

ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín de la Escuela de Medicina**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente

vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>

Patología dermatológica en el climaterio

Dra. Montserrat Molgó Norell
Profesor Auxiliar de Dermatología
U.D.A. de Dermatología

Durante el climaterio, la mujer puede presentar una serie de alteraciones cutáneas debidas a la disminución de la producción de estrógenos, así como también a cambios relacionados con la edad, que en ocasiones aceleran su desarrollo después de la menopausia. Las mujeres frecuentemente relatan la presencia de ciertos signos de envejecimiento cutáneo, tales como sequedad, arrugas, adelgazamiento del pelo del cuero cabelludo, aumento del vello facial, disminución del vello corporal, cambios pigmentarios y trauma fácil de la piel. Otro problema, de mayor frecuencia en relación a la privación de estrógenos, es la sintomatología derivada de la atrofia urogenital, la que se trata en detalle en otro artículo de este Boletín.

Hay un adelgazamiento de la epidermis, con áreas focales de atipia citológica, y de la dermis, el que está dado por la disminución del contenido de colágeno. No hay alteración en el proceso de queratinización. Un estrato córneo normal sugiere que la capacidad de barrera no está comprometida en la piel senil.

La microcirculación que nutre el epitelio cutáneo decrece con la edad, lo que resulta en disminución del grosor epidérmico, adelgazamiento dérmico, pérdida del turgor y elasticidad y disminución de la movilidad. Hay un deterioro de la trama elástica que se traduce en una pérdida de la capacidad de la piel de volver a su forma original después de haberla deformado.

La piel seca se debe a la escasa actividad de las glándulas sudoríparas; la piel se hace más susceptible al trauma y las heridas curan lentamente. Hay disminución de la actividad melanocítica responsable de áreas hipopigmentadas. También pueden aparecer lesiones hiperpigmentadas, las llamadas "manchas de la edad", que son más frecuentes en mujeres de piel clara con excesiva exposición a la radiación ultravioleta. También son molestas las telangiectasias y puntos rubios.

Mientras los cambios en la epidermis son leves, los que ocurren a nivel dermoepidérmico son marcados y tienen consecuencias fisiológicas importantes. El más notable es el relativo al aplanamiento de la unión dermoepidérmica, debido a una retracción de las papilas epidérmicas, así como a la proyección de las células basales en la dermis.

La mayor alteración de la dermis en la piel añosa consiste en presentar una arquitectura del colágeno más compacta. Hay degradación de las fibras elásticas y alteraciones de la pared de la

microvasculatura. Las alteraciones de la elasticidad se correlacionan con el aumento de la laxitud cutánea asociada a la edad. Hay una disminución de la secreción sebácea.

Es importante tener presente que muchos de estos cambios no son el resultado inevitable del envejecimiento cutáneo, sino también consecuencia de injurias acumulativas ambientales, tales como traumas mecánicos, físicos y químicos que afectan continuamente a la piel.

Un buen cuidado de la piel comienza por una nutrición adecuada, incluyendo vitaminas, calcio y proteínas. Los emolientes combaten la sequedad. La fotoprotección es una medida vital para evitar un envejecimiento acelerado en esta etapa. En los últimos años han surgido numerosos productos y procedimientos destinados a tratar estas condiciones: técnicas quirúrgicas y cosméticas han sido mejoradas con objeto de corregir las arrugas y la pérdida de pelo. Además, hay una amplia gama de procedimientos médicos, que incluyen la inyección de colágeno, grasa autóloga para las líneas faciales, el minoxidil tópico para la alopecia androgénica, nuevos y mejores humectantes, medicamentos para mejorar la circulación, etcétera.

HALLAZGOS DERMATOLÓGICOS FRECUENTES EN EL CLIMATERIO

La percepción de la edad de las personas se basa en la apariencia de la piel expuesta, primariamente en cara y dorso de manos. Una piel con arrugas, laxa o transparente (adelgazada) habla de una piel envejecida, a diferencia de una piel firme, suave, uniforme. En nuestra sociedad, orientada hacia la juventud, los cambios cutáneos asociados con el avance de los años pueden ser difíciles de aceptar desde el punto de vista físico y psicológico. Muchos de estos cambios empiezan a aparecer en la edad media de la vida, produciéndose una aceleración en su desarrollo después de la menopausia. No obstante, no se sabe aún en qué medida contribuye el hipoestrogenismo de la menopausia a los cambios de piel y fanéreos que se producen a esta edad, ni tampoco si son reversibles con terapia hormonal de reemplazo. A continuación describiremos los cambios dérmicos más frecuentes en el climaterio.

Queratosis seborreica. Estas lesiones, de etiología poco clara, comienzan a aparecer alrededor de los 30 años y generalmente son

múltiples y progresivas. Aunque pueden aparecer en cualquier área del cuerpo, predominan en el tronco. Las queratosis seborreicas aparecen como lesiones bien definidas, planas o verrucosas, claras u oscuras, de tamaño variable, desde algunos milímetros hasta 3 cm. Es frecuente la presencia de tapones de queratina. Lesiones muy pigmentadas de este tipo deben diferenciarse del melanoma maligno.

Los pacientes frecuentemente solicitan la remoción de las queratosis seborreicas por considerarlas cosméticamente inaceptables. Hay múltiples tratamientos eficaces, que prácticamente no dejan cicatrices, tales como curetaje, electrocoagulación, crioterapia y la aplicación tópica de los ácidos alfa-hidroxi.

