

Acroqueratoderma siríngica acuagénica. Presentación de dos casos

Luis Conde-Salazar^a, Jorge Angulo^b, Elena González-Guerra^b,
Luis Requena^b, Isabel Casado^c y Roberto Blancas^a

^aServicio de Dermatología Laboral. Instituto de Salud Carlos III. Madrid. España.

^bServicio de Dermatología. Fundación Jiménez Díaz. Madrid. España.

^cServicio de Anatomía Patológica. Instituto de Salud Carlos III. Madrid. España.

Resumen.—La acroqueratoderma siríngica acuagénica es una queratoderma adquirida y transitoria que se exagera tras sumergir en agua las palmas y/o las plantas. Se manifiesta como pápulas y placas blanquecinas o amarillentas, translúcidas y aplanadas localizadas en las zonas de presión o traumatismo de palmas y/o plantas. La afectación suele ser bilateral. La histología es inespecífica, mostrando una ligera dilatación de la porción intraepidérmica del conducto excretor eccrino. El proceso tiende a la remisión espontánea. Presentamos el caso de 2 mujeres de 20 y 21 años que presentaban un cuadro de acroqueratoderma siríngica acuagénica de largo tiempo de evolución.

Palabras clave: queratoderma siríngica acuagénica, queratoderma.

AQUAGENIC SYRINGEAL ACROKERATODERMA. PRESENTATION OF TWO CASES

Abstract.—Aquagenic syringeal acrokeratoderma is an infrequently described acquired, transitory keratoderma that is exacerbated when the palms and/or soles are immersed in water. It manifests as whitish or yellowish flattened, translucent papules and plaques, located in areas of pressure or trauma on the palms and/or soles. Involvement is usually bilateral. The histologic features are non-specific, showing a slight dilation of the intraepidermal portion of the eccrine sweat duct. The process tends to remit spontaneously. We present the case of two women, aged 20 and 21.

Key words: aquagenic syringeal keratoderma, keratoderma.

INTRODUCCIÓN

En el año 1996 English y McCollough¹ describieron los primeros 2 casos de acroqueratoderma siríngica acuagénica en 2 hermanas de 20 y 18 años de edad, respectivamente, denominándola acroqueratoderma pápulo-translúcida reactiva transitoria. Este cuadro consiste en la aparición de pápulas blanquecinas translúcidas en palmas y plantas tras la inmersión de las mismas bajo el agua. Suele darse en mujeres jóvenes y tiende a la resolución o mejoría espontánea. Presentamos 2 casos de esta rara entidad que hemos tenido la oportunidad de ver recientemente en nuestra consulta.

PRESENTACIÓN DE LOS CASOS

Caso 1

Una mujer de 20 años, con antecedentes personales de alergia a gramíneas y rinoconjuntivitis alérgica, consultó por lesiones blanquecinas y asintomáticas en las palmas de ambas manos aparecidas 8 meses antes, tras haber estado en una piscina. Duraban escasos minutos y desaparecían espontáneamente. Las lesiones

Correspondencia:

Jorge Angulo, Servicio de Dermatología, Fundación Jiménez Díaz.
Avda. Reyes Católicos, 2. 28040 Madrid. España.
janguloss@hotmail.com

Recibido el 1 de junio de 2005.

Aceptado el 13 de marzo de 2006.

reaparecían de forma continua desde entonces, al entrar en contacto con agua fría o caliente. En la exploración física presentaba, en el centro de ambas palmas, una ligera hiperqueratosis. Tras sumergir las manos en agua durante 5 min mostró una coloración blanquecina de la piel, que adquirió un aspecto macerado de las palmas, junto a pápulas pequeñas de color blanco (figs. 1 y 2). Con la impresión clínica de acroqueratoderma siríngica acuagénica se le realizó biopsia de una de las lesiones, apreciándose discreta hiperqueratosis ortoqueratósica, acantosis difusa y una ligera dilatación del acrosiringio (fig. 3). En la dermis papilar se observaron discretos infiltrados linfocitarios de localización preferentemente perivascular.

