

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA DERMATOPOROSIS. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

PREVENTION AND TREATMENT OF DERMATOPOROSIS. LITERATURE REVIEW

Autores:  Ignacio Paz Melero

Enfermero (BSN). EIR de la Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria.
Área Sanitaria de Ferrol.

Contacto: Ignacio.Paz.Melero@sergas.es

Fecha de recepción: 30/03/2021
Fecha de aceptación: 30/04/2021

Paz-Melero I. Prevención y tratamiento de la dermatoporosis. Revisión bibliográfica. *Enferm Dermatol.* 2021; 15(42): 8-14. DOI 10.5281/zenodo.4765581

RESUMEN:

Objetivo: Revisar la información publicada sobre la dermatoporosis, haciendo hincapié en su identificación, prevención y tratamiento.

Metodología: Revisión bibliográfica abarcando la década 2010-2019. Uso de diferentes recursos bibliográficos (PubMed, Cochrane Library Plus, Cuiden, IBECS y Dialnet). Combinación de descriptores DeCS, MeSH y texto libre con operadores booleanos OR y AND. Selección de artículos según criterios de inclusión y su relación con el objetivo de estudio. Lectura en profundidad de los artículos seleccionados y exposición narrativa de los resultados.

Resultados: De 47 artículos recuperados fueron finalmente revisados 14. La prevalencia de la dermatoporosis es variable entre los países europeos, según investigaciones previas la tasa está entre el 21 y 38%. Existe discordancia en donde se localiza mayoritariamente la prevalencia (miembros inferiores versus superiores). Los signos clínicos más frecuentes fueron la púrpura senil y las pseudocicatrices. La principal recomendación se basa en la reducción de la exposición a factores extrínsecos, como la radiación ultravioleta, la contaminación, el tabaco y fármacos como los corticosteroides tópicos y sistémicos. Además, se debe asegurar una ingesta suficiente de proteínas, vitamina C y un aporte de líquidos adecuado. Para tratarla se propone la hidratación de la piel y la administración tópica de retinoides, ácido hialurónico, vitaminas C y E, y emolientes.

Conclusiones: Se necesita contar con un algún protocolo específico para tratar cada fase de la dermatoporosis, así como, seguimiento por la unidad de dermatología u consultas especializadas en curación de heridas.

También se observó la existencia de un gran desconocimiento entre los profesionales sanitarios sobre la enfermedad (entre un 35,1% y 96,5%), siendo una posible barrera en la prevención primaria y la detección precoz, de ahí que se necesite más formación al respecto.

Palabras clave: Dermatoporosis, Envejecimiento de la piel, Insuficiencia cutánea crónica.

ABSTRACT:

Purpose: To review published information on dermatoporosis, with emphasis on its identification, prevention and treatment.

Methodology: Literature review covering the decade 2010-2019. Use of different bibliographic resources (PubMed, Cochrane Library Plus, Cuiden, IBECS and Dialnet). Combination of DeCS, MeSH and free text descriptors with Boolean operators OR and AND. Selection of articles according to inclusion criteria and their relation to the study objective. In-depth reading of the selected articles and narrative presentation of the results.

Results: Of 47 articles retrieved, 14 were finally reviewed. The prevalence of dermatoporosis is variable among European countries, according to previous research the rate is between 21 and 38%. There is discordance in where the prevalence is mostly located (lower versus upper limbs). The most frequent clinical signs were senile purpura and pseudoscarring. The main recommendation is based on reducing exposure to extrinsic factors such as ultraviolet radiation, pollution, smoking and drugs such as topical and systemic corticosteroids. In addition, sufficient intake of protein, vitamin C and adequate fluid intake should be ensured. To treat

FORMACIÓN DERMATOLÓGICA

it, skin hydration and topical administration of retinoids, hyaluronic acid, vitamins C and E, and emollients are proposed.

