

Mire... Piense... y Haga su Diagnóstico

Pápulas hiperqueratósicas en dorso de pies

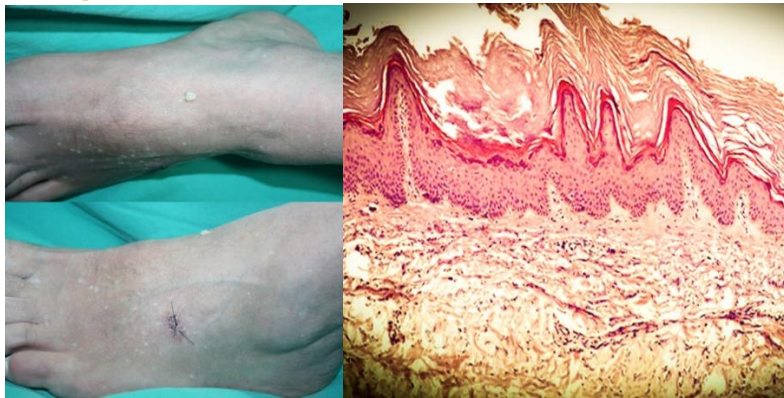
Rocío Muñiz¹, Sofía André², Valeria Violini³, Agustina Romanello⁴, Ariel Samper⁵ y María Patricia Papailiou⁶

► CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino, 57 años de edad, con antecedentes de hipotiroidismo, hipertensión arterial y depresión, en tratamiento y seguimiento por médico de cabecera. Consultó por lesiones pruriginosas localizadas en miembros inferiores, de 10 años de evolución. A la **exploración física**, pápulas de bordes redondeados, bien delimitados, superficie irregular de aspecto queratósico, algunas confluentes, que comprometían

dorso y región maleolar interna de ambos pies (Fig. 1). Resto del examen físico sin particularidades. La **histopatología** evidenció hiperqueratosis ortoqueratósica, acantosis con papilomatosis y proyecciones epidérmicas en “campanario de iglesia” (Fig. 2). Inició **tratamiento** tópico con vaselina salicilada al 10% con respuesta favorable.

Su diagnóstico es...



Pápulas hiperqueratósicas, bien delimitadas, algunas confluentes, en dorso y región maleolar interna de ambos pies.

Examen histopatológico: (H/E, 40x) muestra hiperqueratosis ortoqueratósica, acantosis con papilomatosis y proyecciones epidérmicas en “campanario de iglesia”.

¹ Médica residente segundo año de Dermatología

² Médica residente tercer año de Dermatología

³ Médica residente cuarto año de Dermatología

⁴ Médica Jefa de Residentes

⁵ Médico de planta

⁶ Jefe de Servicio de Dermatología

Servicio de Dermatología. Hospital Central de Mendoza. Alem 450, Mendoza, Argentina

Conflictos de interés: no declarados

Correo electrónico: rociomunizadaro@gmail.com

Recibido: 29-05-2017

Aceptado para publicación: 29-06-2017

► DIAGNÓSTICO

Estucoqueratosis

► COMENTARIO

La **estucoqueratosis**, también conocida como queratoelastoidosis verrucosa, fue descrita por primera vez por Kocsar y Ofner en 1965. Se trata de una patología de piel benigna, adquirida, de etiología desconocida, que se presenta con mayor frecuencia en varones de edad avanzada (proporción hombre/mujer 4:1)¹. Algunos autores la consideran un tipo de queratosis seborreica debido a la similitud histopatológica.

Clínicamente es caracterizada por pápulas de superficie plana y queratósica, color blanco-grisáceo, que miden de 1 a 3 mm, localizadas en extremidades, a predominio de miembros inferiores, especialmente en tobillos. Se han descrito la presencia de pocas a varias decenas de ellas y, por lo general, sin sintomatología asociada¹. El **diagnóstico** se realiza mediante una correcta anamnesis y exploración física ya que la morfología, localización y edad de presentación son claves para poder establecer un buen diagnóstico diferencial con otras afecciones, aunque en algunos casos se requiere para ello de la **histopatología**. En ésta se halla hiperqueratosis ortoqueratósica y papilomatosis, que con frecuencia adoptan un patrón en “campanario de iglesia”, y acantosis^{1,2,7}. La capa granulosa a veces se haya engrosada. Entre los **diagnósticos diferenciales** se encuentran:

- Epidermodisplasia verruciforme de Lewandowsky-Lutz: asociada a una susceptibilidad a la infección por HPV, con desarrollo temprano de carcinomas cutáneos. Observada con mayor frecuencia en la niñez y pubertad, con pápulas diseminadas, tipo verruga plana, que afectan cara, dorso de las manos, tronco y extremidades^{2,3}.
- Síndrome de Flegel o hiperqueratosis *lenticularis perstans*: genodermatosis de transmisión autosómica dominante, con compromiso primordial de mujeres entre 40 y 50 años. Se presenta con múltiples pápulas hiperqueratósicas de base eritematosa, localizadas simétricamente en las extremidades, particularmente en dorso de manos y pies, a predominio de este último,

asintomáticas. Se diferencia por histología, donde

muestra áreas de acantosis irregular entremezcladas con aplanamiento del estrato de Malpighi^{4,5}.

