

Dermatitis de craquelé: reporte de un caso

MARISELA CARRILLO¹, GILDA MANCINI², ELDA GIANANTE³

Resumen:

La dermatitis de craquelé o conocida también como dermatitis asteatótica, es una enfermedad cutánea común caracterizada por piel eritematosa, pruriginosa, seca y agrietada, que afecta con mayor frecuencia a personas de edad avanzada; es el resultado del daño en la barrera cutánea relacionada con la edad, el clima estacional y los hábitos de baño, que pueden conducir a reducción de los ácidos grasos libres en el estrato córneo, disminución de la elasticidad de la piel y a la formación de fisuras. Para realizar el diagnóstico definitivo solo es necesario un adecuado interrogatorio y examen físico, el estudio histopatológico sería una herramienta complementaria. Reportamos el caso de un paciente masculino de 74 años de edad quien presentó placas eritemato-descamativas muy pruriginosas en extremidades inferiores, solo el examen físico y adecuada anamnesis fueron suficientes para confirmar el diagnóstico de dermatitis de craquelé, con evolución clínica satisfactoria posterior al tratamiento tópico.

Palabras clave: dermatitis asteatótica, craquelé, eccema, asteatótico.

Craquelé dermatitis: a case report

Summary:

Craquelé dermatitis, also known as asteatotic dermatitis, is a common skin disease characterized by erythematous, pruritic, dry and cracked skin that most often affects elderly people. It is the result of age-related skin barrier damage, seasonal climate and bathing habits, which can lead to reduction of free fatty acids in the stratum corneum, decreased skin elasticity and the formation of fissures. To make the definitive diagnosis, it is only necessary an adequate interrogation and physical examination, the histopathological study would be a complementary tool. We report the case of a 74-year-old male patient who presented very pruriginous erythematous desquamative plaques on the lower extremities, only the physical examination and adequate anamnesis were enough to confirm the diagnosis of craquelé dermatitis, with satisfactory clinical evolution after topical treatment.

Key words: asteatotic dermatitis, craquelé, eczema, astheatic.

1. Residente del postgrado de Dermatología y Sifilografía del Hospital Universitario de Caracas. UCV
2. Adjunto del servicio de Dermatología y Sifilografía del Hospital Universitario de Caracas. UCV
3. Profesor Asistente Cátedra Dermatología y Sifilografía. Escuela de Medicina "Luis Razetti". Universidad Central de Venezuela. Hospital Universitario de Caracas.

Autor para correspondencia:
Dra. Marisela Carrillo
becamari@gmail.com

CASO CLÍNICO

Introducción

La dermatitis de craquelé conocido también como eczema craquelatum, eczema xerótico o prurito invernal, es una enfermedad cutánea común que se caracteriza por una piel eritematosa, pruriginosa, seca, agrietada con fisuras poligonales y escamas irregulares. El término 'Craquelé' del francés, significa cubierto por escamas. Fue descrita por primera vez por Louis Brocq en 1907, usando el término eczema craquelé; En 1971, Anthony N. Domonkos describió la aparición de esta dermatitis como porcelana agrietada y en 1999, Fitzpatrick describió el eczema asteatótico comparándolo con un lecho de río seco¹⁻³.

Es más frecuente en el sexo masculino y en pacientes de edad avanzada alrededor de los 69 años, la erupción puede ser generalizada o localizada; La asteatosis generalizada es una entidad distinta y debe provocar una búsqueda de posibles enfermedades asociadas. Guillet divide las formas localizadas en los siguientes cuatro tipos: a) Eczema asteatótico de las extremidades inferiores en personas de edad avanzada secundaria al envejecimiento, piel deshidratada y desnutrición; b) Eritema agrietado secundario a dermatitis de contacto irritante de jabones o detergentes; c) Eczema craquelé en áreas en las que se interrumpió el tratamiento con corticosteroides; d) Eczema asteatótico en trastornos neurológicos^{1-4,6}.

Caso clínico

Se presenta el caso de un paciente masculino de 74 años de edad, natural del estado Sucre y procedente de Caracas, hipertenso en tratamiento con losartán potásico y furosemida, quien inició enfermedad actual en marzo del 2018 caracterizada por placas eritemato-descamativas muy pruriginosas en extremidades inferiores. Al examen físico, se observa fototipo cutáneo III/VI según Fitzpatrick, múltiples placas eritemato-descamativas de bordes difusos en su superficie con fisuras poligonales y escamas laminares y furfuráceas, localizadas en tercio distal de miembros inferiores. (Figuras 1 y 2).

El paciente se realizó exámenes de laboratorios: hematología completa y función renal con resultados normales. Dado el patrón y localización de las lesiones, la edad de aparición y los antecedentes de ingesta de diuréticos se concluye el caso como un eczema de craquelé, en este caso no fue necesario realizar biopsia de piel, se instauró tratamiento con esteroides tópicos una vez al día

por 4 semanas con descenso paulatino, emolientes y sustitutos del jabón con excelente evolución clínica. (Figuras 3 y 4)



Figuras 1 y 2: múltiples placas eritemato-descamativas de bordes difusos en su superficie con fisuras poligonales y escamas laminares



Figuras 3 y 4: evolución posterior al tratamiento con esteroides tópicos y emolientes

Discusión

El eczema craquelé (EC) es una dermatitis inflamatoria que se caracteriza por la presencia de fisuras lineales, eritematosas y ligeramente elevadas, a veces descritas como "porcelana rajada", "pavimento loco" o apariencia de "lecho de río seco", esta condición se limita comúnmente a la cara anterior de las piernas. La superficie de la piel primero es discretamente xerótica, quebradiza y progresivamente adquiere un aspecto más eczematoso, se vuelve escamosa y eritematosa. Las formas extensas o generalizadas que involucran el tronco y las extremidades superiores son inusuales y deben levantar la sospecha de malignidad^{1-3,5}.

