

Hiperqueratosis palmo-plantar.

Frecuencia en el Hospital General de Ciudad Victoria, Tamps.

Palmoplantar hyperkeratosis. Frequency in Ciudad Victoria General Hospital, Mexico, Tamaulipas

JUAN JAVIER SADA TAMAYO,* MARIO ROMÁN GONZÁLEZ,**
RAYMUNDO HERMENEGILDO RAMOS***

*Departamento de Dermatología, **Departamento de Patología, ***Departamento de Geriatría

RESUMEN

Fecha de aceptación: enero de 2007

SE DETERMINÓ LA FRECUENCIA DE HIPERQUERATOSIS PALMO-PLANTAR EN EL HOSPITAL GENERAL DE CIUDAD VICTORIA, TAMAULIPAS, MÉXICO. SE REVISÓ A LOS PACIENTES QUE ASISTIERON A CONSULTA DE DERMATOLÓGIA DURANTE UN PERÍODO DE UN AÑO. SE OBSERVÓ UNA PREVALENCIA DE 1.5%; 91% ERAN MUJERES Y 9% HOMBRES; 91% ESTABAN ENTRE LA QUINTA Y SEXTA DÉCADAS DE LA VIDA. LA LOCALIZACIÓN PREDOMINANTE FUE LA REGIÓN PLANTAR. TODOS HABÍAN RECIBIDO TRATAMIENTO ANTIMICÓTICO PREVIO. SÓLO EN CINCO CASOS SE ENCONTRÓ ONICOMICOSIS. NINGUNO TENÍA ANTECEDENTES FAMILIARES DE HIPERQUERATOSIS NI HUBO ASOCIACIÓN A CUALQUIER OTRA AFECTACIÓN ORGÁNICA O ALGÚN SÍNDROME.

PALABRAS CLAVE: HIPERQUERATOSIS PALMO-PLANTAR, QUERATODERMIA PALMO-PLANTAR

ABSTRACT

A REVIEW ON PLAMOPLANTAR HYPERKERATOSIS DURING A YEAR PERIOD WAS UNDERTAKEN AT CIUDAD VICTORIA GENERAL HOSPITAL IN TAMAULIPAS, MEXICO. A TOTAL OF 1,189 FILES WERE STUDIED. TWENTY-TWO PATIENTS HAD EITHER PLANTAR OR PALMAR HYPERKERATOSIS, OR BOTH. TWENTY (91%) WERE FEMALES AND TWO (9%) MALES. MOST OF THEM WERE BETWEEN THE FIFTH AND SIXTH DECADES OF LIFE. SOLES WERE THE MOST FREQUENT AFFECTED AREA. ALL PATIENTS HAD BEEN TREATED PREVIOUSLY WITH ANTIMYCOATICS. ONLY FIVE OF THEM SHOWED ONYCHOMYCOSES. THERE WAS NO FAMILY HISTORY OF HYPERKERATOSIS, OR ANY OTHER ASSOCIATED DISEASES.

KEY WORDS: PALMO-PLANTAR HYPERKERATOSIS, PALMOPLANTAR KERATODERMIA

Introducción

La hiperqueratosis (queratodermia o queratoderma) se refiere al engrosamiento de la epidermis a expensas de la capa córnea.¹

En últimas fechas hemos visto en el servicio de dermatología del Hospital General de Ciudad Victoria, Tamaulipas, un mayor número de pacientes que acuden por referir engrosamiento, sequedad, fisuras y dolor en las plantas de los pies.

Hay pocos datos epidemiológicos de esta dermatosis, por lo que nos pareció importante determinar su frecuencia, ya que la mayoría de los informes en la literatura médica se refieren a casos aislados y la relacionan como un marcador

paraneoplásico,² consideran que forma parte de algunos síndromes, que se debe a un efecto colateral de medicamentos, o lo confunden con otras dermatosis o marcadores de trastornos sistémicos, como hipertensión arterial, obesidad y diabetes mellitus tipo II.³

La incidencia de esta dermatosis en un estudio suizo realizado en personas de la tercera edad fue de 12.58%.⁴ Otro estudio refiere la hiperqueratosis en plantas en adolescentes en 3.5% asociada frecuentemente con dolor de pies.⁵ Se considera como factor de riesgo de accidentes en personas ancianas.

