

Paquidermodactilia en un paciente con trastorno de ansiedad generalizada asociado a tics



Pachydermodactyly in a Patient With Generalized Anxiety Disorder and Tics

La paquidermodactilia (PDD) es una forma de fibromatosis digital adquirida, infrecuente y benigna, que afecta principalmente a varones adolescentes sin antecedentes familiares¹. Se caracteriza por la presencia de tumefacción asintomática, bilateral y simétrica, de la superficie lateral de las articulaciones interfalángicas proximales (IFP) de los dedos 2.º, 3.º y 4.º, y ocasionalmente 5.º de las manos^{1,2}. Aunque el diagnóstico es fundamentalmente clínico las biopsias cutáneas muestran hiperqueratosis con ortoqueratosis compacta, aumento del número de fibras de colágeno y de fibroblastos, sin cambios inflamatorios¹. El resto de pruebas analíticas y de imagen son normales³.

Presentamos el caso de un varón de 19 años, sin antecedentes personales ni familiares de interés, con historia de 2-3 años de evolución de aparición de engrosamiento cutáneo asintomático, localizado inicialmente en ambas superficies laterales de las articulaciones IFP del 5.º dedo de la mano izquierda. Posteriormente, y de forma progresiva, fueron apareciendo cambios similares en las articulaciones IFP de los dedos 2.º al 5.º de ambas manos (fig. 1). En la anamnesis el paciente refería realizar movimientos de entrelazado de las manos frecuentemente. En la exploración llamaba la atención la existencia de múltiples tics faciales, en el tronco y en ambos brazos. La analítica fue normal, incluyendo ANA y factor reumatoide negativos. La radiografía de ambas manos y la resonancia magnética nuclear mostraron engrosamiento de los tejidos blandos circundantes a las articulaciones IFP de los dedos 2.º al 5.º de ambas manos, sin anomalías óseas ni articulares. Se le realizó una serie ósea que como única anomalía mostró escoliosis dorso-lumbar, con asimetría en la articulación coxofemoral derecha en relación con la escoliosis. La biopsia cutánea



Figura 1 Engrosamiento bilateral y simétrico de la cara lateral de las articulaciones interfalángicas proximales de los dedos 2.º al 5.º de ambas manos.

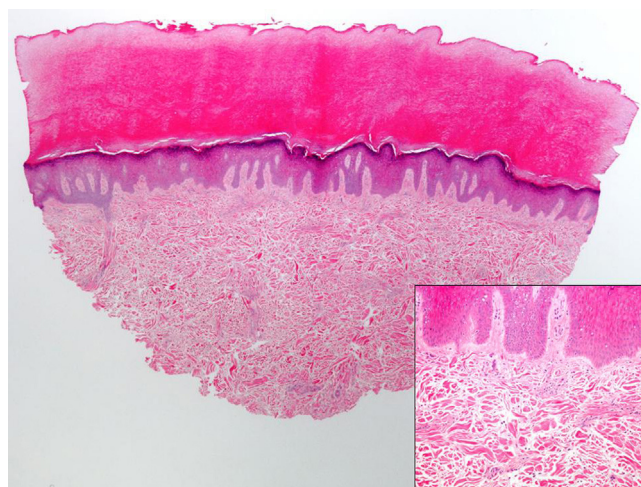


Figura 2 Histológicamente se observa una dermis engrosada a expensas del engrosamiento de los haces de colágeno, junto con un ligero aumento del número de fibroblastos, sin inflamación. La epidermis muestra hiperqueratosis ortoqueratósica y acantosis (hematoxilina-eosina $\times 5$). En el recuadro de la derecha se muestra a mayor detalle el aumento de los haces de colágeno y de los fibroblastos (hematoxilina-eosina $\times 20$).

mostró lesiones inespecíficas, pero compatibles con PDD (fig. 2) Se solicitó valoración por psiquiatría, donde se le diagnosticó de un trastorno de ansiedad generalizada asociado a tics, por lo que se le recomendó acudir al grupo de trastornos de ansiedad del servicio de psiquiatría. Las lesiones cutáneas han persistido estables hasta la actualidad.

La etiología de la PDD es desconocida. Algunos autores han sugerido que podría ser consecuencia de microtraumatismos repetidos causados por continuos movimientos de entrelazado de las manos, al friccionar unos dedos contra otros^{2,4}. Esto explicaría la ausencia de lesiones en los pulgares y la menor frecuencia de afectación del 5.º dedo³. Como pudimos observar en la consulta, nuestro paciente realizaba estos movimientos de forma reiterada y desde hacía años, según nos corroboró su madre. En algunos de estos pacientes estos microtraumatismos están relacionados con actividades deportivas como la escalada¹, con exposición ocupacional en cuidadores de aves de corral⁵ o con una enfermedad psiquiátrica subyacente. Se han descrito casos de PDD asociados a trastornos psiquiátricos graves, como el trastorno obsesivo compulsivo, a otros trastornos dentro del espectro obsesivo, como el síndrome de Asperger o los trastornos por tics y a trastornos del comportamiento, como los trastornos de ansiedad^{2,3,6}. Nuestro paciente fue diagnosticado de trastorno de ansiedad generalizada asociado a tics. No cumplía criterios diagnósticos de trastorno obsesivo compulsivo ni de síndrome de Asperger.

