

CASOS CLÍNICOS

Queratodermia espinulosa adquirida

Acquired spiny keratoderma

Paola Zuleta¹, Ornella Piñero², Mauro Coringrato³ y Clara Corrales⁴

RESUMEN

La queratodermia espinulosa es una entidad poco frecuente caracterizada por la presencia de múltiples lesiones hiperqueratósicas milimétricas, de aspecto filiforme, distribuidas en palmas y plantas. Aunque se han descrito casos hereditarios con patrón autosómico dominante, la mayoría es adquirida y se asocia a distintas patologías metabólicas, infecciosas y neoplásicas.

Se presenta el caso clínico de una paciente de 38 años, quien consultó por una dermatosis en las palmas de 10 meses de evolución, compatible clínica e histológicamente con queratodermia espinulosa.

Palabras clave: queratodermia espinulosa, queratodermia palmo-plantar, hiperqueratosis filiforme, lamelación cornoide.

Dermatol. Argent. 2025; 31(3): 161-163

ABSTRACT

Spiny keratoderma is a rare entity characterized by the presence of multiple millimetric hyperkeratotic lesions, with a filiform appearance, distributed on the palms and soles. Although hereditary cases with autosomal dominant pattern have been described, most of them are acquired and have been associated with different metabolic, infectious and neoplastic conditions.

We present the clinical case of a 38-year-old female patient who consulted with a ten-month-old dermatosis on her palms of ten months of evolution, clinically and histologically compatible with spiny keratoderma.

Key words: spiny keratoderma, palmoplantar keratoderma, filiform hyperkeratosis, cornoid lamella.

Dermatol. Argent. 2025; 31(3): 161-163

¹ Médica Concurrente de segundo año

² Médica Dermatóloga

³ Médico Dermatólogo de Planta

⁴ Médica Patóloga

Unidad de Dermatología, Hospital Francisco J. Muñiz,
Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Contacto de la autora: Paola Zuleta

E-mail: gabrielazuletaq@gmail.com

Fecha de trabajo recibido: 12/11/2024

Fecha de trabajo aceptado: 21/4/2025

Conflictivo de interés: los autores declaran que no existe conflicto de interés.

CASO CLINICO

Paciente femenina de 38 años, con antecedentes de hipertensión arterial en tratamiento con enalapril y miomatosis uterina, que consultó al Servicio de Dermatología por una dermatosis pruriginosa en las manos de 10 meses de evolución. Al examen físico, en ambas palmas, presentaba múltiples lesiones hiperqueratósicas de aspecto filiforme, distribuidas irregularmente, de aproximadamente 1 mm de diámetro y coloración ligeramente amarillenta (Foto 1). A la dermatoscopia no se evidenciaron vasos trombosados lo que alejaba el diagnóstico de verrugas palmares (Foto 2). Asimismo, negaba la presencia de síntomas sistémicos y antecedentes familiares de dicha dermatosis.

Ante la sospecha de queratodermia espinulosa adquirida se realizó el tamizaje para la búsqueda de una neoplasia subyacente, sin hallazgos patológicos. Por otro lado, se descartó la presencia de infecciones y de otras enfermedades sistémicas asociadas. La biopsia histopatológica de piel evidenció, a nivel de la epidermis, una hiperqueratosis ortoqueratósica compacta, con una columna de hiperparaqueratosis (Foto 3) que asentaba sobre un sector epidérmico hipogranular levemente deprimido y queratinocitos de aspecto conservado (Foto 4). Se arribó al diagnóstico de queratodermia espinulosa y se inició tratamiento queratolítico con ácido salicílico al 10%, más urea al 20% en crema, con favorable evolución.



FOTO 1: Múltiples lesiones hiperqueratósicas de aspecto filiforme distribuidas irregularmente sobre la superficie de la palma.



FOTO 2: Numerosas proyecciones queratósicas exofíticas milimétricas de forma cilíndrica y coloración ligeramente amarillenta sin vasos trombosados.

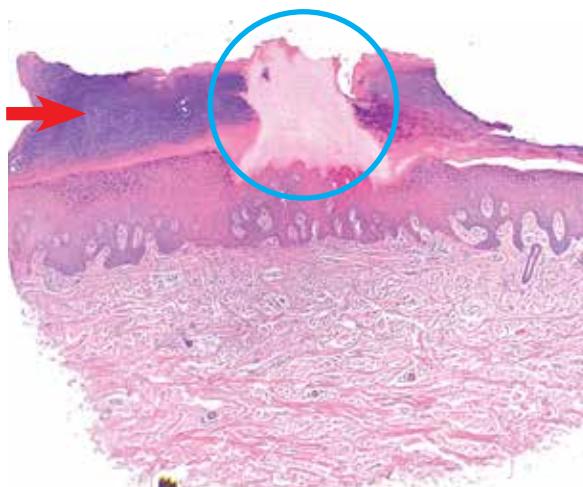


FOTO 3: Hiperqueratosis ortoqueratósica compacta (flecha roja). Columna de hiperparaqueratosis que se dispone sobre un sector epidérmico levemente deprimido (círculo azul) (HyE, 100x).



FOTO 4: La columna de hiperparaqueratosis se dispone sobre un sector epidérmico hipogranular (flecha roja). Queratinocitos de aspecto conservado (círculo azul) (HyE, 400x).

COMENTARIOS

La queratodermia espinulosa (QE) es una entidad rara, de etiología desconocida, con menos de 100 casos publicados en la literatura, que se caracteriza por la aparición de proyecciones queratósicas filiformes en palmas y/o plantas^{1,2}. Brown la describió por primera vez en 1971 y desde entonces se le ha conocido bajo diferentes términos: queratodermia palmoplantar punteada, queratodermia espinosa en caja de música, hiperqueratosis filiforme y queratosis digitada^{2,3}.

