

DERMATITIS CENICIENTA. UNA ENFERMEDAD RARA.**Autor:** MSc. Dr. Carlos A. Blanco Córdova

Esp. I grado Dermatología, Profesor Asistente. FCM "Girón", Playa, La Habana.

e-mail: carlosal@infomed.sld.cu**RESUMEN**

La dermatosis cenicienta o eritema discrómico perstans, es un trastorno pigmentario idiopático, adquirido, crónico y de evolución lenta, que se caracteriza por manchas de color azul grisáceo o cenizo. Afecta principalmente cara, cuello, tronco y extremidades. Es una enfermedad poco frecuente en la práctica médica, que nos obliga a realizar diagnósticos diferenciales. Cursa con afectación psicológica importante desde el punto de vista cosmético. Se realizó biopsia cutánea confirmando el diagnóstico de dermatosis cenicienta. Los análisis clínicos resultaron positivos a giardiasis.

Presentamos una paciente gestante, de 5 meses, de 27 años de edad, que acude a consulta por máculas pigmentadas en la piel de tronco y extremidades, de 6 meses de evolución, con prurito ligero. Se citan factores diversos asociados a la aparición de la enfermedad, dentro de ellos el parasitismo intestinal. Es un padecimiento aun sin tratamiento efectivo. Las opciones terapéuticas son muchas, pero pocas han resultado efectivas. Se indican cremas esteroideas, con mejoría del prurito y de las lesiones. Actualmente se plantea el uso del Dapsone y la Clofazimina con buenos resultados, pero no se aplican por su estado de gravidez. Se concluye la presentación de una enfermedad poco frecuente en nuestro medio, asociada a giardiasis, con afección psicológica y estética importante para el paciente.

Palabras clave: dermatosis cenicienta; eritema discrómico perstans.

INTRODUCCIÓN

Dermatosis cenicienta, conocida también como eritema discrómico perstans, es una dermatosis pigmentaria, circunscrita y adquirida, caracterizada por manchas asintomáticas de color azul grisáceo con eritema marginal, de evolución crónica y más frecuente en mestizos.⁽¹⁾

Predomina en América Latina y Asia. Fue descrita inicialmente en El Salvador por *Oswaldo Ramírez* en 1957. Predomina en la población hispana de piel fototipo IV, siendo más común en adultos, entre la segunda y tercera década de la vida.⁽²⁾

Se presenta como una enfermedad asintomática, de importancia cosmética principalmente, de larga evolución. Afecta comúnmente el tronco, brazos, cuello y cara, sin preferencia por áreas expuestas. Las lesiones respetan las palmas, plantas, uñas, mucosas y piel cabelluda. En ocasiones existe tendencia a la distribución simétrica, particularmente en las localizadas en cara y cuello. Se caracteriza por manchas azul grisáceas, que varían desde 0,5 a varios centímetros, y en su etapa activa se acompañan de bordes eritematosos.^(1,3)

El diagnóstico es clínico patológico debido a la similitud con patologías como el liquen plano pigmentado y la pigmentación macular eruptiva idiopática. No hay un tratamiento 100 % efectivo, se han utilizado corticoides tópicos, protectores solares, fosfatos de cloroquina, hidroquinona, terapia con luz ultravioleta y queratolíticos sin ningún resultado. Sin embargo, estudios recientes han demostrado que la dapsona y la clofazimina pueden controlar la enfermedad.⁽⁴⁾

Caso clínico

Se presenta una paciente femenina, gestante de 5 meses, 27 años de edad, con antecedentes de ser sana, que acude al consultorio por presentar manchas oscuras que aparecieron alrededor de 6 meses atrás, localizadas primero en

región del tórax y que posteriormente se diseminaron a la región posterior del mismo, de forma difusa, y a miembros superiores. Hace alrededor de 5 meses aparecieron en ambas piernas. Presenta ligero prurito como síntoma asociado. Se decide su interconsulta con Dermatología.