La PDD es una enfermedad en la que, probablemente, su prevalencia e incidencia real están infraestimadas, dado su carácter asintomático y que no interfiere en la movilidad articular. Aunque no existe un tratamiento médico eficaz se han empleado infiltraciones de hexacetónido de triamcinolona⁷ y la resección del tejido fibrótico subcutáneo, con buenos resultados estéticos en algunos casos^{1,3}.

Es importante establecer un diagnóstico clínico rápido y adecuado para evitar pruebas y estudios innecesarios, tranquilizar al paciente y evitar tratamientos inapropiados.

Aunque la asociación descrita previamente con trastornos psiquiátricos es infrecuente, debido a su importancia, consideramos necesario una valoración psiquiátrica adecuada en los pacientes con diagnóstico de PDD, sobre todo en aquellos que realicen movimientos repetitivos de entrelazado y fricción de los dedos de las manos. Estos pacientes se beneficiarían de un tratamiento psicológico y/o psiquiátrico adecuado, habiéndose descrito una remisión parcial de las lesiones de PDD con el cese de los traumatismos mecánicos repetidos.

Bibliografía

1. Morales Callaghan AM, Horndler Argarate C, García Latasa de Aranibar FJ, Zubiri Ara ML. Pachydermodactyly: A rare form of acquired digital fibromatosis. *Actas Dermosifiliogr.* 2010;101:652-4.
2. Seo SH, Sung HW. A case of pachydermodactyly. *Ann Dermatol.* 2011;23:258-61.
3. Beltraminelli H, Itin P. Pachydermodactyly – Just a sign of emotional distress. *Eur J Dermatol.* 2009;19:5-13.
4. Akikusa JD, Weinstein M, Laxer RM. Clinical images: Pachydermodactyly. *Arthritis Rheum.* 2005;52:990.

5. Sagrafsky MJ, Pichardo-Geisinger RO, Muñoz-Ali D, Feldman SR, Mora DC, Quandt SA. Pachydermodactyly from repetitive motion in poultry processing workers: A report of 2 cases. *Arch Dermatol.* 2012;148:925-8.
6. Cabanillas M, Monteagudo B, León-Muñoz E, Suárez-Amor O. Pachydermodactyly in a young girl: Cutaneous manifestation of a psychiatric disorder? *Pediatr Dermatol.* 2010;27:306-8.
7. Plana Pla A, Bassas Vila J, Toro Montecinos MA, Ferrandiz Foraster C. Pachydermodactyly successfully treated with triamcinolone injections. *Actas Dermosifiliogr.* 2013.

R. Carrascosa^{a,*}, A. Godoy^a, C. Gordillo^b y D. de Argila^a

^a Servicio de Dermatología, Hospital Universitario La Princesa, Madrid, España

^b Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario La Princesa, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rachel170786@gmail.com (R. Carrascosa).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2013.09.006>

Fascitis eosinofílica: causa infrecuente de edemas

Eosinophilic Fasciitis: An Uncommon Cause of Edema

La insuficiencia cardiaca, la hepatopatía crónica o distintas nefropatías son las causas más frecuentes de edema intersticial generalizado. La esclerodermia y otros síndromes esclerodermiformes también tienen como presentación inicial edema, fundamentalmente en las extremidades. Este edema es debido a la fibrosis de la dermis e inicialmente puede sugerir otro origen etiopatológico¹.

Presentamos un paciente con antecedente de valvulopatía mitral, ingresado por edemas en las extremidades de varios meses de evolución en espera de intervención valvular, que fue diagnosticado de una fascitis eosinofílica.

Varón de 57 años que consulta por presentar edemas en ambas extremidades inferiores de 3 meses de evolución, con posterior afectación de las manos y los antebrazos. Como antecedentes personales destacaban diabetes mellitus tipo 2, hipercolesterolemia y cardiopatía valvular tipo prolapso válvula mitral (PVM) con insuficiencia mitral (IM) grave, diagnosticada 6 años antes. El paciente seguía revisiones en cardiología, siempre con una fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) conservada. Ingresó por sospecha de un primer episodio de insuficiencia cardiaca como desencadenante de los edemas. Negaba disnea, ortopnea u otra sintomatología asociada. A la exploración destacaba soplo mesotestostólico en el ápex (ya conocido) y hepatomegalia de 2 cm. A su vez presentaba aumento del diámetro de ambos antebrazos y piernas, y la piel de dichas zonas mostraba induración con aspecto abollonado (fig. 1) y discreto eritema en las piernas (fig. 2). En la analítica destacaba eosino-

filia, discreta elevación de la velocidad de sedimentación globular (VSG) e hipergammaglobulinemia. El resto de estudios analíticos fueron normales. Se confirmó el diagnóstico previo de PVM con IM severa mediante ecografía transesofágica y se realizó un cateterismo izquierdo y derecho que mostró una FEVI y presiones en el circuito pulmonar normales. Ante la discordancia clínica y de las pruebas invasivas cardiológicas se consultó con el servicio de dermatología. Debido a la sospecha de un síndrome esclerodermiforme se realizó una biopsia hasta la fascia muscular que evidenció septos subcutáneos engrosados y edematosos, con presencia en estos y en la fascia superficial de un leve infiltrado inflamatorio formado por linfocitos, histiocitos, células plasmáticas y eosinófilos. La dermis y la epidermis estaban respetadas (fig. 3). Con el diagnóstico de fascitis eosino-



Figura 1 Edema del brazo derecho, con aspecto abollonado en su cara interna y aumento del diámetro del antebrazo.