- Acroqueratosis verruciforme de Hopf: genodermatosis con herencia autosómica dominante. Aparece generalmente en la infancia. Se presenta con pápulas hiperqueratósicas, color piel a pardas, localizadas en dorso de manos y pies con posible extensión al resto del tegumento. Se acompañan de pits palmo-plantares cubiertos por tapones corneales, estriaciones ungueales longitudinales, leuconiquia blanco-perlada e hiperqueratosis subungueal^{6,7}.
- Queratosis seborreicas hipertróficas: comprometen al mismo grupo etario, con pápulas a placas hiperqueratósicas que pueden comprometer cualquier área del cuerpo. A diferencia de las formas clásicas, presentan hiperqueratosis con paraqueratosis².
- Enfermedad de Darier-White: se presenta en la primera o segunda década de la vida. Clínicamente presenta pápulas y placas escamocostrosas que afectan predominantemente las áreas seborreicas. Además, se acompaña de queratosis punctata palmoplantar o *pitting* y distrofia ungueal², hallazgos ausentes en la estucoqueratosis.
- Verrugas planas: principalmente en niños y adultos jóvenes. Clínicamente, pápulas planas, ligeramente eritematosas o parduzcas. Suelen ser múltiples y agruparse en cara, dorso de manos, muñecas o rodillas. A veces difícil de diagnosticarlas en adultos. En la histología se caracteriza por la presencia de coilocitos, ausentes en nuestro caso^{7, 8}.
- Acroqueratoelastoidosis de Costa: genodermatosis de herencia autosómica dominante, de aparición espontánea o familiar. Clínicamente presenta múltiples pápulas pequeñas, redondas o poligonales, traslúcidas, de color piel o blanco amarillentas, localizadas en el borde lateral de ambas manos y/o pies que pueden coalescer formando placas de disposición lineal con aspecto en empedrado. En la histología se halla hiperqueratosis, acantosis leve y característicamente se

observa elastorrexis⁹. La estucoqueratosis es una afección de evolución benigna y con tendencia a la involución espontánea, por lo que no suele realizarse **tratamiento**, salvo por razones estéticas. Se han empleado, entre otros, ácido salicílico, retinoico y tricloroacético, electrocoagulación, crioterapia, curetaje, 5-fluoruracilo, imiquimod y etretinato¹.

► **BIBLIOGRAFÍA**

1. Rubal Lamelas, E.; Monteagudo Sánchez, B.; Ramírez Santos, A.; Álvarez Fernández, J.C.; Mosquera Fernández, A.: Estucoqueratosis. A propósito de un caso. *Revista Internacional de Ciencias Podológicas* 2016; 10: 26-30.
2. Ontón, J.; Cortez, F.; Carayhua, D.; Rengifo, L.: Pápulas verrucosas en extremidades y tronco superior. *Dermatología Peruana* 2006; 16: 256-260.
3. Uitto, J.; Vahidnezhade, H.: Expanding genetics and phenotypic spectrum of epidermodysplasia verruciformis. *Br J Dermatol* 2016; 175: 1138-1139.
4. Fernández-Crehuet, P.; Rodríguez-Rey, E.; Ríos-Martín, J.J.; Camacho, F.M.: Hiperqueratosis lenticularis perstans (enfermedad de Flegel) con afectación palmo-plantar. *Actas Dermosifiliogr* 2009; 100: 151-162.
5. Castillo Tapia, A.N.; Rodríguez Gudiño, J.J.; Elizondo Verduzco, A.: Enfermedad de Flegel. *Dermatol Rev Mex* 2012; 56: 266-270.
6. Bordel Gómez, M.T.; Miranda Romero, A.: Acroqueratosis verruciforme de Hopf diagnosticada en un adulto. *Med Cutan Iber Lat Am* 2005; 33: 27-30.
7. Torrijos, A.; Vilata, J.J.; Pitarch, G.; Mercader, P.; García-Melgares M.; Fortea, J.M.: Pápulas verrugosas en el dorso de las manos. *Actas Dermosifiliogr* 2005; 96: 267-269.
8. Requena, L.; Requena, C.: Histopatología de las infecciones víricas cutáneas más frecuentes. *Actas Dermosifiliogr* 2010; 101: 201-216.
9. Turchetto, C.; Della Giovanna, P.; Cabrera, H.N.; Poledore, I.; García, S.; Ferrari, H.: Acroqueratoelastoidosis de Costa. *Arch Argent Dermatol* 2013; 63: 153-156