

Acropustulosis infantil

Infantile acropustulosis

Margarita Larralde¹, María Pía Boldrini², Paula Carolina Luna³, María Eugenia Abad⁴, Carolina Cynthia Marín⁵

Resumen

La acropustulosis infantil (AI) es una patología benigna, autorresolutiva, que se presenta con mayor frecuencia en los primeros años de la vida, caracterizada por episodios recurrentes de pápulas, vesículas o pústulas, muy pruriginosas y de localización acral. Su etiología es desconocida y en ocasiones se la ha asociado con antecedentes de escabiosis. Existen varias opciones terapéuticas, entre las que se destacan los glucocorticoides tópicos de mediana y alta potencia.

Se realizó un estudio retrospectivo de 22 pacientes con diagnóstico de AI atendidos en nuestra institución durante un período de 12 años; se analizaron variables epidemiológicas, clínicas y terapéuticas. El 63,64% de los pacientes eran de sexo femenino; la edad promedio de comienzo de los síntomas fue 11 meses; 8 pacientes referían haber realizado tratamiento previo para escabiosis, pero sólo en 3 se pudo confirmar el diagnóstico. El tratamiento utilizado consistió en glucocorticoides tópicos asociado a antihistamínicos con mejoría de los síntomas en cada brote (Dermatol Argent 2010;16(4):268-271).

Palabras clave: *acropustulosis infantil, pustulosis infantiles, pustulosis estériles.*

Abstract

Infantile acropustulosis (IA) is a benign cutaneous disease that affects infants in their first years of life and is characterized by recurrent crops of very pruriginous vesicles, papules, pustules with a mainly acral distribution. It is autorresolutive. Its etiology is unknown but it has been associated to scabies. There are many different therapeutic options being topical steroids the most widely used.

We performed a retrospective study of 22 patients diagnosed as IA at our institution during 12 years. We analyzed epidemiologic, clinical and therapeutic characteristics. 63.64% were female, symptoms started in a median of around 11 months old. Eight patients had been previously treated as scabies, with only three patients having a confirmed diagnosis. Treatment consisted of topical steroids plus antihistamines during each flare (Dermatol Argent 2010;16(4):268-271).

Key words: *infantile acropustulosis, infantile pustulosis, sterile pustulosis.*

Fecha de recepción: 19/11/2009 | **Fecha de aprobación:** 15/3/2010

1. Jefa de Servicio de Dermatología, Hospital Alemán. CABA. Rep. Argentina. Jefa de la Sección Dermatología Pediátrica del Hospital "J. M. Ramos Mejía", CABA, Rep. Argentina.
2. Médica concurrente de 3º año de la Carrera de Especialista en Clínica Dermatológica, Universidad Nacional de Córdoba. Departamento de Dermatología, Hospital San Roque, Córdoba, Rep. Argentina.
3. Médica del Servicio de Dermatología, Complejo Médico Policial "Churrucá-Visca", CABA, Rep. Argentina. Médica del Curso Superior de Dermatología Pediátrica, Sección Dermatología Pediátrica, Hospital "J. M. Ramos Mejía".
4. Médica, Sección Dermatología Pediátrica, Hospital "J. M. Ramos Mejía". Médica, Servicio de Dermatología, Hospital Alemán.
5. Médica del Curso Superior de Dermatología Pediátrica. Sección Dermatología Pediátrica del Hospital "J. M. Ramos Mejía".

Correspondencia

Dra. María Pía Boldrini. Pasaje San Sebastián 473, (1405) CABA, Rep. Argentina.
e-mail: pipiboldrini@hotmail.com

Introducción

La acropustulosis infantil (AI) descrita simultáneamente por Kahn y Rywlin¹ y Jarratt y Ramsdell², en 1979, se caracteriza por erupciones recurrentes de pápulas eritematosas que evolucionan a vesículas y pústulas de 1 a 4 mm, localizadas principalmente en palmas y plantas, y se acompaña de intenso prurito.³ El dorso de las manos y de los pies también puede estar comprometido; con menor frecuencia afecta extremidades, tronco, cara y cuero cabelludo. Los brotes ocurren cada 2 a 3 semanas y cada episodio dura entre 3 y 14 días. Los episodios se hacen menos frecuentes y los intervalos entre ellos se vuelven más prolongados a medida que evoluciona la enfermedad. Comienza clásicamente entre los 2 y 24 meses de vida; sin embargo, se han comunicado casos en recién nacidos y en niños hasta los 9 años de edad.⁴

