respuesta a estímulos colinérgicos está limitada, se encuentran vacuoladas y un interesante cambio pero inexplicable es el acúmulo de gránulos amarillos en rosetas en el citoplasma del epitelio glandular.

Las glándulas sudoríparas se modifican poco, algunas pueden atrofiarse pero la mayoría no cambian. Son menos activas pero muy susceptibles a influencia hormonal, presentan disminución de glucógeno.

#### Glándulas sebáceas

Las glándulas sebáceas se encuentran disminuidas en su número y en su volumen de excreción, ésta última probablemente relacionada con la disminución de andrógenos en el hombre y progesterona en la mujer.

El parénquima glandular contiene más fosforilasa y glicógeno.

Algunas glándulas aisladas de la nariz y la frente principalmente se hiperplasian.

#### La dermis

Los cambios en la dermis son para muchos los responsables directos de las manifestaciones del envejecimiento y tenemos grandes evidencias de que los cambios en la epidermis son derivados de la dermis.

La elasticidad cutánea decrece con la edad y ofrece poca resistencia al estiramiento, debida a que:

Se forma menos colágena y ésta es más rígida y menos elástica, - su solubilidad disminuye y existe un aumento en los enlaces transversales de sus moléculas.

El incremento en la estabilidad de la colágena sucede en dos fases:

La primera ocurre en época temprana y es por una simple maduración de la colágena.

La Segunda aparece lentamente a través de la vida adulta y es -- probablemente el resultado de entrecruzamientos entre las moléculas de la colágena.

### Las fibras elásticas

Estas fibras presentan grandes alteraciones, aunque los cambios en su morfología son difíciles de distinguir de los ocasionados por el daño solar.

El proceso de envejecimiento ocasionado en las fibras elásticas aumento de las cadenas laterales, según Pearse y Grimmer aumento al triple de la elastina entre los 20 y los 80 años. Y por último se observan cambios en la composición química de esta elastina como disminución del ácido glutámico y de la lisina.

### Los nervios

Winkelman señala disminución regular de los corpúsculos de Meissner además de su alargamiento, lobulación y que las terminaciones nerviosas que terminan en el interior son más gruesas. Mientras que las terminaciones nerviosas libres no presentan ningún cambio.

Solomon y Virtue dicen que las modificaciones nerviosas no reflejan necesariamente los procesos de envejecimiento, pero si un proceso de adaptación a las variaciones del medio ambiente.

### Los vasos

En general presentan alteraciones no específicas sino más bien - del tejido de soporte.

Los capilares de las papilas se aplanan al mismo tiempo que el - resto de la epidermis, motivo por el cual no son más aparentes.

### La substancia fundamental

Los exámenes químicos sugieren disminución del contenido de agua de los mucopolisacáridos y una disminución más importante del ácido hialurónico que la del condroitinsulfato.

## MODIFICACIONES FUNCIONALES

### Hidratación cutánea

La sequedad de la piel senil constituye un problema dermatológico muy frecuente, por lo que ha sido motivo de numerosos estudios llegando a conocer que la lenta disminución funcional de las glándulas sebáceas disminuye la capa lipídica que la superficie cutánea misma que previene la pérdida de agua.

Según Catherine Agawa el estrato córneo es la barrera acuosa mayor de la piel pero que la disminución de la queratinización en esta fase de la vida, hace menos eficiente esta barrera.

### Transpiración

Se la encuentra disminuida hasta en un 70%, debida a la disminución del número de las glándulas sudoríparas y a una reducción de su función.

La respuesta sudoral a ciertos agentes farmacológicos disminuye también con la edad en ambos sexos.

Las personas mayores tardan más en transpirar por lo que toleran más el calor.

### Permeabilidad epidérmica

La epidermis es más permeable, pero los movimientos de las sustancias extrañas a través de la colágena y la substancia fundamental están disminuídos; por lo tanto las sustancias penetran fácilmente pero no son eliminadas rápidamente.