Pólipos fibroepiteliales o acrocordones. Son muy frecuentes en esta etapa de la vida. Son pápulas del color de la piel o de color café, suaves y a veces pedunculadas, localizadas más frecuentemente en el cuello, párpados superiores y áreas intertriginosas, pudiendo medir entre uno y varios milímetros. Aunque estas lesiones generalmente son asintomáticas (ocasionalmente sufren torsión e infarto), son indeseables cosméticamente para muchos pacientes. Se pueden remover con facilidad mediante la electrocoagulación.

Hiperplasia sebácea. Habitualmente son lesiones múltiples, que miden entre 1 y 3 mm de diámetro, umbilicadas en su centro, amarillentas en la cara. Pueden tratarse mediante crioterapia o electrocoagulación.

Asteatosis. Aunque la piel seca suele verse a toda edad, la mujer climatérica se ve afectada con mayor frecuencia. Es debido probablemente a una mayor pérdida de agua a través de una capa córnea defectuosa, que origina una deshidratación de la epidermis. En muchas pacientes la piel aparece seca, rugosa y escamosa. En ocasiones, es posible encontrar fisuras visibles del estrato córneo, lo que se denomina *eccema croquelé*. Esta condición empeora en los meses de invierno. La aplicación de emolientes es la principal medida terapéutica.

Liquen simple crónico. La fricción y el grataje de algunas áreas pueden originar el desarrollo de esta condición. Hay placas liquenificadas, escamosas, que se localizan en la zona de la nuca, cara interior de piernas, superficies extensoras de los antebrazos y región anogenital. Hay factores predisponentes, como piel seca, estrés y dermatitis atópica. Este cuadro cede con el uso de esteroides tópicos o intralesionales.

Intertrigo. Es un proceso inflamatorio que ocurre en la región submamaria y genitocrural. La diabetes y la obesidad son los principales factores predisponentes, mientras que la mala higiene, el roce de la ropa y la incontinencia de esfínteres son factores facilitadores de esta condición.

Son placas eritematosas húmedas, brillantes, que se desarrollan en la zona de pliegues, pudiendo evolucionar a erosiones o úlceras francas. El prurito y el ardor son síntomas frecuentes. Hay una serie

de enfermedades como la tinea, moniliasis, psoriasis, dermatitis seborreica y dermatitis de contacto que pueden imitar un intertrigo, o a veces actuar como un factor agravante.

La reducción de la humedad, de la maceración y del roce son los objetivos primarios de la terapia. La aireación del área afectada, ropas de algodón y ungüentos secantes contribuyen a la mejoría del proceso inflamatorio.

Acné rosácea. Es una enfermedad que aparece en la mujer entre la cuarta y quinta década. Se caracteriza por un eritema intermitente de la frente, mentón, nariz y mejillas, que se hace más persistente con la aparición de telangectasias. Hay episodios de pápulas, pústulas y nódulos. Puede asociarse con complicaciones oculares, tales como conjuntivitis y blefaritis. Menos frecuentes son la queratitis y las opacidades corneales. La causa de la rosácea se desconoce, habiéndose propuesto numerosas hipótesis para explicarla: fenómeno vasomotor; presencia de un parásito (*Demodex folliculorum*), que se encuentra en un gran número de folículos sebáceos. Otras teorías incluyen alteraciones del tracto digestivo.

Se han demostrado factores que exacerban la rosácea, como los líquidos muy calientes, los alimentos muy condimentados, la ingesta de alcohol, la exposición al sol y los ambientes calurosos.

Lago venoso. Lesión benigna, azulosa, compresible, generalmente localizada en áreas expuestas, como labios, cara, orejas y cuello. Pueden ser únicos o múltiples. Corresponden histopatológicamente a dilataciones venosas. Se realiza extirpación quirúrgica por razones cosméticas.

Flebotasias. Es frecuente la aparición de múltiples varicosidades superficiales en piernas y muslos. Pueden no estar asociadas a várices propiamente tales. Estas lesiones son significativas desde el punto de vista cosmético. El único tratamiento eficaz es el láser decolorante.

Dermatitis por estasis y úlceras. Factores hormonales y cambios circulatorios asociados al embarazo pueden ser los responsables de la gran incidencia de estas enfermedades en la mujer climatérica. Una predisposición genética puede ser otro factor de importancia en su desarrollo.

Cambios ungueales. Es frecuente que las mujeres en la postmenopausa comiencen a presentar uñas quebradizas, con pérdida de brillo, y en ocasiones aparición de estrías longitudinales. También se observa una disminución en la velocidad de crecimiento de la uña. Esta fragilidad ungueal está relacionada con el contenido de agua de la uña, o bien, puede ser secundaria al excesivo uso de removedores de esmalte.

Canicie. El encanecimiento del pelo se debe a la reducción progresiva de la función de los melanocitos. La edad de comienzo de la canicie está determinada genéticamente, aun cuando pueden participar en este proceso factores adquiridos. Alrededor de los 50 años, el 50% de la población tiene por lo menos la mitad del pelo gris.

REFERENCIAS ESCOGIDAS

1. Balin AK, Allen RG. Mechanism of biologic aging. En: *Dermatologic Clinics* v(3), July 1986. WB Saunders Company.
2. Lavker RM, Zheng P, Dong G. Morphology of aged skin. En: *Dermatologic Clinics* v(3), July 1986. WB Saunders Company.
3. Kleinsmith DM, Perricone N. Common skin problems in the elderly. En: *Dermatologic Clinics* v(3), July 1986. WB Saunders Company.