

## Queratosis punctata palmar y plantar. Presentación de tres casos.

Ana Rita Rodríguez de Valentiner\*, Allison Bell-Smythe\*, Belkis Blanco\*, Solange Castro\*, Katrina Fernández\*, Carmen López\*\*, Margarita Oliver\*1.

(\*) Instituto de Biomedicina. Hospital Vargas de Caracas.

(\*\*) Servicio de Patología. Hospital Vargas de Caracas.

(1) Autora de correspondencia.

### Resumen

La queratosis punctata palmar y plantar es un desorden cutáneo caracterizado por la presencia de múltiples lesiones hiperqueratósicas, papulares, pequeñas, amarillentas, duras localizadas en palmas y/o plantas. En el estudio histopatológico se observa hiperqueratosis compacta ortoqueratótica que comprime la epidermis produciendo una depresión de la misma en forma de copa o de V, con epidermis acantótica con hipergranulosis, dermis normal o con leve infiltrado linfocitario superficial. Se han descrito asociados con enfermedad de Darier, ictiosis vulgar, atopia, epidermolisis ampollar simple y distrófica dominante, adenocarcinoma de colon y cambios ungueales. Se han planteado la herencia con patrón autosómico dominante o el trabajo manual fuerte como causa de la lesión. Entre los diagnósticos diferenciales se encuentran verruga plana, poroqueratosis palmoplantar, liquen plano palmoplantar, milium coloide, queratosis arsenicales y otras formas de queratodermias palmoplantares punctatas. Se presentan tres casos de pacientes con diagnóstico clínico e histopatológico de queratosis punctata palmar y plantar, del sexo femenino de con edades comprendidas entre 40 y 55 años, quien presentan entre 5 meses y 12 años de evolución. Dos de las pacientes presentan enfermedades asociadas, como son ictiosis vulgar y queratoderma difusa plantar. Se discuten los casos comparándolos con la bibliografía revisada.

**Palabras clave:** queratoderma, queratosis, punctata, palmar, plantar.

### Abstract

Keratosis punctata palmaris et plantaris is a cutaneous disorder characterized by multiple, small, hard, yellow or translucent hyperkeratotic papulae, localized in palms and/or soles. Histology shows orthokeratotic hyperkeratotic horn that pulls an acanthotic epidermis. This entity has been associated with Darier's disease, vulgaris ichthyosis, atopic dermatitis, simplex and dominant dystrophic epidermolysis bullosa, adenocarcinoma of the colon and nail changes. Differential diagnoses are verrucas, palmoplantar porokeratosis, palmoplantar lichen planus, colloid milium, arsenical keratosis and other palmoplantar punctata keratodermias. Three female patients with keratosis punctata palmaris et plantaris are presented, aged between 40 and 55 year-old, with five months to twelve years of evolution of the disease. Two patients also have vulgaris ichthyosis and plantar diffuse keratoderma. These cases are discussed with the revised bibliography.

**Key words:** keratoderma, keratosis, punctata, palmaris, plantaris.

### Introducción

La queratosis punctata palmar y plantar es un desorden cutáneo caracterizado por la presencia de múltiples lesiones hiperqueratósicas, papulares, pequeñas, amarillentas, duras localizadas en palmas y/o plantas, que puede verse asociada a otras condiciones dermatológicas o sistémicas y cuyo aspecto histopatológico es característico. Usualmente se trasmite de forma autosómica dominante<sup>1</sup>.

También es conocida como *keratoderma dissipatum hereditarium palmare et plantare*, *punctate keratoderma*, *keratoderma disseminatum* y *keratosis palmoplantaris papulosa*<sup>1,2</sup>.

Se presentan tres casos de pacientes con queratosis punctata palmar y plantar revisando sus características clínicas, histopatológicas, entidades asociadas, diagnósticos diferenciales y tratamiento.