Este doble factor conduce a una sensibilidad mayor a las sustancias químicas por irritante primario y por el contrario el potencial de -- sensibilización alérgica no parece aumentado.

## VI. FORMAS CLINICAS DE LA SENECTUD CUTANEA;

### VI.1 Atrofia senil simple

La piel en la atrofia senil simple se torna amarillenta, pierde el tono, la turgencia y la elasticidad ocasionando una flacidez característica de esta entidad que se observa acentuada por la progresiva disminución del tejido celular subcutáneo.

Se hacen más visibles los surcos y pliegues de la piel y se forman arrugas.

Aumenta la transparencia de la piel y no alcanza ya a disminuir las estructuras que recubre, aflorando prominencias óseas o vasos.

Puede localizarse en cualquier parte del cuerpo, pero predomina en las regiones descubiertas: antebrazos, manos y piernas.

### VI.2 Púrpura senil de Bateman

Fue descrita por Bateman en 1818 y estudiada en detalle por numerosos autores. Su frecuencia está estimada entre el 46%, cifra quizá inferior a la realidad por la evolución por brotes de esta entidad.

El sitio de elección es el dorso de las manos y de los antebrazos,

aunque puede existir en otro sitio. A menudo aparece después de los 60 -- años y está constituida por manchas rojizas o violáceas de 0.5cm. a algunos centímetros de diámetro.

Su patogenia ha sido ampliamente estudiada, encontrándose entre las causas mencionadas la atribuida a una que habla de la fragilidad de -- los capilares unida a la falta de protección ante los pequeños traumatismos de la vida diaria.

### VI.3 Pseudocicatrices estelares espontáneas (Colomb 1967)

Su morfología está constituida por pequeñas manchas blancas, localizadas casi exclusivamente en el dorso de las manos y antebrazos, semejando cicatrices, pero que aparecen en gran parte de los casos espontáneamente sin el antecedente de pérdida de substancia postraumática.

La forma de las lesiones es variable, siendo la estrellada la -- más característica. Se encuentran sobre un fondo de atrofia difusa y -- están frecuentemente asociadas a la Púrpura de Bateman.

La histología muestra un pequeño bloque fibroconjuntivo denso -- subepidérmico, sin o con escasas fibras elásticas.

Aparecen en los sujetos de más de 60 años y van aumentando con -- la edad en número y tamaño.

## VII. ELASTOSIS SENIL

La elastosis senil es producida por la suma de los factores normales de senescencia y de la acción intensa y prolongada de la luz solar entre la piel.

Se observan cambios macroscópica y microscópicamente:

Macroscópicamente, las características principales de esta alteración cutánea se deben al engrosamiento y cambio de coloración de la piel desde blanco-amarillo hasta pardo-amarillo, adquiriendo un aspecto piti-riasisiforme por regresión de las glándulas sebáceas y por escasa dotación capilar terminal.

Estos cambios se encuentran esencialmente en la cara y cuello.

Al microscopio de luz, unidos a los cambios observados en la atrofia senil simple aparecen precozmente cambios tanto en las fibras colágenas como en las elásticas.

Hay degeneración basófila del colágeno, limitada a dermis superior, como se ve aún en las coloraciones clásicas de hematoxilina-eosina donde los haces han sido reemplazados con material glanular amorfo. El origen de este material ha sido discutido y motivo de múltiples trabajos,

Llegando a través de la microscopía electrónica a la conclusión de que son los cambios en las fibras elásticas los responsables de ésta entidad.

Los cambios estructurales de las fibras elásticas descritos son -- interpretados como una degeneración que conduce a la disolución de éstas y a la abolición o disminución de la función.

Entre los cambios ultraestructurales tenemos la observación de -- las fibras elásticas anchas, son disposición lineal, granos electrodensos, huecos y cambios granulares en la matriz.