Los podiatras la consideran un problema bastante frecuente en su práctica diaria y requiere tratamiento inmediato para que la persona desarrolle normalmente sus actividades.⁶ Forma parte de los signos de malnutrición severa y trastornos hormonales en las mujeres por deprivación hormonal.⁷

Correspondencia:

Dr Juan Javier Sada Tamayo
sadatamayo@hotmail.com

Material y métodos

Es un estudio abierto, observacional, retrospectivo, transversal y descriptivo realizado en el Hospital General de Ciudad Victoria, Tamaulipas, durante el periodo comprendido del 1 de enero al 31 de diciembre del 2005.

Este hospital es de segundo nivel de atención médica. El área de cobertura es el centro del estado de Tamaulipas, y los pacientes acuden en forma abierta o son referidos por centros de atención médica de primer nivel.

Los datos fueron obtenidos a partir de la información contenida en los expedientes clínicos.

Se incluyeron los casos de todos los pacientes con diagnóstico de queratodermia plantar y/o palmar con base en los datos clínicos y/o histopatológicos.

Se estudiaron las siguientes variables: sexo, antecedentes familiares, evolución, localización, morfología (difusa, linear, punteada, numular), grado de severidad, edad, que se registró en menores de 1 año, de 1 a 9 años, de 10 a 19 años, de 20 a 29 años, de 30 a 39 años, de 40 a 49 años, de 50 a 59 años, de 60 a 69 años, de 70 a 79 años, de 80 a 89 años, mayores de 90 años. Asimismo, grosor de la epidermis en forma subjetiva y, si era posible, por medio de medición microscópica, presencia de proceso inflamatorio, concomitancia y existencia de lesiones fisuradas, enfermedad o signo asociado, paraneoplasia o marcador de alguna enfermedad sistémica, administración de algún medicamento, estudio directo micológico y tratamientos empleados.

Resultados

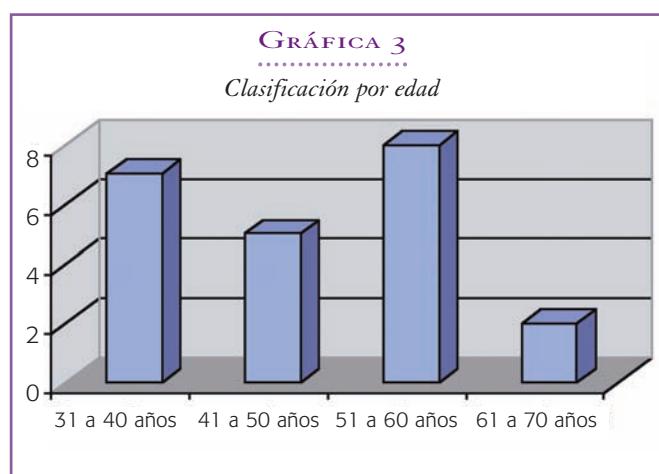
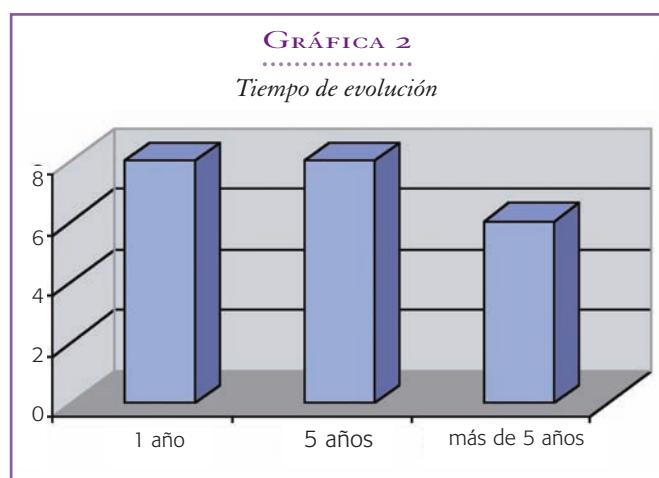
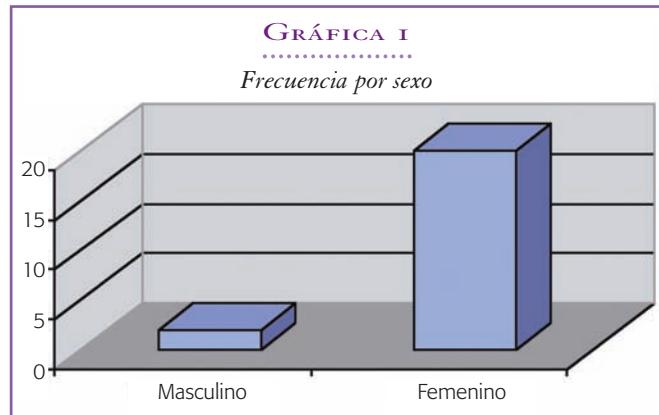
Se revisó un total de 1,189 pacientes en el servicio de Dermatología del Hospital General y en 22 de ellos se diagnosticó hiperqueratosis plantar y/o palmar, lo que nos dio una prevalencia de 1.5%. Observamos que 91% de los pacientes fue del sexo femenino y 9% masculino (Gráfica 1).

