

Principales daños cutáneos relacionados con la exposición solar en adultos mayores

Main skin damage related to sun exposure in older adults

Jeanneth Elizabeth Jami Carrera ¹ 

Javier Alejandro Galarza Castro ¹ 

Maybrith Akanne Moscoso Estrella ¹ 

Dened Gabriela Morales Andino ¹ 

¹ Universidad Regional Autónoma de Los Andes, Matriz Ambato, Ecuador.

Autor para la Correspondencia: ua.jeannethjami@uniandes.edu.ec

RESUMEN

Introducción: Los efectos del envejecimiento en la piel se evalúan bajo la vía intrínseca y extrínseca. El envejecimiento intrínseco es la regresión fisiológica inevitable e imparable de las funciones de las células y tejidos. Por su parte, el envejecimiento extrínseco ocurre como resultado de la exposición a influencias ambientales (luz solar y radiación ultravioleta). En los adultos mayores se presentan con frecuencia lesiones cutáneas relacionadas con la exposición a la luz solar.

Objetivo: Describir el efecto de la radiación solar en la piel de adultos mayores.

Métodos: Se realizó una revisión bibliográfica narrativa de artículos originales publicados en el periodo comprendido de 2019 a 2024, en los idiomas español e inglés en las bases de datos PubMed, ScienceDirect, Redalyc y SciELO. Se utilizó como estrategia de búsqueda palabras clave acorde al tema.

Desarrollo: Se seleccionaron 35 artículos, de ellos quedaron 8 que permitió revisar los cambios fisiológicos asociados al envejecimiento de la piel y las principales

ABSTRACT

Introduction: The effects of aging on the skin are evaluated under the intrinsic and extrinsic factors. Intrinsic aging is the inevitable and unstoppable physiological decline in cell and tissue function. Extrinsic aging, on the other hand, occurs as a result of exposure to environmental influences (sunlight and ultraviolet radiation). Older adults often develop skin lesions related to exposure to sunlight.

Objective: To describe the effect of sun radiation on the skin in older adults.

Method: A narrative literature review was conducted of original articles published between 2019 and 2024, in Spanish and English, in the PubMed, ScienceDirect, Redalyc, and SciELO databases. Keywords related to the topic were used as a search strategy.

Development: Thirty-five articles were selected, of which eight were retained, allowing for a review of the physiological changes associated with skin aging and the main skin lesions or damage in older adults related to sun exposure, based on clinical findings, pathogenesis, and treatment.

lesiones o daños cutáneos en adultos mayores relacionados con la exposición solar a partir de la clínica, patogenia y tratamiento.

Conclusiones: Las principales lesiones cutáneas en el adulto mayor relacionados con la exposición a la luz solar son la xerodermia, la dermatitis atópica, la dermatoporosis, las lesiones cutáneas pigmentadas benignas y fotoenvejecimiento, los lentigos solares, la psoriasis ungueal, las enfermedades ampollosas y las neoplasias malignas que afectan la calidad de vida de los pacientes; de ahí radica la necesidad de su conocimiento para el logro de un enfoque especializado en la atención médica.

Palabras claves: lesiones cutáneas, enfermedades de la piel, adultos mayores, envejecimiento de la piel

Conclusions: The main skin lesions in older adults related to exposure to sunlight are xeroderma, atopic dermatitis, dermatoporosis, benign pigmented skin lesions and photoaging, solar lentigines, nail psoriasis, blistering diseases, and malignant neoplasms that affect patients' quality of life; hence the need for knowledge of these conditions, in order to achieve a specialized approach to medical care.

Keywords: skin lesions, skin diseases, older adults, skin aging

Recibido: 5 de febrero 2026.

Aprobado: 11 de febrero 2026.

Editor: Yasnay Jorge Saíenz.

Aprobado por: Silvio Emilio Niño Escofet.

Introducción

La disminución de la tasa de fertilidad ha conllevado a un incremento en la proporción de personas mayores a nivel poblacional. Se considera que los pacientes de la tercera edad o pacientes geriátricos son aquellos que tienen 65 años y más. ^(1,2)

Según la definición de las Naciones Unidas, los países con una proporción de personas mayores de más del 10 % son considerados con un envejecimiento poblacional avanzado. ⁽³⁾ El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo informó que se prevé que la proporción aumente aún más hasta el 16 por ciento para 2050, de modo que una de cada seis personas en el mundo tendrá 65 años o más. ⁽⁴⁾

Entre las afecciones que se presentan con frecuencia en este grupo poblacional están las lesiones cutáneas. A medida que avanza la edad, las funciones de la piel se deterioran, tales como la capacidad de regeneración celular, las funciones de barrera, la percepción sensorial, la protección mecánica, la cicatrización de heridas, la respuesta inmunitaria, la termorregulación, la producción de sudor, la producción de sebo, la síntesis de vitamina D y la capacidad de reparación del ADN. ⁽⁵⁾

El aumento de la edad se acompaña de disminución de la movilidad, aumento de enfermedades sistémicas, daño cutáneo causado por la exposición a la luz ultravioleta, presencia de xerosis y trastornos vasculares periféricos. ^(6,7)

Se ha reportado que la prevalencia de enfermedades de la piel en pacientes geriátricos es del 65 %, con más de una afección dermatológico. ⁽⁸⁾ El envejecimiento es un proceso biológico continuo que trae por consecuencia la disminución de muchas funciones como la capacidad de regeneración, la capacidad de limpieza química, la capacidad de reparación del ADN, la percepción sensorial, la protección mecánica y la respuesta inmune de las células que forman órganos y tejidos disminuyen, por lo que la estructura de la piel se ve afectada negativamente, al igual que todos los demás órganos y sistemas.