Algunos autores explican que los cambios observados en las fibras colágenas pueden ser secundarios a los cambios en las fibras elásticas. -- Otras de las propuestas que está siendo analizada es que estos cambios representan una anomalía en la síntesis de la sustancia fundamental más -- que una degeneración de la que ya existe.

Estudiaremos en primer lugar las manifestaciones clásicas de la -- Elastosis senil o actínica, después algunas entidades menos conocidas:

#### VII.1 La piel cetrina de Milian

Constituye la entidad más simple y la más frecuente. Se localiza en la piel de la cara y regiones laterales del cuello. La piel tiene un --

aspecto flácido, arrugado, fácilmente plegable, caracterizado fundamentalmente por coloración amarillenta y ensanchamiento de los poros dando a la piel el aspecto de la cáscara de limón. Es considerada por muchos autores como una simple variedad del Elastoma difuso.

### VII.2 Elastoma difuso de Dubreuilh

La piel de la cara (frente, nariz, mentón, orejas) se presenta a la vez engrosada y atrófica, arrugada, pero con una coloración muy especial, según Dubreuilh delustrada y opaca, de color marfilino viejo, superficie finamente mamelonada y de aspecto cuadrulado, sembrada de pequeños puntos amarillentos, centrados por folículos pilosos.

### VII.3 Cutis romboidal de la nuca

También llamada piel losángica fue descrita por Jadassohn en 1925. Se encuentra sobre todo en los sujetos que han trabajado mucho en el sol inclinados, como los cultivadores y los marinos.

Es una alteración habitualmente de la nuca y regiones laterales del cuello. La piel una coloración oscura o rojiza, de aspecto rugoso, cruzada por pliegues permanentes que dibujan un cuadrulado más o menos regular.

#### VII.4 Elastoidosis cutánea nodular con quistes y comedones

Conocida desde 1951 como Enfermedad de Ravre y Rancouchot por ser quienes la describieron.

Predomina en el sexo masculino, su localización más frecuente es la región temporal, aunque también se observa retroauricular o en caras laterales de la nariz.

Se han observado casos de conductores que presentan las lesiones en la hemicara expuesta a la radiación solar.

Degos ha señalado su localización en las zonas expuestas a pequeños traumatismos repetidos como lo son los codos, rodillas y hombros.

Clinicamente es una piel en la que se encuentran muy avanzados -- los fenómenos que caracterizan la senilidad cutánea, aparecen según el nivel de localización, los quistes foliculares más profundos como nódulos -- blanco-amarillentos, mientras que los situados más superficialmente como -- comedones.

#### VII. 5 Pseudo-milium coloide

Se localiza únicamente en las regiones expuestas a la radiación luminica, con más frecuencia en la frente.

Las lesiones de esta entidad son pequeños levantamientos semiesféricos, ligeramente translúcidos o amarillentos, agrupados y que por rascado o presión expulsan una sustancia gelatinosa.

Histológicamente se observan focos subepidérmicos de sustancias coloide sin formar verdaderos quistes, posiblemente por retracción de las fibras colágenas degeneradas.

#### VII.6 Eritrosis interfollicularis colli

Descrita por Leder en 1944, entidad a menudo desconocida pero -- frecuente.

Se localiza en caras laterales de cuello, dejando casi siempre libre la región submentoniana.

Su morfología está constituida por manchas eritematosas mal delimitadas, simétricas, cubiertas de finas telangiectasias y pápulas foliculares.

La edad y el sol constituyen los factores patogénicos esenciales, pero se han señalado otros factores asociados como lo es el uso del perfume con un papel fotosensibilizante.

#### VII.7 Placas de degeneración colágena en las manos.

Fueron descritas por Burks y colaboradores en 1960 como frecuentes y localizadas en el borde de las manos y constituidas por placas brillantes de disposición lineal.

Al exámen histológico se encuentra una degeneración basófila de la dermis.

#### VII.8 Queratoelastoidosis de las extremidades

Conocida también como Stucco-queratosis y descrita por Koscard y Ofner en 1960 y 1966 en Australia.

