

## CASOS PARA EL DIAGNÓSTICO

# Eritema numular deprimido asintomático en la palma

A. Martorell, O. Sanmartín y L. Hueso

Servicio de Dermatología. Instituto Valenciano de Oncología. Valencia. España.

### Historia clínica

Una mujer zurda de 47 años de edad, sin antecedentes personales ni familiares de interés, presenta una lesión en la mano izquierda de 3 años de evolución.

### Exploración física

En la exploración presenta un eritema numular deprimido de 13 x 12 mm, bien delimitado por un borde engrosado, de crecimiento lento, localizado en la eminencia tenar de la mano izquierda (fig. 1). La lesión es asintomática salvo en situaciones como el contacto con detergentes.

La exploración neurológica motora y sensorial de la mano es normal y en la valoración general de la paciente no se palpan adenopatías locorreregionales ni se detectan otras lesiones asociadas.

### Histopatología

Mediante tinción de hematoxilina-eosina se observa una epidermis palmar hiperqueratósica que súbitamente sufre una transición hacia una zona hipoqueratósica (fig. 2). Esta zona está formada por una capa de corneocitos superficial basófila y vacuolada, y una porción inferior de corneocitos eosinófila, y descansa sobre una hipergranulosis en ausencia de coilocitosis y de engrosamiento de los estratos espinoso y basal. En la dermis superficial aparecen capilares dilatados y un infiltrado inflamatorio linfocítico.

El estudio inmunohistoquímico muestra positividad para Ki67, CK16, AE1 y AE3.

### ¿Cuál es su diagnóstico?



Figura 1.

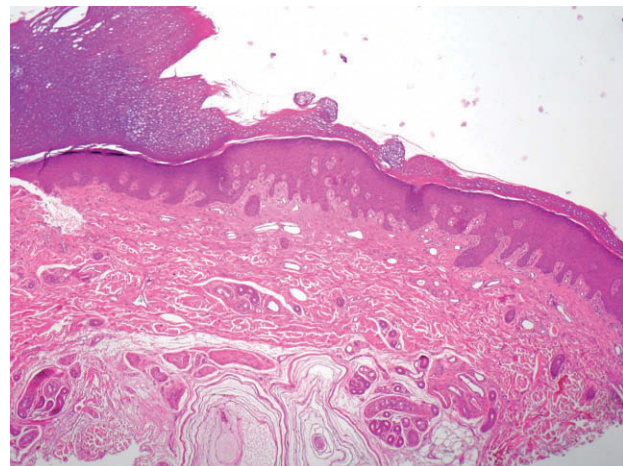


Figura 2. Hematoxilina-eosina, 10.

Correspondencia:  
Antonio Martorell Calatayud.  
C/ Profesor Beltrán Báguena, 8.  
46009 Valencia. España.  
antmarto@hotmail.com

Aceptado el 24 de julio de 2008.

## Diagnóstico

Hipoqueratosis palmar.

## Comentario

La hipoqueratosis palmoplantar se trata de un cuadro clínico muy poco frecuente descrito por primera vez por Pérez et al<sup>1</sup> en 2002, habiéndose publicado posteriormente un total de 34 casos<sup>2-6</sup>.

Su etiología es desconocida, aunque existen varias hipótesis al respecto: Pérez<sup>1</sup> afirmó que se trataba de una malformación epidérmica benigna de carácter idiopático. Resnik y Di Leonardo<sup>3</sup> sugirieron un traumatismo de repetición como agente causal. Finalmente Böer y Falk<sup>4</sup> lo relacionaron con la infección por el papilomavirus tipo 4.

La hipoqueratosis palmoplantar aparece principalmente en mujeres de edad avanzada en la eminencia tenar de la mano. No existe predilección por la mano derecha o izquierda y en la mayoría de los casos se manifiesta como lesión única. Se caracteriza por un eritema deprimido de milímetros de diámetro, bien delimitado por un rodete hiperqueratósico periférico en el contexto de una piel perilesional normal. Presenta un crecimiento muy lento progresivo y habitualmente es asintomática, aunque se han descrito casos en los que se asocia prurito o escozor. Esto ocurre cuando el área lesional entra en contacto con estímulos externos tales como cambios de temperatura o productos químicos irritantes.

El estudio histopatológico resulta imprescindible para confirmar el diagnóstico. Sin embargo, la dermatoscopia puede ser de ayuda en la aproximación diagnóstica inicial. La imagen dermatoscópica sin la aplicación de aceite de inmersión muestra una descamación «en escalera» en el borde perilesional. Con aceite de inmersión se observa un eritema homogéneo con máculas blancas diminutas, distribuidas regularmente en su espesor que se corresponden con los acrosiríngios<sup>5</sup>.

El diagnóstico diferencial<sup>6</sup> de la hipoqueratosis palmar incluye la poroqueratosis palmar y plantar diseminada, la enfermedad de Bowen y una ampolla erosionada. La poroqueratosis palmoplantar es una variante rara de predomi-

nio en la infancia que se caracteriza por placas hiperqueratósicas anulares de crecimiento centrífugo, de inicio en palmas y plantas, y que histológicamente muestra la presencia de la laminilla corneida. La enfermedad de Bowen se manifiesta clínicamente como una mácula bien delimitada, descamativa, de lento crecimiento e histológicamente se caracteriza por la presencia de células atípicas que afectan a todo el espesor de la epidermis. La ampolla erosionada es una lesión autolimitada en el tiempo que presenta un patrón histológico inespecífico.

A pesar de que existen algunos casos descritos de hipoqueratosis palmoplantar con resolución espontánea, la persistencia clínica es la norma, sin haberse descrito degeneración maligna a largo plazo.

Se han utilizado diversas modalidades terapéuticas en el tratamiento de este cuadro que incluyen preparados tópicos de retinoides, calcipotriol y corticoides de alta potencia. La falta de eficacia de estos tratamientos a largo plazo, junto con el carácter benigno del cuadro, hace que la abstención terapéutica sea una opción a considerar en estos pacientes.

### Conflicto de intereses

Declaramos no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Pérez A, Rutten A, Gold R, Urbina F, Misad C, Izquierdo MJ, et al. Circumscribed palmar or plantar hypokeratosis: a distinctive epidermal malformation of the palms and soles. *J Am Acad Dermatol.* 2002;47:21-7.
2. Vives R, Valcayo A, Hernández R, Larrinaga B. Hipoqueratosis palmar circunscrita. *Actas Dermosifiliogr.* 2003;94:491-2.
3. Resnik KS, Di Leonardo M. Circumscribed palmar hypokeratosis: new observations. *Am J Dermatopathol.* 2006;28:112-6.
4. Böer A, Falk TM. Circumscribed palmar hypokeratosis induced by papilloma virus type 4. *J Am Acad Dermatol.* 2006; 54:908-9.
5. Berk D, Böer A, Baschard F, Hurt M, Santa-Cruz D, Eisen A. Circumscribed acral hypokeratosis. *J Am Acad Dermatol.* 2007;57:292-6.
6. Burnett JW, Harvey VM. Circumscribed palmar or plantar hypokeratosis: report of two additional cases. *J Am Acad Dermatol.* 2004;51:843.