Los efectos del envejecimiento en la piel se evalúan bajo dos vías diferentes como vía intrínseca y extrínseca. El envejecimiento intrínseco se considera la regresión fisiológica inevitable e imparable de las funciones de las células y los tejidos. El envejecimiento extrínseco, por otro lado, es a la vez prevenible y evitable. Ocurre como resultado de la exposición a influencias ambientales como la luz solar y la radiación ultravioleta. ⁽¹⁾ Como resultado de estos mecanismos de envejecimiento, se produce sequedad, arrugas, flacidez y pérdida de flexibilidad de la piel y también se producen muchas neoplasias benignas en la piel debido al envejecimiento.

Debido a que la carga de enfermedades de la piel en los ancianos va en aumento y las demandas dermatológicas han quedado en gran medida insatisfechas, especialmente en nuestro entorno local, es fundamental que los proveedores de atención sanitaria observen el patrón de los trastornos cutáneos

geriátricos.⁽¹²⁾ La presente investigación tiene como objetivo describir el efecto de la radiación solar en la piel de adultos mayores.

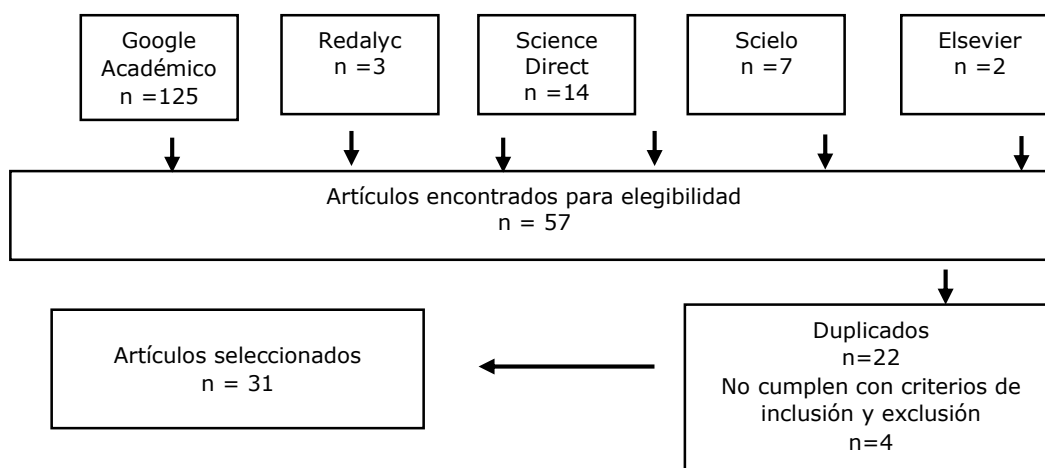
Método

Se realizó una revisión bibliográfica sobre las principales lesiones cutáneas relacionadas con la exposición a la luz solar en adultos mayores. Para ello, se hizo una búsqueda libre de artículos originales publicados en el periodo comprendido de 2019 a 2024, en los idiomas español e inglés en las bases de datos PubMed, ScienceDirect, Redalyc y SciELO.

Se utilizó la estrategia de búsqueda que reunió las palabras clave: enfermedades de la piel, envejecimiento de la piel, neoplasias de la piel, enfermedades de la piel, Vesiculobullous y cambios en la piel.

En un primer momento se seleccionaron 35 artículos y en un segundo momento quedaron 8 artículos según los criterios de inclusión referidos anteriormente.

Figura 1. Diagrama de flujo de proceso de selección de estudios.



Desarrollo

Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento de la piel

La piel es un órgano complejo, expuesto a múltiples agresiones externas e internas. A grandes rasgos, la piel está formada por tres capas complejas con múltiples funciones. La epidermis es la primera y más externa, compuesta por un epitelio estratificado queratinizado con importantes funciones protectoras, como la melanogénesis, que protege a las células epidérmicas del daño causado por la radiación UV. También tiene funciones metabólicas e inmunológicas como lo demuestran estudios sobre la Vitamina D con una importante función autocrina implicada en la diferenciación y proliferación de los queratinocitos. ⁽¹⁰⁾

Además, juega un papel importante en el desarrollo de neoplasias, al promover la apoptosis e inducir la transcripción de varios genes proapoptóticos (BAX, Bcl-2, FAD y CFKAR) (13). Sus múltiples funciones inmunológicas actúan como barrera en nuestras interacciones con el medio externo. ⁽¹⁰⁾ La membrana basal separa la epidermis de la dermis. Su función principal es anclar la epidermis. Las diferentes moléculas que forman este conjunto son diana de diversos autoanticuerpos, claves en la etiopatogenia de las enfermedades ampollasas. ⁽¹⁰⁾

La dermis está compuesta por una sustancia fundamental formada principalmente por proteoglicanos y glucosaminoglucanos, que actúan como moléculas de adhesión para las fibras de colágeno, que a su vez proporcionan el tejido conectivo de soporte, al proteger las diversas estructuras del daño mecánico. Las fibras elásticas otorgan resistencia a la deformación. También posee gran parte de los anexos compuestos por la unidad pilosebácea, glándulas ecrinas, apocrinas y sebáceas con funciones importantes como humectación, hidratación y pH. ⁽¹⁰⁾

El tejido subcutáneo está compuesto por adipocitos dispuestos en lóbulos, separados por tabiques de tejido fibroso. Su función principal es la de aislante para ayudar a regular la temperatura corporal, el almacenamiento de energía y la amortiguación. Actualmente se reconocen las funciones metabólicas: la leptina y la adiponectina se producen relacionadas con la regulación del apetito; produce citoquinas proinflamatorias como el factor de necrosis tumoral alfa (TNF-α), e interleucina (IL) 1 y 6, tiene actividad

vascular mediante la producción de angiotensina e inhibidor del activador del plasminógeno tipo 1, además de desempeñar un papel importante en el desarrollo de resistencia a la insulina mediante resistina.⁽¹⁰⁾

Envejecimiento fisiológico de la piel

Se pueden considerar dos tipos de envejecimiento, el envejecimiento intrínseco relacionado con el proceso de cronoenvejecimiento natural y el extrínseco o fotoenvejecimiento relacionado con el daño inducido por la radiación ultravioleta (RUV). Todas las funciones se reducen durante el proceso de envejecimiento.⁽¹⁵⁾

El daño oxidativo producido por la acumulación de radicales libres aumenta los niveles de especies reactivas de oxígeno sumado al daño inflamatorio, la acción de la radiación ultravioleta induce cambios no solo en la maquinaria nucleolar, sino también mutaciones detectadas en las principales neoplasias cutáneas, a nivel de la dermis, lo que deteriora el proceso de reparación.⁽¹¹⁾ En las mujeres, la disminución de los niveles de estrógeno acelera el proceso de envejecimiento. El cabello se vuelve menos grueso y se pierde la actividad melanocítica del folículo piloso. El adelgazamiento del vello axilar y púbico se produce debido a la disminución de los niveles de andrógenos circulantes.