Conclusions: There is a need for a specific protocol to treat each phase of dermatoporosis, as well as follow-up by the dermatology unit or specialized wound healing consultations. It was also observed that there is a great lack of knowledge among health professionals about the disease (between 35.1% and 96.5%), being a possible barrier to primary prevention and early detection, hence the need for more training in this regard.

Key words: Dermatoporosis, Skin aging, Chronic skin failure.

INTRODUCCIÓN:

El envejecimiento biológico es definido como el proceso de cambio del organismo a lo largo del tiempo que disminuye la probabilidad de supervivencia y reduce la capacidad fisiológica de autorregulación, reparación y adaptación a las demandas ambientales. No todos los órganos envejecen de la misma forma y a igual velocidad; la piel es el órgano que envejece de forma más precoz⁽¹⁾.

Con el paso de los años, la piel sufre una pérdida funcional, con atrofia de las capas que la componen, disminución del flujo sanguíneo y aumento de tiempo de recambio celular⁽²⁾, produciéndose las siguientes manifestaciones clínicas recogidas en la **Tabla 1**⁽³⁾.

Cuando el envejecimiento de la piel se produce de forma prematura se produce un síndrome clínico acuñado por Kaya y Saurat en 2007, como dermatoporosis o insuficiencia crónica de la piel⁽⁴⁾. Este término hace referencia al estado en el que la piel se vuelve más frágil y delgada, pudiendo llegar a romperse e, incluso provocar un hematoma disecante profundo en estadios avanzados. Se produce por la disminución selectiva del queratinocito CD44, un receptor transmembrana del ácido hialurónico. El ácido hialurónico se encuentra en la matriz extracelular de la dermis y es responsable de mantener una hidratación y elasticidad adecuada, ofreciendo resistencia cutánea ante agresiones mecánicas⁽⁵⁾.

Existen factores externos que pueden acelerar este proceso, como la exposición a radiaciones ultravioleta A y B, el abuso de corticosteroides (tanto vía tópica como sistémica), el tratamiento con anticoagulantes, la insuficiencia renal o el déficit de vitamina C o zinc⁽²⁾.

Cambios	Consecuencias
- Adelgazamiento de la superficie cutánea de un 15% (a partir de los 60 años).	- Mayor fragilidad y menor eficacia como barrera.
- La dermis pierde un 20% de espesor.	- Profundización de los surcos.
- Disminución de elasticidad y flexibilidad.	- Sequedad y menor curtido.
- Disminución de la producción de sebo y aumento de la permeabilidad.	- Termorregulación ineficaz.
- Pérdida del 10-20% de melanocitos por década.	- Infecciones crónicas más frecuentes.
- Menor número de glándulas sudoríparas.	- Aumento del umbral del dolor.
- Deterioro de la respuesta inmune relativa de la célula.	- Menor resistencia a pequeños traumas.
- Alteración de la percepción sensorial.	- Aumento de fragilidad de las uñas.
- Disminución del tejido adiposo.	- Facilidad de rotura de los vasos ante mínimos traumatismos.
- Disminución del espesor y de la velocidad de crecimiento de las uñas.	- Frialdad cutánea, alteración de la respuesta inflamatoria, cicatrización lenta y anómala.
- Alteración de los vasos sanguíneos y disminución de su número.	- Crecimiento de vello en determinadas zonas.
- Alteraciones del pelo.	- Despigmentación con encanecimiento, aumento de grosor del vello.
	- Disminución de folículos en cuero cabelludo.

Tabla 1. Cambios fisiológicos en el envejecimiento cutáneo.

En función de su origen, se clasifica en dermatoporosis primaria (o patológica), relacionada con la predisposición genética; y secundaria (o iatrogénica), en relación con tratamientos prolongados con corticoides⁽⁵⁾.

Los signos clínicos precoces de la dermatoporosis aparecen entre los 40 y 60 años y se caracterizan por la aparición de arrugas, excoriaciones superficiales y cambios estructurales en la piel; sin embargo, es entre los 70 y 90 años cuando se manifiesta de forma más evidente^(5,6).