Existe una forma hereditaria con patrón autosómico dominante de inicio en la infancia y otra forma adquirida, que suele presentarse en la segunda mitad de la vida y representa el 80% de los casos de las QE⁴. La forma adquirida puede ser idiopática o secundaria a enfermedades sistémicas como diabetes *mellitus* tipo 2, asma, hi-

pertensión arterial, tuberculosis pulmonar, enfermedad de Darier, poliquistosis renal e hiperlipoproteinemia tipo IV. También se ha asociado a enfermedades neoplásicas como melanoma, leucemia y carcinomas de órgano sólido como pulmón, mama y riñón^{1,3,5}.

En cuanto a su fisiopatogenia, existen varias hipótesis que intentan explicarla: a) la formación ectópica del pelo; b) la sobreexpresión del factor de transcripción p63 y de las queratinas 6 y 16, las cuales causarían una hiperproliferación de queratinocitos con la consecuente paraqueratosis; c) la alteración de los cuerpos lamelares secundaria al uso de los inhibidores de la coenzima A (ya que se ha propuesto que la interrupción de la síntesis de colesterol conduciría a la hiperplasia epidérmica)^{1,3,6}.

En la histología se manifiesta como columnas focales de hiperparaqueratosis, con una capa granulosa subyacente adelgazada o ausente (lamelación cornoidé)². No hay alteraciones en los vasos sanguíneos circundantes, y tanto los queratinocitos como la dermis se encuentran preservados³. El diagnóstico diferencial histológico debe hacerse con la poroqueratosis por su importante asociación con los carcinomas de células escamosas. La poroqueratosis, a diferencia de la QE, presenta vacuolización y disqueratosis de los queratinocitos en la epidermis⁷. Otro diagnóstico diferencial son las verrugas múltiples filiformes, que pueden afectar distintas partes del cuerpo incluidas las palmas y las plantas, pero en la histología se encuentra papilomatosis y coilocitos, mientras que a la dermatoscopia se observan los vasos trombosados^{2,3}.

La mayoría de las QE publicadas en la literatura refiere al sexo masculino, con una edad de más de 60 años y afectación palmoplantar³. También se han descrito casos de compromiso únicamente en las palmas, como en nuestra paciente. Hasta la fecha, no existen casos publicados de afectación solamente plantar^{3,8}. Cuando se presenta a una edad temprana, generalmente es de naturaleza familiar, sin embargo, la paciente negaba antecedentes familiares de dicha dermatosis. Debido a su asociación con neoplasias, todos los pa-

cientes que presenten QE deben someterse a un tamizaje inicial de malignidad acorde a su edad y, a partir de allí, repetirlo una o dos veces al año^{8,9}. A diferencia de las poroqueratosis, las lesiones cutáneas de la QE no tienen potencial maligno *per se*¹⁰.

La QE suele ser asintomática, pero por las complejas funciones sensoriales y motoras de la piel palmo-plantar, los pacientes podrían quejarse de prurito y/o dolor leve a la presión, lo que empeora la calidad de vida⁴. El tratamiento de la QE es difícil y, en algunos casos, refractario. Su manejo incluye el desbridamiento mecánico, como el raspado y la dermoabrasión, y tratamientos tópicos, como la urea, el ácido salicílico, los retinoides y el 5-fluorouracilo²; también pueden utilizarse retinoides sistémicos, como la acitretina⁷. No obstante, las lesiones suelen recurrir al suspender el tratamiento^{8,10}. Se ha descrito la resolución completa de las lesiones queratósicas luego del éxito del tratamiento antineoplásico en los casos asociados a cáncer^{1,10}.

El interés del caso es presentar una entidad poco frecuente que se ha relacionado con distintas patologías sistémicas y tumorales. Su carácter indoloro hace que pueda pasar inadvertida, sin embargo, podría ser el primer síntoma de una neoplasia subyacente. Por este motivo, es indispensable el exhaustivo estudio y seguimiento de estos pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Corral M, Paret C, Iglesias M, Amores E, et al. Spiny keratoderma. *Dermatol Online J*. 2020;26:13030.
2. Metze D, Oji V. Queratodermias palmoplantares. En: Bologna JL, Schaffer JV, Cerroni L, et al. *Dermatología*. Ed. Elsevier, España, 2018: 938-939.
3. Dokic Y, Tschen J. Spiny keratoderma of nonfamilial nature and without systemic disease in a woman. *Cureus*. 2019;11:e5609.
4. Gironi LC, Landucci G, Cammarata E, Camillo L, et al. Neoplasia-related spiny keratoderma. Dermoscopic findings of two cases and a literature review. *Australas J Dermatol*. 2021;62: 393-396.
5. Campbell EH, Becknell C. Spiny keratoderma exposes underlying renal cell carcinoma. *JAAD Case Rep*. 2018;4:382-383.
6. Mevorah B, Gat A, Golan H, Brenner S. Unilateral spiny hyperkeratosis: case report and review of the literature. *Dermatology*. 2008;21:181-186.
7. de Azevedo TP, Sodré CT, Santangelo CL, Quintella DC, et al. Spiny keratoderma: report of three cases. *J Cosmet Dermatol*. 2020;19:2006-2010.
8. Chee SN, Ge L, Agar N, Lowe P. Spiny keratoderma: case series and review. *Int J Dermatol*. 2017;56:915-919.
9. Valek SA, Ahmad AS, Rousseau MA, Rashid RM. Spiny keratoderma. A review of case reports and histopathological descriptions. *J Cutan Pathol*. 2023;50:371-377.
10. Pellegrini D, Padilla Salcedo D, Noriega G, Coisson P, et al. Espinas en manos, piense en queratodermia espinosa. *Medicina*. 2024;84:979-982.