

# Hiperqueratosis acral focal asociada a queratolisis punteada

Larissa D. López-Cepeda<sup>a</sup>, Lourdes Alonzo<sup>b</sup> y Gisela Navarrete<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Dermatóloga. Centro Dermatológico Dr. Ladislao de Pascua (CDP). Ciudad de México.

<sup>b</sup>Dermatóloga adscrita. CDP. Ciudad de México.

<sup>c</sup>Dermatopatóloga. CDP. Ciudad de México.

**Resumen.**—La hiperqueratosis acral focal se caracteriza por el mismo aspecto clínico que la acroqueratoelastoidosis, pero sin anomalías en las fibras elásticas. Presentamos el caso de una mujer con dermatosis localizada en palmas, plantas y dorso de articulaciones metacarpofalángicas, de 10 años de evolución, constituida por múltiples pápulas poligonales e hiperhidrosis asociadas, clínicamente compatibles con acroqueratoelastoidosis. Tenía el antecedente de enfermedad en el padre. Además, la paciente presentaba queratolisis punteada palmoplantar. Además, la paciente presentaba queratolisis punteada palmoplantar. El estudio histopatológico descartó elastorrexis y la queratolisis punteada se corroboró por el aspecto clínico y la presencia de elementos cocoides en la capa córnea, evidentes con tinción de PAS. En nuestra opinión, la hiperqueratosis acral focal no constituye una entidad independiente de la acroqueratoelastoidosis.

**Palabras clave:** hiperqueratosis acral focal, elastorrexis, acroqueratoelastoidosis.

## FOCAL ACRAL HYPERKERATOSIS ASSOCIATED WITH PITTED KERATOLYSIS

**Abstract.**—Focal acral hyperkeratosis is characterized by the same clinical appearance as acrokeratoelastoidosis, but without abnormalities in the elastic fibers. We present the case of a woman with a 10-year case of dermatosis localized on the palms, soles and dorsum of the metacarpophalangeal joints, consisting of multiple polygonal papules and associated hyperhidrosis, clinically compatible with acrokeratoelastoidosis. Her father had a history of the disease. In addition, the patient presented with palmoplantar pitted keratolysis. The histopathological study ruled out elastorrhexis, and the pitted keratolysis was corroborated by the clinical appearance and the presence of coccoid elements in the stratum corneum, evident with a PAS stain.

In our opinion, the focal acral hyperkeratosis is not a separate entity from the acrokeratoelastoidosis.

**Key words:** focal acral hyperkeratosis, elastorrhexis, acrokeratoelastoidosis.

## INTRODUCCIÓN

La hiperqueratosis acral focal (HAF) fue descrita inicialmente por Dowd<sup>1</sup>, aunque existen informes previos desde 1974 y 1977 por Matthews y Harman<sup>2</sup> en que se describen 3 casos con aspecto clínico igual a la acroqueratoelastoidosis descrita por Costa en 1952<sup>3</sup>, pero sin anomalías del tejido elástico<sup>2</sup>.

Se clasifica, de acuerdo a Stevens et al<sup>4</sup>, dentro de las queratodermias palmoplantares primarias punteadas, tipo III, cuyo patrón de herencia se cree es autosómico dominante y se caracteriza por su inicio temprano, aunque puede desarrollarse después de los 10 y hasta los 20 años. Shbaklo et al<sup>5</sup> sugieren su asociación con la acroqueratoelastoidosis, con probable origen en el cromosoma 2.

Clínicamente la HAF se presenta como lesiones de aspecto papular poligonales, hiperqueratósicas, a lo largo de los bordes de manos y pies y sus articulaciones, incluso las articulaciones metacarpofalángicas, que pueden tener un patrón confluyente en el centro de

palmas o plantas. Estas lesiones aumentan en número y tamaño conforme pasan los años. En la mayoría de los pacientes hay adelgazamiento e hiperpigmentación asociadas a las lesiones que envuelven a las articulaciones interfalángicas. Puede haber hiperhidrosis, aunque algunos autores consideran que el clima y la edad favorecen esta alteración<sup>6</sup>. Se ha observado que la HAF puede ser familiar y aparentemente existe predilección racial, siendo más común en negros<sup>7,8</sup>.

Histológicamente se encuentra hiperqueratosis focal asociada a una depresión tipo clavo en la epidermis, la cual se encuentra acantósica. Ocasionalmente hay una moderada dilatación de los capilares, pero no hay evidencia de inflamación dérmica, en donde la colágena se observa normal y las fibras elásticas son normales, sin elastorrexis.