La placa ungueal de los dedos sufre un adelgazamiento progresivo (onicorrexis), mientras que las placas de las uñas de los pies sufren un engrosamiento (paquioniquia), lo cual produce en ocasiones deformaciones de toda la placa (onicorrexis), secundarias también a la deformidad de las estructuras óseas con la consiguiente alteración de la marcha. Además, la pigmentación de la placa ungueal es secundaria a la fricción (melanoniquia por fricción).⁽¹²⁾ Por el contrario, hay una disminución en el número de glándulas salivales en la mucosa oral, que reducen la cantidad y calidad de la saliva que resulta en cambios que afectan el gusto, la masticación, la digestión y la articulación de las palabras, aumentan también la incidencia de infecciones oportunistas como la candidiasis oral, infecciones bacterianas, caries y enfermedad periodontal.⁽¹³⁾

Cambios asociados al envejecimiento fisiológico de la piel.

Existen varios cambios asociados a las múltiples alteraciones que sufre la piel en el proceso natural de envejecimiento como la disminución de su función a todos los niveles que conllevan cambios importantes en la homeostasis cutánea de estos individuos. Comienza con una disminución de la capacidad de reparación del ADN; el queratinocito presenta mutaciones inducidas principalmente por fotocarcinogénesis, lo que da lugar al desarrollo de neoplasias. ⁽¹⁴⁾

La reducida producción de sebo y sudor por parte de las glándulas sebáceas, junto con una menor tasa de recambio celular, favorecen la sequedad y aspereza de la piel, así como el retraso en la reparación de los tejidos. La fragmentación del colágeno y las fibras elásticas de la dermis promueve la laxitud de la piel y la formación de arrugas; el plexo vascular disminuye y provoca la aparición de equimosis y manchas violáceas (púrpura senil).

La interacción hormonal androgénica produce cambios a nivel del cabello, estimula el crecimiento de cabello en lugares como las aurículas que se debe principalmente a la herencia del gen holándrico, que suele aparecer a partir de los 45 años. ⁽¹⁵⁾

El aumento de las fases anágenas de cejas y pelos nasales junto con la miniaturización de los pelos terminales del cuero cabelludo, determinan la aparición de alopecia androgénica en los hombres; mientras que en las mujeres los pelos terminales aparecen en zonas faciales generalmente asociadas al crecimiento del vello masculino como la zona de la barba y el bigote. La disminución de melanocitos incide directamente en la pigmentación del cabello, con aparición de canas en diferentes niveles; asimismo, la disminución de la grasa provoca un adelgazamiento del tejido conectivo, de almacenamiento y aislante de sostén, lo que aumenta el riesgo de hipotermia y potencia las fuerzas mecánicas que pueden dañar los tejidos. Debido a esta serie de cambios, el organismo de las personas mayores se vuelve frágil, de modo que se pierde la homeostasis, lo que afecta la calidad de vida. ⁽¹⁵⁾

Xerodermia

La xerodermia es una de las principales dermatosis de la población anciana, se asocia el prurito como síntoma principal; el impacto en la calidad de vida es relevante y tal vez sea la causa de infecciones secundarias. Clínicamente se identifica por la presencia de costras sanguíneas, abrasiones y zonas de liquenificación que se depositan sobre la piel seca y frágil. ⁽¹⁶⁾ El envejecimiento de la piel disminuye la tasa de recambio celular, que junto a la deficiencia lipídica y la pérdida de acuaporinas (AQP3) conduce a una alteración entre el equilibrio de humedad e hidratación. ⁽¹⁶⁾ La activación de las serín - proteasas, implicadas en la descamación fisiológica del estrato córneo y del receptor de proteasa (PAR2), ocasionan prurito.

Entre las comorbilidades se encuentran la diabetes mellitus (DM) y el hipertiroidismo que se considera relacionado con anticuerpos antitiroideos. ⁽¹⁶⁾ También se ha implicado el daño producido por el herpes zoster a nivel ganglionar, que produce prurito posherpético hasta en el 36 % de los casos, otros mecanismos de prurito localizado se relacionan con radiculopatías, como en la notalgia parestésica. ⁽¹⁶⁾ En el caso de la enfermedad renal crónica, la mayor prevalencia se observa en el 60 - 90 % de los pacientes urémicos en tratamiento de diálisis, la causa está relacionada con alteraciones en el equilibrio de sodio, fósforo y magnesio, además de la liberación de citoquinas proinflamatorias e histamina. ⁽¹⁷⁾ Otros trastornos sistémicos incluyen hipotiroidismo, anemia por deficiencia de hierro, policitemia, trastornos linfoproliferativos y mieloproliferativos, dermatitis e ictiosis atópicas, liquen simple crónico (LSC), infecciones cutáneas, psoriasis, urticaria, prurigo por picadura de insectos y reacciones cutáneas inducidas por fármacos, entre otros. ⁽¹⁷⁾

