

Manejo de una complicación por dermatoporosis en una persona mayor frágil

Management of a complication due to dermatoporosis in a frail older adult

DOI: S1134-928X2024000300012

Montse Eroles-Busquets^{1,*}
Montse Vergara Duarte²
Pere Coca Alves³

1. Enfermera Especialista en Familiar y Comunitaria. Equip d'Atenció Primària Camps Blancs. Institut Català de la Salut. Sant Boi de Llobregat, Barcelona, España.
2. Enfermera Especialista en Geriátria. Parc Sanitari Sant Joan de Déu. Sant Boi de Llobregat, Barcelona, España. Residència d'Avis Ntra. Sra. de Montserrat. Olesa de Montserrat, Barcelona, España.
3. Enfermero Especialista en Geriátria. Unidad de Heridas Complejas/Unidad de Pie Diabético. Parc Sanitari Sant Joan de Déu. Sant Boi de Llobregat, Barcelona, España.

*Autora para correspondencia.

Correo electrónico: merolesb.apms.ics@gencat.cat (Montse Eroles-Busquets).

Recibido el 25 de abril de 2024; aceptado el 14 de mayo de 2024.

RESUMEN

Objetivo: Exponer la relevancia de la dermatoporosis como determinante de fragilidad en la persona anciana, en el contexto de aparición de un hematoma profundo disecante. **Metodología:** Caso clínico con planteamiento metodológico, consentimiento informado de la paciente y fotografías del caso. **Resultados:** La paciente con dependencia leve (Barthel, 85) y fragilidad intermedia (frágil-VIG, 0,4), presentó en 2019 un hematoma profundo disecante originado por pequeño traumatismo en extremidad inferior derecha. Preciso desbridamiento quirúrgico, terapia de presión negativa e injerto cutáneo, con cuidados en atención primaria, hospitalización, cirugía y convalecencia. Al alta, la paciente presentaba declive funcional (Barthel, 65) y leve incremento de la fragilidad (frágil-VIG, 0,44). **Conclusiones:** La dermatoporosis y sus complicaciones son determinantes de ingreso hospitalario con el consecuente declive funcional. La identificación de este síndrome en la valoración geriátrica integral de la persona anciana permitiría instaurar precozmente medidas preventivas.

PALABRAS CLAVE: Dermatoporosis, hematoma profundo disecante, atención primaria, coordinación asistencial, fragilidad, persona anciana.

ABSTRACT

Objective: To expose the relevance of dermatoporosis as a determinant of frailty in older adults, in the context of the appearance of a deep dissecting hematoma (DDH). **Methodology:** Clinical case with methodological approach, informed consent of the patient and photographs of the case. **Results:** The patient with mild dependence (Barthel 85) and intermediate frailty (frail-VIG 0.4) presented in 2019, a DDH caused by small trauma to the right lower extremity. It required surgical debridement, negative-pressure therapy and skin graft, evolving primary care, hospitalization, surgery and convalescence. Upon discharge, the patient suffered functional decline (Barthel 65) and a slight increase in frailty (frail-VIG 0,44). **Conclusions:** Dermatoporosis and its complications are determinants of hospital admission with consequent functional decline. The identification of this syndrome in the comprehensive geriatric assessment of the older adults would lead to early introduction of preventive measures.

KEYWORDS: Dermatoporosis, deep dissecting hematoma, primary care, care coordination, frailty, older adult.

INTRODUCCIÓN

La dermatoporosis es un síndrome descrito en 2007 por Kaya y Saurat, engloba diversas manifestaciones de insuficiencia o fragilidad de la piel y se asocia con la edad, la exposición solar y el tratamiento prolongado con corticoides y anticoagulantes¹. Su prevalencia oscila en torno al 30% en mayores de 70 años, pero existe variabilidad en la forma de identificarlo²⁻⁵. Su detección precoz es de especial relevancia para prevenir complicaciones, siendo la más grave el hematoma profundo disecante (HPD)⁶⁻⁹. Además, las personas con dermatoporosis presentan mayor dificultad de cicatrización.

