IMAGEN CLINICA

QUERATOLISIS PUNCTATA

Encinas Maldonado Sandra [I]
Rivero Patricia Daniela [II]

[I] Docente responsable Residencia Dermatología. Hospital de Clínicas Universitario - Docente Cátedra Dermatología, Facultad de Medicina UMSA.
[II] Médico Residente de 2do año Dermatología. Hospital de Clínicas Universitario.

Paciente de sexo masculino de 58 años de edad, casado, alfarero, procedente y residente en Caranavi, provincia Sud-Yungas. Acudió a consultorio externo de Dermatología por cuadro clínico de varios años de evolución (no refiere tiempo exacto), en un inicio caracterizado por la aparición de múltiples lesiones hiperqueratósicas en palmas y plantas, estás ultimas más grandes, asintomáticas, cuyo número había ido aumentando progresivamente, no refiere otra sintomatología asociada. No realizó tratamiento, no presentaba otras alteraciones ectodérmicas (uñas, pelo, sudoración) y refirió antecedentes familiares de lesiones similares.

El examen físico mostró dermatosis diseminada en extremidades superiores e inferiores, específicamente región plamar y plantar bilateral. Caracterizado por la presencia de múltiples pápulas hiperqueratósicas de coloración amarillenta, opacas, con algunas lesiones de aspecto crateriforme que se extienden en las superficies palmoplantares, ambas acompañadas de bastante humedad.

El estudio histopatologico demostró hiperqueratosis ortoqueratósica, engrosamiento de la capa granular de la epidermis, depresiones epidérmicas con tapones de queratina densos y homogéneos, confirmando la sospecha clínica.

Las queratodermias palmoplantares (QPP) son un conjunto de enfermedades cuyas característica básica es un trastorno de la queratinización que produce engrosamiento difuso circunscrito de palmas y plantas. Hay 4 tipos de QPP: difusa, focal, punctata y displasia ectodérmica palmoplantar. El caso que presentamos queda englobado dentro de las QPP punctata. Esta variedad puede ser hereditaria o adquirida. Dentro de las formas hereditarias, consideramos 3 tipos: a) tipo I o Buschke Fisher-Brauer, b) tipo II o poroqueratosis punctata y c) tipo III o acroqueratoelastosis liquenoide. Nuestro paciente corresponde al segundo tipo, ya que la clínica y la histología muestran mayor compatibilidad con esta variedad. Entre los diagnósticos diferenciales se encuentran: verruga plana, acroqueratosis verrucciforme, milium coloide, liquen plano palmoplantar, queratosis arsenicales, elastoma juvenil y otras formas de queratodermias marginadas y punctatas.[1]

El tratamiento es variado e incluye emolientes, sustancias queratolíticas tópicas como ácido salicilico, urea y retinoides tópicos o sistémicos.[2]

Desde el punto de vista epidemiológico, la incidencia aproximada es de 2 casos por cada 100.000 habitantes, no se ha determinado en la actualidad el gen causante de esta clínica, lo cual puede deberse al escaso número de familias afectadas y descritas en la literatura. [2]

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bobbio L, Tejada E. Queratodermias palmoplantares. Dermatología Peruana 2009; 19 (2): 130-143
2. Rodríguez A, Bell- Smythe A, Blanco B, Castro S, Fernández K, López C, Oliver M. Queratosis punctata palmar y plantar. Dermatología venezolana 2003; 41 (2): 15-8.

Recibido: Julio de 2011
Aceptado: Julio de 2011
Correspondencia: Encinas Maldonado Sandra
E-mail: smencinasm@hotmail.com