El diagnóstico debe ser exhaustivo, y descartar otras causas de prurito secundario que puedan tener mayor impacto como sarna, urticaria idiopática crónica y enfermedades sistémicas como neoplasias hematológicas, trastornos hepatobiliares y polifarmacia en presencia de comorbilidades (IECA, tiazidas, salicilatos, codeína y medicamentos antipalúdicos). ⁽¹⁸⁾

El tratamiento debe estar dirigido a mejorar las condiciones generales de la piel, por ello de gran ayuda es el uso de emolientes tópicos y sustitutos del jabón. Los baños deben ser cortos y con agua tibia para

no disminuir la capa lipídica que aporta humedad a la piel. Las cremas que contienen urea funcionan como factor humectante natural. Los esteroides tópicos se reservan para los casos de picazón en los que hay inflamación, ya que se deben tener en cuenta sus múltiples efectos secundarios y se debe evitar su uso a largo plazo. Respecto al tratamiento sistémico con antihistamínicos de primera y segunda generación, los antihistamínicos de primera generación están indicados para el prurito nocturno por sus efectos sedantes, y los antihistamínicos de segunda generación están indicados para trastornos histaminérgicos como la urticaria crónica. ⁽¹⁹⁾

Cuando las posibilidades terapéuticas se han agotado, o ninguna de ellas es viable, la fototerapia ultravioleta B de banda estrecha (NB-UVB) representa una opción terapéutica al producir apoptosis de los mastocitos e inhibir la respuesta Th1. Siempre debe evaluarse la relación riesgo-beneficio en pacientes caucásicos, por motivo a los riesgos asociados con el desarrollo de melanoma y carcinomas de células basales. La acupuntura y la terapia psicoconductual han demostrado cierto grado de eficacia, pero carecen de evidencia científica. ⁽²⁰⁾

Dermatitis atópica en adultos

La dermatitis atópica es una enfermedad multifactorial, crónica y remitente-recurrente con múltiples espectros clínicos, pero con características similares. En el caso de los adultos afecta principalmente a las zonas de flexión y extensión, como las fosas antecubitales y poplíteas, se presenta dermatitis crónica en las manos y dermatitis facial, especialmente en los párpados, aunque puede afectar a todos los segmentos corporales o generalizarse (eritrodermia). ⁽¹⁹⁾

Clínicamente se caracteriza por placas de base eritematosa recubiertas por una fina escama blanquecina que, junto con la cronicidad del cuadro, tiende a evolucionar hacia liquenificación, costras sanguíneas sugerentes de rascado activo y manchas hipocrómicas e hiperocrómicas en zonas de remisión. Algunos signos observables clásicos consisten en el doble pliegue de Dennie-Morgan, situado en el párpado inferior, y el signo de Hertoghe (pérdida del tercio externo de las cejas), entre otros. ⁽¹⁹⁾

La etiología es incierta, se han implicado múltiples mecanismos como la "inmunosenescencia" secundaria a la involución tímica, reducción de la población de linfocitos T Naive y aumento del número de linfocitos T de memoria, otro factor agregado es la disminución de los niveles de andrógenos y su impacto a nivel cutáneo e inmunológico.

Según los datos serológicos se puede clasificar como mediada por IgE, que presenta títulos elevados de hasta 400 UI/L, pruebas epicutáneas positivas y sensibilidad a antígenos ambientales, principalmente ácaros *Dermatophagoides sp.* y polen. La variedad no IgE presenta títulos normales y falta de sensibilización a antígenos ambientales, con predominio de los primeros hasta en un 63,3 %. ⁽²⁴⁾ El curso de esta enfermedad puede ser de novo (inicio geriátrico), recurrente, con inicio en la infancia y recurrente en adultos, con antecedentes de marcha atópica desde la infancia, brotes en la adolescencia y edad adulta. Las complicaciones suelen ser infecciones secundarias como consecuencia de la alteración de la barrera y síntomas asmáticos asociados con niveles elevados de IgE. ⁽¹⁶⁾

El tratamiento se basa en la patología de base que, al controlar los síntomas, mejora la calidad de vida. Los emolientes, esteroides tópicos e inhibidores de la calcineurina (tacrolimus y pimecrolimus), el control del prurito se puede manejar con antihistamínicos. ^(16,17) Los esteroides sistémicos se reservan para casos generalizados o recalcitrantes en relación al tratamiento conservador. La prednisona generalmente se usa en dosis antiinflamatorias (< 0,5 mg/kg) y debe usarse con precaución por causa de sus múltiples efectos secundarios y polifarmacia concomitante. En cambio, se ha utilizado ciclosporina con excelentes resultados, pero con importantes efectos adversos como nefrotoxicidad y desarrollo de neoplasias. El uso de fototerapia NB-UVB a dosis de 0,35-0,65 J/cm² por sesión también ha dado excelentes resultados, aunque presenta un riesgo asociado al desarrollo de neoplasias malignas. ⁽¹⁸⁾

Dermatoporosis

También conocida como insuficiencia cutánea crónica, se caracteriza por una pérdida progresiva de los elementos constitutivos de la piel que aparece después de los 70 años. ⁽²¹⁾ Otras fuentes refieren su aparición después de los 60 años. ⁽²²⁾ En particular, la piel presenta pérdida de ácido hialurónico (AH),

que es uno de sus principales componentes, cuya función se basa en estabilizar las estructuras cutáneas al formar una serie de puentes entre colágeno y fibras elásticas, forma una red viscosa que protege la piel contra los efectos mecánicos y agresiones del medio ambiente. ⁽²¹⁾ Esta síntesis reducida de HA se debe a la supresión de los queratinocitos CD44 positivos que se unen a estos glucosaminoglicanos y cuya expresión está disminuida en pacientes con dermatoporosis. ⁽²²⁾

Clínicamente se caracteriza por afectar zonas fotoexpuestas como antebrazos, dorso de las manos, cara anterior de las piernas en la zona pretibial y "V" del escote. Consiste principalmente en atrofia cutánea; la piel se vuelve más fina, frágil y brillante. Las ecografías muestran una disminución del espesor total de la epidermis y la dermis de 0,7 mm a 0,8 mm. Las manchas moradas (púrpura senil) aparecen espontáneamente incluso en pacientes sin tratamiento anticoagulante. ⁽²³⁾