## **Presentación de los casos**

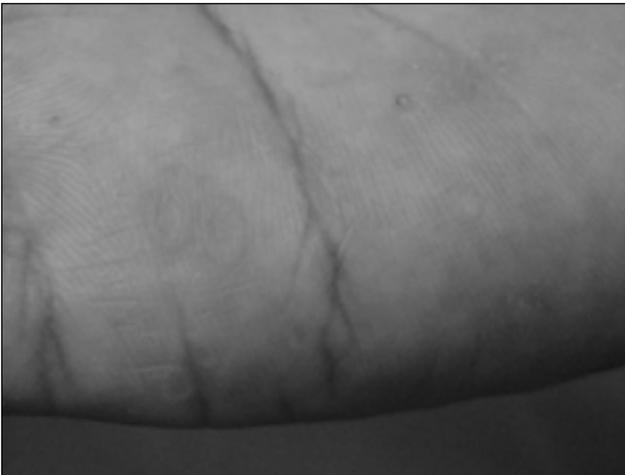
### **Caso 1:**

Paciente S. P. femenina de 41 años, quien hace cinco meses comienza a presentar múltiples lesiones papulares duras de 0,2 a 0,5 cms, color amarillento en ambas palmas no relacionados con extensión a dorso de los dedos de ambas manos asintomáticas (Foto 1 y 2).

Foto 1: Cara palmar de los dedos de la paciente 1.

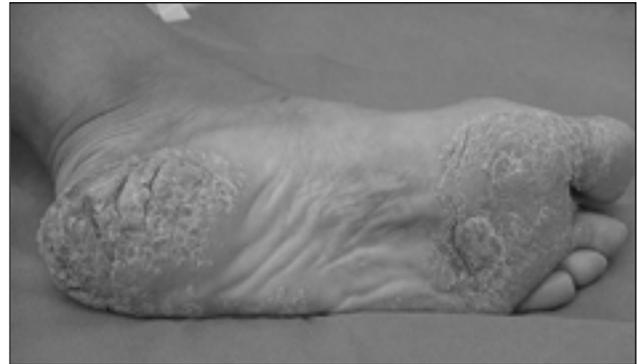


Foto 2: Detalle de las lesiones de queratosis punctata en palma derecha de la paciente 1.



En plantas presenta severa hiperqueratosis difusa con fisuras (Foto 3), que producen molestias a la deambulaci3n. El estudio histopatol3gico de biopsia tomada de palma derecha muestra tap3n corneo ortoquerat3tico que deprime la epidermis subyacente, la cual muestra hiperplasia epitelial irregular con hipergranulosis, report3ndose queratosis punctata. En los cortes seriados se mantiene el mismo aspecto histol3gico. Refiere que su madre y su hija presentan lesiones similares en palmas aunque no pudieron ser evaluadas. Se solicitaron estudios paracl3nicos para descartar s3ndrome paraneopl3sico pero la paciente no volvi3 a consulta.

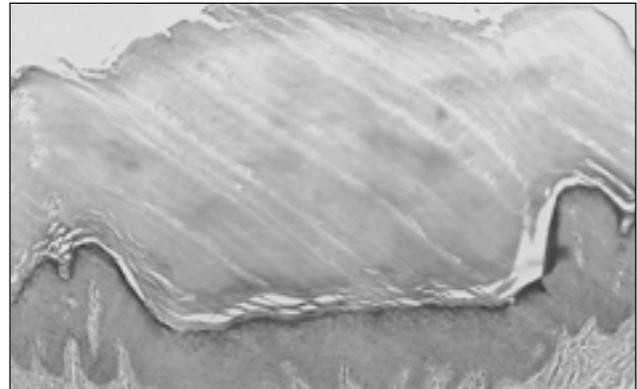
Foto 3: Planta derecha de la paciente 1.



### **Caso 2:**

Paciente M. C. femenina de 55 años, quien consulta por presentar lesiones en palmas y plantas de 12 años de evoluci3n. Al examen f3sico se observan m3ltiples p3pulas hiperquerat3ticas de 0,2 a 0,4 cm de di3metro, asintom3ticas. Se plantea el diagn3stico cl3nico de hiperqueratosis focal palmoplantar versus verrugas planas. El estudio histopatol3gico reporta queratosis punctata (Foto 4). Antecedentes personales o familiares no contributorios.

Foto 4: Aspecto histol3gico de una lesi3n palmar de la paciente 2.



**Caso 3:**

Paciente femenina de 48 años quien refiere presentar lesiones en palmas y plantas de 3 años de evolución. Presenta múltiples pápulas hiperqueratósicas, planas, amarillentas de 0,2 a 0,5 cm de diámetro, asintomáticas, localizadas en palmas y plantas (Foto 5). A su vez, presenta piel seca, con descamación gruesa, más acentuada en caras extensoras de ambos miembros superiores e inferiores, respetando los pliegues, compatible con ictiosis vulgar. Se realiza biopsia de una lesión palmar que reporta queratosis punctata. En los cortes seriados se mantiene el tapón corneo ortoqueratótico.

