

Eritema discrómico persistente en paciente de 15 años: Reporte de caso.

Erythema dischromicum perstans in a 15-year-old patient: Case report

María Celeste Vaides Santos⁽¹⁾, María Reneé Paniagua Yaquián⁽¹⁾, Víctor Manuel Cano Arévalo⁽¹⁾, Rosa María Viñals Pérez⁽²⁾.

1. Departamento de Medicina Interna. Hospital Regional de Cobán. Universidad de San Carlos de Guatemala.
2. Departamento de Dermatología, Hospital General San Juan de Dios. Universidad de San Carlos de Guatemala.

Autor Corresponsal: María Celeste Vaides
maria.celeste.vaides.santos@gmail.com

DOI: <https://doi.org/10.36109/f6m98f53>

Aceptado: Diciembre 2025

Resumen

El eritema discrómico persistente, también conocido como dermatosis cenicienta, es una hiperpigmentación adquirida de evolución crónica descrita en 1957 por Oswaldo Ramírez. En Guatemala, la literatura sigue siendo limitada, por lo que la documentación de casos contribuye al conocimiento de su prevalencia, distribución y comportamiento clínico. Se caracteriza por máculas azul grisáceas, asintomáticas, localizadas en cara, cuello y extremidades, asociadas histológicamente a melanófagos dérmicos y vacuolización de queratinocitos. Presentamos el caso de una paciente de 15 años con lesiones hiperpigmentadas progresivas en rostro y cuello, sin antecedentes relevantes ni exposición a fármacos o químicos. El diagnóstico se confirmó por biopsia cutánea. Se inició dapsona 100 mg diarios, logrando marcada mejoría clínica y reducción significativa de las lesiones tras un mes, evidenciando una respuesta terapéutica favorable.

Palabras clave: Dermatología, dapsona, melanosis.

Abstract

Persistent pigmented erythema, also known as ashy dermatosis, is an acquired chronic hyperpigmentation disorder first described in 1957 by Oswaldo Ramírez. In Guatemala, the literature remains limited, making case documentation valuable for understanding its prevalence, distribution, and clinical behavior. It is characterized by asymptomatic bluish-gray macules located on the face, neck, and extremities, with histologic findings of dermal melanophages and keratinocyte vacuolization. We present the case of a 15-year-old female with progressive hyperpigmented lesions on the face and neck, without relevant medical history or exposure to medications or chemicals. The diagnosis was confirmed

by skin biopsy. Treatment with dapsona 100 mg daily resulted in marked clinical improvement and significant reduction of the lesions after one month, demonstrating a favorable therapeutic response.

Keywords: Dermatology, dapsona, melanosis.

Introducción

El eritema discrómico persistente (EDP), o dermatosis cenicienta, consiste en un trastorno crónico adquirido, de evolución lenta, caracterizado por aparición progresiva de máculas hiperpigmentadas de tonalidad azul grisácea (cenizo). Fue descrito por primera vez en El Salvador en 1957 bajo el nombre de “Los cenicientos” por Oswaldo Ramírez.^[1] Convit y colaboradores posteriormente propusieron el término *erythema dyschromicum perstans*.^[2]

En su presentación típica, se manifiesta mediante máculas de superficie lisa, con bordes bien definidos y distribución variable, principalmente localizadas en cara, cuello y tronco.^[1] Estas lesiones suelen ser asintomáticas, y pueden tener una evolución de meses a años, aspectos que repercuten estética y emocionalmente, principalmente a adolescentes y adultos jóvenes. Histopatológicamente es caracterizado por degeneración vacuolar en la capa basal y melanófagos dérmicos, hallazgos útiles, pero no patognomónicos.^[3]

Para analizar adecuadamente esta patología es indispensable considerar aquellos factores asociados que se describen en la literatura. Se han propuesto mecanismos multifactoriales que incluyen predisposición genética, particularmente en portadores del alelo HLA-DR4^[3], así como la exposición a fármacos, agentes químicos, factores ambientales y procesos infecciosos.^[4] Sin embargo, la etiología sigue siendo un desafío y en muchos casos se clasifica como idiopática, como en el presente caso. Su curso crónico y ausencia de remisión espontánea, refuerza la complejidad de su abordaje.^[2]

La mayoría de los estudios publicados provienen de países de América Latina y Asia, donde se ha evidenciado mayor prevalencia. Dichas investigaciones han permitido describir sus variantes clínicas, evaluar propuestas terapéuticas y profundizar en su posible base inmunogenética.^[5,6] A nivel nacional, la literatura continúa siendo limitada, por lo que la documentación de casos contribuye significativamente al entendimiento de esta patología en la población guatemalteca.

A continuación, se presenta un caso atendido en el Hospital Regional de Cobán. Este reporte permite ilustrar las particularidades clínicas del eritema discrómico persistente, analizar su diagnóstico diferencial, y discutir las opciones terapéuticas disponibles según la evidencia actual.