Caso 2

Una mujer de 21 años, sin antecedentes personales de interés, consultó en nuestro servicio para valorar unas lesiones que aparecían en las palmas de las manos desde hacía 5 años tras sumergir las mismas en el agua. Las lesiones duraban escasos minutos y desaparecían espontáneamente. En la exploración física, con las manos secas no se observaba ninguna lesión en las palmas. Tras la introducción de las manos en agua tibia durante unos pocos segundos, se objetivó la aparición de pápulas blanquecinas de aspecto edematoso que confluían formando placas que llegaban a ocupar gran parte de la palma. Se realizó una biopsia de una de estas lesiones, cuyos hallazgos histopatológicos únicamente consistían en una ligera dilatación de los acrosiringios.

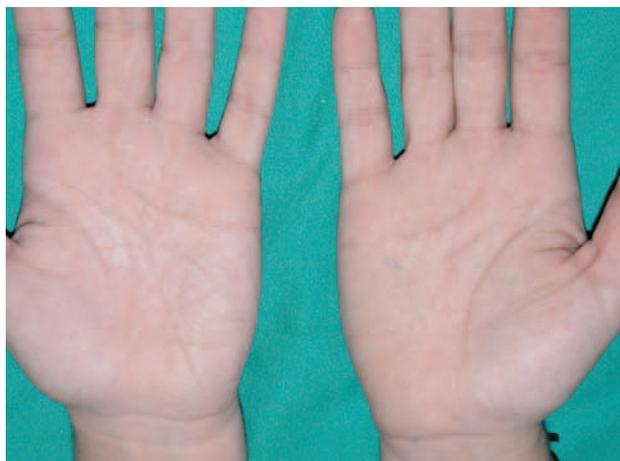


Fig. 1.—Aspecto de las palmas de la paciente 1 con lesiones papulosas blanquecinas confluentes tras la inmersión de las palmas en agua.



Fig. 2.—Detalle de las lesiones en la palma de la paciente 1.

En ambos casos se instauró tratamiento con clorhidrato de aluminio al 18 % en solución hidroalcohólica, produciéndose una mejoría del cuadro con 2-3 aplicaciones semanales.

DISCUSIÓN

La acroqueratodermia siríngica acuagénica se manifiesta como pápulas y placas blanquecinas o amarillentas, translúcidas y aplanadas, localizadas en las zonas de presión o traumatismo de palmas y/o plantas y en ocasiones en las caras laterales de los dedos de las manos. La afectación suele ser simétrica y bilateral, y es característica la ausencia de síntomas. La histología es inespecífica, observándose una ligera dilatación del acrosiringio^{1,3}. El origen es desconocido, aunque se ha especulado que la fricción y la sudoración podrían tener un papel etiopatogénico, así como un aumento en la capacidad de absorción de agua por par-

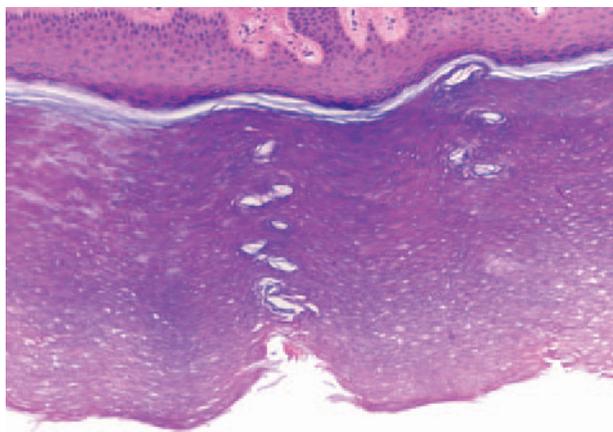


Fig. 3.—Imagen histológica donde se observan dos acrosiríngicos levemente dilatados. (Hematoxilina-eosina, x20.)