El grado de evolución de la dermatoporosis se clasifica en función de los signos que presenta (**Tabla 2**)⁽²⁾:

ESTADIO	Atrofia cutánea	Púrpura de Bateman o senil	Pseudo cicatrices	Laceraciones cutáneas	Hematomas discantes
I	+	+	+	-	-
II	+	+	+	+	-
III	+	+	+	++	-
IV	+	+	+	++	+

Tabla 2. Grado de evolución de la dermatoporosis.

Las manifestaciones clínicas son la púrpura senil como marcador en etapas tempranas, atrofia cutánea, pseudocicatrices estelares, laceraciones y la aparición de hematoma profundo disecante en etapas avanzadas⁽⁵⁾. La púrpura senil o púrpura de Bateman, es un signo clásico de fotoenvejecimiento caracterizado por lesiones purpúricas como petequias o equimosis debido a una atrofia de la dermis⁽⁷⁾.

Las complicaciones de la dermatoporosis constituyen un problema emergente entre la población mayor. Las laceraciones cutáneas son desgarros causados por traumatismo cerrado, como resultado de la fragilidad externa. Además, el proceso de cicatrización está más enlentecido⁽⁵⁾. Sin embargo, la complicación más grave de la dermatoporosis constituye el hematoma disecante profundo, que se produce como resultado de un sangrado masivo inducido por traumatismo de vasos sanguíneos frágiles y envejecidos entre la fascia muscular y el tejido subcutáneo⁽⁷⁾.

Estas lesiones se localizan en las zonas más frecuentemente expuestas al sol, como los antebrazos, dorso de la mano, tórax, cuero cabelludo y miembros inferiores, siendo estos últimos la región donde se producen más comúnmente hematomas disecantes⁽⁵⁾.

El objetivo del presente estudio fue revisar la información publicada sobre la dermatoporosis, haciendo hincapié en su identificación, prevención y tratamiento.

METODOLOGÍA:

Se realizó una revisión bibliográfica en diferentes recursos bibliográficos (PubMed, Cochrane Library Plus, Cuiden, IBECs y Dialnet), mediante descriptores (Tabla 3) y palabras clave, en relación con el objetivo de estudio.

Prevención [DeCS]	Tratamiento [DeCS] Terapia [DeCS]	<ul style="list-style-type: none"> - "Dermatoporosis" (texto libre) - Envejecimiento de la piel [DeCS] - "Insuficiencia cutánea crónica" (texto libre)
Prevention [DeCS]	Therapy [DeCS/MeSH]	<ul style="list-style-type: none"> - "Dermatoporosis" (texto libre) - Skin aging [DeCS/MeSH] - "Chronic skin failure" (texto libre) - "Chronic cutaneous insufficiency syndrome" (texto libre)

Tabla 3. Descriptores empleados en la búsqueda bibliográfica.

Criterios de inclusión:

- Revisiones sistemáticas, ensayos clínicos, estudios de casos y controles, estudios observacionales, casos clínicos y revisiones de consenso.
- Estudios realizados en los últimos 10 años (enero del 2010-diciembre 2019).
- Publicados en español, inglés, portugués o gallego.

Criterios de exclusión:

- Documentos de difícil acceso al texto completo.
- Literatura gris (comunicaciones, editoriales, cartas al director...)
- Estudios cualitativos

Fueron seleccionados los documentos que cumplían el objetivo y los criterios de inclusión tras revisar: 1º) título, 2º) resumen y 3º) texto completo.

Estrategia de búsqueda general:

- En idioma español:

(prevención OR (tratamiento OR terapia)) AND (dermatoporosis OR "envejecimiento de la piel" OR "insuficiencia cutánea crónica")

- En idioma inglés:

(prevention OR therapy) AND (dermatoporosis OR "sking aging" OR "chronic skin failure" OR "chronic cutaneous insufficiency syndrome")

Esta estrategia se adaptará a las herramientas de búsqueda de cada base de datos, con el fin de obtener los máximos resultados que se ajusten al contenido del trabajo.