Prácticamente, una tercera parte de los pacientes tenía menos de un año de evolución y dos terceras partes, más de un año, incluso algunos más de 10 años de evolución (Gráfica 2).

El hospital atiende exclusivamente pacientes adultos mayores de 15 años (Gráfica 3).

Setenta y ocho por ciento de los pacientes era amas de casa dedicadas a labores domésticas y 22% empleados burocráticos, aparentemente sin antecedentes de dermatitis por contacto.

Sesenta y cuatro por ciento de las personas vivía en ambientes urbanos y sólo 36% residía en medios rurales, lo que podría influir, dependiendo del uso de calzado o no.



En todos los pacientes estaban afectadas las plantas de los pies y solamente en un paciente también las palmas. En 50% toda la planta de los pies presentaba lesiones y en el resto (50%), sólo los talones.



Foto 1. Hiperqueratosis leve.



Foto 2. Hiperqueratosis moderada.



Foto 3. Hiperqueratosis severa con presencia de fisuras.

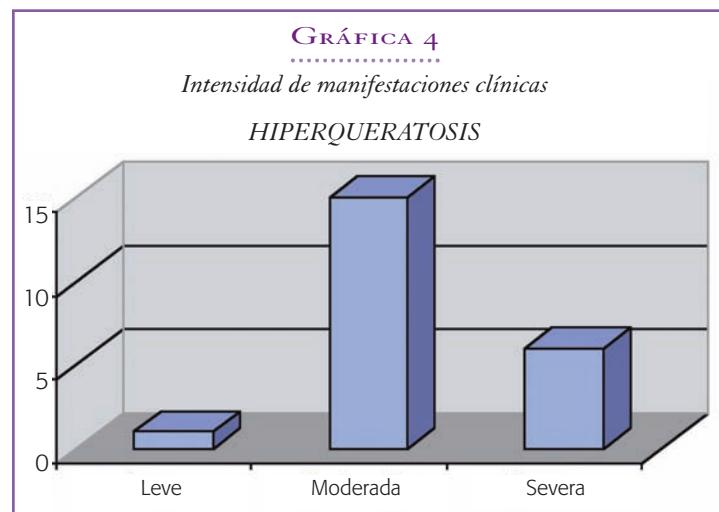
El grado de hiperqueratosis fue importante en 28% de los pacientes. Encontramos también la presencia de fisuras, y en tres de ellos, proceso inflamatorio agregado debido a piodermitis, la que cedió con antibióticos (Fotos 1, 2 y 3).

Las hiperqueratosis fueron clasificadas de acuerdo con el grado de afección subjetiva, basada fundamentalmente en la sintomatología y grado de afección:

Leve: sólo poca hiperqueratosis y descamación, con sequedad de la piel.

Moderada: mayor hiperqueratosis y descamación, con tendencia a formar placas, con aumento del grosor de las plantas.

Severa: hiperqueratosis intensa con presencia de fisuras profundas acompañadas de dolor importante e incapacidad funcional (Gráfica 4).