El tratamiento se basa en la prevención con el uso de protectores solares y emolientes que aportan la humedad adecuada y favorecen la hidratación. Sin embargo, al inicio del problema el abordaje dependerá del estadio en el que se encuentre, deben valorarse siempre comorbilidades adicionales y dermatosis. ⁽²⁴⁾

Lesiones cutáneas pigmentadas benignas y fotoenvejecimiento

La acumulación de radiación ultravioleta sobre la piel produce lesiones moleculares a nivel del ADN celular, lo cual provoca mutaciones y cambios degenerativos en la dermis y degenera el colágeno y las fibras elásticas. Estos cambios son más acentuados en poblaciones con fototipos I a III en las que la protección de la melanina no es tan marcada como en las poblaciones con fototipos IV a VI. ⁽²⁵⁾

Estos cambios ocurren principalmente en áreas fotoexpuestas como la cara, escote, brazos y manos, afectan comúnmente a poblaciones cuya actividad laboral ocurre principalmente al aire libre. Se ha relacionado con la presencia del virus del papiloma humano (VPH) por la mutación del gen FGRF 3. ⁽²⁶⁾ Estas lesiones están directamente relacionadas con la edad, su correcta identificación implica factores pronósticos y tratamiento, como en el caso del melanoma lentigo maligno. La presencia de daño actínico asociado a una lesión cutánea pigmentada con características clínicas atípicas es un aviso de lesión

melanocítica maligna, que debe sospecharse fuertemente si existen datos de crecimiento (presencia de glóbulos pigmentarios periféricos) en pacientes mayores de 50 años. ⁽²⁷⁾

La aparición de lesiones cutáneas pigmentadas se debe principalmente a un fenómeno llamado nevogénesis, con dos hipótesis potenciales, la primera llamada hipótesis constitucional o congénita, que se relaciona con estructuras globulares periféricas, derivadas de melanoblastos. Clínicamente se presenta como una neoformación exofítica, cupuliforme o hemisférica, de bordes regulares, de forma simétrica y que posee un pigmento homogéneo. Por otro lado, el segundo caso, llamado hipótesis adquirida o exógena presenta un halo periférico de pequeñas estructuras globulares, derivadas de melanocitos intraepidérmicos, que proliferan por estímulos como la radiación UV. ^(25,26)

Lentigos solares

También conocidas como lentigo senilis y manchas de la edad, se encuentran entre las principales dermatosis en la edad avanzada. Estos se ubican en zonas vulnerables a sufrir daños por la exposición solar como la cara, cuello, escote, antebrazos y dorso de las manos. Se describen como neoformaciones maculares de tamaño variable e hiperpigmentadas, que van del color marrón claro al marrón oscuro. En su desarrollo han estado implicados varios factores de crecimiento y sus receptores producidos por fibroblastos con acción paracrina y melanogénica directamente relacionada con la exposición a los rayos UV. ⁽²⁸⁾

Se observó un aumento relativo en la densidad de los melanocitos, pero sin un aumento en el espesor y la densidad epidérmica. Por el contrario, el análisis de microarrays de ADN mostró que no existe un patrón de expresión genética específico para los diferentes melanocitos en la piel perilesional. Por tanto, se sugiere que la formación de lentigos solares no está relacionada con el aumento de melanina o el número de melanocitos, sino con su disminución de la actividad metabólica. ⁽²⁸⁾

El tratamiento es variado, se puede utilizar crioterapia con nitrógeno líquido, peelings químicos a base de ácido tricloroacético o láser Q-Switched ND: YAG y CO 2. Al no suponer riesgos importantes, estos tratamientos son meramente estéticos, aunque si esto representa un problema de percepción

relacionado con el bienestar, deben ser tratados de manera correcta en relación al contexto biopsicosocial del individuo. ⁽¹⁰⁾

Psoriasis ungueal

Afecta a entre el 80 % y el 90 % de los pacientes con psoriasis, y solo el 5% de los pacientes de edad avanzada padecen psoriasis ungueal sin afectación de la piel. En estos pacientes, la asociación con artritis psoriásica que involucra las articulaciones interfalángicas distales con presencia de dedos en salchicha (dactilitis) debe diferenciarse clínicamente de la osteoartritis degenerativa. ⁽²⁹⁾

Los datos clínicos que se presentan en la psoriasis ungueal dependen de la porción anatómica en la que se presenta la inflamación. Las principales inflamaciones son el signo del dedal o “pitting” que representa la paraqueratosis (queratinización anormal) en la matriz proximal, la mancha aceitosa que aparece cuando se afecta el lecho ungueal, corresponde la onicólisis (desprendimiento de la placa ungueal) acompañada de hiperqueratosis subungueal a una condición de hiponiquio. La cronicidad de la inflamación provoca un engrosamiento de la lámina ungueal (paquioniquia) y cambios de coloración (xantoniquia). Estos cambios clínicos son indistinguibles de las infecciones por dermatofitos (onicomicosis), lo que requiere tinción con PAS para llegar a un diagnóstico diferencial o descartar infecciones concomitantes. ^(29,30)

El tratamiento se basa en la prevención del daño causado por la lesión, mediante el uso de calzado adecuado, el tratamiento de las alteraciones biomecánicas del pie mediante aparatos ortopédicos, la realización de un corte de uñas adecuado, minucioso y suave por parte de los cuidadores y/o familiares y el tratamiento de la causa subyacente según corresponda. ⁽²⁹⁾ Es importante destacar las interacciones medicamentosas, como fluconazol e itraconazol, ya que ambos inhiben la isoenzima P450 3A4, lo que aumenta los niveles de warfarina y otros fármacos metabolizados por esta vía. Aunque la terbinafina es un inhibidor de la isoenzima CYP2D6, se excreta por vía renal e induce anorexia y disgeusia, por lo que se debe valorar la relación riesgo-beneficio del tratamiento con antifúngicos sistémicos. ⁽³⁰⁾

Enfermedades ampollosas

Las enfermedades ampollosas son un grupo heterogéneo de enfermedades autoinmunes que presentan la formación de lesiones llenas de líquido que van desde unos pocos milímetros (vesículas) hasta varios centímetros (ampollas), se presentan en múltiples contextos clínicos como autoinmunidad, fármacos, traumatismos, infecciones y desordenes genéticos. ⁽¹⁵⁾ Existen varias enfermedades ampollosas con diferentes características clínico-patológicas, pronóstico y tratamiento.