Foto 5: Cara palmar de los dedos de la paciente 3.

**Discusión**

La queratosis punctata palmar y plantar es un desorden cutáneo caracterizado por la presencia de múltiples lesiones hiperqueratósicas, papulares, pequeñas, amarillentas o traslúcidas, duras, localizadas en palmas y/o plantas, que pueden estar diseminadas<sup>3,4,5</sup> o quedar circunscritas a los pliegues de flexión<sup>3,6</sup>. Las más grandes han sido descritas como lesiones similares a clavos o masas duras verrugosas<sup>4</sup>. Aunque inicialmente se pensó que se trataba de una entidad poco frecuente, posteriormente se ha considerado relativamente frecuente estimándose entre 3,6%<sup>6</sup> y 1,9%<sup>3</sup> en personas de raza negra. Es más frecuente en adultos de edad media pero puede iniciarse desde la infancia hasta los 70 años, sin predominio de sexo<sup>3,6</sup>.

Esta entidad forma parte de las queratodermias palmoplantares punctata y marginales. Entre estas se encuentran la hiperqueratosis focal acral, acroqueratoelastoidosis de Costa, placas colagenosas degenerativas de las manos y poroqueratosis de Mantoux<sup>4</sup>. La queratosis punctata de los surcos palmares es descrita por algunos como una entidad separada<sup>4</sup>. La verdadera individualidad de estas entidades es aun controversial<sup>4</sup>.

La queratosis punctata puede ser hereditaria, transmitidas

con un patrón autosómico dominante; sin embargo, es frecuente encontrar casos esporádicos<sup>4</sup>. Esta entidad se ha descrito asociada con enfermedad de Darier<sup>1</sup>, ictiosis vulgar<sup>7</sup>, atopia<sup>3</sup>, epidermolisis ampollar simple y epidermolisis ampollar distrofica dominante<sup>8</sup>, adenocarcinoma de colon<sup>9</sup> y cambios ungueales como fisuras longitudinales, onicomadesis y onicogrifosis<sup>10</sup>. Se ha planteado la asociación con malignidades internas en pacientes con queratosis punctata tanto hereditaria<sup>9</sup> como adquirida<sup>4</sup>.

Se presentan tres casos de pacientes con diagnóstico clínico e histopatológico de queratosis punctata palmar y plantar, del sexo femenino de con edades comprendidas entre 40 y 55 años, quien presenta entre 5 meses y 12 años de evolución. Las tres pacientes presentaban la forma difusa de la enfermedad. Ictiosis vulgar y queratodermia difusa plantar se presentan como entidades asociadas en dos de las pacientes presentadas. Se planteó la posibilidad de un síndrome paraneoplásico en la paciente con queratodermia plantar lo cual no pudo ser confirmado.

En el estudio histopatológico se observa un tapón corneo que comprime la epidermis produciendo una depresión de la misma en forma de copa o de V, con epidermis acantótica con hipergranulosis. Puede haber un leve infiltrado linfocitario superficial en la dermis sin ningún otro cambio. El tapón corneo ha sido descrito tanto ortoqueratótico<sup>5</sup> como paraqueratótico<sup>2</sup>. Se ha descrito una columna paraqueratótica desprendiéndose del acrosiringio en los cortes seriados<sup>2</sup>. Otros autores consideran que los casos donde se reporta una lamela corneida en el centro del tapón corneo representan poroqueratosis punctata con lesiones limitadas a palmas y plantas más que queratosis punctata<sup>5</sup>. También ha sido reportada la queratosis punctata palmar y plantar mostrando evidencia histopatológica de disqueratosis acantolítica focal como una variedad múltiple localizada de dicha entidad<sup>1</sup>. En dos de los casos presentados se realizaron cortes seriados de las biopsias no encontrándose asociación del tapón corneo con el acrosiringio. Consideramos que el diagnóstico de queratosis punctata debería ser reservado para los pacientes con tapón corneo ortoqueratótico dejando el diagnóstico de poroqueratosis punctata y disqueratosis acantolítica focal cuando el aspecto histológico lo sugiera.

