

QUERATODERMIA PALMOPLANTAR ASOCIADA A HIPOTIROIDISMO

MARIA DOLORES SALDUNA¹, CAROLINA FUX², RICARDO ALBERTINI³, ALEJANDRO RUIZ LASCANO⁴*Servicios de Dermatología, Endocrinología y Clínica Médica, Hospital Privado de Córdoba*

Resumen Describimos un paciente de 45 años de sexo masculino, con hiperqueratosis palmoplantar. Simultáneamente se diagnosticó hipotiroidismo primario de origen autoinmune. Al realizar tratamiento sustitutivo con levotiroxina, el cuadro dermatológico se resolvió en el transcurso de siete meses. La queratodermia palmoplantar adquirida asociada a hipotiroidismo es una condición reversible. A pesar de ser una asociación infrecuente, debe ser considerada en el diagnóstico diferencial.

Palabras clave: queratodermia, hiperqueratosis palmoplantar, hipotiroidismo

Abstract *Acquired palmoplantar keratoderma with hypothyroidism.* We report the case of a 45 year-old male with palmoplantar hyperkeratosis. He had chronic thyroiditis with severe hypothyroidism. Skin lesions improved upon thyroid hormone replacement. Complete resolution of palmoplantar keratoderma was achieved after 7 months of therapy. The association of acquired palmoplantar keratoderma with hypothyroidism even though extremely unusual, should be considered in the differential diagnosis. It is a reversible condition.

Key words: keratoderma, palmoplantar hyperkeratosis, hypothyroidism

A pesar que el hipotiroidismo de origen autoinmune es habitual y su frecuencia parece estar en aumento¹, la queratodermia asociada es una entidad clínica poco descripta, que muestra una respuesta notable al tratamiento específico con hormona tiroidea.

Considerar en el diagnóstico diferencial una disfunción tiroidea ante esta dermo-patía está justificado en vista de la evolución y resultado del tratamiento.

Caso clínico

Paciente de sexo masculino de 45 años, quien se presentó a la consulta con hiperqueratosis plantar severa, difusa, simétrica, extendida a los bordes laterales, de tres meses de evolución asociada a fisuras e infecciones bacterianas recurrentes (Fig. 1). Al mes de la primera consulta desarrolló placas hiper-queratósicas localizadas en ambas palmas (Fig. 2). Se trató con corticoides tópicos y queratolíticos sin respuesta. Presentaba como antecedentes hipercolesterolemia e hipertensión arterial moderada medicada con enalapril y atenolol. En la anamnesis dirigida el paciente refirió letargo, cansancio, debilidad, aumento de peso, intolerancia al frío y constipación de varios meses de evolución. Examen físico: obesidad central, reflejos osteotendinosos disminuidos,

tiroides no palpable. No manifestó antecedentes familiares patológicos de dermatopatías ni enfermedad tiroidea.

Se realizaron estudios complementarios con los siguientes resultados: micológico de piel negativo; el estudio histopatológico reveló: dermatitis espongiforme, epidermis con hiperqueratosis, paraqueratosis focal, acantosis, espongiosis y microvesículas intraepidérmicas, dermis con infiltrado perivascular y difuso con exocitosis; bioquímica sanguínea: VDRL negativo, TSH 215 μ U/ml (vn: 0.25-4 μ U/ml) anticuerpos antitiroperoxidasa 248 UI/ml (vn: <34) colesterol 329 mg/dl (vn: 200). Los test de función tiroidea fueron interpretados como tiroiditis autoinmune con hipotiroidismo. Se comenzó con terapia sustitutiva de levotiroxina, con 75 μ g/día, que fue incrementando gradualmente a 100 μ g/día con normalización de la TSH a los cuatro meses. Las lesiones de piel fueron mejorando paulatinamente hasta su curación completa a los siete meses de comenzado el tratamiento. A los dos años de seguimiento continúa en tratamiento con levotiroxina 100 μ g/día, atenolol 25 mg/día, clortalidona 12.5 mg/día, eutiroido, sin lesiones de piel.

Discusión

Las queratodermias palmoplantares son un grupo heterogéneo de enfermedades caracterizado por engrosamiento de palmas y plantas. Pueden ser divididas en dos principales categorías: hereditarias y adquiridas.

