

Pápulas queratósicas en las extremidades

Keratotic papules on extremities

Valeria Cecilia Orsi¹, Lola Kuperman Wilder² y Griselda María Poppi³

¹ Residente de tercer año de Dermatología

² Dermatóloga, exjefa de Residentes

³ Dermatopatóloga

Hospital General de Agudos J. M. Ramos Mejía, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Contacto de la autora: Valeria Cecilia Orsi

E-mail: dravaleriaorsi@gmail.com

Fecha de trabajo recibido: 18/3/2024

Fecha de trabajo aceptado: 21/10/2024

Conflicto de interés: las autoras declaran que no existe conflicto de interés.

Dermatol. Argent. 2025; 31(2): 105-106

CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 37 años, sin antecedentes de relevancia, consultó por xerosis y descamación asintomática en los miembros superiores desde la infancia, con extensión a los miembros inferiores en el último tiempo. Refería que su padre presentaba lesiones de similares características. Al examen físico se evidenciaba xerosis generalizada, pápulas y pla-

cas queratósicas circunscriptas en manos, antebrazos, codos, miembros inferiores y pies (Fotos 1 y 2). Se procedió a la toma de biopsia por *punch* de una pápula queratósica localizada en el miembro inferior izquierdo. El estudio anatomopatológico informó epidermis con hiperqueratosis ortoqueratósica, acantosis regular y papilomatosis en “campanario de iglesia” (Fotos 3 y 4).



FOTO 1: Pápulas queratósicas agminadas en el muslo izquierdo (sitio de toma de biopsia).



FOTO 2: Placas y pápulas queratósicas en el pie izquierdo.

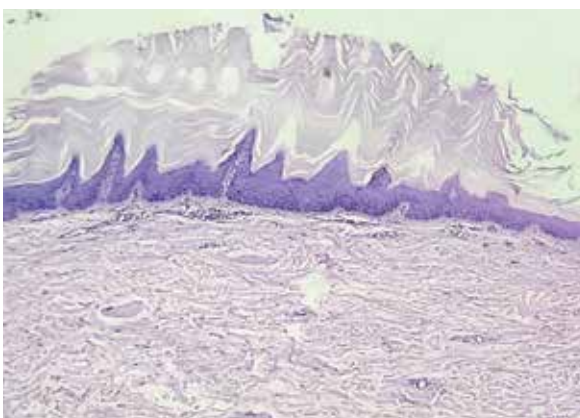


FOTO 3: La epidermis exhibe hiperqueratosis ortoqueratósica, acantosis regular y papilomatosis (HyE, 40X).



FOTO 4: Elevaciones epidérmicas circunscriptas “en campanario de iglesia” (HyE, 100X).

DIAGNÓSTICO

Acroqueratosis verruciforme de Hopf.

COMENTARIOS

La acroqueratosis verruciforme de Hopf (AVH) es una genodermatosis de herencia autosómica dominante (AD) con penetrancia incompleta. Tiene un curso crónico sin remisión espontánea¹. Puede presentarse de manera esporádica y con frecuencia aparece en la primera infancia, al igual que en el caso presentado^{1,2}.

Se manifiesta clínicamente como pápulas planas, poligonales, con superficie verrugosa, de color entre parduzco y rojizo, de consistencia dura, localizadas en el dorso de las manos y de los pies, la cara dorsal de los brazos y la cara anterior de las piernas. Otros signos menos frecuentes son los hoyuelos palmo-plantares y las alteraciones ungueales como las estrías, los surcos longitudinales, la leuconiquia perlada y la hiperqueratosis subungueal³. La AVH no afecta las áreas sebáceas, flexuras o mucosa oral¹.

Su etiopatogenia probable es una mutación heterocigótica en el gen *ATP2A2* ubicado en el cromosoma 12q24 (el mismo gen afectado en la enfermedad de Darier); en el codón 602 se sustituye prolina por leucina (P602L) por lo que se modifica el dominio de unión al ATP^{1,4}.

En la forma de presentación influyen algunos factores desencadenantes como la luz solar, la mala higiene, los traumas físicos y químicos, los tratamientos con glucocorticoides y la sudoración abundante⁵.

Se plantean como diagnósticos diferenciales es-

tucoqueratosis, liquen espinuloso, enfermedad de Flegel y enfermedad de Darier (ED). En cuanto a la ED, se ha postulado que se trata de una diferente expresividad fenotípica de una misma enfermedad genética, aunque esto es discutido dado que, a diferencia de la AVH, la ED posee células disqueratóicas, tiene predilección por las áreas sebáceas, puede afectar a la mucosa oral y no presenta signos de transformación carcinomatosa¹.

Las características histopatológicas incluyen hiperqueratosis ortoqueratótica, acantosis, hiperpigmentación de la capa basal y papilomatosis. Se describe como característica de la AVH la adopción, por parte de las elevaciones que se observan en la epidermis, de un aspecto semejante a “campanarios de iglesia”^{1,4}.

La AVH es una entidad asintomática y benigna, por lo tanto, no requiere tratamiento. Si el paciente lo desea, para mejorar el aspecto estético de las lesiones, se pueden utilizar queratolíticos (urea, ácido salicílico). Como opciones se proponen retinoides tópicos y sistémicos, crioterapia o láser^{4,6}. Serarslan *et ál.* describieron un caso de AVH que recibió tratamiento con acitretina y obtuvo un resultado satisfactorio⁶.

Es de gran importancia la anamnesis dirigida para detectar casos familiares ya que se trata de una entidad predominantemente AD. Al diagnóstico se arriba por la correlación clínico-patológica, por ello, es fundamental el trabajo en equipo y la comunicación efectiva. Aunque es una entidad que no requiere tratamiento, la intervención oportuna con queratolíticos tópicos en muchos casos mejora la apariencia de la piel.

BIBLIOGRAFÍA

1. Andrade TC, Silva GV, Silva TM, Pinto A, *et ál.* Acrokeratosis verruciformis of Hopf. Case report. *An Bras Dermatol.* 2016;91:639-641.
2. Torrijos A, Vilata J, Pitarch G, Mercader P, *et ál.* Pápulas verrugosas en el dorso de las manos. *Actas Dermosifiliogr.* 2005;96:267-269.
3. Urquiza-Rodríguez A, Falcón-Lincheta L, Zayas-Lara B, Hernández-Díaz E. Acroqueratosis verruciforme diagnosticada en un adulto. *Rev Cubana Med Milit.* 2002;31:1-4.
4. Reales J, González T, Oronoz M, Civalé C, *et ál.* Acrokeratosis verruciforme de Hopf: a propósito de un caso. *Rev Argent Dermatol.* 2021;102:56-65.
5. Chapman-Rolle L, De Padova-Elder SM, Ryan E, Kantor GR. Persistent flat-topped papules on the extremities. Acrokeratosis verruciformis of Hopf. *Arch Dermatol.* 1994;130:508-512.
6. Serarslan G, Balci DD, Homan S. Acitretin treatment in acrokeratosis verruciformis of Hopf. *J Dermatolog Treat.* 2007;18:123-125.