- PUBMED:

(prevention OR therapy) AND (dermatoporosis OR "sking aging" OR "chronic skin failure" OR "chronic cutaneous insufficiency syndrome")

Resultados: 34; seleccionados: 12

- COCHRANE:

(prevention OR therapy) AND (dermatoporosis OR "sking aging" OR "chronic skin failure")

Resultados: 1; seleccionados: 1

- IBECs:

dermatoporosis OR "envejecimiento de la piel" OR "insuficiencia cutánea crónica"

Resultados: 1; seleccionados: 1

- CUIDEN:

dermatoporosis OR “envejecimiento de la piel” OR “insuficiencia cutánea crónica”

Resultado: 2; seleccionados: 2

- DIALNET:

(Prevención OR (tratamiento OR terapia)) AND (dermatoporosis OR “envejecimiento de la piel” OR “insuficiencia cutánea crónica”)

Resultado: 9; Seleccionados: 1

Finalmente, tras la selección de los documentos que forman parte de la revisión se procedió a una lectura en profundidad de los artículos para identificar los que relacionan con la prevalencia, la prevención, cuales con el tratamiento. Dichos resultados son expuestos de manera narrativa.

RESULTADOS:

De 47 artículos recuperados pasaron el cribaje (criterios de selección) 16 de ellos; siendo elegidos para la revisión final 14. Las características de dichos artículos están descritos en la siguiente tabla (**Tabla 4**):

Autor	Título de estudio	Tipo de estudio	Base de datos	Año
Wollina U et al. (7)	Dermatoporosis, the chronic cutaneous fragility syndrome	Revisión bibliográfica	PubMed	2020
Recarte L et al. (6)	Seguridad y grado de aceptación de un calceín protector cutáneo en pacientes con dermatoporosis y/o cambios cutáneos por insuficiencia venosa crónica	Estudio cuasi-experimental	CUIDEN	2020
Palomar F et al. (2)	Prevalencia de envejecimiento cutáneo crónico (dermatoporosis) en ancianos institucionalizados de centros sociosanitarios de Valencia	Estudio analítico observacional prospectivo	CUIDEN	2019
Kaya G et al. (5)	Dermatoporosis, a prevalent skin condition affecting the elderly: current situation and potential treatments	Revisión bibliográfica	PubMed	2019
Kluger N et al. (9)	Prevalence of and risk factors for dermatoporosis: a prospective observational study of dermatology outpatients in a Finnish tertiary care hospital	Estudio prospectivo observacional	PubMed	2019
Dyer J et al. (6)	Chronic Skin Fragility of Aging: Current Concepts in the Pathogenesis, Recognition, and Management of Dermatorporosis	Revisión bibliográfica	PubMed	2018
Vanzi V et al. (10)	Recognising and managing age-related dermatoporosis and skin tears	Caso clínico	PubMed	2018

Humbert P et al. (11)	Bateman purpura (dermatoporosis): a localized scurvy treated by topical vitamin C - double-blind randomized placebo-controlled clinical trial	Ensayo clínico aleatorizado	Cochrane / Pubmed	2018
Karadag AS et al. (12)	Senile Purpura as a Stage of Dermatorporosis	Revisión bibliográfica	PubMed	2017
McKnight B et al. (14) (13)	Topical Human Epidermal Growth Factor in the Treatment of Senile Purpura and the Prevention of Dermatorporosis	Estudio de intervención pre-post	PubMed	2015
Nikolic DS et al. (13)	Hyalurosome gene regulation and dose-dependent restoration of skin atrophy by retinaldehyde and defined-size hyaluronate fragments in dermatoporosis	Ensayo clínico aleatorizado	PubMed	2014
Palomar F et al. (15)	Envejecimiento cutáneo y dermatoporosis	Revisión bibliográfica	Dialnet	2013
Kaya G et al. (16)	New therapeutic targets in dermatoporosis	Revisión bibliográfica	PubMed	2012
Mengeaud V et al. (17)	Prevalence of dermatoporosis in elderly French hospital in-patients: a cross-sectional study	Estudio transversal observacional	PubMed	2012

Tabla 4. Estudios incluidos.