CASO CLÍNICO

Historia clínica

Mujer de 78 años, que en 2019 vivía con su marido y era su cuidadora principal, con buen soporte familiar, sin ayudas sociales públicas ni privadas. Deambulaba con ayuda de una muleta con dependencia leve en actividades básicas (Barthel, 85) e instrumentales (Lawton & Brody, 6). Buen estado cognitivo (Pfeiffer, 0) y adherencia terapéutica (Morisky-Green, 3), con pluripatología (GMA, 5) y polimedicada¹⁰, con fragilidad intermedia (frágil-VIG, 0,4). Con antecedentes de hiperlipidemia, hipertensión,

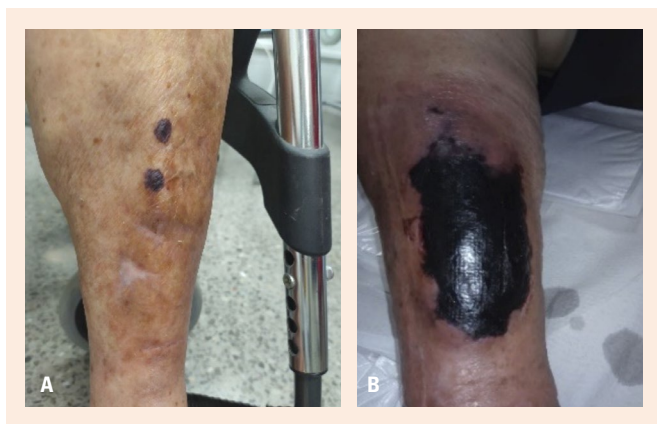


Figura 1. Imágenes de la dermatoporosis (A) y el hematoma profundo disecante (B) en extremidades inferiores de la paciente.

diabetes mellitus tipo 2, bronquitis asmática, polimialgia reumática con paniculitis en extremidades inferiores, osteoporosis, insuficiencia renal crónica, estenosis espinal, artrosis, cardiopatía isquémica con episodio de ángor y colangitis recidivante por coledocolitiasis. En tratamiento con corticoides y doble antiagregación, paracetamol y fentanilo. Entre 2015 y 2019 presentó varios episodios de caídas de origen multifactorial, heridas de difícil cicatrización y 11 ingresos hospitalarios, que supusieron 424 días de estancia (el 32,8% relacionados con complicaciones de la piel).

Exploración

La paciente acudió a urgencias hospitalarias 2 días después de haber sufrido un pequeño traumatismo en la extremidad inferior derecha, que le ocasionó dolor con limitación de la deambulación. Se aplicó frío local y a la mañana siguiente presentó un gran hematoma, sin dolor ni sensibilidad en la zona. En la exploración se objetivaron diversas flictenas (2-10 cm de diámetro) con contenido hemático y seroso, sin presencia de eritema, calor, dolor u otros signos de infección. En la analítica se

descartó leucocitosis. Fue valorada por el servicio de cirugía ortopedia y traumatología (COT), que orientó como hematoma estructurado con flictenas epidérmicas superficiales y trofismo distal conservado, con potencial complicación a necrosis cutánea y necesidad de injerto. Se realizó drenaje de vesículas serosas, y se aplicó apósito impregnado con povidona yodada y vendaje compresivo, con alta a domicilio, continuidad de curas cada 48 h en centro de atención primaria (CAP) y revaloración en consultas externas (CCEE) del COT en 10 días.

Diagnóstico

- *Diagnóstico de enfermería según NANDA:* deterioro de la integridad cutánea (00046).
- *Diagnósticos según CIE-10:* úlcera crónica no debida a presión de pantorrilla derecha, con exposición de la capa adiposa (L97.212).
- *Diagnóstico según los criterios de Kaya et al. (2022)⁶:* dermatoporosis (fig. 1A) en estadio III-IV que evoluciona a HPD (fig. 1B).