Se localiza en extremidades predominando en las extremidades inferiores. Está constituida por múltiples levantamientos papulo-queratósicos, que se desprenden fácilmente con la uña sin provocar sangrado persistiendo después un fino collarete.

La histología muestra una hiperqueratosis con disposición característica en campanario de iglesia.

Los autores mencionan el papel de los rayos ultravioleta en la etiopatogenia, pero también del contacto con sustancias químicas como alquitranes.

## VIII. PROBLEMAS PIGMENTARIOS DE LA PIEL SWNIL

### VIII.1 Léntigo senil

Se presenta en áreas expuestas a las radiaciones solares, al principio más frecuente en la cara que en el dorso de las manos.

Observamos manchas hiperpigmentadas que van del café claro al obscuro de algunos milímetros a 1-2 cms. de diámetro, de superficie lisa, característica ésta última que permite hacer el diagnóstico diferencial con verrugas seborreicas y que ratosis seniles. Sus límites bien definidos policíclicos pueden ser una lesión aislada o varias confluentes.

A pesar de la disminución global de los melanocitos en el curso del envejecimiento existe en el Léntigo senil una proliferación anormal de melanocitos en la unión dermoepidérmica en las formas discretas llegando a una hiperplasia de los melanocitos con alargamiento de los procesos interpapilares.

### VIII.2 Melanosis circunscrita precancerosa de Dubreuilh

Fue descrita por primera vez por Hutchinson en 1890 y posteriormente de forma más amplia por Dubreuilh en 1894.

Inicialmente es un mancha policíclica que se extiende lentamente en forma centrífuga, café clara al principio variando a tonalidades más - oscuras hasta el negro intenso. Su superficie es predominantemente seca y lisa aunque ocasionalmente puede cubrirse de una descamación fina. La - aparición de erosiones, tumor raciones e infiltraciones en el seno o en la vecindad de estas lesiones constituyen signos de transformación a melanomas meligno.

Excepcionalmente se observan también áreas parciales de regre- - sión espontánea.

Su localización típica son los dos tercios superiores de la cara. Histológicamente encontramos un acúmulo de melanocitos atípicos y no una - proliferación de células en la línea de unión dermoepidérmica. Sólo en -- los estadios evolutivos más avanzados los melanocitos atípicos comienzan a formar nidos que son indicativos de la transformación invasiva que se está produciendo.

## IX. ALTERACIONES SENILES DE LAS MUCOSAS

Generalmente las mucosas palidecen y tienden a queratinizarse, dando lugar a diferentes entidades clínicas de las que describiremos debido a su frecuencia:

### La queilitis glandular

Se presenta favorecida por la atrofia de la piel de las mejillas que provoca un repliegue comisural que se comporta como un reservorio de saliva sobre todo si el paciente cuenta con prótesis dental, a menudo se agregan agentes infecciosos como la monilia y algunos cocos, hecho que se ve favorecido por el estado carencial de algunos pacientes.

### La aftosis

Se observa en pacientes con adoncia que usan prótesis total o en algunos con placas parciales que ejercen presión mecánica constante por mala adaptación de las mismas.

### La superficie lingual

En los pacientes seniles suele presentarse roja y depapilada -- obedeciendo estos estados carenciales. La lengua negra vellosa se aprecia como un cuadro con mayor duración y sin antecedentes habituales de administración de antibióticos.

### La leucoplasia

Ocasionada por un engrosamiento más o menos delimitado de la capa córnea, la mucosa presenta un color blanco-amarillento y en ocasiones presencia de surcos, se localiza en la lengua, labio inferior, línea gingivodentaria y comisuras bucales.

De forma análoga puede afectar la mucosa genital presentándose - tanto en el glande como en la vulva.

### La kraurosis

Es un concepto que fue establecido para designar un cuadro clínico constituido por una esclerosis y atrofia de los genitales, asociada a una progresiva desaparición de sus relieves y una estenosis y constricción del ostium vaginal. En la mujer la disminución postmenopáusica de las secreciones provoca sequedad y prurito.