Los cambios más pronunciados se observan en región pretibial, la superficie extensora de los brazos, los antebrazos, y el dorso de las manos. La xerosis suele ser más severa en el invierno porque la baja humedad, el clima frío y ventoso, el calor seco y el baño excesivo agravan la afección, los casos severos pueden resultar en sobreinfección y celulitis^{1,2}.

Aunque su etiología exacta aún se desconoce, por lo general, estos cambios se deben a una disminución en la actividad de las glándulas sudoríparas y sebáceas y a la formación deficiente de gránulos de recubrimiento de membrana, lo que conduce a la desaparición de la película lipídica (disminución en el contenido de ácidos grasos libres (FFA) y triglicéridos) que rodea las células en el estrato córneo y así a la pérdida de agua, aumentando la sensibilidad de la piel a los daños ambientales, incluido el jabón, la disminución de la humedad y la disminución de la temperatura. La pérdida de agua en el estrato córneo causa una disminución en el volumen celular con alteración de la función elástica de la piel y, por lo tanto, aparición de grietas^{1,2,5,6}.

Múltiples factores etiológicos pueden coexistir con eccema asteatótico estos incluyen: xerosis, deficiencias nutricionales de zinc y ácidos grasos esenciales, ictiosis, enfermedad tiroidea, trastornos neurológicos, fármacos asociados con terapia antiandrogénica, terapia diurética, y otras enfermedades malignas como varios carcinomas. Histológicamente, el hallazgo más común es una dermatitis espongiótica subaguda leve; el estrato córneo es compacto y ligeramente irregular con algún infiltrado dérmico inflamatorio^{1,3,4}.

Nuestro caso se trata de un paciente masculino con antecedentes de ingesta de diuréticos, que presentó placas eritemato-descamativas de bordes difusos en su superficie con fisuras poligonales, escamas laminares y furfuráceas localizadas en tercio distal de miembros inferiores, la edad del paciente, más el antecedente del tratamiento con diuréticos (importante factor desencadenante) fueron claves para concluir el diagnóstico de eccema de craquelé.

El diagnóstico es realizado sin la necesidad del estudio histopatológico el cual solo debe realizarse en casos de sospecha de otras entidades que modifiquen el tratamiento. Una historia clínica detallada y adecuado examen físico son suficientes para realizar el diagnóstico definitivo.

El tratamiento está relacionado con los factores locales, climáticos y modificación de las normas higiénicas. Ningún estudio ha establecido un tratamiento de referencia. Los

baños cortos con una temperatura no demasiado alta (33 ° C), y la reducción del uso de jabones o detergentes son medidas que deben adoptarse. El tratamiento se basaría principalmente en el uso de emolientes después del baño, 30 g / día en todo el cuerpo, a veces con sales de urea, ácido láctico o lactato, sustitución de los geles de ducha y los geles espumosos por "syndets", el prurito a menudo grave, requiere el uso de corticosteroides tópicos, antihistamínicos y / o fototerapia^{6,7}.

Pimecrolimus, en crema al 1%, se utilizó con éxito en una aplicación dos veces al día durante cuatro semanas en un estudio aleatorizado controlado contra placebo, reduciendo el área de eccema⁷.

En nuestro caso fue indicado esteroides tópicos una vez al día por 4 semanas con descenso paulatino, emolientes 3 veces al día, antihistamínicos una vez al día por 2 semanas y sustituto del jabón, la evolución de nuestro paciente después de indicado el tratamiento tópico fue favorable y actualmente no ha desarrollado nuevas lesiones.

Conclusión

El eccema de craquelé es una enfermedad inflamatoria de la piel común caracterizada por placas eritematosas con fisuras poligonales en su superficie, afecta principalmente a las personas de edad avanzada, en las cuales una disminución en la actividad de las glándulas sebáceas y sudoríparas explicaría el daño en la barrera cutánea relacionada con la edad, y donde existen factores que pueden desencadenar y exacerbar la clínica.

Para los dermatólogos que atienden a estos pacientes, el diagnóstico y el tratamiento inmediato pueden ahorrar preocupaciones y estrés adicionales innecesarios, así como acelerar un plan para mejorar la barrera cutánea, lo que conlleva un menor riesgo de complicaciones. Generalmente el diagnóstico no suele ser un problema para el clínico experimentado, ya que esta entidad tiene un aspecto característico que permite diferenciarla de otras dermatitis●

Referencias

1. Patrizi A, Gurioli C, Tengattini V, et al. Eczema craquelé, an uncommon clinical manifestation of myxedema. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2015;13(5):453-4
2. Piérard GE, Quatresooz P. What do you mean by eczema craquelé?. *Dermatology.* 2007;215(1):3-4

CASO CLÍNICO

3. Sparsa A, Boulinguez S, Liozon E, *et al.* Predictive clinical features of eczema craquelé associated with internal malignancy. *Dermatology*. 2007;215(1):28-35.
 4. Li LF, Lan YZ. Bathing and generalized asteatotic eczema: a case-control study. *Br J Dermatol*. 2008;159(1):243-5.
 5. Cassler NM, Burris AM, Nguyen JC. Asteatotic eczema in hypoesthetic skin: a case series. *JAMA Dermatol*. 2014;150(10):1088-90
 6. Sparsa A. Eczema craquele. *Ann Dermatol Venereol*. 2011;138(8-9):622-7
 7. Schulz P, Bunselmeyer B, Brautigam M, *et al.* Pimecrolimus cream 1 % is effective in asteatotic eczema: results of a randomized, double-blind, vehicle-controlled study in 40 patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2007;21: 90-4.
-