Entre los diagnósticos diferenciales se encuentran verruga plana, acroqueratosis verruciforme, milium coloide, liquen plano palmoplantar, queratosis arsenicales, elastoma juvenil y otras formas de queratodermias marginadas y punctatas como acroqueratoelastoidosis de Costa, placas colagenosas degenerativas de las manos y poroqueratosis punctata palmoplantar (de Mantoux). Lesiones similares pueden ser encontradas en pacientes con sífilis<sup>2</sup>, con contaminación por arsénico<sup>2</sup> o con cloraqué por intoxicación con tetraclorodibenzo-dioxin<sup>11</sup> por lo que estas patologías deben ser descartadas. El estudio histopatológico, junto con la clínica permiten descartar estas entidades.

El tratamiento es variado e incluye emolientes<sup>7</sup>, sustancias queratolíticas tópicas como ácido salicílico, urea y los retinoides tópicos<sup>7</sup> o sistémicos<sup>4,7</sup>. Otros autores proponen no tratar las lesiones<sup>12</sup>. Dado que se trata de una entidad generalmente crónica y asintomática es prudente restringir el uso de tratamientos agresivos.

La queratosis punctata es una entidad poco valorada y conocida, que podría ser más frecuente de lo que se piensa en nuestro medio. Esta enfermedad puede ser la señal que permita detectar varias entidades hereditarias o adquiridas, algunas de ellas de significado pronóstico importante en la vida del paciente. Por otra parte, el reconocimiento de la misma podría evitar procedimientos y tratamientos inadecuados para el paciente.

### Agradecimiento

Los autores agradecen especialmente al Departamento de Informática del Instituto de Biomedicina la colaboración prestada en la elaboración de las fotografías incluidas en este trabajo.

### Referencias

1. Caputo R, Carminati G, Ermacora E, Menni S. Keratosis punctata palmaris et plantaris as an expression of focal acantholytic dyskeratosis. *Am J Dermatopathol* 1989;11:574-576.
2. Tezuka T. Keratosis punctata palmaris et plantaris. A morphological study on the relation to the epidermal sweat duct unit. *Dermatologica* 1976;56:105-110.
3. Anderson W, Elam M, Lambert C. Keratosis punctata and atopy. Report of 31 cases with prospective study of prevalence. *Arch Dermatol* 1984;120:884-890.
4. Griffiths W, Leigh I, Marks R. Disorders of Keratinization. In Rook's Textbook of Dermatology. Fifth Edition. Software Copyright 1992 ATTICA Cybernetics Ltd.
5. Johnson B, Honig P. Congenital Diseases (Genodermatoses). In Elder D, Elenitsas R, Jaworsky C, Johnson B. *Lever's histopathology of the skin*. 1997. Eighth Edition. Lippincott-Raven Publishers Philadelphia - New York. (Chapter 6, pp 120-122).
6. Weiss R, Rasmussen J. Keratosis punctata of the palmar creases. *Arch Dermatol* 1980;116:669-671.
7. Just M, Ribera M, Bielsa I, Calatrava A, Ferrandiz C. Keratosis punctata of the palmar crease: report of two cases associated with ichthyosis vulgaris. *Br J Dermatol* 1999;141:551-553.
8. Puig LI, Moreno A, Noguera X, Moragas J. Dominant dystrophic epidermolysis bullosa with keratosis punctata. *J Am Acad Dermatol* 1986;15:1289-1291.
9. Bennion S, Patterson J. Keratosis punctata palmaris and adenocarcinoma of the colon. A possible familial association of punctate keratoderma and gastrointestinal malignancy. *J Am Acad Dermatol* 1984;10:587-591.
10. Stone O, Mullins F. Nail changes in keratosis punctata. *Arch Dermatol* 1965;95:557-558.
11. Geusau A, Jurecka W, Nahavandi H, Schmidt J, Stingl G, Tschachler E. Punctate keratoderma-like lesions on the palms and soles in a patient with chloracne: a new clinical manifestation of dioxin intoxication? *Br J Dermatol* 2000;143:1067-1071.
12. Blum S, Cruz P, Siegel D, Tigelaar R. Hyperkeratotic papules on the hands and feet. *Arch Dermatol* 1987;123:1225-1228.