Plan de actuación y evolución

En la tabla 1 se resume el proceso de atención, tratamiento y evolución de la herida. A los 10 días del alta, se realizó el primer seguimiento en CCEE del COT, sin cambios en el abordaje del HPD. Tras esta visita, y ante el estancamiento de la herida (fig. 1B), desde el CAP se coordinó interconsulta con la unidad de curas complejas del hospital, mediante la enfermera referente de heridas crónicas de zona del CAP, para revalorar pauta de curas y adelantar la siguiente visita al COT. La paciente se visitó nuevamente en el COT y a los 33 días de aparición de la herida, ingresaba para desbridamiento quirúrgico programado. Hasta el ingreso, la vivencia por parte de la paciente y su familia fue de ansiedad e incerteza en el pronóstico ante el aspecto de la herida, estancamiento de la evolución y la experiencia de múltiples heridas previas. Permaneció ingresada 61 días: 33 en hospitalización convencional, para cirugía inicial y posterior injerto cutáneo con colocación de terapia de presión negativa, y 28 en convalecencia, para recuperación funcional y continuidad de cuidados. Durante este último ingreso, sufrió una caída. El alta de internación se produjo a los 94 días de aparición de la herida. Se había producido declive funcional (Barthel, 65) y la paciente deambulaba con caminador.

Tabla 1. Evolución de la herida y pautas de tratamiento

Días	Tratamiento	Resultados
1 a 12	Apósito impregnado con povidona yodada y vendaje compresivo (c/48 h)	Sin signos de infección. No escara delimitada
12 a 33	Apósito impregnado con povidona yodada y vendaje compresivo (c/48 h)	Estancamiento. Leve supuración, aspecto gelatinoso, costra necrótica
33 a 52	Desbridamiento quirúrgico y terapia de presión negativa	Sin incidencias
52 a 66	Injerto quirúrgico de piel con espesor parcial: cura tópica, con apósito de espuma no adhesivo y vendaje no compresivo (c/ 24 h) Cura de zona donante con apósito de espuma no adhesivo con plata y vendaje no compresivo (c/48 h)	Evolución favorable con injerto prendido, sin complicaciones de zona donante
66 a 94	Cura de herida y zona donante con agua y jabón e hidratación con AGHO (c/12 h) y protección de la piel (malla de silicona, gasa y vendaje no compresivo)	Sin solución de continuidad. Injerto curado, tejido epitelizado
94 a 180	Hidratación con AGHO y fomentos de polihexanida con apósito de espuma no adhesivo (c/48 h) y protección de la piel	Hiperqueratosis circundante, tejido epitelizado

AGHO: ácidos grasos hiperoxigenados.

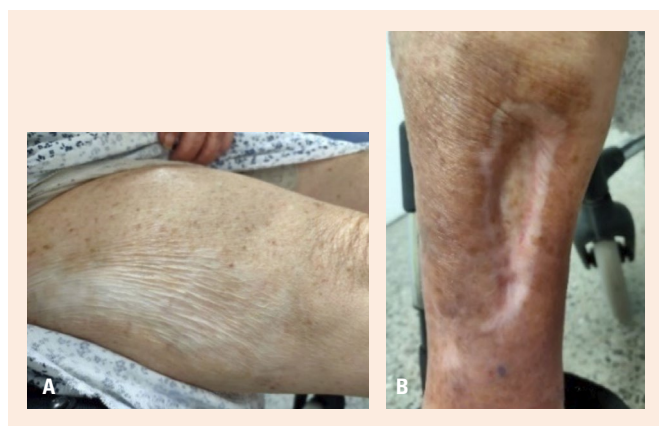


Figura 2. Imágenes de la zona donante (A) y el lugar en que se produjo el hematoma profundo disecante epitelizado (B) al alta del proceso.

Tras el alta, se realizaron seguimientos por parte de la unidad de heridas complejas y el CAP, hasta el alta por parte del COT a los 180 días (6 meses), por alcanzar cicatrización de la herida (fig. 2).

