

Queratodermia acuagénica de características atípicas

José Pardo, José M. Sánchez-Motilla y José M. Latasa

Centro Clínico Latasa. Castellón de la Plana. España.

Resumen.—La queratodermia acuagénica es un proceso infrecuente caracterizado por la aparición de lesiones en las palmas de las manos pocos minutos después del contacto con el agua, y que desaparecen al poco tiempo de su secado. Los casos publicados corresponden a mujeres, fundamentalmente durante la adolescencia. Presentamos el caso de un varón con lesiones clínicamente superponibles a una queratodermia acuagénica pero con distribución en el dorso de ambas manos y en la cara anterior de muñeca. Estas características no se habían descrito hasta el momento en la literatura científica. Se revisan los casos previamente descritos y se establecen varios diagnósticos diferenciales, como las lesiones palmares inducidas por el rofecoxib o las que aparecen en la fibrosis quística.

Palabras clave: glándulas ecrinas, patología, agua, efectos adversos, queratodermia, palmoplantar.

ATYPICAL AQUAGENIC KERATODERMA

Abstract.—Aquagenic keratoderma is an infrequent condition characterized by the appearance of lesions on the palms of the hands a few minutes after contact with water; these lesions vanish a short time after they dry. Published cases were primarily in adolescent females. We present the case of a male patient with lesions that clinically corresponded to aquagenic keratoderma, except that they were distributed on the backs of both hands and on the anterior face of the wrist. These characteristics had not been described in the literature prior to this case. Previously described cases were reviewed and several differential diagnoses were established, such as rofecoxib-induced palmar lesions, or those appearing in cystic fibrosis.

Key words: eccrine glands, pathology, water, adverse effects, keratoderma, palmoplantar.

INTRODUCCIÓN

La queratodermia acuagénica es un proceso infrecuente caracterizado por la aparición de lesiones en las manos al poco tiempo de haberlas sumergido en agua. Afecta con mayor predilección a mujeres jóvenes, y la localización de las lesiones en los casos descritos es palmar. Presentamos un caso clínicamente compatible con una queratodermia acuagénica pero con distribución en el dorso de manos no descrita hasta el momento en la literatura científica.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 21 años de edad, sin antecedentes médicoquirúrgicos personales ni familiares de interés, que no tomaba ningún tipo de medicación y se encontraba con un muy buen estado general que le permitía incluso practicar atletismo de alto nivel, consultó por lesiones desde hacía 2 años en ambas manos, que le aparecían a los pocos minutos de ponerlas en contacto con el agua y que se le acentuaban en los meses de verano. Invitamos al paciente a sumergir las manos

en agua y, efectivamente, se pudo apreciar a los 2 min la aparición de lesiones en el dorso de las manos y de dedos sin afectación visible palmar (fig. 1). También estaban afectados los pliegues interdigitales, la zona anterior de la muñeca sin sobrepasar la zona palmar, y el borde cubital de ambas manos. De forma muy característica, las lesiones respetaban las articulaciones interfalángicas y metacarpofalángicas (fig. 2). Estas lesiones se caracterizaban por ser pequeñas pápulas blanquecinas de aspecto translúcido, confluentes, de 1-2 mm de diámetro, y centradas muchas de ellas por un *ostium* dilatado (fig. 3). El cuadro era completa-

Correspondencia:

José Pardo. Centro Clínico Latasa.
Madrid, s/n. 46014 Castellón de la Plana. España.
joparsan@hotmail.com

Recibido el 17 de mayo de 2005.

Aceptado el 25 de agosto de 2005.



Fig. 1.—Lesiones blanquecinas asintomáticas en el dorso de ambas manos tras entrar en contacto con agua.



Fig. 2.—Las lesiones respetaban de manera característica la zona de las articulaciones interfalángicas y metacarpofalángicas.



Fig. 3.—Zona del borde cubital donde se puede apreciar a mayor aumento múltiples pápulas translúcidas centradas por un *ostium* dilatado.

mente asintomático. El resto del tegumento se encontraba libre de lesiones, incluyendo la planta o el dorso de los pies. No había anomalías en otras estructuras ectodérmicas, como el pelo o las uñas. A los pocos minutos las lesiones desaparecieron completamente de manera espontánea.

El cuadro era perfectamente reproducible independientemente de la temperatura del agua. El paciente comentaba que a veces la sudoración de las manos cuando realizaba ejercicio físico, si era profusa, podía provocar las lesiones. Asimismo, afirmaba no haber consumido ningún tipo de fármacos, aunque fuera de forma ocasional. Se le sugirió la realización de una biopsia pero el paciente la rechazó. Tras la aplicación de toallitas de cloruro de aluminio hexahidratado durante varios meses y de una crema barrera con silicona el paciente refirió una mejoría ostensible.