## DESCRIPCIÓN DEL CASO

Una mujer de 15 años de edad presentaba una dermatosis asintomática de 10 años de evolución, que afectaba manos y pies, en palmas y plantas, bordes de manos, pies y dedos; así como dorso de articulaciones metacarpofalángicas y falanges de dedos de manos. Consistía en múltiples lesiones papulares de aspecto queratósico, reticulado, hipopigmentadas, brillantes, que confluían para formar placas, de consistencia sua-

Correspondencia:

Larissa López-Cepeda.

Vertiz, 822-2, Col. Narvarte. 03020 Deleg. B. Juárez. México D.F.

larisslo@yahoo.com.mx

Recibido el 14 de mayo de 2004.

Aceptado el 10 de diciembre de 2004.



Fig. 1.—Aspecto de las manos, con afección en palmas, bordes de manos y dorso.

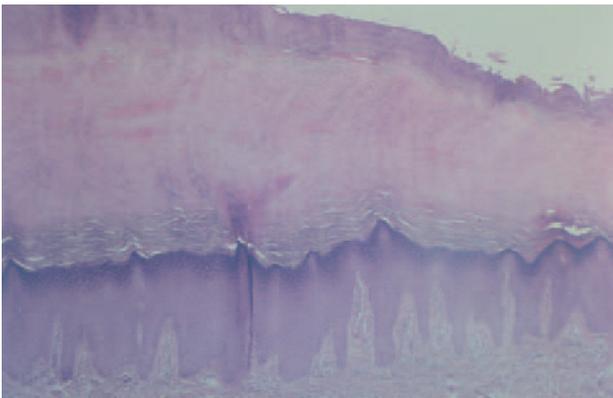


Fig. 2.—Hiperqueratosis compacta, hipergranulosis y acantosis regular a moderada. (Hematoxilina-eosina  $\times 10$ .)



Fig. 3.—Fibras elásticas normales en dermis superficial y media. (Tinción de Gallego,  $\times 10$ .)

ve, con hiperhidrosis asociada (fig. 1). Además presentaba múltiples hoyuelos, en palmas y plantas, descamación fina y mal olor.

El padre de la paciente presentaba asimismo enfermedad. La paciente no refería antecedentes de trauma crónico, excesiva exposición solar, exposición a arsénico u otros datos patológicos de importancia, ni otras alteraciones en la exploración general.

Se realizó una biopsia, que mostró una epidermis con hiperqueratosis compacta, hipergranulosis y acantosis regular moderada, a expensas de los procesos interpapilares. En la dermis se encontraron papilomatosis e infiltrados linfocitarios leves perivasculares en dermis superficial y parte de la media (fig. 2); la tinción para fibras elásticas fue normal (fig. 3). La tinción con ácido peryódico de Schiff (PAS) evidenció la presencia de elementos cocoides en la capa córnea.

Se estableció el diagnóstico de hiperqueratosis acral focal, asociada a queratolisis punteada, y se administró tratamiento para la hiperhidrosis con solución de clorhidróxido de aluminio lo que produjo una leve mejoría y se intentó mejorar el aspecto hiperqueratósico con cremas con ácido salicílico, sin resultado. Para la queratolisis punteada se utilizó eritromicina tópica al 2 %, 2 veces por día durante 10 días, lográndose la resolución.

## COMENTARIO

La HAF, parece ser una alteración de la queratinización y pigmentación focal de tipo racial, de inicio insidioso en la infancia que alcanza su máximo en la vida adulta y cuyas consecuencias son exclusivamente estéticas<sup>1,5</sup>.

Es relativamente reciente su diferenciación de la acroqueratoelastoidosis y es también reciente la sospecha de que pueda tener patrón hereditario. En nuestra paciente existe el antecedente de la enfermedad en el padre, lo que concuerda con un probable patrón autosómico dominante.

La asociación con queratolisis punteada puede deberse a factores como la humedad, fricción y maceración (todas ellas presentes en nuestra paciente por la hiperhidrosis). No se pudo corroborar el agente causal, pero los agentes etiológicos implicados más importantes *Corynebacterium* sp., *Dermatophilus congolensis* y *Micrococcus sedentarius*<sup>9</sup>.