Neoplasmas malignos

La prevalencia del cáncer de piel no melanoma aumenta cada año, debido al aumento de la esperanza de vida asociado al fotoenvejecimiento y la fotocarcinogénesis. El carcinoma de células basales y el carcinoma de células escamosas son los dos principales, ambas lesiones se encuentran dentro de tumores epidérmicos con capacidad metastásica relativamente baja, y aunque la mayoría no representan un riesgo para la vida, la mayoría de las guías clínicas recomiendan la escisión quirúrgica con márgenes amplios para reducir complicaciones como ulceración, sangrado, expansión e infección. ^(20,31)

Carcinoma de células basales

Es el cáncer de piel más frecuentemente reportado, con una incidencia que oscila entre 600,000 y 900,000 nuevos casos por año. Es más común en la piel clara, se considera un tumor que afecta predominantemente a pacientes de edad avanzada. Afecta principalmente a zonas fotoexpuestas como cuero cabelludo, cara, cuello y extremidades, aunque puede presentarse en otras topografías. Clínicamente se presenta como neoformaciones nodulares, exofíticas, de color similar a la piel humana con un típico borde nacarado. Estas neoformaciones tienden a ulcerarse, presentan lesiones en forma de punzón que antiguamente se conocían como *ulcus rodens*. ⁽³¹⁾

El diagnóstico es principalmente clínico, lo que puede ayudar a la dermatoscopia aumentando la certeza diagnóstica en un 90 %, con una especificidad del 89 %. Estas características son vasos arborizantes, ulceración, estructuras pigmentadas similares a "hojas de arce" y agregados tumorales ovoides que se

observan como nidos ovoides o glóbulos azul grisáceos y áreas irradiadas que corresponden a hebras tumorales pigmentadas. ⁽³¹⁾

El tratamiento consiste en la escisión quirúrgica mediante cirugía de Mohs, en base a las variedades histológicas agresivas, zonas de alto riesgo (zona H de la cara) con tasas de supervivencia superiores al 90 %.

Carcinoma de células escamosas

Este es el segundo cáncer de piel más frecuente con una incidencia que va del 3 % al 10 % anual. En la mayoría de los casos se desarrolla principalmente por la exposición solar, por lo que predomina en zonas fotoexpuestas. Aunque puede aparecer en otras topografías como perianal, región subungueal en relación con VPH 16, 18, 33, 39, 52 y 67, miembros superiores e inferiores, debido a cicatrices previas, úlceras venosas y situaciones de inflamación crónica como se observa en úlcera de Marjolin que se convierte en heridas. ^(29,30)

Otros factores de riesgo incluyen radiación ultravioleta acumulada (mayor incidencia en los trópicos y disminución de la capa de ozono), antecedentes de quemaduras solares, tabaquismo, fotoquimioterapia, exposición a arsénico e hidrocarburos aromáticos, infecciones por VPH, inmunosupresión, genética (epidermodisplasia verrugosa y xeroderma pigmentoso), úlceras y fístulas crónicas, en general todas las lesiones que provocan inflamación crónica del epitelio. ⁽³¹⁾

La topografía habitual se presenta en cabeza y cuello afecta más a los hombres. Puede surgir de lesiones precursoras como la queratosis actínica, la papulosis bowenoide y la enfermedad de Bowen, que son consideradas por algunos autores como verdaderos tumores intraepidérmicos. ⁽³¹⁾

El diagnóstico es clínico, basado en criterios dermatoscópicos sobre las estructuras vasculares que presentan vasos en forma de horquilla, de forma y distribución irregular, punteados y/o lineales sobre fondo blanquecino, con escamas o costras de queratina ubicadas en la porción central. ⁽³⁸⁾ Histológicamente se divide en cinco tipos: células comunes, fusiformes, acantolíticas y verrugosas.

Clásicamente se observa una proliferación que se desprende de la epidermis, constituida por células epiteliales de núcleos pleomórficos atípicos, tasas mitóticas variables, perlas córneas y disqueratosis.

Los tumores mayores de 2 cm tienen el doble de probabilidades de recurrir y metastatizar, lo que los sitúa dentro de los tumores de alto riesgo junto con la invasión perineural (presente en 2,4-14 % de los CCE). Los nervios VI y VII se ven afectados con frecuencia; la tasa de supervivencia en estos pacientes es del 30 %. En pacientes postrasplantados el riesgo metastásico es hasta 65 veces mayor. ^(30,31)

El tratamiento se basa en la extirpación quirúrgica mediante cirugía de Mohs, por los factores de riesgo en un CCE de alto riesgo. La estadificación del tumor debe detectarse mediante biopsia, estudios de imagen, biopsia del ganglio centinela en caso de sospecha y evidencia de metástasis mediante imagen. Aunque algunos autores solo lo hacen con la presencia de criterios de alto riesgo. La radioterapia y la quimioterapia se reservan para casos irresecables y pacientes de edad avanzada.