Encontramos en cinco pacientes la presencia de tiña de pies y onicomicosis. El examen directo micológico fue positivo en todos. Al desaparecer la micosis, persistió la hiperqueratosis plantar que era independiente de la infección micótica. Otras enfermedades asociadas se muestran en la Gráfica 5.

Tratamientos previos: no se encontraron antecedentes de administración de medicamentos en los 22 pacientes ni familiares afectados. Cuatro de las pacientes habían cursado colesistectomía por litiasis.

Hallazgos histológicos: engrosamiento del estrato córneo y acentuación del estrato granuloso. En dermis superficial se detectó inflamación crónica leve (Foto 4).

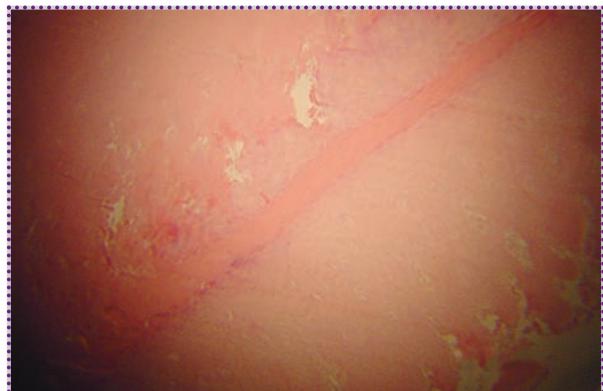
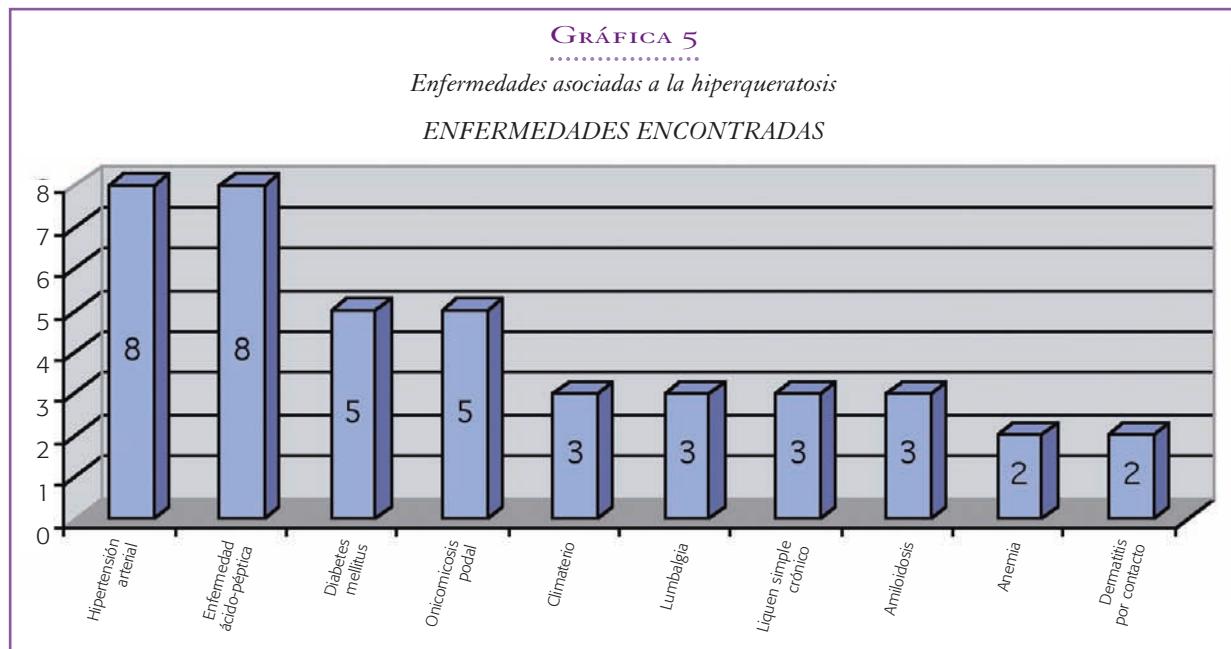


Foto 4. Hiperqueratosis importante con granulosidad.