Existen diversos cuadros clínicos similares a la HAF. La acroqueratoelastoidosis o acroqueratoelastoidosis liquenoide de Costa y Villareal<sup>10</sup> se caracteriza por localización en dorso y palmas de mano, talón, dorso y bordes de pies, predominio en el sexo femenino, tanto en niños como adultos y sin relación con la profesión. En la histopatología, no hay elastoidosis, pero sí elastorrexis (fibras elásticas adelgazadas y fragmentadas) con elastolisis, que parece indicar un fallo en la síntesis de las fibras, más que su degradación, por lo

que posiblemente se asocie un defecto generalizado en el tejido elástico dérmico<sup>11</sup>.

En esta se ha estudiado su asociación al virus del papiloma humano, mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR), sin éxito<sup>12</sup>. Las placas degenerativas de las manos muestran degeneración secundaria a exposición solar y trauma, en personas de raza blanca, cuya histopatología presenta fibras elásticas gruesas y bandas de colágena densas, neoformación capilar y signos de degeneración actínica<sup>13</sup>. Esta entidad es clínicamente similar a la elastosis senil descrita por Lever<sup>14</sup>. En la queratodermia marginal de las manos o queratoelastoidosis marginal de las manos<sup>15</sup> predomina la hiperqueratosis sobre la elastosis; se encuentra en áreas fotoexpuestas (unión dorsopalmar de piel) y es más frecuente en pacientes del sexo masculino, ancianos y trabajadores manuales.

El aspecto clínico y la histología de la HAF no son específicos. La biopsia revela un trastorno de la queratinización que puede acompañarse de daño en las fibras elásticas ya sea de origen actínico, físico o genético. Sabemos también que la hiperhidrosis sólo es un dato clínico adicional y que no tiene importancia estadística, pero puede confundirse por su asociación con infecciones fúngicas o bacterianas. Así, concluimos que las características clínicas y patológicas de la HAF, son comunes a muchas enfermedades y parece más un aspecto clínico con escasos datos microscópicos, que puede producir o no lesión en las fibras elásticas, pero no una entidad diferente.

#### AGRADECIMIENTOS

Dr. Jorge Fernández Díez, por sus consideraciones para el texto. Histotecnólogo J. Alberto Castillo Naranjo y Bibliotecario Raymundo Rangel.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Dowd P, Harman R, Black M. Focal acral hyperkeratosis. *Br J Dermatol* 1983;109:97-103.
2. Matthews CNA, Harman RRM. Acrokeratoelastoidosis in a Somerset mother and her two sons. *Br J Dermatol* 1977; 97:42.
3. Costa O. Acrokeratoelastoidosis. *Arch Dermatol* 1954;70: 228-31.
4. Stevens HP, Kelsell DP, Byant SP, et al. Linkage of an american pedigree with palmoplantar keratoderma and malignancy (palmoplantar ectodermal dysplasia type II) to 17q24. *Arch Dermatol* 1996;132:640-51.
5. Shbaklo Z, Jamaledine N, Kibbi AG, et al. Acrokeratoelastoidosis. *Int J Dermatol* 1990;29:333-6.
6. Highet A, Rook A, Anderson J. Acrokeratoelastoidosis. *Br J Dermatol* 1982;106:337-44.
7. Blum SL, Cruz PD, Siegel DM, et al. Hyperkeratotic papules on the hands and feet. *Arch Dermatol* 1987;123: 1225-8.
8. Troy K, Richey J, Fitzpatrick E. Yellowish papules on lateral aspect of palms. *Arch Dermatol* 1996;132:1365-8.
9. Arce M, Villareal I. ¿Pseudomicosis superficiales o corinebacteriosis cutáneas? *Dermatología Rev Mex* 1999; 43:S10-S17.
10. Costa OG, Horizonte B. Acrokerato-elastoidosis. *Dermatologica* 1953;107:164-8.
11. Fiallo P, Pesce C, Brusasco A, et al. Acrokeratoelastoidosis of Costa: a primary disease of the elastic tissue? *J Cutan Pathol* 1998;25:580-82.
12. Nelson-Adesokan P, Mallory S, Lombardi C, et al. Acrokeratoelastoidosis of Costa. *Int J Dermatol* 1995;34:431-3.
13. Burks J, Wise L, Clark W. Degenerative collagenous plaques of the hands. *Arch Dermatol* 1960;82:362-6.
14. Ritchie E, Williams H. Degenerative collagenous plaques of the hands. *Arch Dermatol* 1966;93:202-3.
15. Kocsard E. Keratoelastoidosis marginalis of the hands. *Dermatologica* 1965;131:169-75.