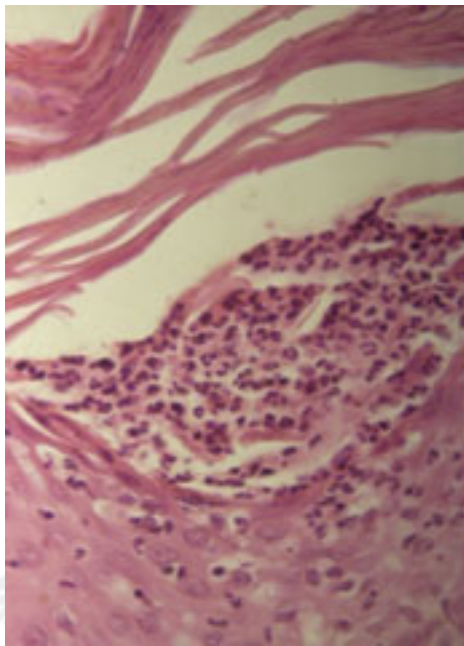
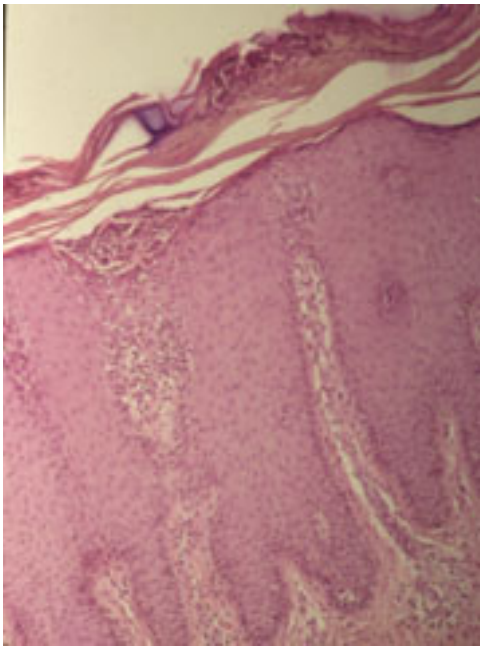


Caso para el diagnóstico: Dermatitis de manos

Dra. Lourdes Alonzo Romero P,* Dra. Brenda Bengoa Inzunza,** Dra. Gisela Navarrete Franco***



Figuras 1 y 2. Dermatitis localizada a manos constituida por placas eritematoescamosas.



Figuras 3 y 4. La biopsia de piel muestra una epidermis con hiperqueratosis paraqueratosis.

* Jefe del Servicio de Dermatitis Reaccionales Centro Dermatológico Pascua (CDP).

** Dermatóloga, CDP.

*** Dermatopatóloga, CDP.

Se trata de mujer de 24 años de edad, de ocupación secretaria, originaria y residente del Distrito Federal.

Presenta una dermatosis diseminada a los miembros superiores de los que afecta ambas manos en la cara palmar de los dedos índice, medio y anular, y la base de los mismos. Así como el dorso de las falanges proximales de la mano derecha y los espacios interdigitales de la izquierda. Es bilateral con tendencia a la simetría.

Constituida por dos placas eritematoescamosas bien delimitadas con numerosas pústulas en la superficie, unas aisladas y otras confluyen de forma lineal en el borde inferior de las mismas (*Figuras 1 y 2*).

Refiere una evolución de seis años, con periodos de remisión y exacerbación. Caracterizada por enrojeci-

miento y ardor de manos, en ocasiones presenta fisuras y eccema. Recibió múltiples tratamientos con emolientes, queratolíticos y esteroides tópicos.

La biopsia de piel muestra una epidermis con hiperqueratosis paraqueratósica focal y microabscesos de Munro, áreas de agranulosis y acantosis moderada regular a expensas de los procesos interpapilares. Presencia de pústulas espongiiformes de Kogoj (*Figuras 3 y 4*).

En la dermis superficial se observa un infiltrado linfocitario moderado que rodea vasos dilatados y congestionados.

¿QUÉ DIAGNÓSTICO PROPONE CON ESTOS DATOS?

DIAGNÓSTICO: PSORIASIS PALMAR

La psoriasis es una dermatosis común, pero frecuentemente no es diagnosticada como causa de dermatitis de las manos. Se caracteriza por discreto eccema en cara palmar, especialmente en estadio temprano. En ocasiones estos pacientes son diagnosticados por años como "dermatitis numular" o "dermatitis irritativa", hasta que finalmente aparece la típica morfología de la psoriasis.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

En estos casos se debe hacer el diagnóstico diferencial con:

Dermatitis por contacto irritativa

Se considera la forma más común de dermatitis de esta zona, en la que se deben incluir no sólo las sustancias irritantes como solventes, surfactantes, etc., sino también los efectos del aire frío, la baja humedad y la fricción. Generalmente es una dermatosis simétrica, que predomina en falanges distales y pliegues. Su evolución es crónica.¹

Dermatitis alérgica al níquel

La sensibilización a este alérgeno es muy frecuente. Habitualmente la dermatosis aparece en el sitio de contacto con el objeto que contiene el metal. En el curso de una alergia al níquel en manos, puede haber varias formas clínicas, la más frecuente se caracteriza por placas eritematosas constituidas por eccema, costras hemáticas y en ocasiones vesículas; otras manifestaciones pueden ser: la urticaria, la dishidrosis, la dermatitis numular y la pulpitis fisurada.