Discusión

Las queratodermias palmo-plantares se pueden clasificar según varios criterios:

1. Modo de herencia: Autosómica dominante o autosómica rescesiva.
2. Forma de afección: difusa, punctata (punteada) o lineal.
3. Edad de inicio: desde el nacimiento, infancia, adultez.
4. Características de las lesiones: transgriedens o progre-diens.
5. Asociadas a otras alteraciones epidérmicas: formando parte de algún síndrome.
6. Asociación a otras alteraciones sistémicas: hipertensión arterial, obesidad, trastornos tiroideos.

7. Asociada con neoplasias malignas: cáncer de esófago, linfoma, pulmón.

En algunos casos es problemático situarlas en un solo grupo, debido a que en ocasiones presentan características afines a varios de ellos y algunas veces no cubren todos los requisitos para pertenecer exclusivamente a uno.⁸

Hay numerosos artículos que describen los casos de pocos pacientes en los que la queratodermia palmo-plantar se asocia a otros signos, aunque puede ocurrir de manera fortuita.

Se ha relacionado con: sordera, acrocanosis, livedo *reticularis*, escleroatrofia, queratoquelia, dermatopatía pigmentaria *reticularis*, hipotricosis y leuconiquia, leucoencefalopatía hereditaria, espondilosis hiperostótica, dedos en palillo de tambor, hipomelanosis Ito, amiotrofia, paraplejía espástica hereditaria, mixedema, fibromatosis, glaucoma congénito, nudillos acolchonados, poliartritis reumatoide, enfermedad cardíaca congénita, queratoderma periorificial y displasia epitelial corneal, displasia dental, hipotricosis e hipohidrosis.⁹

La queratodermia palmo-plantar también puede presentarse formando parte del cuadro clínico de otras dermatosis, tales como: psoriasis, dermatitis por contacto crónica, liquen plano, sífilis terciaria, síndrome de Reiter, pitiriasis *rubra pilaris*, tiña de los pies variedad hiperqueratósica, nevo epidérmico lineal, callos o cuernos cutáneos, arsenicismo crónico.^{7,10-12}

Se han descrito casos de queratodermia palmo-plantar como consecuencia de la administración terapéutica de vitamina D₃ y de litio, o como una reacción adversa a medicamentos en pacientes con trasplante renal.¹³

La hiperqueratosis plantar se observa con más frecuencia en personas obesas.¹⁴

Otro aspecto importante de la queratodermia palmo-plantar es que se ha considerado como un marcador o síndrome paraneoplásico. Se ha descrito en cáncer bronquial, linfomas Hodgkin y no Hodgkin, de esófago, riñón, mama, páncreas, colon, rectosigmoides, vejiga, feocromocitoma y linfoma de células T no cutáneo.¹⁵⁻¹⁷

Actualmente, con las técnicas modernas de biología molecular, se han descrito alteraciones cromosómicas en diferentes *loci*, dependiendo del síndrome, pero se considera que el gen de la queratodermia palmo-plantar se encuentra en los cromosomas 12 y 17, y que ésta depende de mutaciones en las queratinas.^{17, 18}

Observamos un predominio del sexo femenino, lo que concuerda con la queratodermia *climactericum*, observada principalmente en mujeres que cursan postmenopausia.

La gran mayoría de los casos revisados presentó evolución larga, ya que es raro que el paciente acuda de inmediato. Por lo general, sólo busca atención médica cuando le provoca sintomatología de fisuras y dolor. Un alto porcentaje fue de mujeres dedicadas a las labores del hogar, por lo que la queratodermia palmo-plantar no estaba vinculada a ocupaciones que implicaran presión o fricción constante que justificara el desarrollo de hiperqueratosis.

En ocasiones se ha indicado que exponerse al ambiente predispone a xerosis e hiperqueratosis de las plantas, observada en personas que residen en zonas rurales y no emplean calzado o éste es inadecuado.

Todos los pacientes presentaron afección en las plantas de los pies, y solamente uno de ellos en las palmas de las manos, pero no exhibió ningún otro síntoma o signo asociado relevante para diagnosticar algún síndrome conocido.

La mayoría de los pacientes (dos terceras partes) usualmente son mujeres y acuden a consulta por referir sequedad de la piel, descamación que produce daño a sus calcetas, medias o sintomatología debida a fisuras o procesos infecciosos agregados.

