

Ensanchamiento progresivo de los dedos de las manos en un adolescente

Progressive tickening of the fingers in a teenager

Diana Gabriela Pazmiño Bautista¹, Paola Cecilia Stefano², María Agustina Angulo³ y Rosana Lago⁴

¹ Médica Cursista de la Carrera de Especialistas en Dermatología, UBA

² Médica de Planta, Servicio de Dermatología

³ Médica de Planta, Servicio de Anatomía Patológica

⁴ Jefa del Servicio de Dermatología
Hospital General de Agudos Carlos G. Durand, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Contacto de la autora: Diana Gabriela Pazmiño Bautista

E-mail: dragabrielapazmino@gmail.com

Fecha de trabajo recibido: 27/5/2025

Fecha de trabajo aceptado: 14/10/2025

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

Dermatol. Argent. 2026; 32(2): 175-177

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino de 18 años, sin antecedentes de enfermedades personales ni familiares, que consultó por un ensanchamiento progresivo de los dedos de la mano de 9 años de evolución. En la anamnesis reveló el uso de consola de videojuegos 5 meses antes del inicio del cuadro clínico.

Al examen dermatológico se evidenciaba un aumento de las partes blandas en las caras laterales de las falanges proximales del segundo, tercer y cuarto dedos de ambas manos (Foto 1).

Se solicitó examen de laboratorio a fin de descartar

enfermedades reumatológicas y enfermedad tiroidea sin hallazgos patológicos, y radiografía de ambas manos donde se evidenció un aumento del espesor de las partes blandas de las falanges proximales de los dedos afectados, sin anormalidades óseas ni articulares (Foto 2).

Se realizó una biopsia de piel de la cara lateral del tercer dedo de la mano izquierda para estudio histopatológico, cuyo informe indicó: epidermis hiperplásica con patrón psoriasiforme, hiperqueratosis y ortoqueratosis; en la dermis se observó colágeno denso, engrosado (Foto 3), y la tinción de Alcian Blue evidenció depósito de mucina a nivel de la dermis (Foto 4).



FOTO 1: Aumento de las partes blandas en la cara lateral de las falanges proximales del segundo, tercer y cuarto dedos de ambas manos.



FOTO 2: Radiografía de manos (frente): aumento de partes blandas, sin alteraciones óseas ni articulares.

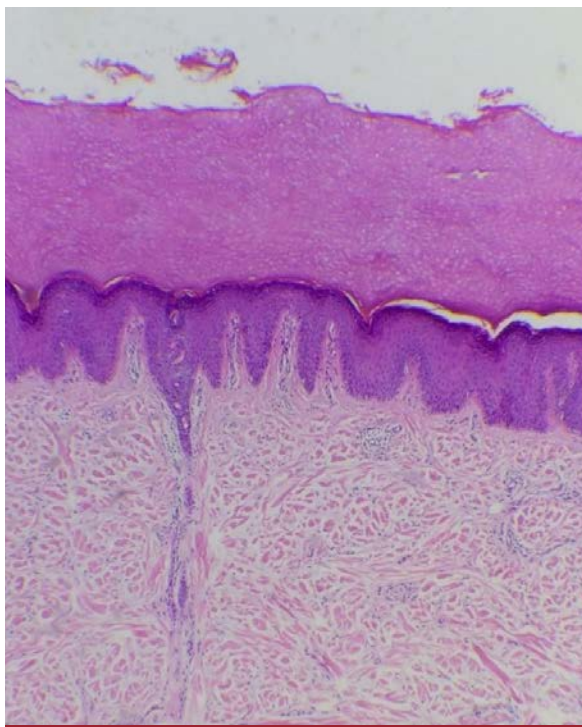


FOTO 3: Epidermis hiperplásica con patrón psoriasiforme, hiperqueratosis y ortoqueratosis. En la dermis se observa colágeno denso y engrosado. Anexos sudoríparos con morfología conservada. Ausencia de inflamación (HyE, 10X).

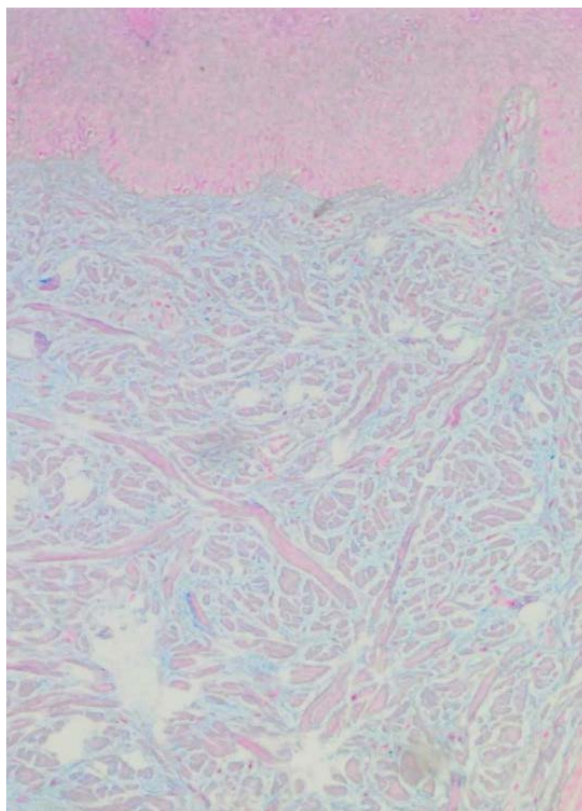


FOTO 4: Depósito de mucina a nivel de la dermis (tinción Alcian blue, 10X).