Conclusiones

Las principales lesiones o daños cutáneos en el adulto mayor relacionados con la exposición a la luz solar son la xerodermia, la dermatitis atópica, la dermatoporosis, las lesiones cutáneas pigmentadas benignas y fotoenvejecimiento, los lentigos solares, la psoriasis ungueal, las enfermedades ampollosas y las neoplasias malignas. Estas enfermedades dermatológicas afectan la calidad de vida de los pacientes, de ahí radica la necesidad de su conocimiento para el logro de un enfoque especializado en la atención médica, en particular a nivel de atención primaria para la prevención de estas enfermedades.

Referencias Bibliográficas

1. Giler Zambrano XA, Lino Peñafiel ED. Prevalencia y diagnóstico de laboratorio para lupus eritematoso sistémico en mujeres adultas. [Tesis]. [Ecuador]: Universidad Estatal del Sur de Manabí. 2023. 99p. Disponible en: <https://repositorio.unesum.edu.ec/handle/53000/5582>

2. Molina Linares II, Mora Marcial GR, González Pérez S, Morales Rodríguez CM, Ferrer Calero OL, Broche Manso Y. Características clínico-epidemiológicas de pacientes con lesiones malignas en la piel. *Medicentro Electrónica*. 2020 [citado 05/08/2025];24(2):305-319. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432020000200305&lng=es
3. Palomar Llatas F, Burgos Frau R, Sánchez Salvador A, Parreño López N, Pinilla Salcedo N, Martínez Marín M, Castellano Rioja E, Landete Belda L. Prevalencia de envejecimiento cutáneo crónico (dermatoporosis) en ancianos institucionalizados de centros sociosanitarios de Valencia. *Enferm Dermatol*. 2019 [citado 06/08/2024];13(38):48-54. Disponible en: <https://riucv.ucv.es/rest/api/core/bitstreams/522df52f-947e-49f0-8a57-c31522f43f29/content>
4. Bordelois Abdo JA, Lagos Ordoñez KJ, López Mateus M. Cáncer de piel no melanoma en adultos mayores de hogares de ancianos, Guantánamo 2017-2019. *RIC*. 2020 [citado 05/07/2024];99(3):200-208. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-99332020000300200
5. Albear de la Torre D, Valdivia Ferreira M, Valle Yanes I, del Río Ysla MB, Hernández Rodríguez SM, Gómez Águila Y. Dermatosis en pacientes geriátricos. *Rev Cub Med Mil*. 2021 [30/08/2024];50(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572021000200008&lng=es
6. Giniebra Marín GM, Gorrín Díaz Y, Rivera Rivadulla R, Linares Cánovas LP. Dermatosis más frecuentes en ancianos de Pinar del Río. *Rev Ciencias Médicas*. 2020 [citado 03/07/2024];24(1):115-122. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942020000100115&lng=es
7. Saenz Anduaga EM. Factores asociados a daño solar cutáneo crónico en Pacientes adultos mayores. Hospital Militar Geriátrico. Enero-marzo 2017 [Tesis]. [Lima, Peru]: Facultad de Medicina Humana;2017.76p. Disponible en: https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/3384/saenz_aom.pdf?sequence=1&isAllowed=y

8. Bordelois Abdo JA, López Mateus M, Fernández Ramírez I, Lagos Ordoñez KJ. Caracterización del adulto mayor con diagnóstico probable de cáncer de piel. Rev Inf Cient. 2019 [citado 06/07/2024];98(1):7-16. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-99332019000100007&lng=es
9. Valle Riaño CA, Fernández González SE, Peña Martínez GL, Martínez Pérez L. Intervención educativa para prevenir cáncer de piel en ancianos, cátedra universitaria del adulto mayor Alquizar. PsiQuia. 2023 [citado 06/08/2024];3(1):1-14. Disponible en: <http://revista.psiquia.org/index.php/lt/article/view/46>
10. Fong Fernández T, Ortega Herrera MM, Hernández González BL, Oliveira Neves FMDR, Alacán Pérez L. Enfermedades dermatológicas en la población geriátrica del Hospital Clínico Quirúrgico 10 de octubre. Folia Dermatol Cuban. 2020 [citado 30/05/2024];13(2). Disponible en: <https://revfde.sld.cu/index.php/fdc/article/view/154>
11. Rodríguez Flórez MA. Dermatitis en el paciente geriátrico hospitalizado en un cuarto nivel de complejidad (FOSCAL/FOSUNAB)[Tesis]. [Colombia]: Universidad Autónoma de Bucaramanga;2022.129p. Disponible en: https://repository.unab.edu.co/bitstream/handle/20.500.12749/16902/2022_Tesis_Maria_Alejandra_Rodriguez.pdf?sequence=1&isAllowed=y
12. Cataldo Neto A, Crippa A, Wetters Portuguese M, Luiz Terra N. Geriatria e gerontologia clinica. Brasil: Editora da PUCRS;2022 [citado 26/05/2024]. Disponible en: <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=wKyGEAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT20&dq=Dermatolog%C3%ADa+geri%C3%A1trica&ots=g7nDVXgjND&sig=ppJiT0duszYmffKwoSHN739fYwA>
13. Abrizanda Soler P, Rodríguez Mañas L. Tratado de medicina geriátrica: fundamentos de la atención sanitaria a los mayores. 2ª ed. Barcelona ,España: Elsevier; 2020 [citado 26/07/2024]. Disponible en:

https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=rszpDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Dermatolog%C3%A1da+geri%C3%A1trica&ots=L_JfgtmRDI&sig=3XsoD1zK1mq8z70gvrWkoZ2R4ko

14. Luengo Array L. Actinomicetoma unifistulizado en edad geriátrica. Un caso excepcional. Dermatol Rev Mex. 2023 [citado 26/07/2024];67(3). Disponible en: <https://revisionporpares.com/index.php/Derma/article/view/8868>