ESTA TESIS DE BEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

## X. TERAPEUTICA DE LA PIEL SENIL

El objetivo de la terapéutica deberá ser más preventivo que curativo.

En el trascurso de este trabajo hemos observado el papel etiológico de la exposición a la radiación solar en forma crónica, como causa de varios cuadros dermatológicos característicos de la senilidad cutánea, motivo por el cual se debe indicar que de ser posible se evite la exposición solar y si por causa laboral es indispensable ésta, recomendar el uso continuo de protectores solares.

Respecto a su cuidado e higiene, se recomienda para el baño el uso de jabón graso, agua tibia y no es aconsejable hacerlo diariamente.

Para mantenerla lubricada, la aplicación diaria de sustancias -- grasas de preferencia de origen animal, combate la sequedad habitual de la piel a esta edad y con ello previene la aparición de prurito, motivo de -- consulta frecuente en estos pacientes.

### Respuesta a la medicación

En general, estos pacientes son más sensibles a diversos medicamentos, si recomendamos los cambios anatomofisiológicos que presentan y -- determinan una farmacocinética muy particular. motivo que nos obliga a --

estar pendiente de las continuas revisiones que sobre este tema aparecen.

A continuación mencionamos algunas propiedades de medicamentos - usados frecuentemente por el dermatólogo.

#### **Antihistamínicos**

Tienen efectos sedante hipnótico pero ocasionalmente provocan -- una respuesta paradójica, estimulando al paciente al grado de ocasionar -- daño psicomotor.

#### **Corticoesteroides**

Se deben de dar dosis menores a las convencionales ya que se - - obtienen efectos deseados con dosis pequeñas.

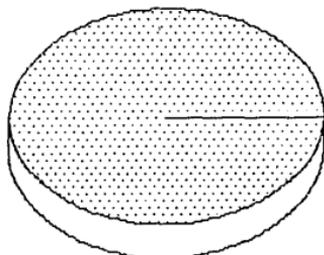
XI. DESCRIPCION DE LA REVISION REALIZADA EN EL ARCHIVO CLINICO DEL CENTRO -  
DERMATOLOGICO PASCUA.

Se solicitó al personal del Archivo Clínico del Centro Dermatológico Pascua nos proporcionara los expedientes registrados en el año de 1980 de los pacientes que asistían en primera ocasión al Centro, encontrándose - - registrados 38,613 expedientes, por lo que se amplió el rango del tiempo al primero de marzo de 1981 para completar un total de 50,000 expedientes.

## **UNIVERSO EXPEDIENTES REVISADOS**

GRAFICA No. 1

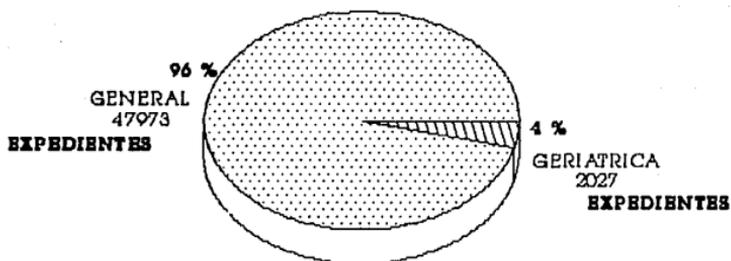
EXPEDIENTES  
50000



FUENTE: ARCHIVO CLINICO C.D.P.

