

4. Noh TW, Park SH, Kang YS, Lee UH, Park HS, Jang SJ. Morphea developing at the site of healed herpes zoster. *Ann Dermatol*. 2011;23:242–5.
5. Forschner A, Metzler G, Rassner G, Fierlbeck G. Morphea with features of lichen sclerosus et atrophicus at the site of a herpes zoster scar: Another case of an isotopic response. *Int J Dermatol*. 2005;44:524–5.
6. Lopez N, Alcaraz I, Cid-Mañás J, Camacho E, Herrera-Acosta E, Matilla A, et al. Wolf's isotopic response: Zosteriform morphea appearing at the site of healed herpes zoster in a HIV patient. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2009;23:90–1.
7. Ruiz Villaverde R, Sánchez-Cano D, Galán-Gutiérrez M. Zosteriform morphea: Wolf's isotopic response in an immunocompetent patient. *Dermatol Rep*. 2011;3:37.
8. Grabell D, Hsieh C, Andrew R, Martires K, Kim A, Vasquez R, et al. The role of skin trauma in the distribution of morphea lesions: A cross-sectional survey of the Morphea in Adults and Children cohort IV. *J Am Acad Dermatol*. 2014;71:493–8.
9. Ruocco V, Ruocco E, Ghersetich I, Bianchi B, Lotti T. Isotopic response after herpesvirus infection: An update. *J Am Acad Dermatol*. 2002;46:90–4.
10. Serfling U, Penneys NS, Zhu WY, Sisto M, Leonardi C. Varicella-zoster virus DNA in granulomatous skin lesions following herpes

zoster. A study by the polymerase chain reaction. *J Cutan Patol*. 1993;20:28–33.

T. Arif^{a,*}, M. Adil^b, S. Suhail Amin^b y M. Alam^c

^a *Departamento de Dermatología, ETS y Lepra, Ellahi Medicare, Kashmir, India*

^b *Departamento de Dermatología, ETS y Lepra, Facultad de Medicina Jawaharlal Nehru (JNMC), Universidad Aligarh Muslim (AMU), Aligarh, India*

^c *Departamento of Dermatología, Facultad de Medicina Jawaharlal Nehru (JNMC), Universidad Aligarh Muslim (AMU), Aligarh, India*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: dr_tasleem.arif@yahoo.com (T. Arif).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2018.03.022>

0001-7310/

© 2018 AEDV.

Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Hipoqueratosis plantar circunscrita



Circumscribed Plantar Hypokeratosis

Sr. Director:

La hipoqueratosis palmar y plantar circunscrita (HPC) es una entidad infrecuente caracterizada por un adelgazamiento focal del estrato córneo. Se manifiesta como una lesión redondeada, bien definida, deprimida, eritematosa, con borde descamativo, localizada generalmente en las palmas. Suele ser asintomática y afecta predominantemente a mujeres de mediana o avanzada edad. Presentamos tres casos de HPC plantar, una localización poco habitual de esta patología.

Caso 1. Varón de 74 años, diabético, que consultó por presentar en la planta de pie izquierdo una lesión eritematosa de bordes bien delimitados, asintomática, de lento crecimiento, desde hacía 7 años (fig. 1a). La dermatoscopia mostró un borde descamativo en escalera, un fondo eritematoso con vasos puntiformes, un punteado blanco de distribución regular ocasionalmente rodeado por dichos vasos, así como líneas blanquecinas delgadas (fig. 1b). Los datos clínicos y dermatoscópicos fueron compatibles con HPC. El paciente rechazó la práctica de una biopsia y no deseó realizar tratamiento.