15. Buendía Eisman A, Mazuecos Blanca A, Camacho Martínez FM. Anatomía y fisiología de la piel.En: Manual de Dermatología .Vol 1. Instituto de Estudios Superiores de Tamaulipas A.C.;2018 [citado 26/06/2024];[26p]. Disponible en: [https://www.berri.es/pdf/MANUAL%20DE%20DERMATOLOGIA%E2%80%9A%20%20Vols.%20\(Tapa%20Dura\)/9788478856282](https://www.berri.es/pdf/MANUAL%20DE%20DERMATOLOGIA%E2%80%9A%20%20Vols.%20(Tapa%20Dura)/9788478856282)

16. Londoño Amariles A, Holguín Muñoz BF, Saldarriaga Rivera LM. Overlap Syndrome Between Sjögren's Syndrome and Systemic Sclerosis. Int J Med Stud.2023 [citado 30/03/2024];11(Supp 1):S70. Disponible en: <https://ijms.pitt.edu/IJMS/article/view/2393>

17. Trinder SM, McKay C, Power P, Topp M, Chan B, Valvi S, et al. BRAF-mediated brain tumors in adults and children: A review and the Australian and New Zealand experience. Front Oncol. 2023 [citado 26/08/2024];13. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fonc.2023.1154246/full>

18. Pérez López A, Gómez Vélez VC, Cardozo Lunar NA. Dermatosis más frecuentes en pacientes geriátricos atendidos en dos centros de asistencia médica. Arch Hosp Calixto García. 2019 [citado 02/05/2025];7(3):349-607(3):349-360. Disponible en: <https://revcalixto.sld.cu/index.php/ahcg/article/view/404>

19. Rodríguez Reséndiz E, Salazar del Valle JJ, León Quintero GI, Vega Memije ME, Juárez Durán ER, Arenas R. Dermatología CMQ. 2020 [citado 26/05/2024];18(1). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cosmetica/dcm-2020/dcm201i.pdf>

20. Kaya G, Saurat JH. Dermatoporosis: a chronic cutaneous insufficiency/fragility syndrome. Clinicopathological features, mechanisms, prevention and potential treatments. *Dermatology*. 2007 [citado 26/09/2024];215(4):284-294. Disponible en: <https://karger.com/drm/article-abstract/215/4/284/112169/Dermatoporosis-A-Chronic-Cutaneous-Insufficiency?redirectedFrom=fulltext>
21. 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 [citado 06/08/2025];33(2):447-450. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.15240>
22. Romano F, Serpico D, Cantelli M, Di Sarno A, Dalia C, Arianna R, et al. Osteoporosis and dermatoporosis: a review on the role of vitamin D. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2023 [citado 06/08/2024];14. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10484397/>
23. Wollina U, Lotti T, Vojvotic A, Nowak A. Dermatoporosis – The Chronic Cutaneous Fragility Syndrome. *Open Access Maced J Med Sci*. 2019 [citado 05/08/2025];7(18):3046-3049. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6910795/>
24. Cruz Brito CN, Tamayo Mariño K, Ruz Domínguez J. Manifestaciones dermatológicas causadas por fotodaño. *Revdosdic*. 2024 [citado 06/07/2025];7(1):e462. Disponible en: <https://revdosdic.sld.cu/index.php/revdosdic/article/view/462>
25. Yalçın B, Tamer E, Toy GG, Öztaş P, Hayran M, Alli N. The prevalence of skin diseases in the elderly: analysis of 4099 geriatric patients. *Int J Dermatol*. 2006 [citado 26/05/2024];45(6):672-676. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-4632.2005.02607.x>

26. Martorell A, Martin Gorgojo A, Ríos Viñuela E, Rueda Carnero JM, Alfageme F, Taberner R. Inteligencia artificial en dermatología: ¿amenaza u oportunidad? *Actas Dermosifiliogr.* 2022 [citado 26/09/2024]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0001731021002957>
27. Babilonia Guerrero N. Psoriasis ungueal como factor de riesgo para onicomycosis en pacientes adultos [Tesis]. [Trujillo, Perú]: Universidad Privada Antenor Orrego; 2023. 40p. Disponible en: <https://repositorio.upao.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/4d45af30-2491-4abb-947b-ad05c91e3c3c/content>
28. Canal García E, Bosch Amate X, Belinchón I, Puig Sanz L. Nail Psoriasis Psoriasis ungueal. *Actas Dermo-Sifiliograficas.* 2022 [citado 28/07/2024];113(5):0481-490. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S000173102200028X?via%3Dihub>
29. Rodríguez Herklotz W, Torres García E, Ferro Flores G, Isaac Olivé k, Aranda Lara L. Dosimetría tridimensional por Monte Carlo del tratamiento tópico con 188Re de carcinoma de células escamosas y basales. *Rev Mex Fís.* 2022 [citado 26/05/2024];68(4). Disponible en: <https://rmf.smf.mx/ojs/index.php/rmf/article/view/6016>
30. Martínez A, Infante JR, Quirós J, Rayo JI, J Serrano J, Moreno M, *et al.* Parámetros cuantitativos de la PET/TC basal con 18F-FDG como factores pronósticos en el carcinoma de células escamosas de esófago. *Rev Esp Med Nucl Imagen Mol (Engl Ed).* 2022 [citado 26/08/2024];41(3). Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2253654X21001074>
31. Hornillos de Villota M, Pozo Kreilinger JJ, del Castillo Pardo de Vera JL, Cebrián Carretero JL. Carcinoma basoescomoso diseminado. A propósito de un caso. *Rev Esp Cirug Oral Maxilofac.* 2021 [citado 05/06/2024];43(4):166-169. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-05582021000400008&lng=es.

Declaración de conflicto de intereses

Los autores no declaran conflicto de intereses

Contribución de autoría

Los autores participaron en igual medida en la curación de datos, análisis formal, investigación, metodología, administración del proyecto, recursos, software, supervisión, validación, visualización, redacción –borrador original y redacción –revisión y edición.



Los artículos de la [Revista Correo Científico Médico](#) perteneciente a la Universidad de Ciencias Médicas de Holguín se comparten bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional Email: publicaciones@infomed.sld.cu