Teniendo en cuenta el objetivo de la revisión, los resultados y sus conclusiones de los artículos seleccionados, se identificaron los siguientes enunciados en los que se agruparon los diferentes estudios.

1) Magnitud de la dermatoporosis:

La prevalencia de la dermatoporosis es variable entre los países europeos, según investigaciones previas, que la sitúan entre el 21 y 38%.

En un estudio realizado en Finlandia con 176 pacientes que acudieron a consulta dermatología refiere una prevalencia del 30,7% entre los mayores de 60 años⁽⁹⁾. Este estudio está en concordancia con el realizado por Mengeaud et al, en Francia, donde se evaluaron a 202 pacientes hospitalizados y se observó una prevalencia del 32%⁽¹⁷⁾. El riesgo de desarrollar dermatoporosis aumentó significativamente entre los pacientes con tratamientos crónicos con corticosteroides orales y tópicos y entre aquellos que presentaban insuficiencia renal crónica grave. Otro estudio realizado en este país con una muestra representativa sitúa la prevalencia en el 37,5% entre los mayores de 65 años⁽⁷⁾.

En nuestro entorno, existe un estudio realizado en 473 pacientes por Palomar et al⁽²⁾ en 4 centros sociosanitarios de la provincia de Valencia, se observó un 21,14%

de prevalencia, una cifra inferior a las estimaciones de otros estudios, a pesar de localizarse en una zona con alta incidencia exposición solar y que solo el 37% refería usar crema hidratante y un 23% protección solar.

En todos los estudios, las lesiones se localizaban en regiones frecuentemente expuestas a la radiación solar, aunque existe discordancia entre estudios, observando Kluger et al, mayor prevalencia en miembros inferiores mientras que otros estudios se observan más lesiones en miembros superiores. En todos ellos, los signos clínicos más frecuentes fueron la púrpura senil y las pseudo-cicatrices, correspondientes con un estadio I de la dermatoporosis^(2,10,18).

2) Prevención:

La prevención primaria de la dermatoporosis es el pilar más importante para el manejo de esta entidad. Se basa principalmente en la educación sanitaria y la concienciación de la población sobre los riesgos de desarrollarla. La principal recomendación se basa en la reducción de la exposición a factores extrínsecos, como la radiación ultravioleta, la contaminación, el tabaco y fármacos como los corticosteroides tópicos y sistémicos⁽⁷⁾.

Una exposición prolongada a la luz ultravioleta ha demostrado un agotamiento de la vitamina C fotoprotectora, que acelera el envejecimiento⁽⁷⁾. Por ello, se debe instruir en la importancia y necesidad de establecer medidas de fotoprotección, reduciendo la exposición solar en las horas centrales del día y utilizando protectores solares, tanto físicos (prendas de manga larga y pantalones) como químicos (protectores solares con factor de protección elevado)^(6,16).

Vanzi et al, defienden la importancia de reconocer de forma precoz la dermatoporosis y el abordaje individual de las laceraciones, ya que esta entidad clínica supone un enlentecimiento de la cicatrización y, sin un abordaje apropiado, pueden evolucionar a heridas crónicas complejas, con las implicaciones para el paciente y el sistema sanitario que conlleva⁽¹⁰⁾. Para ello propone evaluar los factores de riesgo que pueden influir en la integridad tisular, basándose en el estado general, movilidad y estado de la piel; principalmente los signos clínicos en antebrazos, región pretibial y dorso de las manos.

En caso de reconocer los signos cutáneos de dermatoporosis y tener antecedentes de diabetes, insuficiencia venosa o arterial, neuropatía o tratamiento con corticoides de forma prolongada, se deben vigilar lesiones eritematosas nodulares y dolorosas como medida de

prevención de formación de un hematoma disecante profundo⁽¹⁸⁾.