Caso 2. Mujer de 82 años, sin antecedentes de interés, que consultó por presentar desde hacía 4 años una lesión levemente pruriginosa en la cara lateral interna del pie derecho, de lento crecimiento. En la exploración física se objetivó una lesión de 12 × 10 mm con bordes netos y centro eritematoso y deprimido. La dermatoscopia reveló hallazgos similares al caso anterior. La biopsia mostró una disminución brusca del grosor de la capa córnea con hipogranulosis,

así como zonas difusas de paraqueratosis sin evidencia de columna paraqueratósica. Con el diagnóstico de HPC, se pautó pomada de dipropionato de betametasona y calcipotriol, con discreta respuesta, suspendiéndose a las pocas

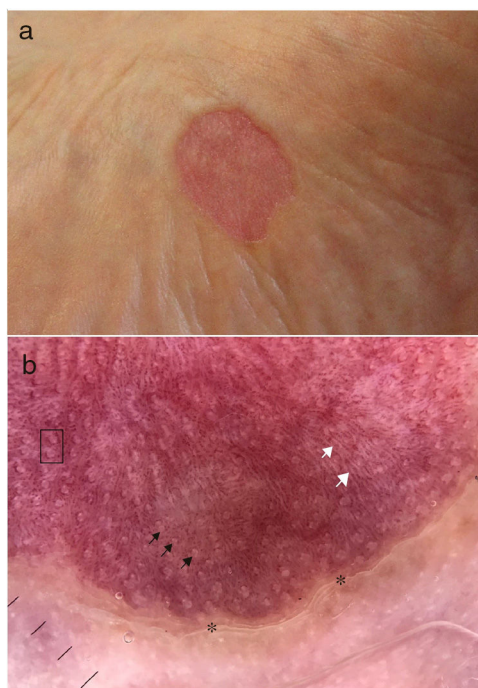


Figura 1 Caso 1. a) Imagen clínica. b) Imagen dermatoscópica: se observa el borde descamativo en escalera (asterisco), un punteado blanco regular (flechas negras), líneas blanquecinas (flechas blancas) sobre un fondo eritematoso con vasos puntiformes, algunos de los cuales se distribuyen alrededor de los puntos blancos (recuadro negro).

Tabla 1 Revisión de los casos de HPC plantar publicados hasta la fecha, con características clínicas, tratamientos utilizados y respuesta a ellos

| N.º | Autores y fecha | Edad | Sexo | Planta | Tratamientos | Evolución |
|-----|---|------|--------|-----------|--|---------------------|
| 1 | Pérez et al. ¹ , 2002 | 68 | Mujer | Izquierda | Varios | Sin cambios |
| 2 | Rütten et al. ³ , 2004 | 64 | Mujer | Izquierda | Ninguno | NF |
| 3 | Berk et al. ³ , 2007 | 75 | Mujer | Izquierda | 5-fluorouracilo tópico | Sin cambios |
| | | | | | Calcipotriol pomada | Sin cambios |
| | | | | | Clobetasol pomada | Sin cambios |
| 4 | Berk et al. ³ , 2007 | 49 | Mujer | Izquierda | Fluocinolona crema | Sin cambios |
| | | | | | Escisión | Resolución completa |
| 5 | Barry et al. ³ , 2008 | 59 | Hombre | Derecha | NF | NF |
| 6 | Tanioka et al. ³ , 2009 | 62 | Hombre | Derecha | Corticoides tópicos | Sin cambios |
| | | | | | Antibióticos | Sin cambios |
| 7 | Cribier et al. ³ , 2009 | 65 | Hombre | Izquierda | Ninguno | Sin cambios |
| 8 | Kanitakis et al. ³ , 2011 | 56 | Mujer | Derecha | NF | NF |
| 9 | Arbesman et al. ³ , 2012 | 10 | Hombre | Izquierda | NF | NF |
| 10 | Santamarina-Albertos et al. ³ , 2013 | 2 | Hombre | Derecha | Calcipotriol tópico | Sin cambios |
| 11 | Batalla et al. ³ , 2013 | 17 | Hombre | Derecha | Calcipotriol tópico | Resolución completa |
| 12 | Mitkov et al. ³ , 2014 | 73 | Hombre | Derecha | Mometasona tópica | Sin cambios |
| | | | | | Tacrolimus tópico | Sin cambios |
| | | | | | Pimecrolimus tópico | Sin cambios |
| | | | | | 5-fluorouracilo tópico | Sin cambios |
| | | | | | Crioterapia | Sin cambios |
| 13 | Pinos-León et al. ³ , 2014 | 55 | Mujer | Izquierda | Corticoides tópicos | Sin cambios |
| | | | | | Antimicóticos tópicos | Sin cambios |
| 14 | Ramos-Garibay et al. ³ , 2016 | 69 | Mujer | Izquierda | Calcipotriol tópico | Sin cambios |
| 15 | Ramos-Garibay et al. ³ , 2016 | 71 | Mujer | Izquierda | Ninguno | Sin cambios |
| 16 | Nazzaro et al. ⁴ , 2016 | 80 | Hombre | Izquierda | NF | NF |
| 17 | Aranguren-López et al., 2018 | 74 | Varón | Izquierda | Ninguno | NF |
| 18 | Aranguren-López et al., 2018 | 82 | Mujer | Derecha | Betametasona dipropionato y calcipotriol tópicos | Mejoría leve |
| 19 | Aranguren-López et al., 2018 | 69 | Mujer | Izquierda | Crioterapia | Resolución completa |