Varios autores han descripto que la infestación por escabiosis precede frecuentemente a la AI y sugieren que hay una relación entre ambas enfermedades.⁵

Existe controversia con respecto al tratamiento. La dapsona oral fue considerada como el agente más efectivo, que produce mejoría de los síntomas en 24 a 72 horas; sin embargo, en la actualidad, debido a su importante toxicidad y al carácter autorresolutivo de las lesiones, se la reserva para casos recalcitrantes. Otros estudios avalan la utilidad de los glucocorticoides tópicos por su actividad antiinflamatoria. El objetivo de nuestro trabajo es conocer la distribución por sexo y edad de los pacientes con diagnóstico de AI en nuestro Servicio, así como su relación con la escabiosis y la respuesta al tratamiento instaurado.

Materiales y métodos

Se realizó un trabajo retrospectivo, descriptivo y de corte transversal. Se incluyeron 22 pacientes con diagnóstico clínico de AI atendidos en el consultorio externo de la Sección de Dermatología Pediátrica del Hospital Ramos Mejía de Buenos Aires, Argentina, desde agosto de 1997 a julio de 2009. El diagnóstico se basó en la presencia de vesículas o vesiculopústulas pruriginosas de localización acral, combinadas con antecedentes de episodios similares recurrentes y falta de hallazgos clínicos y de laboratorio sugestivos de otra patología vesiculopustular de la infancia. Se realizó estudio histopatológico de las lesiones. Quedaron excluidas aquellas historias clínicas que presentaban datos insuficientes. Se analizaron las características epidemiológicas de la patología, como sexo, edad de comienzo de las lesiones y edad en el momento del examen dermatológico de los pacientes afectados; características clínicas, tales como tipo y localización de las lesiones; antecedentes de escabiosis; y tipo de tratamiento instaurado y la respuesta del paciente.

Resultados

De los 22 pacientes diagnosticados, 14 eran mujeres (63,64%) y 8 varones (36,36%). La edad de inicio de los síntomas osciló entre los 7 días y los 36 meses de edad (promedio 11 meses) y el examen clínico dermatológico inicial se llevó a cabo entre los 3 y los 42 meses de edad (promedio 13 meses) (**Cuadro 1**). Las pústulas, así como la erupción vesicopustular, fueron las presentaciones clínicas más frecuentes (**Foto 1**). El prurito estuvo presente en el 100% de los pacientes. En 11 pacientes (50%) las lesiones comprometieron tanto palmas como plantas y en 9 pacientes (41%) sólo estuvieron afectadas las plantas (**Foto 2**); el 9% restante (2 pacientes) presentó, además de compromiso palmoplantar (**Foto 3**), afecta-



Foto 1. Lesiones que comprometen la cara lateral interna y la planta del pie.



Foto 2. Pústulas en la cara lateral del pie.



Foto 3. Pápulas y pústulas en palmas.



Foto 4. Pápulas y pústulas en el borde de implantación del cuero cabelludo.

ción de cuero cabelludo y parte superior de tronco con diagnóstico histológico de foliculitis eosinofílica (**Foto 4**).

Del total de los pacientes, 8 (40%) referían un diagnóstico previo de escabiosis y habían recibido tratamiento con permetrina crema al 5% (7 pacientes) o con vaselina azufrada al 6% (1 paciente). Sin embargo, sólo en 3 pacientes se confirmó el diagnóstico.

Se realizaron biopsias y examen histopatológico de las lesiones que confirmaron el diagnóstico.

El tratamiento instaurado en cada brote consistió en glucocorticoides tópicos de mediana y alta potencia (2 veces por día) asociado en todos los casos con antihistamínicos orales (maleato de carbinoxamina 0,4 mg/kg de peso) durante 7 días. En 4 pacientes se agregaron antibióticos tópicos al tratamiento básico. No se observaron efectos secundarios a la medicación.