## RELACION ENTRE CONSULTA GENERAL Y CONSULTA GERIATRICA

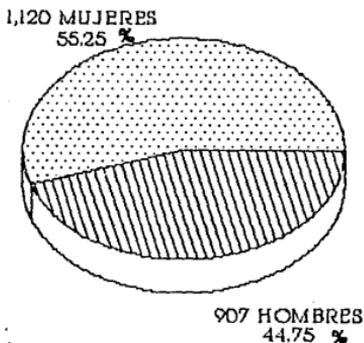
GRAFICA No. 2



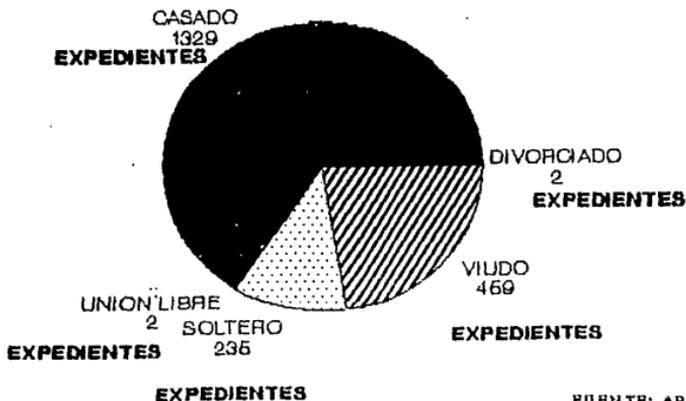
FUENTE: ARCHIVO CLINICO C.D.P.

## POBLACION GERIATRICA REVISADA POR SEXO

GRAFICA No. 3



## POBLACION GERIATRICA REVISADA POR ESTADO CIVIL



LAS DIEZ DERMATOSIS MAS FRECUENTES DE LA CONSULTA  
GERIATRICA POR GRUPO DE EDAD

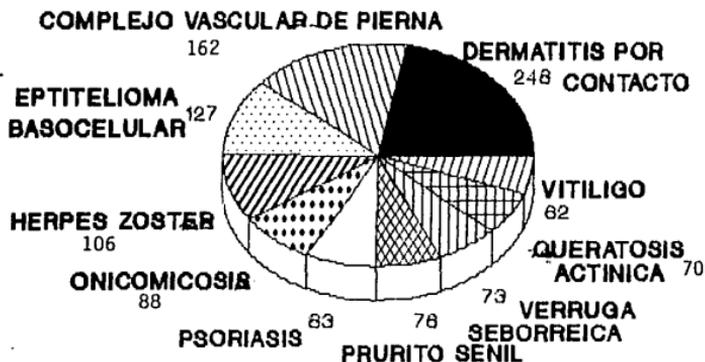
CUADRO NO. 1

DIEZ DERMATOSIS MAS FRECUENTES	GRUPOS DE EDAD				TOTALES
	90-69A%OS	70-79A%OS	80-89A%OS	90-99A%OS	
DERMATITIS POR CONTACTO	152	80	15	1	248
COMPLEJO VASCULAR	88	71	21	2	182
EPITELIOMA BASOCELULAR	47	57	21	2	127
HERPES ZOSTER	62	41	5	0	108
OMICOMICOSIS	60	22	6	0	88
PSORIASIS	53	24	4	2	83
PRURITO SENIL	39	28	6	3	76
VERRUGA SEBORREICA	37	29	7	0	73
QUERATOSIS ACTINICA	43	20	7	0	70
VITILIGO	42	20	0	0	62
<b>SUBTOTALES</b>	<b>623</b>	<b>392</b>	<b>92</b>	<b>10</b>	<b>1117</b>

FUENTE: ARCHIVO CLINICO C.D.P.

## LAS DIEZ DERMATOSIS MAS FRECUENTES EN LA CONSULTA DEL C.D.P. EN ANCIANOS

GRAFICA No. 4

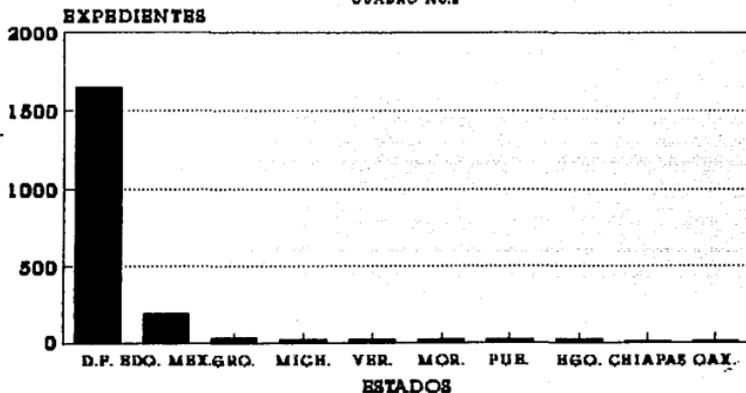


PERIODO (ENERO '81 - MARZO '82)