NF: no figura.

semanas por causarle irritación. La paciente declinó otros tratamientos.

Caso 3. Mujer de 69 años, sin antecedentes de interés, que consultó por presentar en el arco plantar izquierdo una lesión eritematosa, deprimida, con bordes ligeramente descamativos, asintomática, de 10 años de evolución (fig. 2a). Los hallazgos dermatoscópicos e histopatológicos fueron similares a los casos anteriores, confirmándose el diagnóstico de HPC. Se pautó tacrolimus pomada al 0,1% durante 4 meses, con escasa mejoría. Posteriormente se aplicó crioterapia con nitrógeno líquido, con resolución completa de la lesión (fig. 2b).

La HPC, descrita por primera vez en 2002 por Pérez et al.¹, es una entidad benigna cuya etiología es incierta. Se postula que se debe a un clon anormal de queratinocitos, los cuales no se diferencian hacia una epidermis de tipo

palmoplantar, produciendo un marcado adelgazamiento del estrato córneo respecto a la piel normal circundante². En la mayoría de los casos descritos no existe un antecedente traumático previo.

Es una patología infrecuente, con alrededor de 100 casos descritos en la literatura³. Más del 60% de los mismos se localizan en la eminencia tenar³, siendo menos frecuentes en la eminencia hipotenar, en la cara palmar o dorsal de los dedos de la mano, en la planta y en la cara medial del pie. Estas dos últimas localizaciones son raras y constituyen menos del 15% de HPC descritas^{3,4}. En la literatura revisada existen 16 casos publicados de HPC en plantas^{1,3,4} (tabla 1).

La histopatología de la HPC es característica y permite confirmar el diagnóstico². Se observa una interrupción brusca entre la epidermis normal y la lesional, la cual

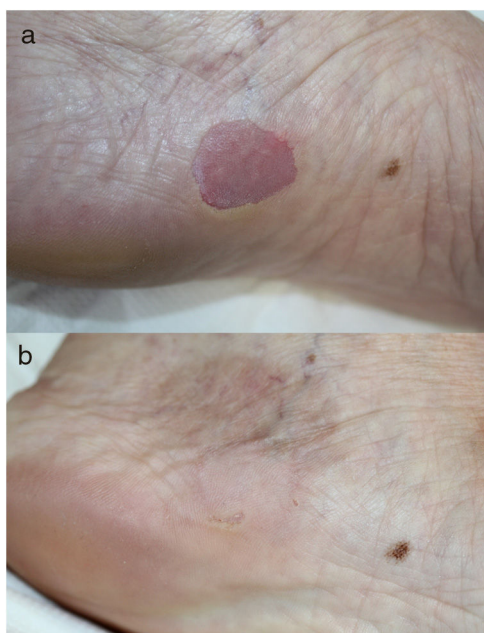


Figura 2 Caso 3. a) Lesión antes de realizar crioterapia. b) La misma lesión 6 meses después de realizar crioterapia.

muestra una marcada hipoqueratosis, junto a una leve hipo-granulosis. No se observa ninguna columna paraqueratósica en la periferia de la lesión. Esto la diferencia de la poroqueratosis de Mibelli, la entidad más semejante clínicamente y con la que es preciso realizar un diagnóstico diferencial^{2,5}.