DIAGNÓSTICO

Paquidermodactilia.

COMENTARIOS

La paquidermodactilia (PDD), del griego *pachy* (grueso), *dermo* (piel) y *dactylos* (dedo)¹, es una forma infrecuente y benigna de fibromatosis de los tejidos blandos de los dedos, con mayor prevalencia en varones jóvenes^{2,3}. Fue descrita por primera vez en 1973 por Bazex y denominada como paquidermodactilia 2 años después por Verbov⁴. Se caracteriza por una inflamación asintomática, simétrica y progresiva de los tejidos blandos de las articulaciones interfalángicas proximales (IFP) del segundo al cuarto dedo y en raras ocasiones del quinto¹.

Aunque su etiopatogenia no se conoce con certeza, podría estar relacionada con factores exógenos como pequeños traumatismos en trabajos manuales, la práctica de instrumentos musicales, la realización de artes marciales o escalada, tics manuales en pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo o el levantamiento de pesas^{4,5}.

El diagnóstico diferencial puede plantearse con la fibromatosis digital infantil, los *knuckle pads*, la artritis idiopática juvenil, la artritis psoriásica o la artritis reumatoide^{3,6}.

Chen CK et al. propusieron los siguientes criterios

diagnósticos: paciente asintomático, falta de rigidez matutina, ausencia de dolor durante el movimiento o de la sensibilidad a la palpación, presencia de tumefacción en la cara lateral de los dedos, resultados de laboratorio dentro de parámetros normales y hallazgos radiográficos caracterizados por aumento de partes blandas. Si se presentan estos criterios, rara vez se necesitan estudios adicionales, como una resonancia magnética o una biopsia de piel, para establecer el diagnóstico de PDD².

El estudio histológico muestra hiperplasia epidérmica con hiperqueratosis y acantosis, así como engrosamiento de la dermis secundario a la proliferación fibroblástica y al incremento de fascículos de colágeno en la dermis reticular, sin infiltrado inflamatorio acompañante. Pueden hallarse también depósitos de mucina⁷.

Respecto del tratamiento, se debe comenzar por eliminar los factores exógenos y recomendar tratamiento psicológico si se trata de un paciente con tics obsesivos. Aunque las lesiones son asintomáticas y el paciente desea tratamiento por razones estéticas, los corticosteroides intralesionales son una opción; los corticoides tópicos no han mostrado eficacia. El tratamiento quirúrgico mediante resección del tejido fibroso también se ha reportado en algunos casos, asociado a infiltraciones con corticoides posterior a la cirugía^{4,5}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Zuber Z, Dyduch G, Jaworek A, Turowska-Heydel D, et al. Pachydermodactyly: a report of two cases. *Reumatol*. 2016;54:136-140.
2. Chen CK, Shyr SD, Chu SH, Huang LH, et al. Pachydermodactyly: three new cases in Taiwan. *J Microbiol Immunol Infect*. 2015;48:340-344.
3. Agudo J, Buedo M, García E, Escario E. Pachydermodactyly: the great mimicker. *Reumatol Clin*. 2017;15:156-157.
4. Vázquez R, Maneiro J, Cervantes E, Mera A. Pachydermodactyly: a systematic review. *Ir J Med Sci*. 2020;190:1005-1014.
5. Morales A, Horndler C, García F, Zubiri M. Pachydermodactyly: a rare form of acquired digital fibromatosis. *Actas Dermosifiliogr*. 2010;101:652-654.
6. Castellanos M, Sanz V. Pachydermodactyly: case report. *Arch Argent Pediatr*. 2011;109:97-99.
7. García J, Blanch J, Calvo N, Iglesias M. Young male with pachydermodactyly: imaging findings. *Reumatol Clin*. 2005;1:131-133.