FUENTE: ARCHIVO C.D.P.

## RELACION DE LA CONSULTA GERIATRICA Y SU LUGAR DE RESIDENCIA

CUADRO No.2



■ EXPEDIENTES

### EXPEDIENTES POR LUGAR DE RESIDENCIA

LUGAR DE RESIDENCIA	EXPEDIENTES
1. Distrito Federal	1 640
2. Estado de México	194
3. Guerrero	32
4. Guanajuato y Michoacán	23
5. Veracruz	20
6. Morelos	17
7. Puebla	15
8. Hidalgo	13
9. Chiapas	10
10. Oaxaca	7

## XII . ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LOS RESULTADOS

Se encontró que la proporción de la consulta dermatológica geriátrica con respecto a la consulta general ha ido en aumento, ya que el índice de vida también se ha incrementado.

Predomina la cantidad de mujeres que asisten a la consulta sobre los hombres y con este resultado se explica el papel sobresaliente en las ocupaciones registradas las de las actividades en el hogar.

Con respecto al estado civil se aprecia en mayor proporción el de casado y como se ha revisado es poco frecuente que el paciente abandonado socialmente solicite la consulta.

Del lugar de residencia se encontró que por la ubicación geográfica del Centro Dermatológico Pascua ocuparon los primeros lugares en frecuencia los estados que rodean al Distrito Federal.

La ocupación de las actividades en el hogar fue muy determinante en la dermatitis por contacto, además del antecedente de prurito senil, que lo encontramos como otra entidad, en las diez más frecuentes, si recordamos lo referido en las características de la piel senil y orientamos al paciente geriátrico sobre los cuidados de su piel podríamos disminuir la frecuencia de ambas entidades.

La posición erecta la podemos enunciar como factor común denominador en las ocupaciones registradas en los pacientes con Complejo Vascular - de Pierna.

El sexo femenino resaltó su frecuencia en el Epitelioma Basocelular y en las Queratosis Actínicas además del antecedente de exposición - solar al analizar las ocupaciones de estos pacientes.

Al revisar los casos de Herpes Zoster casi siempre se asociaba la presencia de Neuritis.

En los casos de verrugas seborreicas el motivo de consulta que sobresalió fue su extirpación para mejorar su estética, lo que nos muestra que al paciente geriátrico le preocupa agradar.