La dermatoscopia es de gran utilidad en el diagnóstico de esta dermatosis. Los hallazgos típicos son: descamación «en escalera» periférica (que se corresponde con el límite brusco entre la epidermis normal y la hipoqueratósica), fondo eritematoso homogéneo con pequeños vasos puntiformes (reflejo de los capilares congestivos de la dermis subyacente, que se hacen más visibles por el adelgazamiento epidérmico) y un punteado blanco de distribución regular (correspondiente a las salidas de los acrosiringios)⁵. Recientemente se han descrito unas líneas blanquecinas sobre el fondo eritematoso⁵ que se corresponden con los surcos epidérmicos. En la única dermatoscopia de HPC plantar publicada hasta la fecha⁴ se describe por primera vez una distribución de los vasos puntiformes alrededor de los acrosiringios. Estos hallazgos recientes también se han observado en nuestros casos.

No existe un tratamiento eficaz para la HPC. En algunos casos descritos⁶, así como en uno de nuestros pacientes, la crioterapia ha conseguido la resolución completa de las lesiones. El calcipotriol y el 5-fluorouracilo tópicos también han resultado útiles en algunas ocasiones².

Como conclusión, presentamos tres casos de HPC en plantas, una localización rara de esta patología infrecuente,

probablemente infradiagnosticada dado su carácter asintomático. Describimos sus características dermatoscópicas, muy útiles para el diagnóstico, destacando las líneas blanquecinas encontradas en uno de nuestros pacientes, de reciente descripción. También queremos subrayar la utilidad de la crioterapia, con la cual obtuvimos una resolución completa de la lesión en un caso.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Pérez A, Rütten A, Gold R, Urbina F, Misad C, Izquierdo MJ, et al. Circumscribed palmar or plantar hypokeratosis: A distinctive epidermal malformation of the palms and sole. *J Am Acad Dermatol*. 2002;47:21–7.
2. Urbina F, Pérez A, Requena L, Rütten A. Hipoqueratosis circunscrita palmar o plantar. Conocimientos y controversias tras 10 años de su descripción. *Actas Dermosifiliogr*. 2014;105:574–82.
3. Ramos-Garibay A, Navarrete-Franco G, Venadero-Albarrán F, Domínguez-Gómez A, Trejo-Acuña JR, Salazar-DelValle JJ, et al. Circumscribed hypokeratosis: Report on a series of 7 Mexican cases and review of the literature. *Am J Dermatopathol*. 2016;38:399–408.
4. Nazzaro G, Ponziani A, Brena M, Cavicchini S. Dermoscopy confirms diagnosis of circumscribed plantar hypokeratosis. *J Am Acad Dermatol*. 2017;76:S43–5.
5. Vilas Boas da Silva PT, Rodríguez-Lomba E, Avilés-Izquierdo JA, Ciudad-Blanco C, Suárez-Fernández R. Dermoscopic features of circumscribed palmar hypokeratosis. *JAMA Dermatol*. 2017;153:609–11.
6. Boffa MJ, Degaetano JS. Circumscribed palmar hypokeratosis: Successful treatment with cryotherapy. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2007;21:420–1.

I. Aranguren-López^{a,*}, S. Vildósola-Esturo^a,
I. Arias-Camisón^b y A. López-Pestaña^a

^a Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Donostia, San Sebastián, Guipúzcoa, España

^b Servicio de Anatomía Patológica, Clínica de la Asunción, Tolosa, Guipúzcoa, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico:

INIGO.ARANGURENLOPEZ@osakidetza.eus

(I. Aranguren-López).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2018.04.009>

0001-7310/

© 2019 AEDV.

Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.