DISCUSIÓN

Este informe de caso presenta la experiencia de manejo de un HPD en una persona anciana frágil con dermatoporosis. El proceso de hospita-

lización para el manejo del HPD fue de 61 días. El cuidado de la piel en una persona con dermatoporosis adquiere el mismo nivel de complejidad y recursos que otras patologías. En el proceso de atención, no se identificó la presencia de este síndrome ni la complicación del HPD. Sin embargo, se apuntó a la necesidad de aplicar medidas protectoras, principalmente en entornos de mayor actividad o riesgo de contusión ante una mayor fragilidad cutánea y los antecedentes de la paciente. Algunos autores indican que las manifestaciones del síndrome pueden confundirse con otras patologías como púrpura senil, dermatitis ocre o celulitis, en el caso del HPD. Por ello, es importante realizar un diagnóstico diferencial para incidir en la prevención de complicaciones y la aparición de heridas, protegiendo las zonas más afectadas^{9,11}. Asimismo, la dermatoporosis tiene impacto en la calidad de vida y la funcionalidad de la persona anciana frágil. Su detección precoz y la instauración de medidas preventivas, y una buena coordinación entre servicios y niveles asistenciales es esencial para prevenir complicaciones de abordaje complejo ■

Responsabilidades éticas

La paciente dio su consentimiento informado mediante el formulario normalizado del Institut Català de la Salut, siguiendo la LOPD 3/2018.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

En memoria y agradecimiento a la paciente y a sus familiares.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kaya G, Saurat JH. Dermatoporosis: A chronic cutaneous insufficiency/fragility syndrome - Clinicopathological features, mechanisms, prevention and potential treatments. *Dermatology*. 2007;215:284-94.
2. Mengeaud V, Dautezac-Vieu C, Josse G, Vellas B, Schmitt AM. Prevalence of dermatoporosis in elderly French hospital inpatients: A cross-sectional study. *Br J Dermatol*. 2012;166:442-3.
3. Saurat JH, Mengeaud V, Georgescu V, Coutanceau C, Ezzedine K, Taïeb C. A simple self-diagnosis tool to assess the prevalence of dermatoporosis in France. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2017;31:1380-6.
4. Kluger N, Impivaara S. Prevalence of and risk factors for dermatoporosis: a prospective observational study of dermatology outpatients in a Finnish tertiary care hospital. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2019;33:447-50.
5. Chanca L, Fontaine J, Kerever S, Feneche Y, Forasassi C, Meaume S, et al. Prevalence and risk factors of dermatoporosis in older adults in a rehabilitation hospital. *J Am Geriatr Soc*. 2022;70:1252-56.
6. Kaya A, Vuagnat HB, Kaya G. Dermatoporosis: Clinical features, molecular mechanisms and novel therapeutic targets - A literature review. *Journal of Wound Management*. 2022;23:201-8.
7. Re Domínguez ML, Beatriz Di Martino Ortiz B, Rodríguez Masi M, Knopfmacher Domínguez O, Bolla Argüello de Lezcano L. Dermatoporosis, an emerging disease: case report. *Our Dermatol Online*. 2016;7:191-4.
8. Bandera García C, Aragonés Domínguez AE, Lozano Noriega D, Ginel Mendoza L, Poyato Ramos R. Dermatoporosis en estadio IV: a propósito de un caso. *Gerokomos*. 2020;31:32-5.
9. Vanzi V, Toma E. Deep dissecting haematoma in patients with dermatoporosis: implications for home nursing. *Br J Community Nurs*. 2021;26(Sup3):S6-13.
10. Masnoon N, Shakib S, Kalisch-Ellett L, Caughey GE. What is polypharmacy? A systematic review of definitions. *BMC Geriatr*. 2017;17:230.
11. Recarte Marín L, Conde Montero E, Peral Vázquez APV, Pérez Jerónimo L, Villar Espantoso MP. Seguridad y grado de aceptación de un calcetín protector cutáneo en pacientes con dermatoporosis y/o cambios cutáneos por insuficiencia venosa crónica. *Rev Enferm Vasc*. 2020;3:13-8.