Al examen dermatológico se constata paciente con fototipo cutáneo IV, que presenta lesiones maculares azul grisáceas, localizadas en región del tronco (**Fig.1 y 2**), cara posterior y anterior de ambos brazos, región nuca (**Fig. 3 y 4**) y toracolumbar, así como miembros inferiores, de superficie lisa, de aspecto jaspeado, bordes no bien definidos, que se continúan con la piel circundante. Mucosas y faneras sin alteración.



Fig.1 Lesiones maculares pigmentadas en en abdomen.



Fig.2 Lesiones maculares pigmentadas en Espalda.



Fig.3 Lesiones maculares pigmentadas en brazo izquierdo.



Fig.4 Lesiones maculares pigmentadas en nuca.

Exámenes de laboratorio realizados: Seriados de heces fecales positivos a giardiasis. Resto de exámenes normales.

Se realiza biopsia incisional que informó: Eritema discrómico persistente (Dermatosis Cenicienta) (**Fig.5**)

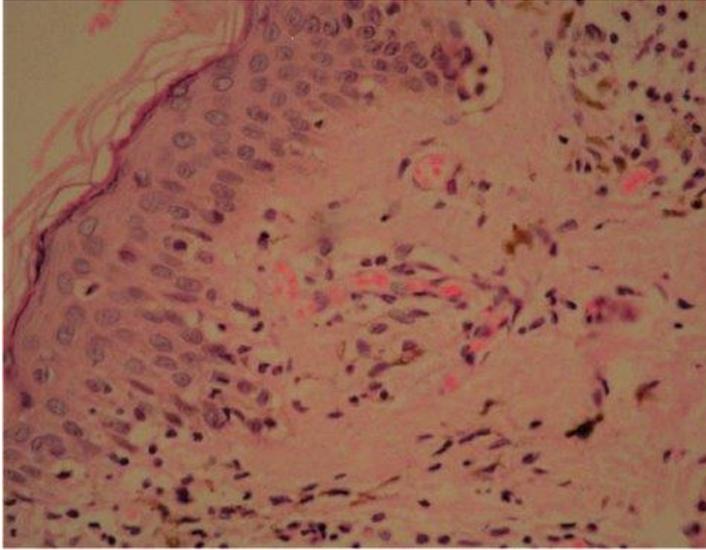


Fig.5 (HE 40x.). En la imagen histológica se observa aplanamiento de la epidermis, vacuolización de la capa basal, caída de pigmento, melanófagos, infiltrado inflamatorio moderado de linfocitos y vasos dilatados y congestionados

Se concluye el caso como una dermatosis cenicienta. Se le indicó tratamiento y seguimiento por consulta de Dermatología. Se interconsulta con Psiquiatría, donde se constata depresión y ansiedad de la paciente por sus lesiones en piel.

Discusión

La dermatosis cenicienta es una hipermelanosis idiopática, adquirida, generalizada, macular, de color azul grisáceo ceniciento, que aparece en individuos sanos. ⁽³⁾ Algunos autores sugieren que la condición no es más que un cambio pigmentario post inflamatorio en estos pacientes, específicamente en personas con tipo de piel IV según la clasificación de Fitzpatrick. ⁽²⁾

Prácticamente no afecta a sujetos caucásicos, entre los cuales solo se han descrito 39 casos. Ocurre en ambos sexos, pero la literatura plantea afecta más a sexo femenino. Se presenta a cualquier edad, principalmente durante el segundo decenio de la vida, ⁽¹⁾ lo que coincide con el caso que presentamos.

Es una patología infrecuente de etiología desconocida, pero algunos autores citan como factores asociados la ingesta de nitritos de amonio, parasitosis intestinal causada por nemátodos, medio de contraste vía oral para rayos X, alergia al cobalto, factores ambientales, carcinoma bronquial, Hipotiroidismo, dislipidemias, Anemia, entre otros. En nuestro caso, se asocia a una giardiasis que presenta la paciente, y que lo menciona la literatura revisada. Se plantea la importancia de estudiar a estos pacientes, que pueden presentar comorbilidades que no habían sido diagnosticadas previamente, como lo fue en este caso.

