

Dermatosis digitada

Digitate dermatosis

Florinda María Busi¹

María Alejandra Caicedo²

Antonio Torres³

Recibido: Noviembre 23 de 2006

Aceptado: Enero 11 de 2006

RESUMEN

LA PARAPSORIASIS en placas pequeñas (PPP) es una dermatosis inflamatoria crónica, de etiología desconocida, clasificada dentro del grupo de las parapsoriasis. Una variante importante de la PPP con especiales características clínicas es la "dermatosis digitada". Se presenta un caso y se hace revisión de la literatura.

Palabras clave: Parapsoriasis en placas pequeñas (PPP), dermatosis digitada.

SUMMARY

We report on a 38 year old man who complained of twelve years of gradual development of slightly scaly, red-brown, elongated, and well defined plaques, They were distributed on the trunk and proximal extremities and followed lines of cleavage of the skin, leaving the appearance of a "hug" that left fingerprints on the trunk. Histologically, a chronic superficial dermatitis was confirmed. A diagnosis of digitate dermatosis was made, a not very frequent variant of small plaque parapsoriasis. The patient was treated with narrow band UVB, obtaining response two months after initiating the treatment.

Key words: Small plaque parapsoriasis (SPP), digitate dermatosis.

HISTORIA CLÍNICA

Se presenta el caso de un hombre de 38 años de edad, residente en Cali, quien consultó por cuadro clínico de doce años de placas eritematodescamativas, pruriginosas, que iniciaron en áreas proximales de los brazos y se extendieron al tronco. Las lesiones adquirieron un color marrón. No había antecedentes personales ni familiares de importancia y al examen físico se encontraron placas alargadas, descamativas, de color marrón, que medían más de 5 cm, distribuidas de manera simétrica en los flancos y áreas proximales de las extremidades, con apariencia de huellas digitiformes, siguiendo las líneas de clivaje. No se encontraron adenomegalias. El VIH fue negativo y la VDRL fue no reactiva (Figura 1).



Figura 1. Placas eritematosas alargadas que siguen líneas de clivaje, con apariencia de huellas digitiformes.

1 R II Dermatología, Facultad de Medicina, Universidad del Valle, Cali.

2 Dermatóloga Universidad Javeriana.

3 Dermatopatólogo, Docente Universidad del Valle, Cali.

Correspondencia: Florinda María Busi. Teléfono (092) 556 0233. Fax (092) 558 5412. polybusi@yahoo.com

Minicaso

Se tomó biopsia que evidenció paraqueratosis focal, moderada acantosis uniforme con focos de espongirosis e infiltrado linfohistiocitario perivascular superficial leve sin atipia. No había epidermotropismo. (Figura 2)

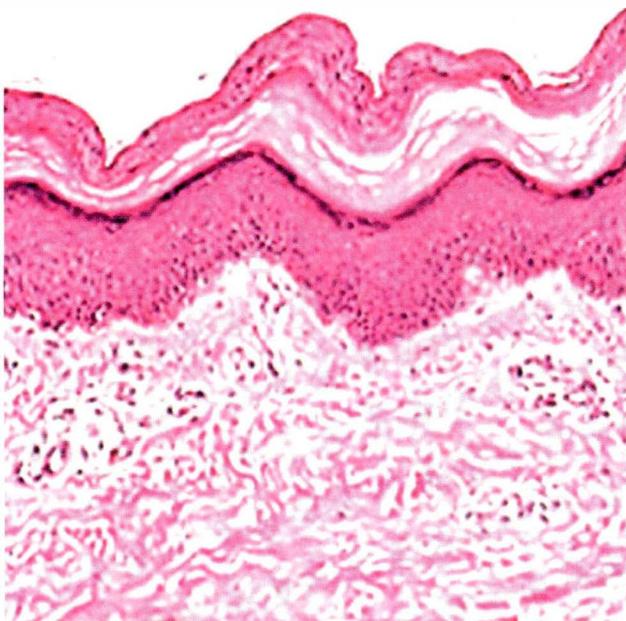


Figura 2. Se observa paraqueratosis, acantosis, e infiltrado linfohistiocitario perivascular superficial.

Con las características clínicas de las lesiones, su evolución y los hallazgos histopatológicos se realizó un diagnóstico de parapsoriasis en pequeñas placas de tipo dermatosis digitada. Se inició fototerapia UVB de banda estrecha tres sesiones por semana y luego de dos meses de tratamiento se obtuvo mejoría clínica del paciente (Figura 3).

