



Medicina de Familia

SEMERGEN

www.elsevier.es/semergen



IMÁGENES EN MEDICINA DE FAMILIA

Acroqueratosis verruciforme. A propósito de un caso de medicina de familia



Hopf verruciform acrodermatosis: About a case of family's medicine

F. Rodríguez Castilla^{a,*}, A. Castro Menéndez^b y A. Pérez Milena^a

^a Medicina familiar en el Centro de Salud del Valle, Jaén, España

^b Enfermería, Hospital Materno Infantil, Jaén, España

Introducción

La acroqueratosis verruciforme de Hopf es una dermatosis determinada por factores genéticos de transmisión autosómica dominante, siendo poco frecuente, con predominio en varones¹. En raras ocasiones el origen puede estar causado por virus como el virus de papiloma humano (VPH)-5, siendo características las verrugas planas y persistentes, que pueden dar lugar a carcinomas basocelulares o espinocelulares (con baja incidencia de metástasis). Las regiones predominantemente afectadas son cara, dorso de manos, tronco y región pretibial^{1,2}.

El comienzo de las lesiones se muestra como manchas escamosas hipocrómicas, pudiendo progresar a pápulas, a modo de verrugas planas rosadas o pardas con superficie lisa; pueden presentar fenómeno de Köebner y presentan un prurito muy intenso².

La edad característica de presentación de la enfermedad es antes de la pubertad, aunque pueden observarse en cualquier etapa de la vida, jugando un papel importante la inmunidad celular, con reducción de las células T totales y linfocitos *helper*, además de una reacción invertida de

CD4/CD8, por lo que se ha relacionado también con pacientes inmunodeprimidos y virus de inmunodeficiencia humana (VIH) positivos³.

Estas lesiones resultan fluorescentes a la luz de Wood, siendo el diagnóstico definitivo a través de anatomía patológica, debiéndose realizar diagnóstico diferencial con verrugas planas o vulgares, enfermedad de Darier y con liquen plano^{3,4}.

Caso clínico

Se presenta el caso de una paciente femenina de 85 años de edad, jubilada, con hipertensión arterial (HTA) como antecedente personal único tratado con enalapril 10 mg cada 24 h, sin más patología conocida. La paciente no nos refirió en ningún momento haber tenido lesiones de tipo verrugoso. Como dato de interés comentó el caso de un hermano con brotes pruriginosos en los últimos cinco años, actualmente fallecido. No sabía si tuvo lesiones en la piel.

La paciente presentaba una dermatosis diseminada por ambas piernas y brazos con lesiones típicas de rascado, que incluso se ulceraron en la región maleolar interna de la pierna derecha.

Las lesiones tenían un aspecto polimorfo con formaciones planas de 2-4 mm de diámetro promedio, con formación de algunas placas de color parduzco en regiones pretibiales y antebrazos, de prurito muy intenso (fig. 1).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pacomatro04@yahoo.es
(F. Rodríguez Castilla).



Figura 1 Lesión típica.

Para el diagnóstico se realizó biopsia incisional de una de las lesiones de la región tibial derecha, cuyo resultado fue hiperqueratosis ortoqueratósica y acantosis.

Como estudios complementarios se solicitaron analíticas con serología para VIH, VPH, virus de hepatitis B (VHB) y virus de hepatitis C (VHC) cuyo resultado fue negativo, así como marcadores tumorales (antígeno carcinoembrionario, CA 125, CA 15.3, CA 19.9, CA 72.4 y enolasa específica neuronal) también negativos. Resto de analítica, hemograma, coagulación, función renal, hepática y tiroidea en rangos normales para edad y sexo de la paciente.

El tratamiento consistió en tandas de corticoides (prednisona) y antihistamínicos (bilastina) a altas dosis y en tomas decrecientes durante un mes con un resultado satisfactorio tras este periodo. Una vez terminado este tratamiento se recurrió a agentes queratolíticos tópicos (ácido acetilsalicílico)

lico) que facilitó la descamación de la piel seca resultante del tratamiento anterior.

Comentario

Creemos necesaria la publicación de casos como el que se ha descrito, dado que son lesiones infrecuentes que pueden confundir el diagnóstico con otras mucho más comunes en nuestra práctica clínica, pudiendo parecer que nuestro diagnóstico es refractario al tratamiento con la consiguiente inquietud tanto del paciente como del profesional debido a los resultados negativos de tratamiento por un diagnóstico erróneo.

Se ha contado con el consentimiento del paciente y se han seguido los protocolos de los centro de trabajo sobre tratamiento de la información de los pacientes.

Financiación

Este artículo no ha sido financiado por ninguna entidad.

Conflicto de intereses

Los autores de este artículo declaramos que no existen conflictos de intereses en la realización del mismo.

Bibliografía

1. Torrijos A. Pápulas verrugosas en el dorso de las manos. *Actas Dermosifisiologr.* 2005;96:267–9.
2. Sun C, Grossman S, Valdes R, et al. Guttate leukoderma and acrokeratosis verruciformis of Hopf. A rare combination in Darier disease. *Dermatol Online J.* 2020;26:13030/qt5938q4rj.
3. Andrade T. Acrokeratosis verruciforme of Hopf: case report. *An Bras Dermatol.* 2016;91:639–41.
4. Jeremy M. Procedimientos dermatológicos menores. *J Dermatol.* 2019;131:883.