Otra tarea fundamental para prevenir la dermatoporosis es la de informar al paciente y adiestrar para evitar accidentes caseros adaptando el entorno: colocar sistemas de sujeción en zonas de riesgo como baños, reducir o eliminar el uso de alfombras, muebles y objetos que entorpezcan el paso, así como colocar protectores; promover una adecuada iluminación, etc.^(6,12).

Recarte L et al, también recomiendan el uso de forma preventiva de dispositivos textiles protectores de la piel podrían evitar la aparición de lesiones, ya que muestran una buena adherencia y suponen una mejora en su calidad de vida⁽⁸⁾.

Por último, no se debe olvidar la importancia de mantener una adecuada alimentación. Una baja ingesta de proteínas se asocia con una disminución de la función inmune, con peor cicatrización y una mayor fragilidad cutánea. Su ingesta debe ser de 1g/kg/día en adultos mayores de 70 años, promoviendo la inclusión del huevo en la dieta como fuente proteica de alto valor biológico⁽⁶⁾. Además, se debe asegurar una ingesta suficiente de vitamina C y un aporte de líquidos adecuado en función de las necesidades. Se recomienda también la aplicación de preparados tópicos hidratantes, en función de la tipología de la piel de cada persona⁽¹⁵⁾.

3) Tratamiento:

El tratamiento de la dermatoporosis obtiene mayores beneficios en estadios precoces⁽⁷⁾. Para ello se propone la hidratación de la piel y la administración tópica de retinoides, ácido hialurónico, vitaminas C y E, y emolientes⁽²⁾.

Humbert et al, realizó un ensayo clínico aleatorizado doble ciego con 18 pacientes que presentaban púrpura de Bateman o senil, en los que se aplicó de forma tópica vitamina C al 5% durante 12 semanas, observando una disminución en el tono, saturación y aumento de claridad de la púrpura; así como un aumento en la elasticidad y grosor de la piel^(7,12).

Tratamientos tópicos a base de ácido hialurónico fragmentado también han demostrado beneficios en la renovación celular y angiogénesis. Aplicado junto a corticoides tópicos previnieron la atrofia de la piel sin interferir en los efectos antiinflamatorios de los primeros⁽¹⁶⁾. Podría además actuar de forma sinérgica en combinación con retinaldehído para prevenir la atrofia cutánea e incrementar el grosor de la piel y el contenido de colágeno⁽⁷⁾.

Kaya et al, elaboraron un sistema de puntuación de la dermatoporosis basado en signos clínicos y medidas ecográficas del grosor de la piel, medido generalmente en los antebrazos, para evaluar el grado de evolución de la misma. El grosor típico de la piel del antebrazo es mayor o igual a 1 mm, sin embargo, en la mayoría de los pacientes con dermatoporosis los valores oscilaban entre 0,5 y 1 mm, y en estadios avanzados por debajo de 0,5 mm. Posteriormente aplicaron un tratamiento con retinaldehído y ácido hialurónico se produjo un aumento de grosor de la piel, hasta aproximarse a valores de 1 mm y una disminución drástica de lesiones purpúricas⁽⁵⁾. En otro ensayo clínico llevado a cabo por Nikolic et al, con 13 pacientes en el que se aplicaba retinaldehído a 0,05% y ácido hialurónico fragmentado al 1 o 0,2% durante 30 días se observó un aumento en la expresión del gen de la proteína CD44 durante el tratamiento, así como un incremento en el grosor de la piel, especialmente en las regiones tratadas con la composición al 1%, sugiriendo un efecto dosis-dependiente⁽¹⁴⁾.

La aplicación de factor de crecimiento epidérmico (EGF) tópico es otra opción terapéutica estudiada por McKnight et al. para tratar la púrpura senil. Se observó un aumento del grosor de la piel, medido mediante ecografía, y una disminución de hasta un 15% de lesiones purpúricas, y podría ser un adecuado tratamiento en etapas más tardías⁽¹³⁾.