A todos los pacientes se les realizó toma directa de las lesiones y fue positiva en cinco de ellos, tanto en la piel como en las uñas. Recibieron el tratamiento adecuado (itraconazol) y el problema de onicomicosis desapareció, sin embargo, persistió la hiperqueratosis, lo que indudable-

mente era independiente de la onicomicosis.

Todos los pacientes (22, 100%) recibieron tratamiento tópico en forma automedicada o prescrita por médicos generales o familiares, a los que habían consultado previamente, con antimicóticos por semanas o meses. Otros 18 pacientes (81%) habían recibido tratamiento sistémico con itraconazol y ketoconazol por más de cinco meses, incluso algunos por más de un año. Ninguno había recibido en forma crónica medicamentos asociados al desarrollo de hiperqueratosis ni tenía antecedentes familiares de queratodermias.

REFERENCIAS

1. Hierro Orozco S. *Glosario Dermatológico*. Wellcome, México 1995, 1^a ed. 1993, 138
2. Vignale RA, Espasandin JA, Bravo D. *Paraneoplasias cutáneas: estudio de 4622 pacientes con cáncer visceral*. Arch Argent Dermatol 1989; 39(5): 295-300
3. GarciaHidalgo, L.; OrozcoTopete, R.; Gonzalez Barranco J. *Dermatoses in 156 obese adults*. Obesity Research 1999; 7(3): 299-302
4. Gip L, Molin L. *Incidence of geriatric skin diseases*. Lakartidningen 1969; 29; 66(5): 461-465
5. Spahn G, Schiele R, Hell AK. *The prevalence of foot pain and foot deformities in adolescents*. Zeitschrift Fur Orthopadie und Ihre Grenzgebiete 2004; 142(4): 389-396
6. DeLauro TM. *Keratotic lesions of the foot*. Clin Podiatr Med Surg 1996; 13(1): 73-84
7. Gómez F, Ramos GR, Frenk S. *Mortalidad asociada a la malnutrición de segundo y tercer grado*. Boletín de la Organización Mundial de la Salud. Recopilación de artículos. 2001; 4: 124 128
8. Ratnavel RC; Griffiths WA. *The inherited palmoplantar keratodermas*. Br J Dermatol 1997; 137(4): 485-490
9. Patterson JB. "Palmar and Plantar Hyperkeratosis", en Demis DJ (editor), *Clinical Dermatology 1*. Philadelphia. Lippincott, 1994; 1(31): 1-20
10. Biagini RE, Salvador MA, Quiroga RS. *Hidroarsenismo crónico: comentario de casos diagnosticados en el periodo 1972-1993*. Arch Argent Dermatol 1995; 4(2): 47-52
11. García SJJ, Olivas MG, Hernández SMC. *Alteraciones electroneuromiográficas en pacientes con hidroarsenismo crónico regional endémico en la Comarca Lagunera*. Rev Mex Med Fis Rehab 2003; 15(3-4): 75-78
12. Pereiro M, Labandeira J, Toribio J. *Plantar hyperkeratosis due to Fusarium verticillioides in a patient with malignancy*. Clinical and Experimental Dermatology 1999; 24(3): 175-178
13. Formicone F, Fargnoli MC, Pisan F. *Cutaneous manifestations in Italian kidney transplant recipients*. Transplantation Proceedings 2005; 37(6): 2527-2528
14. Scheinfeld NS. *Obesity and dermatology*. Clin Dermatol 2004; 22(4): 303-309
15. Grundmann JU, Weisshaar E, Franke I. *Lung carcinoma with congenital plantar keratoderma as a variant of Clarke-Howell-Evans syndrome*. International J Dermatol 2003; 42(6): 461-463
16. Cakir M, Arici C, Tacoy S. *A case of Costello with parathyroid adenoma and hyperprolactinemia*. American Journal of Medical Genetics 2004; 124(2): 196-199
17. Christiano AM. *Frontiers in keratodermas: pushing the envelope*. Trends Genet 1997; 13(6): 227-233
18. Itin PH, Fistarol SK. *Palmoplantar keratodermas*. Clin Dermatol 2005; 23(1): 15-22