### **XIII. FOTOGRAFIAS CLINICAS**



FOTO 1 PIEL SENIL



FOTO 2 HISTOLOGIA PIEL SENIL



FOTO 3 HIRSUTISMO

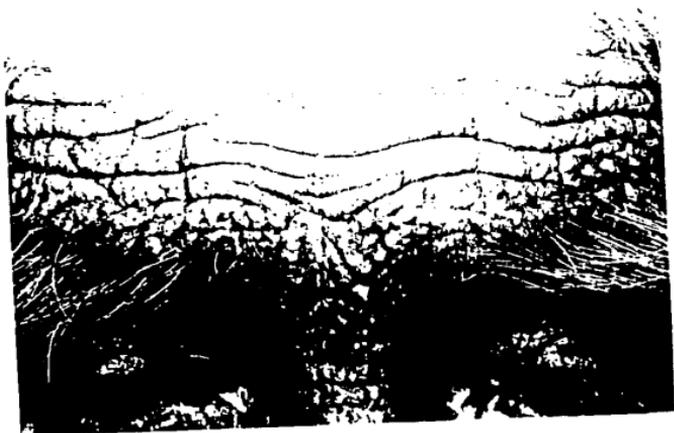


FOTO 4 HIPERTRICOSIS



FOTO 5 ELASTOSIS SERIA



FOTO 6 ELASTODOSIS CUTANEA RODULAR  
CON QUISTES Y CORDONES

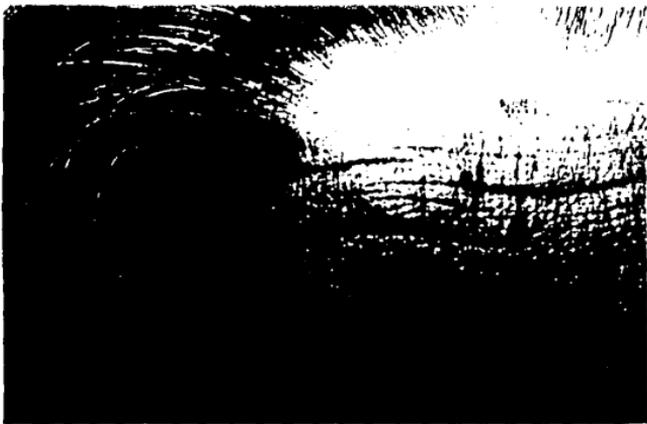


FOTO 7 LENTICO SENIL



FOTO 8 VERRUGAS SEBORREICAS



FOTO 9 QUERATOSIS ACTINICA



FOTO 10 EPITELIOMA BASOCELULAR



FOTO 11 EPITELIOMA ESPINOCELULAR

## XIV. BIBLIOGRAFIA

1. Coni, N.; Davison, W.; Webster, S.: Geriátria. Ed. Manual Moderno - - México 1990.
2. Colomb.: Peau sénile. Encycl.méd. Chir., París, Dermatologie, 4-1977, 12650 A-10.
3. Eisdorfer, C.: Care of the aged: The barriers of traditions: Annal of - Internal Medicine 94(2): 256-260 1981.
4. Gilhrest, B.: Some Gerontologic considerations in the practice of dermatology; Archives of Dermatology Vol. 115, No. 11 1979 1343-46.
5. Klaus, P.W., MD; Anastasia B.C., MD; Howard, I.M., MD: Skin Aging: - Effect on transepidermal water loss, Stratum Corneum Hydration, Skin -- Surface pH, and canal sebum content. Archives of Dermatology december 1991 1806-1809.
6. Korting, G.W. Dermatología Geriátrica. Ed. Científico-Médica Barcelona 1974.
7. National Institute on Aging, Endocrine Society.: Endocrine aspects of - aging. Annals of Internal Medicine 92 (3):429-31 1980.
8. Olmos, L.; Laugier P.; Cabre J.: Keratinisation de L'épiderme sénile. - Annales de Dermatologie et de Vanereologie Vol. 107 No. 7 637-40 1980.
9. Organización Mundial de la Salud: Un planeta que envejece, 1990.
10. Quiroga, M.I., Guillot, C.F.: Dermatología geriátrica. Ed. El ateneo - Buenos Aires 1960.
11. Real, A.: Dermatología Geriátrica. Tesis UNAM México 1968.
12. Rodríguez, O.: Geriátria y Dermatología. Memorias II Congreso Mexicano de Dermatología Jalisco 1963 602-6

13. Rook, A.; Wilkinson D.S.; Ebling, F.J.G.: *Textbook of Dermatology*. Vol. 1 225-29 Third Edition Great Britain 1979.
14. Vestal, R.E.: *Druguse in the elderly: A review of problems and special considerations*. *Drugs* 16: 358-382, 1978.
15. Weismann, K.; Krakauer, R.; Manscher, B.: *Prevalencia of Skin Diseases in old age*. *Acta Dermatovener (Stockholm)* LX(4) 352-3 1980.