Comentarios

La AI es un trastorno benigno del que no se conoce su incidencia exacta. La casuística incluida en los trabajos publicados a nivel mundial se asemeja a la incluida en este trabajo (22 pacientes en un período de 12 años). Al principio se hablaba de un predominio en el sexo masculino pero, en la actualidad, series más grandes tienden a mostrar la misma distribución entre ambos sexos.⁶ En nuestro trabajo hubo predominio del sexo femenino (63,64%) con respecto al sexo masculino (36,36%). Los primeros informes sugirieron mayor incidencia en afroamericanos; sin embargo, las comunicaciones actuales la describen en todas las razas por igual. Generalmente comienza entre los primeros 2 a 24 meses de vida, aunque hay casos de aparición hacia los 9 años.^{4,5} La resolución espontánea se observa alrededor de los 3 años de vida. En nuestro trabajo, la edad de comienzo osciló entre los 7 días y los 36 meses.

La etiología y fisiopatogenia de la AI aún permanece incierta. En nuestra casuística, 8 pacientes referían un diagnóstico previo y tratamiento específico para escabiosis, pero sólo en 3 de estos pacientes se confirmó el diagnóstico; por lo tanto, es posible que los otros 5 pacientes presentaran una AI desde el comienzo. Es importante destacar que la diferen-

ciación entre estas enfermedades se hace difícil. Posiblemente, algunas escabiosis son sobrediagnosticadas al no tener en cuenta la AI, ya que muchas veces existe gran similitud en la clínica de ambas; no obstante, muchos autores sugieren que hay una relación entre estas dos patologías y concluyen que posiblemente la AI representa una reacción de hipersensibilidad cutánea cíclica contra antígenos o componentes antigénicos relacionados con antecedentes de infestación por escabiosis. Sobre esta base, queda establecida la posibilidad de que exista tanto una forma idiopática o *de novo* como una forma relacionada con infestación por *S. escabiei* previa.⁷

La histología es típica. En ella se observan vesículas intraepidérmicas llenas de leucocitos polimorfonucleares localizadas en epidermis superior y que se extienden hacia el estrato córneo; en la dermis papilar hay un infiltrado linfocitario perivascular escaso con algunos neutrófilos y eosinófilos.⁸ No obstante, el diagnóstico se basa principalmente en las manifestaciones clínicas, incluidas las erupciones características de pápulas, vesículas y/o pústulas y su carácter recurrente, así como su localización casi exclusiva en palmas y plantas. En el presente trabajo, los resultados de los estudios histopatológicos realizados coincidieron con la bibliografía consultada.

Algunas publicaciones afirman que la AI y la foliculitis pustular eosinofílica de la infancia presentan características clínicas e histopatológicas que llevan a concluir que se trata de diferentes presentaciones de una misma entidad, ya que la primera se presenta principalmente en zonas carentes de folículos pilosos, como son las palmas y las plantas, y la segunda, lo hace principalmente en cuero cabelludo y otras regiones pilosas; rescatan que la diferencia estaría originada, entre otras cosas, por el sitio anatómico donde se realiza la biopsia.⁹ En nuestra casuística encontramos dos pacientes que asociaban lesiones clínicas e histológicas compatibles tanto con foliculitis eosinofílica como con acropustulosis infantil.

El diagnóstico diferencial debe incluir, además, otras patologías vesiculares y pustulosas de la infancia tales como eritema tóxico neonatal, melanosis pustulosa neonatal transitoria, impétigo, candidiasis, infección por herpes simple, histiocitosis de células de Langerhans, sífilis congénita, psoriasis pustulosa y eccema dishidrotico.¹⁰

A pesar de ser una patología benigna y autolimitada, cada episodio puede acompañarse de irritabilidad, alteraciones del sueño, excoriaciones e infecciones secundarias, por lo que se hace indispensable optar por un tratamiento sintomático efectivo. La dapsona (4,4-diaminodifenilsulfona) ha sido considerada

CUADRO 1. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS PACIENTES CON AI.

Sexo	Femenino	14
	Masculino	8
Edad de inicio	1 día a 11 meses	15
	12 a 23 meses	5
	24 a 35 meses	1
	Más de 36 meses	1
Edad de consulta	1 día a 11 meses	12
	12 a 23 meses	8
	24 a 35 meses	1
	Más de 36 meses	1
Antecedentes de escabiosis	Sí	8
	No	14
Asociaciones	Foliculitis pustulosas eosinofílica	2

en las primeras publicaciones, por muchos autores, como el tratamiento más efectivo para la AI severa, a una dosis de 2 mg/kg/día.¹¹⁻¹³ Además de poseer acción antimicrobiana, la dapsona posee un mecanismo de acción antiinflamatorio, ya que es efectiva en las dermatosis con anormal acumulación de polimorfonucleares (PMN).¹⁴ En la actualidad se la considera una droga de reserva, debido a su toxicidad y la evolución cíclica y en brotes autorresolutivos característicos de la AI, y se la utiliza únicamente en aquellos casos que cursan con síntomas severos y recalcitrantes.