Los pacientes sensibles a este metal pueden experimentar una dermatitis persistente, aun cuando eviten el contacto con artículos que contengan níquel. En estos casos es benéfica una reducción en la ingesta de alimentos que contienen el níquel, (mariscos con concha, chocolate con leche, frijoles, lechuga, chícharos, espárragos, salvado, avena y piña) y evitar los utensilios de cocina que contienen este metal.²⁰

Dermatitis atópica

Se considera como el factor endógeno más importante responsable de la dermatitis de manos, en este caso se tiene el antecedente de manifestaciones de atopia desde la infancia. Clínicamente presenta eccema persistente y afecta sobre todo dorso de manos y particularmente de los dedos.³

Dermatitis hiperqueratósica de las palmas

Este desorden se caracteriza por placas hiperqueratósicas, bien delimitadas en palmas, con apariencia indistinguible de la psoriasis palmar, con un curso crónico.⁴

Dermatitis vesicular palmo-plantar

Es una dermatosis endógena de manos y pies, caracterizada por pequeñas y grandes vesículas, que predominan en las caras laterales de los dedos y sólo en caso de infección secundaria presenta pústulas. La forma crónica se caracteriza por hiperqueratosis en el centro de las palmas. En la histopatología se encuentran vesículas espongióticas.¹

Pustulosis palmar y plantar

Es una dermatosis pustular recurrente crónica, caracterizada por la aparición de pústulas de 2 a 4 mm que se rodean de un anillo eritematoso, y desaparecen en 8 a 10 días. Cuando la remisión inicia semeja el eccema, con eritema e hiperqueratosis. Generalmente es simétrica; y las manos y los pies se afectan por igual. Las mujeres presentan una mayor incidencia que los hombres con una relación 3:1. El comienzo de la enfermedad se presenta entre los 20 a los 60 años de edad. Los pacientes tienen antecedentes familiares de psoriasis hasta en un 24%. Se han encontrado como factores relacionados el tabaquismo intenso, la tonsilitis y el clima húmedo y caluroso.⁵⁻⁷

Tiña de la mano

Puede afectar ambas manos, pero suele involucrar sólo una y típicamente es la dominante. El *T. rubrum* suele ser el agente etiológico más frecuente. Usualmente se ve precedida de otra dermatofitosis (tiña de los pies u onicomicosis). Clínicamente la forma más frecuente es la hiperqueratosis difusa de la palma, aunque cuando afecta el dorso, puede presentarse con placas eritematoescamosas con borde activo, muy pruriginosas, con crecimiento excéntrico.^{8,9} En este caso el examen directo muestra filamentos.

Sarna

Se manifiesta por pápulas y costras hemáticas, pero puede presentar también pústulas, las lesiones predominan en axilas, codos y abdomen.

BIBLIOGRAFÍA

1. Epstein E. Hand dermatitis: practical management and current concepts. *J Am Acad Dermatol* 1984; 10: 395-424.
2. Sagrera R. *Níquel*. Mapfre Medina. 1988; 9: 122-124.

3. Forsbeck M, Skog E, Asbrik E. Atopic hand dermatitis: a comparison with atopic dermatitis without hand involvement, especially with respect to influence of work and development of contact sensibilization. *Acta Dermatovener* 1983; 63: 9-13.
4. Hersle K, Mobacken H. Hyperkeratotic dermatitis of the palms. *Br J Dermatol* 1982; 107: 195-202.
5. Jensen OV. Pustulosis palmaris et plantaris: the value of routine radiographic examinations in the detection of an infectious focus. *Acta Dermatovener* 1979; 59: 537-539.
6. Farber E, Nall L. Pustular psoriasis. *Cutis* 1993; 51: 29-32.
7. Christophers E, Mrowietz U. Pustular eruptions of palms and soles. In: Freedberg I, Eisen A, Wolff K et al. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*. McGraw-Hill. Sixth edition. 2003; 70: 628-632.
8. Hay RJ. Chronic dermatophyte infections. I Clinical and mycological features. *Br J Dermatol* 1982; 106: 1-7.
9. Smith S, Stiller M. Fungal infections. In: Arndt K, Wintroub B, Robinson J. *Primary care dermatology*. W.B. Saunders Company. 1997; 22: 100-110.