



CASOS PARA EL DIAGNÓSTICO

[Artículo traducido] Dermatitis finamente arrugada asintomática de lenta evolución en un hombre

Asymptomatic Slowly Evolving Fine Wrinkled Dermatitis in a Man

Historia clínica

Un varón de 60 años acude a la consulta de dermatología con dermatosis de 10 años de evolución que comenzó en el pecho y se extendió gradualmente a las extremidades proximales superiores. Sus antecedentes médicos incluían una mutación del factor V de Leiden, una embolia pulmonar hace 7 años, un infarto del miocardio 30 años atrás, y fibromialgia. Como medicación, tomaba ácido acetilsalicílico, losartán, verapamilo, atorvastatina y clonazepam. No tenía antecedentes farmacológicos de consumo de drogas, alcohol o tabaco. Sus antecedentes familiares eran anodinos. A pesar de no presentar prurito ni dolor, expresó insatisfacción con el aspecto de su piel. A lo largo de los años, diversos tratamientos —emolientes con urea, corticosteroides tópicos (crema de dipropionato de betametasona), prednisolona y fluconazol oral— resultaron ineficaces.

Exploración física

Presencia de manchas eritematosas simétricas de arrugas finas en el tronco, y en la parte proximal de los brazos (fig. 1).

Estudio histopatológico

El examen histopatológico de una biopsia realizada en la región del dorso con tinción de hematoxilina y eosina (H&E) [40×] no presentó observaciones (fig. 2A). La tinción con orceína [40×] mostró una pérdida focal de fibras elásticas en la dermis media (fig. 2B).

Pruebas complementarias

Los resultados de las pruebas de laboratorio fueron normales: hemograma completo; bioquímica; función renal, hepática y tiroidea; autoinmunidad (pruebas de anticuerpos antinucleares y antineutrófilos citoplasmáticos); serologías víricas (VIH, VHB, VHC).



Figura 1 Observación clínica de parches eritematosos simétricos de arrugas finas en el dorso, la región proximal de los brazos y la región lumbar.

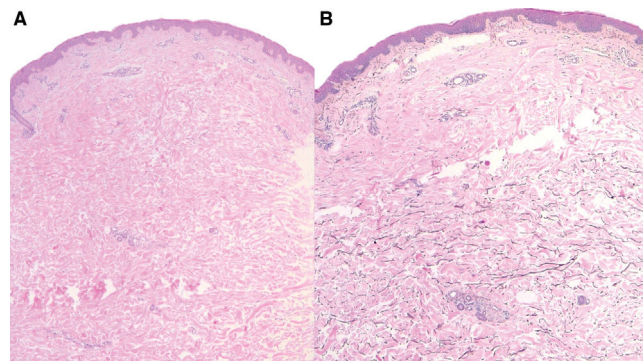


Figura 2 A) Histología con tinción de hematoxilina y eosina [40×]. B) Histología con tinción de orceína [40×].

¿Cuál es su diagnóstico?

Véase contenido relacionado en DOI:
<https://doi.org/10.1016/j.ad.2023.10.063>

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2025.04.007>

0001-7310/© 2025 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Cómo citar este artículo: C. Valente, I. Aparício Martins and B. Duarte, [Artículo traducido] Dermatitis finamente arrugada asintomática de lenta evolución en un hombre, ACTAS Dermo-Sifiliográficas, <https://doi.org/10.1016/j.ad.2025.04.007>

43 Diagnóstico

44 Elastólisis de la dermis media tipo III.

45 Evolución clínica y tratamiento

46 Se instauró tratamiento con tretinoína en crema al 0,05%
47 (0,5 mg/g) durante dos meses, con una leve mejoría clínica.
48 No se evidenció progresión de la dermatosis durante este
49 periodo; sin embargo, el aspecto arrugado de las lesiones se
50 mantuvo sin cambios significativos.

51 Comentario

52 La elastólisis de la dermis media (EDM) es una afección
53 adquirida y poco común del tejido elástico, más frecuente
54 en mujeres de mediana edad. Aunque la EDM se limita a la
55 piel y no tiene afectación sistémica, se asocia a numerosas
56 enfermedades concomitantes o precedentes, en particular,
57 enfermedades autoinmunes¹.

58 La fisiopatología exacta de la dermatosis elastolítica del
59 cuello (EDM) aún no se comprende por completo. Se postu-
60 la que implica un aumento en la actividad elastolítica
61 junto con una disminución de la renovación de las fibras
62 elásticas. Diversos tipos celulares, como macrófagos y fibro-
63 blastos, están involucrados en este proceso, generando un
64 desequilibrio entre la sobreexpresión de metaloproteinasas
65 de matriz (MMP) y la reducción de los inhibidores tisulares
66 de metaloproteinasas (TIMP). Los factores desencadenan-
67 tes de esta alteración aún no están claramente definidos,
68 aunque se han propuesto antecedentes genéticos, infla-
69 mación crónica y mecanismos autoinmunes como posibles
70 contribuyentes¹⁻³. En la exploración física pueden obser-
71 varse lesiones distribuidas simétricamente en el tronco y las
72 extremidades proximales, con una presentación clínica que
73 varía según el subtipo: parches bien delimitados de arrugas
74 finas (tipo I), pápulas perifoliculares (tipo II) o eritema per-
75 sistente acompañado de arrugas reticuladas (tipo III). Este
76 último subtipo, como en el caso que presentamos, es más
77 frecuente en varones mayores de 50 años¹.