Palomar et al, sugieren un protocolo de actuación para tratamiento de las lesiones producidas en la dermatoporosis. Estos autores proponen en estadios I, II y III la aplicación de fomentos con aceite de parafina durante 10 minutos y posterior desbridamiento de pequeñas necrosis⁽¹⁵⁾. Posteriormente, aplicar un emoliente con base de lanolina, óxido de zinc y ácido hialurónico en la región afectada cubierto con una malla hidrocoloide y un apósito secundario según el nivel de exudado y necesidades de compresión. En este tipo de lesiones también es muy importante prevenir la aparición de nuevas heridas, asegurando una adecuada protección cutánea. Para ello se propone evitar maniobras de arrastre en el lavado y el uso de vendas de algodón laminado, por el riesgo de producir microerosiones en su retirada por adhesión.

Para el tratamiento de las laceraciones Vanzi sugiere el abordaje propuesto por el International Skin Tear Advisory Panel (ISTAP): evaluar la herida y la piel circundante (clasificación), controlar la hemorragia, utilizar solución salina o limpiadores tensoactivos no iónicos, adoptar un tratamiento conservador con la piel rasgada y seleccionar un apósito para cura en ambiente húmedo

no adherente. Recomienda además marcar la dirección de extracción del apósito⁽¹⁰⁾.

Para lesiones correspondientes con el estadio IV, el abordaje debe ser realizado desde un centro hospitalario, ya que el hematoma disecante requiere ser desbridado mediante técnica quirúrgica y posteriormente realizar un lavado con solución salina junto a un apósito desbridante de ringer y solución de polihexanida como medida de prevención de una posible colonización bacteriana. En los tejidos con lecho de granulación se propone la aplicación de cremas de ácido hialurónico junto con colágeno⁽¹⁵⁾.

DISCUSIÓN:

El desconocimiento de la enfermedad, los signos clínicos que se manifiestan y sus consecuencias en la aparición de lesiones cutáneas puede ser el principal problema. Como demostró Palomar et al, en su estudio en el que ninguno de los pacientes que participaron conocían la dermatoporosis⁽²⁾. Además, los profesionales que conocían la enfermedad eran el 35,1% y el 96,5% admitió que necesitaba más formación al respecto, lo cual puede suponer una barrera importante en la prevención primaria y la detección precoz.

A pesar de la variabilidad en la prevalencia entre los diferentes estudios, el análisis de los mismos indica que es suficientemente elevada como para llevar a cabo medidas de prevención de la dermatoporosis. Otro de los problemas que ponen en evidencia los diferentes estudios se trata de la falta de escalas validadas que pongan de manifiesto el alcance de la dermatoporosis.

La protección solar debe ser el eje principal de las estrategias de prevención de la dermatoporosis, debido que está ampliamente demostrada la implicación de los rayos UVA y UVB en el desarrollo de la misma. Además, se debe fomentar el desarrollo de protocolos que limiten la prescripción generalizada de corticoides, por su intensa relación en el desarrollo de insuficiencia cutánea crónica.

Por último, no se debe olvidar de que la dermatoporosis puede ser un importante factor de riesgo para desarrollar otro tipo de lesiones cutáneas como úlceras por presión, lo cual puede implicar un importante coste sanitario secundario. Por este motivo, es indispensable promover más investigaciones sobre este proceso y sus posibles alternativas preventivas y/o terapéuticas.

En relación a las limitaciones de esta revisión, cabe mencionar un posible sesgo en la selección de las bases de datos que, a pesar de ser representativas, el uso de otras bases complementarias como ScieDirect (Scopus) o Web of Knowledge (WOS) podrían ampliar el campo de publicaciones sobre el tema. Así mismo, la falta de descriptores estandarizados y uso de sinónimos adecuados del término principal (dermatoporosis), podría afectar a la estrategia de búsqueda bibliográfica, ya que la mayoría de las publicaciones se queda diseminada en diferentes artículos de inferior calidad metodológica o en literatura gris (comunicaciones, editoriales, cartas al director).