Se presenta como una enfermedad asintomática de importancia cosmética principalmente, de larga evolución. Afecta comúnmente el tronco, brazos, cuello y cara, sin preferencia por áreas expuestas. Las lesiones respetan las palmas, plantas, uñas, mucosas y piel cabelluda. En ocasiones existe tendencia a la distribución simétrica, particularmente en las localizadas en cara y cuello. En su etapa activa se acompañan de bordes eritematosos. ^(1,2)

Los análisis clínicos usuales resultan negativos, ⁽¹⁾ solo se constata giardiasis en las heces fecales. En el estudio histopatológico se puede observar hiperqueratosis ortoqueratósica con cierto predominio folicular, vacuolización focal de la basal e incontinencia del pigmento, con acumulaciones de material eosinófilo denominadas cuerpos coloides o de Civatte. En la dermis superficial hay infiltrado linfocitario perivascular leve y abundantes melanófagos. Durante las fases iniciales eritematosas se observan vasodilatación y congestión vascular. ⁽¹⁾

Es un padecimiento aun sin tratamiento efectivo. ^(5,6) Las opciones terapéuticas son muchas, pero pocas han resultado efectivas. Se han utilizado corticoides tópicos, fosfatos de cloroquina, griseofulvina, protectores solares, hidroquinona 5 - 15 %, exfoliación química (peeling) y queratolíticos. ⁽³⁾ Sin embargo, estudios recientes han demostrado que la dapsona y la clofazimina pueden controlar la enfermedad. ^(4, 7-10) No se le aplica a nuestro caso, por encontrarse embarazada.

Conclusiones

- 1- Se presenta un caso de Dermatitis Cenicienta, enfermedad poco frecuente en nuestro medio, con gran afectación psicológica y cosmética.
- 2- Se constata Giardiasis como único factor posiblemente asociado a la enfermedad.
- 3- Es importante la búsqueda de posibles enfermedades asociadas que podrían jugar un importante rol, o ser un factor disparador de esta dermatosis.
- 3- Es un padecimiento aun sin tratamiento efectivo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arenas R. Atlas, diagnóstico y tratamiento. 5 ed. México: McGraw-Hill; 2013.
2. Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI. Fitzpatrick. Dermatología en Medicina General. 8 ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana S.A; 2013.
3. Bologna JL, Schaffer J, Cerroni L. Dermatología. 3 ed. Barcelona: Elsevier; 2012.
4. Falabella. Dermatología. 7 ed. Medellín: Corporación para investigaciones biológicas; 2009.
5. James DW, Berger GT, Elston MD. Andrews Diseases of the skin. Clinical Dermatology. 10th. Ed. New York: Elsevier; 2006.
6. Ochaita P. Dermatología Texto y atlas. 3 ed. Madrid: MEDITECNICA; 2003.
7. Revista Médica de los Post Grados de Medicina UNAH. Perfil clínico epidemiológico de pacientes con eritema discrómico perstans (dermatitis cenicienta) en el Hospital Escuela. 2007, Vol. 10 N° 1 Enero – Abril. Citada 2 oct 2020. Disponible en: <http://www.bvs.hn/RMP/pdf/2007/pdf/Vol10-1-2007-3.pdf>
8. Michelle Velásquez, S., Marisabel Méndez, X. Consulta Externa de Hospital Regional San Francisco, Juticalpa, Olancho. Archivos de Medicina. Dermatitis

cenicienta. 2015. Revisado 3 Oct. 2020, disponible en:

<https://www.archivosdemedicina.com/editors.php#>

9. Dermatitis cenicienta. In: Guzmán R. Guzmán R (Ed.), Ed. Roberto Arenas Guzmán. Eds. Dermatología. Atlas, diagnóstico y tratamiento, 6e. McGraw-Hill; Accessed septiembre 24, 2020. Disponible en:

<https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1538§ionid=102303794>

10. Llerena Díaz, A; Hernández Blanco, Z. Folia Dermatológica Cubana.

Presentación de caso: Dermatitis cenicienta en un paciente joven. 2018, Citado 2 Oct. 2020. Disponible en:

<http://revfdc.sld.cu/index.php/fdc/article/view/123/115>