78 El estudio histopatológico mediante tinciones elásticas
79 (orceína o Verhoeff-van Gieson) es patognomónico, y revela
80 una pérdida focal o en bandas de las fibras elásticas en
81 la dermis media, con preservación de la dermis papilar y
82 reticular más profunda y alrededor de los apéndices³. En
83 ocasiones pueden observarse infiltrados inflamatorios leves,
84 presencia de macrófagos y fenómenos de elastofagocitosis.
85 La EDM pertenece al grupo de dermatosis denominadas
86 «invisibles» para el dermatopatólogo, ya que en la tinción
87 convencional con hematoxilina-eosina (H&E) no se
88 evidencian alteraciones significativas. Por ello, la correla-
89 ción clinicopatológica es fundamental para indicar tinciones
90 elásticas complementarias, imprescindibles para confirmar
91 el diagnóstico de la EDM⁴.

92 El diagnóstico diferencial incluye anetodermia, cutis
93 laxa, elastólisis de la dermis papilar similar al seudoxantoma
elástico, y granuloma anular elastolítico de células gigantes.

94 La anetodermia se presenta con áreas más pequeñas y deli-
95 mitadas de hernias en forma de bolsa de piel flácida, con una
96 histología que revela pérdida de fibras elásticas en la dermis
97 papilar y reticular. La cutis laxa se manifiesta como piel flá-
98 cida y redundante, a menudo acompañada de afectación de
99 órganos internos y fragmentación de las fibras elásticas en
100 la histopatología. La elastólisis dérmica papilar tipo seudo-
101 xantoma elástico se asemeja clínicamente al seudoxantoma
102 elástico, con una histopatología que presenta una pérdida en
103 banda de fibras elásticas en la dermis papilar. El granuloma
104 elastolítico anular de células gigantes se presenta como pla-
105 cas anulares eritematosas con centro atrófico y arrugado,
106 y la biopsia muestra un infiltrado granulomatoso dérmico
107 central con pérdida de fibras elásticas³.

108 El tratamiento continúa siendo un desafío, ya que actual-
109 mente no existe ningún tratamiento que permita regenerar
110 las fibras elásticas perdidas. Se postula que la radiación
111 UV desempeña un papel en la patogénesis de la EDM,
112 por lo que se recomienda la protección solar. Diversas
113 opciones terapéuticas han sido evaluadas con resultados
114 variables, incluyendo corticosteroides (tópicos y sistémicos),
115 tretinoína, hidroxiclороquina, vitamina E, clofazimina,
116 colchicina, dapsona y micofenolato mofetilo, con reportes
117 de mejoría clínica moderada en algunos casos^{3,5,6}.

118 Conflicto de intereses

119 Los autores declaran que no tienen ningún conflicto de inte-
120 reses.

121 Bibliografía

- 122 1. Gambichler T, Mamali K, Scheel C. A brief literature update on
123 mid-dermal elastolysis with an emphasis on pathogenetic and
124 therapeutic aspects. *J Clin Aesthet Dermatol.* 2020;13:E53-8.
- 125 2. Hardin J, Dupuis E, Haber RM. Mid-dermal elastolysis: A female-
126 centric disease; case report and updated review of the literature.
127 *Int J Womens Dermatol.* 2015;1:126-30.
- 128 3. Gambichler T. Mid-dermal elastolysis revisited. *Arch Dermatol*
129 *Res.* 2010;302:85-93.
- 130 4. Kieselová K, Soares-de-almeida L. Dermatoses with minimal
131 histological changes: Making the invisible visible. *J Port Soc Der-*
132 *matol Venereol.* 2020;78:141-6.
- 133 5. Martínez-Escala ME, Rozas E, Pujol RM, Herrero-González JE.
134 Mid-dermal elastolysis: Another dermatological clue to autoim-
135 munity? *Acta Derm Venereol.* 2012;92:434-5.
- 136 6. Smithson SL, Orchard D, Scardamaglia L. Mycophenolate
137 mofetil to treat mid-dermal elastolysis. *Pediatr Dermatol.*
138 2018;35:e221-3.

C. Valente*, I. Aparício Martins y B. Duarte

Q1

*Departamento de Dermatología y Venereología, Centro
Hospitalar Universitário de Lisboa Central, Lisboa,
Portugal*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: claramvalente@outlook.com
(C. Valente).