

CASOS PARA EL DIAGNÓSTICO

Pápulas filiformes palmoplantares

Filiform Palmoplantar Papules

Historia clínica

Una mujer de 78 años de edad consultaba por lesiones en las palmas y las plantas, de varios años de evolución, que le molestaban por el roce continuo. Presentaba antecedentes de artrosis, hipertensión arterial, dislipidemia y fibrilación auricular, y realizaba tratamiento con acenocumarol, carvedilol, atorvastatina, metamizol, paracetamol y omeprazol.



Figura 1

Exploración física

En la exploración se objetivaban múltiples pápulas marrónceas filiformes hiperqueratósicas y milimétricas que ocupaban toda la superficie de ambas palmas de las manos (fig. 1) y con menor intensidad en las plantas.

Histopatología

Se tomó una biopsia *punch* de 2 mm que abarcaba completamente una de las lesiones palmares. Se observó en el estrato córneo una columna de paraqueratosis con hipogranulosis focal subyacente y una epidermis deprimida (fig. 2).

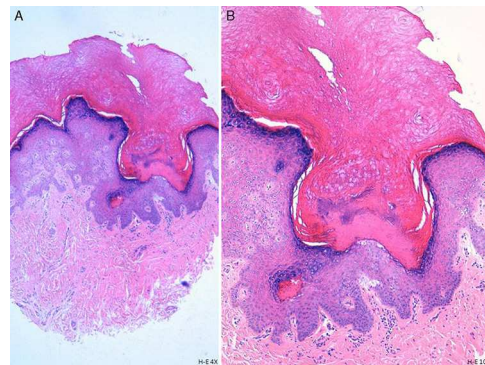


Figura 2 A. Hematoxilina-eosina $\times 4$. B. Hematoxilina-eosina $\times 10$.

¿Cuál es su diagnóstico?

Diagnóstico

Queratodermia espinosa o hiperqueratosis filiforme palmo-plantar.

Evolución y tratamiento

Se solicitó analítica general con marcadores tumorales, radiografía de tórax y ecografía abdominal, sin hallazgos relevantes, salvo esteatosis hepática y la presencia de quistes renales. Se pautó tratamiento con crema de urea al 40% y tretinoína al 0,1%, con pobres resultados. Reinterrogando a la paciente refirió que varios familiares también presentaban el problema de las «espinas» en las manos.

Comentario

La queratodermia espinosa es una rara entidad de la que apenas se ha descrito una treintena de casos; la mayoría son adquiridos pero existen casos familiares¹, como es nuestro caso. Esta dermatosis se caracteriza por la aparición de lesiones hiperqueratósicas de pequeño tamaño y morfología filiforme salpicadas por la superficie de ambas palmas y/o plantas¹. Las lesiones recuerdan a las púas del rodillo de una caja de música antigua². Aunque habitualmente son asintomáticas, pueden producir dolor a la presión o a la deambulación o dificultar labores manuales. La enfermedad tiene un curso crónico y las remisiones espontáneas son poco comunes².

Puede ser hereditaria, con un patrón autosómico dominante, de aparición entre la segunda y la tercera décadas de la vida, o esporádica, con un inicio más tardío. En ambos casos es más frecuente en varones³.

Histológicamente se distingue una columna paraqueratósica compacta netamente separada del estrato córneo normal, con una capa granulosa subyacente adelgazada o ausente, a modo de laminilla cornoide¹. Ocasionalmente puede verse en relación con folículos pilosos y con el acrosiringio de forma similar al nevus ductal poroqueratósico ecrico⁴.

Ha sido asociada a múltiples enfermedades: poliquistosis renal y hepática, enfermedad de Darier, tuberculosis, epidermoplastia verruciforme y neoplasias, siendo considerada en un principio como un síndrome paraneoplásico. Actualmente, la opinión más aceptada es que no existe

una clara asociación con otros procesos patológicos, y se considera clínica e histológicamente como una entidad propia que no debe ser confundida con una variante de queratodermia punctata ni de una poroqueratosis, que sí han sido relacionadas con neoplasias internas y cutáneas, respectivamente³.

Se desconoce la patogenia de estas lesiones; se ha postulado, en función del patrón de queratinas que se encuentran en la columna paraqueratósica, que pueda tratarse de una formación ectópica y anómala de pelo¹.

Numerosos tratamientos han sido ensayados con resultados variables, incluyendo retinoides tópicos y orales, emolientes con ácido salicílico, urea, lactato amónico, propilenglicol y 5-fluoracilo⁵.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Guhl G, Goiriza R, Vargasa E, Fraga J, García-Dieza A, Fernández-Herrera J. Queratodermia espinosa palmar: a propósito de un caso. *Actas Dermosifiliogr.* 2005;96:392-4.
2. Rodríguez-Castellanos MA, Campos-Arceo JE, Zárate-Torres MG, Hernández-Torres M. Queratodermia espinulosa ortoqueratósica palmoplantar tipo IIa. *Dermatología Rev Mex.* 2011;55:381-4.
3. Ferrando Roca FJ, Mateu Puchades A. Lesiones queratósicas palmoplantares. *Piel.* 2004;19:215-6.
4. Grillo E, Pérez-García B, González-García C, Vano-Galván S, Jaén-Olasolo P. Spiky keratotic projections on the palms and fingers. *Dermatol Online J.* 2012;15:8.
5. Pérez-Pérez L, Peteiro C, Sánchez-Aguilar Toribio J. Hiperqueratosis filiforme paraqueratósica palmar sin malignidad subyacente. *Actas Dermosifiliogr.* 2007;98:420-4.

A. Hiraldo-Gamero^{a,*} y J. Gordillo Chaves^b

^a Servicio de Dermatología, Hospital de Mérida, Badajoz, España

^b Servicio de Anatomía Patológica, Hospital de Mérida, Badajoz, España

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: alihiraldo@hotmail.com, alhiga82@gmail.com (A. Hiraldo-Gamero).