CONFLICTOS DE INTERÉS:

El autor declara no tener conflictos de interés en la elaboración de esta revisión.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Millán-Calenti JC. Gerontología y geriatría: valoración e intervención [Internet]. Editorial Médica Panamericana; 2011 [citado 19 de abril de 2020]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=710483>
2. Llatas FP, Frau RB, Salvador AS, López NP, Salcedo NP, Marín MM, et al. Prevalencia de envejecimiento cutáneo crónico (dermatoporosis) en ancianos institucionalizados de centros sociosanitarios de Valencia. *Enferm Dermatol*. 2019;13(38):48-54.
3. Branco CC. Envejecimiento de la piel y las mucosas: Fundamentos clínicos y enfoque integral. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2010. 152 p.
4. Kaya G, Saurat J-H. Dermatoporosis: A Chronic Cutaneous Insufficiency/Fragility Syndrome. *Dermatology*. 2007;215(4): 284-94.
5. Kaya G, Kaya A, Sorg O, Saurat J-H. Dermatoporosis, a prevalent skin condition affecting the elderly: current situation and potential treatments. *Clin Dermatol*. 2019;37(4):346-50.
6. Dyer JM, Miller RA. Chronic Skin Fragility of Aging: Current Concepts in the Pathogenesis, Recognition, and Management of Dermatoporosis. *J Clin Aesthetic Dermatol*. 2018;11(1):13-8.
7. Wollina U, Lotti T, Vojvotic A, Nowak A. Dermatoporosis - The Chronic Cutaneous Fragility Syndrome. *Maced J Med Sci*. 2019;7(17):3046-9.
8. Recarte Marín L, Conde Montero E, Peral Vázquez APV, Pérez Jerónimo L, Villar Espantoso MP. Seguridad y grado de aceptación de un calcetín protector cutáneo en pacientes con dermatoporosis y/o cambios cutáneos por insuficiencia venosa crónica. *Rev Enferm Vasc*. 2020;3(5):13-8.
9. Kluger N, Impivaara S. Prevalence of and risk factors for dermatoporosis: a prospective observational study of dermatology outpatients in a Finnish tertiary care hospital. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2019;33(2):447-50.
10. Vanzi V, Toma E. Recognising and managing age-related dermatoporosis and skin tears. *Nurs Older People*. 2018;30(3):26-31.
11. Humbert P, Fanian F, Lihoreau T, Jeudy A, Pierard GE. Bateman purpura (dermatoporosis): a localized scurvy treated by topical vitamin C - double-blind randomized placebo-controlled clinical trial. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2018;32(2):323-8.
12. Karadag AS, Parish LC, Lambert WC. Senile Purpura as a Stage of Dermatoporosis. *Skinmed*. 2017;15(2):91-2.
13. McKnight B, Seidel R, Moy R. Topical Human Epidermal Growth Factor in the Treatment of Senile Purpura and the Prevention of Dermatoporosis. *J Drugs Dermatol*. 2015;14(9):1147-50.
14. Nikolic DS, Ziori C, Kostaki M, Fontao L, Saurat JH, Kaya G. Hyalurosomes: gene regulation and dose-dependent restoration of skin atrophy by retinaldehyde and defined-size hyaluronate fragments in dermatoporosis. *Dermatology*. 2014;229(2):5.
15. Palomar-Llatas F, Fornés-Pujalte B, Arantón-Areosa L, Rumbo-Prieto JM. Envejecimiento cutáneo y dermatoporosis. *Enferm Dermatol*. 2013;7(18-19):8-13.
16. Kaya G. New therapeutic targets in dermatoporosis. *J Nutr Health Aging*. 2012;16(4):285-8.
17. Mengeaud V, Dautzac-Vieu C, Josse G, Vellas B, Schmitt A-M. Prevalence of dermatoporosis in elderly French hospital in-patients: a cross-sectional study. *Br J Dermatol*. 2012;166(2):442-3.
18. Gamo R, Vicente J, Calzado L, Sanz H, López-Estebanz JL. Hematoma profundo disecante o estadio iv de dermatoporosis. *Actas Dermo Sifiliogr*. 2010;101(1):89-90.