



ACTAS Derma-Sifiliográficas

Full English text available at
www.elsevier.es/ad



CARTAS CIENTÍFICO-CLÍNICA

Hematoma profundo disecante o estadio IV de dermatoporosis

Deep dissecting hematoma or stage IV dermatoporosis

Sr. Director:

El término dermatoporosis se ha propuesto recientemente para definir los cambios estructurales que aparecen con la edad¹.

Los primeros signos y síntomas aparecen a partir de los 60 años y se manifiestan por completo entre los 70 y los 90 años. Dentro de los signos morfológicos de la dermatoporosis se incluyen la presencia de púrpura senil, la atrofia cutánea y las cicatrices. La pérdida de función de protección se traduce en el retraso de la cicatrización, las laceraciones tras traumatismos leves o la formación de hematomas profundos disecantes que, si no se drenan, evolucionan hacia grandes áreas necróticas².

Presentamos el caso de una mujer de 93 años de edad, con antecedentes personales de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, cardiopatía hipertensiva, insuficiencia respiratoria crónica, carcinoma ductal de mama y neuralgia del trigémino.

Su tratamiento era el siguiente: clopidogrel (75 mg al día), acarbosa (100 mg cada 8 h), clorhidrato de metformina (850 mg al día), lactulosa (2 sobres [20 g] al día), paracetamol (650 mg cada 8 horas), carbamacepina (100 mg al día), furosemida (40 mg al día), diltiazem (120 mg cada 12 h), venlafaxina (75 mg una vez al día), anastrozol (1 mg al día), enalapril (20 mg al día), inhaladores (salbutamol y bromuro de ipratropio). Ingresó por un hematoma en el miembro inferior izquierdo de 5 días de evolución. La paciente refería un traumatismo leve con eritema y pinchazos leves en la pierna izquierda 10 días antes (fig. 1).

Presentaba un hematoma en la cara anterolateral externa de la pierna izquierda de 20 cm. Un año antes había presentado un hematoma en la pierna derecha de 25 por 15 cm que requirió drenaje quirúrgico y colocación de sistema de tratamiento de cierre asistido con vacío (fig. 2). Se realizó una ecografía que mostró un gran hematoma en la cara anterolateral de la pierna izquierda que se extendía desde la región poplíteica hasta el tobillo y que asentaba, sobre todo, en el plano subcutáneo. La estructura tenía un espesor aproximado de 5 cm (fig. 3). Se procedió al desbridamiento quirúrgico y posteriores curas tópicas, con reepitelización progresiva.

Se realizó un hemograma completo con fórmula y recuento de plaquetas que fueron normales, excepto hemoglobina de 8,9 g/dl, $2,58 \cdot 10^6/\mu\text{l}$ de hematíes y hematocrito del 24,7%. El tiempo de tromboplastina parcial fue normal. Las crioglobulinas y los anticuerpos anticardiolipina fueron negativos. Las pruebas de función hepática y renal fueron normales y los anticuerpos frente a citoplasma de neutrófilos (ANCA) negativos.

La dermatoporosis es el término utilizado para definir las manifestaciones clínicas y las complicaciones de la insuficiencia cutánea. Se han descritos 4 estadios. El estadio I se caracteriza por la presencia de púrpura senil, atrofia cutánea y cicatrices. El estadio II, además, asocia algunas laceraciones localizadas. El estadio III asocia múltiples laceraciones y retraso de la cicatrización. El estadio IV asocia hematomas profundos disecantes que evolucionan hacia amplias zonas de necrosis².

Los hematomas profundos disecantes aparecen en las piernas tras mínimos traumatismos. Los vasos, que son frágiles por la edad y se sitúan bajo una piel atrófica, sangran fácilmente. El sangrado de los vasos se localiza entre el tejido subcutáneo y la fascia muscular, y se manifiesta clínicamente como áreas rojas, edematosas, con incremento de la temperatura local, que se confunden clínicamente con celulitis y se tratan con antibióticos orales. Si no se drena el hematoma subcutáneo en ese momento, se produce isquemia de la piel y aparecen grandes áreas necróticas que requieren desbridamientos quirúrgicos amplios.

En el diagnóstico diferencial de los cuadros que evolucionan hacia grandes áreas necróticas debemos incluir los síndromes de oclusión vascular que afectan a la piel, principalmente los de causa no inflamatoria, aunque algunos de causa inflamatoria pueden cursar con lesiones clínicas mínimamente inflamatorias y con necrosis cutánea. Estos síndromes se traducen clínicamente en lesiones de tipo púrpura retiforme que pueden evolucionar hacia áreas necróticas³.

En una serie de 34 pacientes con dermatoporosis, el hematoma profundo disecante se localizó en las piernas. La edad media de los pacientes fue de 81,7 años y el 85,3% de los pacientes fueron mujeres.

Entre la medicación previa prescrita en estos pacientes se encontraban los corticoides inhalados (12%) y medicación anticoagulante en un 29% de los pacientes (ácido acetilsalicílico, clopidogrel y acenocumarol). Los pacientes referían un traumatismo previo en la pierna y referían dolor, eritema y edema que no se acompañaban de fiebre ni síntomas sistémicos. La mitad de los pacientes presentaba procesos relacionados con cicatrización lenta, como diabetes



Figura 1 Hematoma de gran tamaño localizado en la pierna derecha con escara necrótica superficial.



Figura 2 Úlcera en la pierna contralateral tras drenaje y posterior tratamiento de cierre asistido con vacío.

mellitus, insuficiencia venosa crónica, insuficiencia arterial y polineuropatía.

Se recomienda, en pacientes con signos cutáneos de dermatoporosis y con antecedentes de diabetes, insuficiencia venosa o arterial, polineuropatía o tratamiento con corticoides de forma prolongada o anticoagulantes, estar atentos ante lesiones nodulares eritematosas y dolorosas en las piernas⁴.

doi:10.1016/j.ad.2009.04.002



Figura 3 Ecografía de la pierna derecha con un hematoma de gran tamaño de predominio en el área subcutánea con un espesor de unos 5 cm.

Presentamos un caso de hematoma profundo disecante en una paciente de 93 años, en tratamiento con clopidogrel y corticoides inhalados.

Bibliografía

1. Saurat JH. Dermatoporosis. The functional side of skin aging. *Dermatology*. 2007;215:271-2.
2. Kaya G, Saurat JH. Dermatoporosis: A chronic cutaneous insufficiency/fragility syndrome. Clinicopathological features, mechanisms, prevention and potential treatments. *Dermatology*. 2007;215:284-94.
3. Jones A, Walling H. Retiform purpura in plaques: A morphological approach to diagnosis. *Clin Exp Dermatol*. 2007;32:596-602.
4. Kaya G, Jacobs F, Prins C, Viero D, Kaya A, Saurat JH. Deep dissecting hematoma: An emerging severe complication of dermatoporosis. *Arch Dermatol*. 2008;144:1303-8.

R. Gamo*, J. Vicente, L. Calzado, H. Sanz y J.L. López-Estebanz

Servicio de Dermatología, Hospital Fundación Alcorcón, Madrid, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rgamo@fhalcorcon.es, reyesgamo2000@yahoo.es (R. Gamo).