

IMÁGENES EN MEDICINA DE FAMILIA

Dermatosis glútea senil

Senile gluteal dermatosis

M. Cebolla-Verdugo^a, A. Cabrerizo-Carvajal^b y R. Ruiz-Villaverde^{a,*}

^a Servicio de Dermatología, Hospital Universitario San Cecilio, Instituto de Investigación Biosanitaria, IBS Granada, Granada, España

^b Centro de salud Casería de Montijo, Granada, España

Presentamos el caso de un varón de 83 años, sin antecedentes personales de interés, con alergia a pirazonas que consulta por presentar en la **hendidura interglútea y en ambas nalgas**, placas hiperqueratósicas, descamativas, mal definidas, de color rojo- marrónáceo a grisáceo, escasamente pruriginosas (**fig. 1A**). Había sido tratado previamente con corticoides tópicos de potencia moderada y antimicóticos tópicos durante seis y ocho semanas, respectivamente, sin respuesta.

El estudio histológico de la lesión mostró hiperqueratosis psoriasiforme con cambios liquenoides focales y proliferación vascular en dermis papilar compatible con dermatosis glútea senil.

Se propuso tratamiento con tretinoína tópica, una aplicación diaria durante tres meses, así como medidas higiénicas posturales con franca mejoría de las lesiones (**fig. 1B,C**).

La dermatosis glútea senil fue comunicada por primera vez en Japón en 1979, por Yamamoto¹. Es un cuadro descrito principalmente en población asiática y rara vez en occidentales. Desde un punto de vista epidemiológico, es discretamente prevalente en varones (60%)¹ y su incidencia en Japón se estima en un 13% en personas mayores de 60 años. Está en discusión si el apellido «senil» sería o no apropiado. Algunos autores, por otro lado, han preferido denominarla

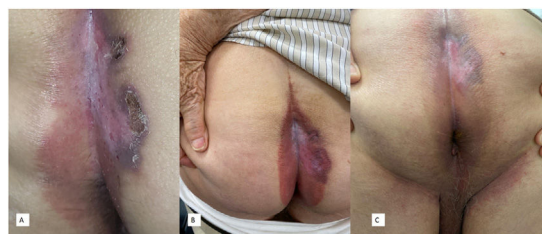


Figura 1 A. Placa liquenificada perianal con exulceración superficial y costra serosa en el glúteo derecho. B. Evolución a los tres meses de tratamiento con tretinoína tópica. C. Evolución a los seis meses con el tratamiento.

amiloidosis cutánea anosacral, si bien estudios posteriores las han considerado entidades clínicas independientes².

Las causas fundamentales parecen ser la edad avanzada (adelgazamiento y pérdida de elasticidad cutánea), la sedestación prolongada (con la consiguiente presión y fricción) y un índice de masa corporal bajo. Un estilo de vida sedentario y el hábito de dormir sobre el suelo usando futón podría estar relacionado con el incremento de incidencia en población asiática. Posiblemente la existencia de determinadas enfermedades concomitantes jueguen un papel fisiopatológico importante, aunque su asociación varía según el estudio consultado, siendo la diabetes mellitus la única enfermedad donde se ha encontrado una asociación estadísticamente significativa².

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ismenios@hotmail.com (R. Ruiz-Villaverde).

Típicamente se ha descrito un *patrón clínico en triángulo* entre ambas tuberosidades isquiáticas y el vértex coccígeo donde se desarrollan placas hiperqueratósicas, descamativas, mal definidas, de color rojo- marrónáceo a grisáceo. Existen formas incompletas, ya que algunos pacientes sólo presentan lesiones en las nalgas y no en la hendidura interglútea, o sólo en la hendidura interglútea, y en algunas ocasiones sólo afecta a una nalga³.

La dermatoscopia muestra un patrón vascular mixto con vasos puntiformes, lineales y curvilíneos, rodeados de un halo blanquecino, distribuidos de manera uniforme y orificios foliculares rodeados por este tipo de vasos. Los vasos lineales o curvilíneos parecen ser los más característicos en esta entidad⁴.

Histológicamente asume también el concepto de angiomatosis pruriginosa y algunos autores han intentado introducir el término de hiperplasia epidérmica reactiva y angiogénesis subsidiaria (con el acrónimo REAR, en inglés) para agrupar los diferentes hallazgos anatomopatológicos. Existe un aumento en el uso de la expresión VEGF para el tercio superior de la epidermis, y es que la hipoxia que se produce por la compresión reiterada de la zona, induciría proliferación de los queratinocitos y expresión de este marcador como fenómeno de neovascularización³.

En su diagnóstico diferencial, la principal entidad a considerar es el liquen simple crónico. La presencia de un prurito más intenso en ésta última puede ser un factor clave a considerar. Por otro lado, la presencia del halo blanquecino perivascular y la afectación folicular en la dermatoscopia es compartida en ambas entidades⁴. Otras enfermedades diferenciales incluyen el intertrigo irritativo, la tiña, la candidiasis y la psoriasis invertida.

La dermatosis glútea senil suele responder mal al tratamiento con corticoides tópicos. El uso de queratolíticos tópicos, entre los que se haya el ácido salicílico, tampoco

han demostrado mejorías importantes. En algunos casos, como el que presentamos, se ha observado una respuesta satisfactoria a retinoides tópicos que ayudarían a normalizar la diferenciación epitelial y la descamación. No obstante, la medida terapéutica más efectiva es la educación del paciente y familiares sobre la importancia de implementar cambios en el estilo de vida que incluyan evitar largos periodos de sedestación.

Se ha contado con el consentimiento del paciente y se han seguido los protocolos de los centro de trabajo sobre tratamiento de la información de los pacientes.

Financiación

No

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Liu HN, Wang WJ, Chen CC, Lee DD, Chang YT. Senile gluteal dermatosis: A clinical study of 137 cases. *Int J Dermatol*. 2014;53:51–5.
2. Moon SH, Kang BK, Jeong KH, Shin MK, Lee MH. Analysis of clinical features and lifestyle in Korean senile gluteal dermatosis patients. *Int J Dermatol*. 2016;55:553–7.
3. Liang MW, Lim JHL, Chia HY, Tee SI, Lee JSS. Reactive Epidermal Hyperplasia and Angiogenesis of the Rear (REAR): A Proposed Unifying Name for Senile Gluteal Dermatitis and Pruriginiform Angiomatosis. *Dermatopathology (Basel)*. 2022;9:343–54.
4. Errichetti E, Stinco G. Dermoscopy of senile gluteal dermatosis: an observational study. *Int J Dermatol*. 2020;59:e460–2.