DERMATÓLOGOS JÓVENES

★ Piense en ... VARICELA/ Respuestas

Julieta María Campos, Florencia Eilé Palacios y María Jimena Díaz

Hospital de Clínicas Presidente Dr. Nicolás Avellaneda, San Miguel de Tucumán, Tucumán, Argentina



1) Pénfigo vulgar

- Enfermedad ampollar crónica de naturaleza autoinmune que puede afectar la piel, las mucosas y los anexos. Predomina entre la cuarta y sexta década de la vida, y afecta a ambos sexos por igual.
- Existe una fuerte asociación entre los factores genéticos desencadenantes (HLA tipo II) y factores inductores (estrés, fármacos, virus) que desencadenan la respuesta inmunológica del individuo produciendo autoanticuerpos contra las desmogleínas 1 y 3.
- Las manifestaciones mucosas, principalmente en la mucosa oral, constituyen el sitio de inicio en el 50–70% de los pacientes, y preceden a las manifestaciones cutáneas durante meses. Estas últimas se presentan como ampollas flácidas de contenido cetrino que asientan sobre piel sana y se transforman rápidamente en erosiones dolorosas; presentan signo de Nikolsky positivo.
- Test de Tzanck que muestra la presencia de células acantolíticas o células de Tzanck (células epiteliales libres, grandes, redondeadas, de bordes desflacados, con citoplasma homogéneo eosinófilo y núcleos hipercromáticos grandes) + histopatología (despegamiento suprabasal en cuyo interior se encuentran células epiteliales sueltas; el estrato basal de la epidermis permanece unido a la membrana basal, constituyendo el piso de la ampolla en imagen de “hilera de lápidas”)

+ inmunofluorescencia directa (IFD: depósito de IgG y C3 en forma de panal de abejas).

• El uso de esteroides a altas dosis es la base del tratamiento, pero se emplea rituximab (anti-CD20) como medicamento de primera línea en casos moderados/severos.

2) Dermatitis por IgA lineal

- Enfermedad autoinmunitaria poco frecuente, con predominio en niños entre los 6 meses y los 6 años, y en adultos desde los 40 a los 60 años. Se caracteriza por ampollas subepidérmicas con presencia de depósitos lineales de IgA en la membrana basal.
- Su etiología se desconoce. Suele estar precedida de cuadros virales inespecíficos, infecciones urinarias o relacionarse con el uso de fármacos como vancomicina, betalactámicos, cefalosporinas, AINES o IECAS (captopril).
- Aparición aguda de placas urticarianas compuestas por vesículas o ampollas tensas en piel sana o eritematosa, que adoptan disposición anular con costra central, dando el aspecto de “collar de perlas”. Se extienden hacia la periferia en forma de roseta. Compromiso habitual de mucosa oral y ocular.
- Ampolla subepidérmica con abundantes neutrófilos en el interior y aislados basófilos. Dermis con infiltrado neutrofílico. IFD con depósitos lineales y homogéneos de IgA en membrana basal.
- El fármaco de primera línea es la dapsona, aunque

pueden utilizarse corticoides al inicio del cuadro. En casos graves pueden incluirse inmunosupresores.

3) Varicela

- Infección producida por el virus de la varicela-zóster, perteneciente a la familia herpesvirus. Afecta principalmente a niños menores de 10-12 años, con un pico de incidencia entre el año y los 6-8 años. En pacientes adultos e inmunodebilitados de cualquier edad, pueden aparecer complicaciones que pueden poner en riesgo la vida. Su incidencia puede variar en distintos países según el clima de la región y la cobertura de vacunación de la población.
- Ingresa a través de la vía respiratoria superior, orofaringe.
- Evoluciona rápido, en 12 horas, a pápulas, vesículas, pústulas y costras.
- Comienza en la cara y el cuero cabelludo, se extiende rápidamente al tronco, con menor afectación de los miembros. Cursa en brotes.
- Vesícula intraepidérmica, acantólisis, degeneración reticular en dermis subyacente, edema y vasculitis, células gigantes multinucleadas con cambios nucleares característicos.
- Tratamiento tópico: compresas frías o loción de calamina localmente, baños tibios con avena coloidal y antihistamínicos por vía oral. Antivirales: aciclovir, valaciclovir, famciclovir.

BIBLIOGRAFÍA

- Sociedad Argentina de Dermatología. Guías de manejo de los pénfigos. Actualización 2023 [Internet]. Diciembre 2023 [citado 22 de enero de 2026]. Disponible en: <https://sad.org.ar/wp-content/uploads/2023/12/Guias-de-manejo-de-los-penfigos.-Actualizacion-2023-1.pdf>.
- Forero OL, Olivares L, Candiz ME. Dermatitis ampollares subepidérmicas neutrofílicas. *Dermatol Argent*. 2016;22:171-182.
- Schmader KE, Oxman MN. Varicella and herpes zoster. En: Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrist BA, Paller AS, Leffell DJ, Wolff K, editores. *Fitzpatrick Dermatología de medicina general*. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014:2383-2401.
- Serrano Ocaña G, Ortiz Sablón J, Ochoa Tamayo I. Neumonía varicelosa. Presentación de un caso. *Medisur* [Internet]. 2009;7. Disponible en: <https://share.google/S9epqJZK5GFUBK4g> [citado 6 de marzo de 2026]. ISSN: 1727-897X.