

Tema 29

ECZEMA DISHIDRÓTICO

Dres. E. Herrera, M. Mendiola y E. Gallego

DEFINICIÓN

También se le denomina dermatitis eczematosa dishidrótica, pómpholix y eczema paráptico y se definiría como dermatosis vesiculosa, recurrente y crónica que afecta palmas y plantas en la que intervienen factores derivados de la sudoración sobre un fondo atópico. Predomina en varones (3:1) y es más frecuente en jóvenes y adultos y en épocas de calor y humedad.

ETIOPATOGENIA

Desconocida o multifactorial. En un 50% de casos se desarrolla sobre terreno atópico encontrando elevación de la IgE en el 35% de los pacientes. También se valoran otros factores como hiperhidrosis, alergia a níquel (pruebas epicutáneas positivas a sulfato de níquel en el 30% de casos), cobalto y cromo. El estrés emocional puede desencadenar los brotes.

CLÍNICA

Clínicamente se caracteriza por erupción súbita de vesículas duras como en "granos de mijo", muy pruriginosas, en palmas de manos, plantas de pies y caras laterales de dedos de ambas extremidades. La confluencia de estas vesículas pueden conformar grandes ampollas que nunca se rompen y evolucionan dejando un collarete escamoso que puede motivar lesiones eritemato-descamativas y liquenificación (Figs. 1 y 2).

HISTOPATOLOGÍA

Microscópicamente se observa espongirosis del estrato espinoso y capa córnea engrosada. Los

focos de espogiosis van confluyendo y formando vesículas que desplazan el acrosiringio. El contenido de las vesículas es principalmente líquido, aunque puede contener algunas células de Langerhans y, rara vez, algún queratinocito acantolítico. Ocasionalmente puede haber polimorfonucleares, en cuyo caso es importante descartar la presencia de dermatofitos. Existe, además, un moderado infiltrado inflamatorio linfocitario perivascular superficial, con ligera exocitosis de linfocitos dentro de las vesículas. En las lesiones persistentes, el estrato córneo se encuentra muy desorganizado, con áreas irregulares de paraqueratosis y exudación celular inflamatoria asociada (Figs. 3 y 4).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Desde el punto de vista clínico habría que realizarlo con psoriasis palmo-plantar, tiña de la mano y pies, eritema polimorfo, eczema de las manos y dermatitis atópica.

El diagnóstico diferencial histológico hay que establecerlo principalmente con las infecciones por dermatofitos que muestran vesículas subcórneas con abundantes neutrófilos, y con la dermatitis alérgica de contacto de palmas y plantas, donde se observan vesículas intraepidérmicas y presencia de eosinófilos.

TRATAMIENTO

Si se identifica la causa, habría que eliminarla. En la fase aguda se recomiendan fomentos a base de sulfato de Zinc (1/1.000), permanganato potásico, solución de Burow, cremas con corticoides tópicos, lociones de eritromicina al 2%, tacrólimus o primecrólimus y ciclos cortos de corticosteroides



Figura 1. Eczema dishidrótico. Vesículas profundas milimétricas, agrupadas en cara anterior de la mano de la mano.



Figura 2. Eczema dishidrótico . Múltiples vesículas en cara anterior de mano y dedos.

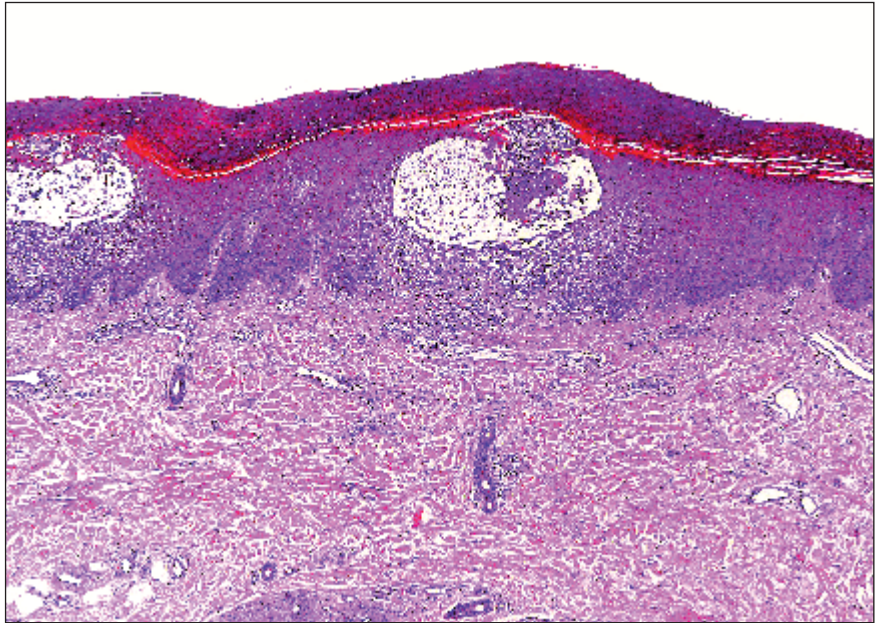


Figura 3. Eczema dishidrótico. Capa córnea engrosada, espongiosis y moderado infiltrado inflamatorio linfocitario perivascular superficial, con ligera exocitosis de linfocitos.

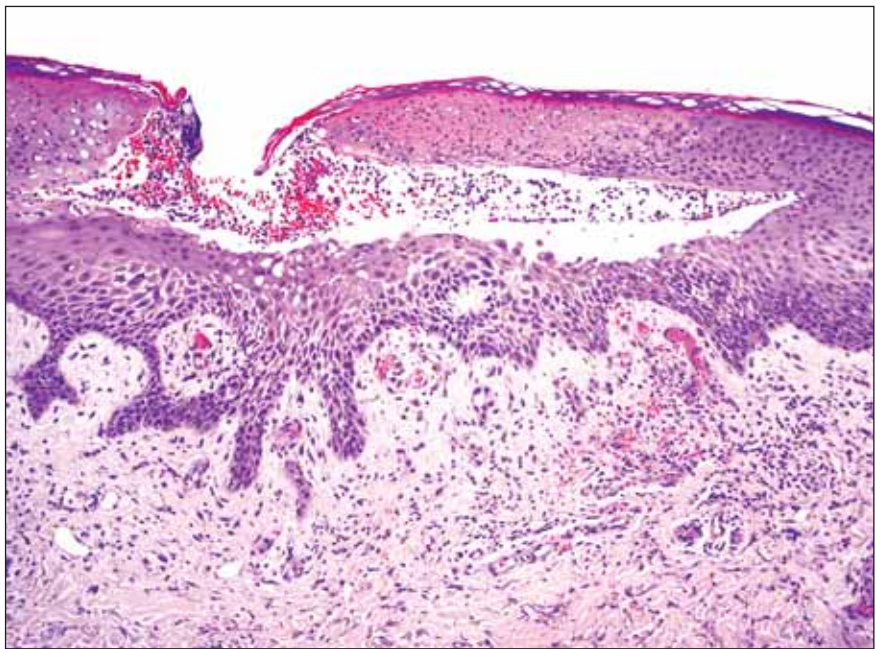


Figura 4. Eczema dishidrótico. Vesícula intraepidérmica y marcada espongiosis en el estrato espinoso adyacente.

orales. En casos resistentes podría indicarse PUVA, pentoxifilina y cromoglicato disódico. En la fase crónica, se recomendará adecuada hidratación con

emulsiones, corticosteroides tópicos de potencia media en ciclos de 7 noches y protección adecuada ante los roces con guantes de algodón y vinilo.