Presentación del caso

Paciente femenina de 15 años de edad, estudiante, quien niega antecedentes médicos y personales de relevancia, acude a consulta externa de medicina interna del Hospital Regional de Cobán por lesiones cutáneas de 1 año de evolución caracterizadas por múltiples máculas en cara y cuello que progresivamente aumentaron de tamaño y número, hasta extenderse hacia ambos miembros superiores, adquiriendo coloración grisácea a los cuatro meses del inicio, sin presentar prurito ni otros síntomas asociados. Tras una historia clínica exhaustiva la paciente negó ingesta de medicamentos o exposición a sustancias químicas.

Al examen físico se evidencia dermatosis diseminada en cabeza y miembros superiores, la cual afecta rostro, cuello, ambos brazos y antebrazos, respetando cuero cabelludo, pabellón auricular, mucosas y palmas, caracterizada por múltiples máculas hiperpigmentadas, de forma ovalada color azul grisáceo, tamaño variable, superficie lisa, con límites indefinidos, que asientan sobre piel xerótica, asintomático, de evolución crónica. Figura 1.



Figura 1. Máculas hiperpigmentadas color azul grisáceo, de tamaño variable, superficie lisa, con bordes indefinidos.

Se realizó biopsia de piel la cual reporta acumulación de linfocitos en la unión dermoepidérmica e infiltrado perivascular superficial y vacuolización de los queratinocitos de la capa basal, con melanófagos dérmicos. Figura 2.

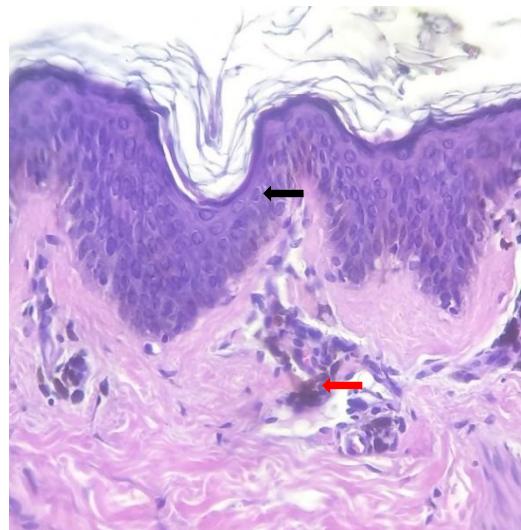


Figura 2. Se observa acumulación de linfocitos en la unión dermoepidérmica e infiltrado perivascular superficial y vacuolización de los queratinocitos de la capa basal (flecha negra), además de melanófagos dérmicos (flecha roja).

Se realizaron exámenes de laboratorio para descartar causas sistémicas, los cuales fueron normales.

El conjunto de estos hallazgos permitió establecer el diagnóstico de eritema discrómico persistente. Se inició tratamiento con dapsona, previa evaluación de función hepática y renal, siguiendo esquema terapéutico de 100 mg/día con plan de monitoreo semanal de hemograma y control periódico de función hepática y renal, junto con medidas generales de fotoprotección.

Tras un mes del uso del tratamiento mencionado, se evidencia disminución de la pigmentación de las lesiones existentes, y la ausencia de nuevas lesiones. Figura 3. Sin embargo, paciente no continúa seguimiento, ya que deja de acudir a consultas posteriores, lo cual limitó la evaluación de la evolución a largo plazo.



Figura 3. Resultados tras un mes de tratamiento.

Discusión

El eritema discrómico persistente es una entidad poco frecuente en nuestro entorno, cuyo cuadro clínico coincide con el caso presentado. La distribución de las máculas griseniza, el respeto de mucosas y de superficies como palmas, plantas y pabellón auricular fueron hallazgos clave que nos ayudaron a orientar el diagnóstico y a diferenciarlo de otras patologías pigmentarias. Asimismo, la aparición en una adolescente femenina con fototipo cutáneo IV, concuerda con el perfil epidemiológico documentado, particularmente en poblaciones latinoamericanas y asiáticas.^[7] La evolución crónica, asintomática y de progresión lenta descrita por la paciente, corresponde con el curso clínico habitual del eritema discrómico persistente.

Aunque la causa exacta de esta patología aún se desconoce, se indaga exhaustivamente sobre posibles factores de riesgo, antecedentes de inflamación cutánea previa, uso de fármacos, o exposición a químicos, y se realizan los exámenes de laboratorio correspondientes. Sin embargo, no fue posible identificar una causa aparente, lo que respalda un origen idiopático.^[1] Desde una perspectiva fisiopatológica, la pigmentación grisácea observada en la paciente, podría relacionarse con la acumulación de linfocitos T citotóxicos que interactúan con los melanocitos, generando daño vacuolar en la unión dermoepidérmica y ocasionando incontinencia del pigmento.^[2]