DISCUSIÓN

Las parapsoriasis son un grupo de dermatosis caracterizadas por una erupción inflamatoria persistente y descamativa. La clasificación incluye tres enfermedades: parapsoriasis en placas grandes (PPG), parapsoriasis en placas pequeñas (PPP) y pitiriasis liquenoides. Sin embargo, hay autores que prefieren limitar el término a la PPG y la PPP.¹

En 1902 Brocq describió un grupo de enfermedades que presentaban placas eritematosas, descamativas, pru-

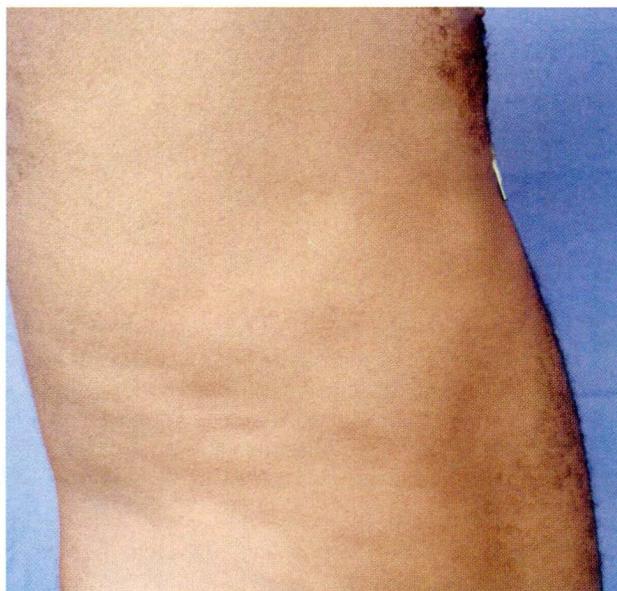


Figura 3. Resolución de lesiones ocho semanas después de UVB de banda estrecha.

iginosas, de curso crónico, recurrentes, y las subdividió en tres grupos: guttata, en placa y liquenoide.⁵ A finales del siglo xx se aceptó la diferenciación que habían propuesto Degos y Montgomery entre la parapsoriasis en placas pequeñas (PPP) y la parapsoriasis en placas grandes (PPG) como entidades diferentes, y que la PPG y sus variantes se relacionaban estrechamente con el estadio en parches de la micosis fungoides (MF);² mientras la evolución de la PPP a MF es aún controversial.

La variante PPP se distingue de la forma PPG por su tamaño, distribución de las lesiones, ausencia de atrofia y/o poiquilodermia. Se presenta entre los 40-50 años, pero puede ocurrir en la infancia. Afecta a todas las razas en todas las regiones geográficas. Existe un predominio en mujeres en una relación 3:1. Las lesiones son crónicas, asintomáticas o levemente pruriginosas, distribuidas en el tronco y regiones proximales de las extremidades, localizadas de forma bilateral. Son recurrentes pero en ocasiones pueden ser persistentes o resolver espontáneamente.¹

En la PPP se observan placas redondas u ovaladas menores de 5 cm y pueden tener un color rojizo marrón. En la variante conocida como "dermatosis digitada" el eje longi-

Dermatosis digitada

tudinal de las lesiones mide más de 5 cm y dan la apariencia de huellas de dedos dejadas sobre la piel del tronco.¹

La PPP es un trastorno linfoproliferativo cutáneo de células T y se ha demostrado, en algunos casos, la presencia de un clon dominante de células T.³ Ackerman y sus colaboradores han manifestado que incluso la PPP es una forma inicial de MF.⁴ En 1995 Haeffner y colaboradores identificaron mediante PCR que en algunos casos de PPP existía un clon de células T, de predominio CD4+,⁴ y estudios recientes demuestran la presencia de células T monoclonales tanto en la piel como en la sangre periférica,⁵ y refieren que no sólo la PPG sino también la PPP tienen potencial de progresar a MF,⁶ aunque la mayoría de casos tienen un comportamiento benigno.

La PPP debe diferenciarse de micosis fungoides (MF), pitiriasis rosada, psoriasis, sífilis secundaria, pitiriasis liquenoide aguda y crónica y erupciones medicamentosas.¹

Los abordajes terapéuticos de la PPP se basan en series de casos no controlados, casos clínicos y evidencias anecdóticas. Los tratamientos propuestos son esteroides tópicos, productos de brea tópicos y diversas formas de fototerapia. Actualmente se prefiere la terapia con UVB banda estrecha y PUVA⁷. Además es importante realizar seguimiento a estos pacientes cada 3 a 6 meses, y luego cada año, para tener seguridad de que el proceso es estable.¹

Bibliografía

1. Gary S. Wood, Chung-Hong Hu. Parapsoriasis. Fitzpatrick T, Freedberg IM. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine, 6th ed. MacGraw-Hill, 2003;546-553.
2. Lambert WC, Everett MA. The nosology of parapsoriasis. J Am Acad Dermatol. 1981;5 (4):373-95.
3. Haeffner AC, Smoller BR, Zepter K, Wood GS. Differentiation and clonality of lesional lymphocytes in small plaque parapsoriasis. Arch Dermatol. 1995; 131(3):321-4.
4. Ackerman AB. If small plaque (digitate) parapsoriasis is a cutaneous T-cell lymphoma, even an 'abortive' one, it must be mycosis fungoides!. Arch Dermatol. 1996; 132(5):562-6.
5. Klemke CD, Dippel E, Dembinski A. Clonal T cell receptor gamma-chain gene rearrangement by PCR-based GeneScan analysis in the skin and blood of patients with parapsoriasis and early stage mycosis fungoides. J Pathol 2002; 197: 348-54.
6. Vakeva L, Sarna S, Vaalasti A. A retrospective study of the probability of the evolution of parapsoriasis en plaques into mycosis fungoides. Acta Derm Venereol. 2005; 85(4):318-23.
7. Herzinger T, Degitz K, Plewig G. Narrowband UVB phototherapy for small plaque parapsoriasis. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2006; 20(5):573-7.