TABLA 1. HALLAZGOS CLÍNICOS-HISTOLÓGICOS FRECUENTES EN LA ACROQUERATODERMIA SIRÍNGICA ACUAGÉNICA

Aparición en la pubertad o en adultos jóvenes
Sexo femenino
Empeoramiento con el contacto con agua
Presencia de hiperqueratosis palmar
Pápulas blanquecinas con punta dilatada
Hallazgos histológicos: dilatación de la porción intraepidérmica del conducto ecrino
Asintomática, dolor o ardor

te de la capa córnea. La dilatación del conducto sudoríparo aparecería como un mecanismo compensatorio o reactivo. También se ha considerado la posibilidad de que se trate de una variante de queratodermia *punctata* familiar. Hasta el momento se han descrito 16 casos¹⁻¹².

Onwukwe et al⁷ describieron fenómenos de atopia tanto en el enfermo con acroqueratodermia siríngica acuagénica como en familiares de primer grado; sin embargo, en el resto de los casos descritos hasta ahora, no hemos encontrado esta relación. Se puede asociar o no a hiperhidrosis, afectar a manos y pies y tiende a aparecer en la adolescencia. También se ha publicado un caso de queratodermia acuagénica en un niño⁸. La evolución en la mayoría de los casos parece ser a la involución espontánea. Recientemente se ha publicado un caso de queratodermia acuagénica siríngica inducido por celecoxib, un inhibidor de la COX-2, que parece aumentar la retención de sodio y, por tanto, de agua, en los queratinocitos, provocando la citada clínica⁹. Los hallazgos clínicos e histológicos que con más frecuencia se encuentran en la acroqueratodermia acuagénica siríngica se detallan en la tabla 1.

Se ha observado mejoría de este cuadro con el tratamiento con cloruro de aluminio al 20 % en alcohol etílico (Dry Sol®) solución, aunque no se conoce el mecanismo de acción de este medicamento y no se puede descartar que la mejoría haya sido debida a involución espontánea de la enfermedad. La pauta de administración es similar a la utilizada en la hiperhidrosis, consistente en aplicaciones diarias durante 2 semanas, y luego dos veces por semana para evitar sequedad excesiva.

Declaración de conflicto de intereses

Declaramos no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. English JC, McCollough ML. Transient reactive papulo-traslucent acrokeratoderma. *J Am Acad Dermatol.* 1996; 34:686-7.
2. Yan AC, Aasi S, Alms WJ, et al. Aquagenic palmoplantar keratoderma. *J Am Acad Dermatol.* 2001;44:696-9.
3. MacCormack MA, Wiss K, Malhotra R. Aquagenic syringeal acrokeratoderma: Report of two teenage cases. *J Am Acad Dermatol.* 2001;45:124-6.
4. Lowes MA, Khaira GS, Holt D. Transient reactive papulo-traslucent acrokeratoderma associated with cystic fibrosis. *Australas J Dermatol.* 2000;41:172-4.
5. Itin PH, Lautenschlager S. Aquagenic syringeal acrokeratoderma (transient reactive papulotraslucent acrokeratoderma). *Dermatology.* 2002;204: 8-11.
6. Schmults C, Sidhu G, Urbanek RW. Aquagenic syringeal acrokeratoderma. *Dermatol Online J.* 2003;9:27.
7. Onwukwe MF, Mihm MC, Toda K. Hereditary papulo-traslucent acrokeratoderma. A new variant of familial punctate keratoderma. *Arch Dermatol.* 1973;108:108-10.
8. Neri I, Bianchi F, Patrizi A. Transient aquagenic palmar hyperwrinkling: the first instance reported in a young boy. *Pediatr Dermatol.* 2006;23:39-42.
9. Vildósola S, Ugalde A. Queratodermia acuagénica inducida por celecoxib. *Actas Dermosifiliogr.* 2005;96:537-9.
10. Pardo J, Sánchez-Motilla J, Latasa JM. Queratodermia acuagénica de características atípicas. *Actas Dermosifiliogr.* 2005;96:540-2.
11. Yalcin B, Artuz F, Toy GG, et al. Acquired aquagenic papulotraslucent acrokeratoderma. *JEADV.* 2005;19:654-6.
12. Betlloch I, Vergara G, Albares MP, et al. Aquagenic keratoderma. *JEADV.* 2003;17:306-7.