Los antihistamínicos son útiles en el tratamiento por sus efectos sedantes. También se recomienda el uso de antibióticos orales e incluso glucocorticoides orales.²

Los glucocorticoides tópicos de mediana y alta potencia son muy útiles en el tratamiento de la AI. Sus efectos antiinflamatorios incluyen inhibición del edema dérmico, de la dilatación capilar y de la migración de células inflamatorias en la piel, con disminución de la permeabilidad vascular y de la migración de leucocitos a través de las paredes vasculares. Los efectos colaterales, tales como la atrofia cutánea y la absorción sistémica, estarían reducidos por la disminución de la absorción percutánea en áreas de piel gruesa (palmas y plantas); además, su utilización de carácter intermitente debido al curso en brotes ayuda a disminuir la toxicidad de los corticoides. El objetivo del tratamiento es, en todos los casos, mejorar la sintomatología y evitar las posibles complicaciones, como la infección secundaria, por lo que en nuestros pacientes se utilizaron glucocorticoides de mediana y alta potencia asociados en todos los casos a antihistamínicos. En aquellos pacientes que presentaron infección secundaria, se agregaron antibióticos tópicos.

En conclusión, la AI es una patología autolimitada y de carácter benigno, que debería tenerse en cuenta en los diagnósticos diferenciales de erupciones de la infancia que presenten como lesión primaria pápulas, vesículas y/o pústulas, y principalmente diferenciarla de la escabiosis, que es tan frecuente en nuestro medio y con la que mayor relación se ha establecido, en especial si las lesiones se localizan únicamente en regiones acrales. Destacamos también la presentación de dos pacientes que compartían lesiones clínicas de AI y foliculitis pustulosa eosinofílica de la infancia.

Referencias

- Kahn G, Rywiin AM. Acropustulosis of infancy. Arch Dermatol 1979; 115:831-833.
- Jarratt M, Ramsdell W. Infantile acropustulosis. Arch Dermatol 1979; 115:834-836.
- Dromy R, Raz A, Metzker A. Infantile Acropustulosis. Pediatric Dermatology 1991;4:284-287.
- Kikushima I, Cáceres H, Ballona R, Castro RI y cols. Acropustulosis Infantil en el Instituto Especializado de Salud del Niño – IESN. Dermatol Pediatr Lat 2005;3:216-219.
- Humeau S, Bureau B, Litoux P, Stalder JF. Infantile acropustulosis in six immigrant children. Pediatr Dermatol 1995;12:211-214.
- Franco-Hernández R. Acropustulosis Infantil. Bol Clin Hosp Infant Edo Son 2006;23:40-43.
- Mancini A, Frieden I, Paller A. Infantile acropustulosis revisited: history of scabies and response to topical corticosteroids. Pediatric Dermatology 1998;15:337-341.
- Jorda E, Moragon M, Verderguer JM, Ramon D, et al. A propos d'un cas d'acropustulose infantile avec immunofluorescence directe positive. Ann Dermatol Venereol 1998;115:39-41.
- Vicente J, Espaa A, Idoate Iglesias ME, Quijintanilla E. Are eosinophilic pustular folliculitis of infancy and infantile acropustulosis the same entity? Br J Dermatol 1996;135:807-809.
- Larralde M, Luna P. Pustulosis neonatales estériles. Dermatol Pediatr Lat 2008;6:2-8.
- Findlay RF, Odom RB. Infantile acropustulosis. Am J Dis Child 1983;137: 455-457.
- Vignon-Pennamen MD, Wallach D. Infantile acropustulosis. A clinicopathologic study of six cases. Arch Dermatol 1986;122:1155-1160.
- Pizzi de Parra N, Larralde de Luna M, Cicioni V, Parra CA. Infantile acropustulosis. Considerations on 11 cases. Med Cutan Ibero Lat Am 1987; 15:135-139.
- Sánchez-Saldaña L. Medicamentos antiguos y vigentes en Dermatología. Dermatol Perú 2008;18:249-287.