COMENTARIO

A pesar de los pocos pacientes descritos en la literatura científica, el caso presentado ha recibido varios nombres desde la primera descripción en 1996: acroqueratodermia pápulo-translúcida reactiva transitoria^{1,2}, acroqueratodermia acuagénica siríngica³⁻⁵ y, finalmente queratodermia acuagénica^{6,8}. En los 12 casos descritos los pacientes son mujeres, con edad comprendida entre los 9 y los 33 años. El cuadro clínico es similar y consiste con la aparición de múltiples pápulas confluentes de aspecto translúcido en las palmas de las manos tras pocos minutos de entrar en contacto con el agua y que desaparecen a los pocos minutos de secarse. Durante el proceso, la palma puede adquirir un aspecto edematoso. En las pápulas más grandes se puede apreciar con facilidad una depresión puntiforme central correspondiente a la salida del acrosiringio. Las lesiones pueden ser asinto-

máticas, pero a veces causan prurito, sensación de escozor o dolor moderado. Puede haber hiperhidrosis palmar, pero no es un hallazgo constante. Se ha descrito la afectación plantar^{6,8} y familiar¹. En varios pacientes el cuadro desapareció o mejoró ostensiblemente de forma espontánea.

En las biopsias practicadas se ha descrito una dilatación del acrosiringio y del *ostium* ecrico y una hiperqueratosis ortoqueratósica. Para algunos autores estos hallazgos sustentan la teoría etiopatogénica de que la alteración del conducto ecrico, junto con un aumento de la fricción y de la sudoración de las palmas, serían las causantes del cuadro. Sin embargo, para Betloch et al⁷ los hallazgos encontrados en el conducto ecrico no difieren de la piel palmar normal, y sugieren como causa una modificación estructural de la capa córnea en situaciones de humedad. Probablemente durante la adolescencia existirían cambios fisiológicos que alterarían de forma transitoria la estructura y función de distintos elementos constitutivos de la capa córnea⁷. Respecto al tratamiento, éste no siempre es satisfactorio. Los mejores resultados parecen encontrarse en la asociación de cremas barrera con cloruro de aluminio⁶. En nuestro paciente esta combinación produjo un claro beneficio al poco tiempo.

Los cambios cutáneos que se pueden observar en la fibrosis quística son similares a la queratodermia acuagénica^{2,9}. La toma de rofecoxib, un inhibidor de la COX-2, puede producir un edema de la palma y una exageración de los surcos^{10,11}. En ambos casos el sustrato fisiopatológico es el mismo: el aumento de la retención de sodio en los queratinocitos epidérmicos. En nuestro paciente no había antecedentes de toma de inhibidores de la COX-2 ni semiología alguna de fibrosis quística. Otros diagnósticos diferenciales incluyen diversas acroqueratodermias marginales¹², como la acroqueratoelastoidosis, la hiperqueratosis focal acral o la acroqueratodermia pápulo-translúcida he-

reditaria. En este grupo de entidades no se establece relación con el agua y las lesiones tienen un carácter permanente, además de localizarse fundamentalmente en el borde de transición de la piel dorsal con la palmar.

Respecto al tratamiento, la mayor parte de los casos publicados recibieron tratamiento con cloruro de aluminio tópico como en nuestro paciente, con distinto éxito. Recientemente se ha publicado un caso de mejoría tras la inyección de toxina botulínica⁸.

BIBLIOGRAFÍA

1. English JC 3rd, McCollough ML. Transient reactive papulotranslucent acrokeratoderma. *J Am Acad Dermatol*. 1996;34:686-7.
2. Lowes MA, Khaira GS, Holt D. Transient reactive papulotranslucent acrokeratoderma associated with cystic fibrosis. *Australas J Dermatol*. 2000;41:172-4.
3. MacCormack MA, Wiss K, Malhotra R. Aquagenic syringeal acrokeratoderma: report of two cases. *J Am Acad Dermatol*. 2001;45:124-6.
4. Itin PH, Lautenschlager S. Aquagenic syringeal acrokeratoderma (transient reactive papulotranslucent acrokeratoderma). *Dermatology*. 2002;204:8-11.
5. Schmults C, Sidhu G, Urbanek RW. Aquagenic syringeal acrokeratoderma. *Dermatol Online J*. 2003;9:27.
6. Yan AC, Aasi SZ, Alms WJ, et al. Aquagenic palmoplantar keratoderma. *J Am Acad Dermatol*. 2001;44:696-9.
7. Betloch I, Vergara G, Albares MP, Pascual JC, Silvestre JF, Botella R. Aquagenic keratoderma. *J EADV*. 2003;17:306-7.
8. Diba VC, Cormack GC, Burrows NP. Botulinum toxin is helpful in aquagenic palmoplantar keratoderma. *Br J Dermatol*. 2005;152:394-5.
9. Johns MK. Skin wrinkling in cystic fibrosis. *Med Biol Illustr*. 1975;25:205-10.
10. Schmutz JL, Barbaud A, Trechot P. Oedème aquagénique avec peau fripée de la paume des mains et rofecoxib: premier cas. *Ann Dermatol Venereol*. 2003;130(8-9 Pt 1): 813.
11. Carder KR, Weston WL. Rofecoxib-induced instant aquagenic wrinkling of the palms. *Pediatr Dermatol*. 2002;19: 353-5.
12. De la Torre C. Acroqueratodermias marginales. *Piel*. 2004; 19:294-302.