Las hereditarias pueden ser procesos primarios transmitidos en forma autosómica recesiva, dominante o ligado al X, con hallazgos clínicos específicos. También pueden estar asociadas a otras genodermatosis como por ejemplo algunos tipos de ictiosis, pitiriasis *rubra pilaris*

Recibido: 26-VII-2004

Aceptado: 25-X-2004

Dirección Postal: Dra. María Dolores Salduna, Servicio de Dermatología, Hospital Privado de Córdoba, Naciones Unidas 346, 5016 Córdoba, Argentina.

Fax: (54-351) 4688865

e-mail: hdv@tutopia.com



Fig. 1.- Hiperqueratosis plantar con fisuras.



Fig. 2.- Placas hiperqueratósicas en palmas.

(tipo familiar), epidermólisis ampollar simple (Dowling-Meara), entre otros.

Las adquiridas pueden estar asociadas a liquen plano, pitiriasis *rubra pilaris*, síndrome de Reiter, tiña pedis, sífilis secundaria, verrugas, callosidades, queratosis arsenicales, psoriasis, climaterio, blenorragia, sarna noruega, micosis fungoide, mieloma, neoplasia (paraneoplásico), inducida por drogas, entre otras².

El hipotiroidismo es una causa rara de queratodermia palmoplantar adquirida³⁻⁷. Encontramos solo seis casos en la bibliografía consultada. Todos respondieron a terapia con hormona tiroidea y resolvieron las lesiones de la piel en un período que variaba de un mes a un año. Algunas características distintivas de la queratodermia incluían marcada gravedad, compromiso difuso de plantas y más localizado en palmas. Los hallazgos histopatológicos incluyeron hiperqueratosis y acantosis. En ningún caso respondieron a tratamientos con corticoides tópicos y queratolíticos.

Considerando la edad de comienzo de los síntomas, la falta de antecedentes familiares y el mejoramiento posterior al tratamiento de su hipotiroidismo, creemos que se trata de una queratodermia asociada a hipotiroidismo. El diagnóstico de hiperqueratosis inducida por drogas (atenolol) fue considerado, pero descartado, debido a que dicha droga nunca se suspendió⁸. El curso clínico mostró una eficaz respuesta a la terapia con hormona tiroidea, similar al informado por la bibliografía.

A pesar de que su causa permanece desconocida, se postula que anomalías en los lípidos del estrato córneo intercelular serían en parte responsables de la

histogénesis de la queratodermia, pero sin conclusiones definitivas^{7,9}.

En conclusión, la queratodermia palmoplantar adquirida asociada a hipotiroidismo es una condición reversible. El hipotiroidismo debe ser considerado en el diagnóstico diferencial de esta entidad.

Bibliografía

1. Larsen PR, Davies TF. Hipotiroidismo y tiroiditis. En: Larsen PR, Kronenberg H M, Melmed S, Polonsky KS (eds). *Williams Tratado de Endocrinología*. Décima edición. Madrid: Elsevier, 2004, p. 465-500.
2. Stevens HP, Leigh IM. The inherited keratodermas of palms and soles. In: Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, Austen KF, Goldsmith LA, Katz SI, Fitzpatrick TB (eds). *Dermatology in General Medicine*. 5th ed. New York: Mc Graw-Hill, 1999, p 603-13.
3. Tan OT, Sarkanay I. Severe palmar keratoderma in myxoedema. *Clin Exp Dermatol* 1977; 2: 287-8.
4. Hodak E, David M, Feuerman EJ. Palmoplantar keratoderma in association with myxedema. *Acta Derm Venerol* 1986; 66: 354-7.
5. Good JM, Neill SM, Payne CM, Staughton RC. Keratoderma of myxoedema. *Clin Exp Dermatol* 1988; 13: 339-41.
6. Hodak E, David M. Keratoderma in association with myxedema. *Clin Exp Dermatol* 1989; 14: 334.
7. Miller JJ, Roling D, Spiers E, Davics A, Rawlings A, Leyden J. Palmoplantar keratoderma associated with hypothyroidism. *Br J Dermatol* 1998; 139: 741-2.
8. Litt JZ. *Drug Eruption Reference Manual*. New York: Parthenon, 2000, p. 42.
9. Itin PH, Lautenschlager S. Palmoplantar keratoderma and associated syndromes. *Semin Dermatol* 1995; 14: 152-61.