En cuanto a la histopatología, los hallazgos del eritema discrómico persistente no son patognomónicos, sin embargo, una adecuada correlación clínico-patológica fue fundamental para establecer el diagnóstico de la paciente. Cabe resaltar que lo reportado en la biopsia, son hallazgos característicos de lesiones crónicas, confirmando que las máculas observadas correspondían a un cuadro de larga evolución.^[3] Dada la similitud histológica con liquen plano pigmentado, resultó necesario diferenciar ambas condiciones mediante la evaluación de otros hallazgos clínicos. La ausencia de infiltrados densos, cuerpos coloides prominentes, máculas café oscuro sin bordes activos y la falta de afectación mucosa permitió descartar esta posibilidad en nuestra paciente.^[1]

El manejo de esta condición sigue siendo un reto, debido a la respuesta variable reportada frente a distintas terapias. La elección de dapsona en este caso se fundamentó en su efecto inmunomodulador sobre los linfocitos T citotóxicos y en la evidencia que reporta mejoría significativa con dosis de 100 mg/día en un periodo de tres meses.^[7] De manera similar, un estudio realizado en México en 2012, reportó mejoría en el 83% de los participantes en un ensayo clínico con la misma dosis y documentaron una respuesta positiva en un caso clínico.^[8] Sin embargo, los resultados siguen siendo variables.

Otras opciones terapéuticas como la clofazimina han demostrado eficacia en reportes aislados, incluyendo la resolución completa en un caso documentado por Micciantuono y colaboradores en 2009 y buena respuesta descrita por Pinto y colaboradores en 2013. Sin embargo, también se han reportado fallos terapéuticos, lo que evidencia una

respuesta impredecible.^[8] De igual manera, el tacrolimus tópico, considerado tratamiento de primera línea por algunos autores tras mostrar mejoría completa entre 4 semanas y 3 meses,^[3] presenta limitaciones de acceso en ciertos contextos clínicos, situación que influyó en la elección terapéutica para nuestra paciente.

Se decidió administrar dapsona a la paciente debido a su perfil de eficacia y buena tolerancia, respaldado por reportes clínicos y ensayos que demuestran mejoría de las lesiones en varios casos. Además, la dapsona representó una opción accesible, segura y viable, capaz de controlar la progresión de las lesiones crónicas y ofrecer una mejor relación riesgo beneficio en el contexto clínico de nuestra paciente.

En conclusión, este caso aporta evidencia adicional sobre el comportamiento clínico típico del eritema discrómico persistente en la población adolescente, la cual constituye una entidad infrecuente y de etiología desconocida, reforzando la utilidad del estudio histopatológico y su correlación clínica para el diagnóstico. Además, enfatiza la importancia de considerar al eritema discrómico persistente dentro del diagnóstico diferencial de patologías pigmentarias, especialmente ante cuadros crónicos, asintomáticos y de progresión lenta. A pesar de que las opciones de tratamiento disponibles suelen ofrecer resultados variables, la identificación temprana de esta condición permite orientar expectativas, proporcionar una adecuada educación al paciente y favorecer un seguimiento integral.

Conflicto de interés

Los autores manifiestan no tener conflicto de interés.

Agradecimientos

Se agradece a la Dra. Alba Betzabé Có Chón. Jefa del departamento de patología del Hospital Regional de Cobán, y a la Dra. Fernanda Sierra por su colaboración en la realización de este artículo. Por las fotografías brindadas.

Referencias

1. López A, Contreras J, Carrillo M, et al. Dermatosis ceniciente (eritema discrómico perstans). *Med Cutan Iber Lat Am.* 2005;33(3):97-102. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=5409&id2=>
2. Homez J, Barroso C. Sobre la etiopatogenia del eritema discrómico perstans (dermatosis ceniciente): posibilidad de una melanosis neurocutánea. *Derm Venez.* 1995;33:149-51. <https://revista.svderma.org/index.php/ojs/article/view/591/576>
3. Miranda J, Sosa N, Mazzotta M. Dermatosis ceniciente y administración crónica de omeprazol: comunicación de un caso y revisión del tratamiento. *Dermatol Rev Mex.* 2023;67(1):95-100. doi:10.24245/dermatolrevmex.v67i1.8559

4. Gutiérrez M, Roye R, Bee H, et al. Eritema discrómico perstans: presentaciones clínicas. *Derm Venez.* 2007;45(3):22-6. <https://revista.svderma.org/index.php/ojs/article/view/115/115>
5. Urbina F, Sudy E, González S. Dermatosis ceniciente: revisión y diagnóstico diferencial con otros trastornos pigmentarios idiopáticos. *Rev Chil Dermatol.* 2016;32(4):177-84. doi:10.31879/rcderm.v32i4.124
6. Leung N, Oliveria M, Selim M, McKinley L, Lesesky E. Eritema discrómico persistente: reporte de caso y revisión sistemática de la presentación histológica y tratamiento. *Int J Womens Dermatol.* 2018;4:216-22. doi:10.1016/j.ijwd.2018.08.003
7. Forero N. Dermatosis ceniciente (eritema discrómico perstans). *Med UIS.* 2012;25(1):79-85. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-03192012000100010
8. Flores D, Morales M. Eficacia de los tratamientos para el eritema discrómico perstans. *Dermatol Rev Mex.* 2025;69(5):636-44. doi:10.24245/dermatolrevmex.v69i5.10735