

Acrodermatitis continua de Hallopeau: reporte de un caso

Acrodermatitis continua of Hallopeau: case report

**Angélica Rivera,¹ Eberth Quijano,² Florencio Cortez,² Rita Sánchez,³
Dina Carayhua,⁴ Héctor Jiménez,¹ Cristina Díaz,¹ Johan Núñez¹**

RESUMEN

La acrodermatitis continua de Hallopeau (ACH) es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta a los dedos de las manos y/o pies, se caracteriza por una placa eritematodescamativa con erupciones pustulosas estériles. Es una patología rara o quizá subdiagnosticada y más frecuente en mujeres de edad mediana, según los pocos casos reportados. Se presenta el siguiente caso clínico de una adolescente de 15 años de edad, que presentó una placa eritematodescamativa con pústulas estériles, en tres oportunidades a lo largo de dos años. El diagnóstico de ACH se realizó por la clínica y la histología. Se indicó tratamiento con acitretina vía oral y se tiene mejoría clínica importante.

PALABRAS CLAVE. Acrodermatitis continua, Psoriasis pustular.

ABSTRACT

The acrodermatitis continua of Hallopeau (ACH) is a chronic inflammatory disease that affects the fingers and toes, is characterized by erythematous scaly plaque with sterile pustular eruptions. It is a rare condition or perhaps underdiagnosed, according the few reported cases is more common in middle-aged women. We report the case of a 15 year-old woman which presented an erythematous plaque with sterile pustules on three occasions along two years, the diagnosis of ACH was made by clinical and histology. Acitretin therapy is indicated orally and has significant clinical improvement.

KEY WORDS. Acrodermatitis continua, Pustular psoriasis.

INTRODUCCIÓN

La acrodermatitis continua de Hallopeau (ACH), también conocida como acropustulosis, acrodermatitis pustular, acrodermatitis *perstans* y dermatitis *repens*, es una enfermedad inflamatoria crónica y recurrente que afecta a los dedos de manos y/o pies. Se caracteriza por erupciones pustulosas estériles, que inicialmente afectan a las puntas de los dedos y tienden a expandirse lentamente a nivel local. En los casos crónicos de larga data, estas erupciones puede dar lugar a lesiones incapacitantes como la atrofia, oncodistrofia, y osteólisis^{1,2}. En los adultos, la enfermedad puede evolucionar hacia psoriasis pustulosa generalizada.³

La enfermedad fue reportada por primera vez, en 1888, por Radcliffe-Crocker, que acuñó el término dermatitis *repens* y consideró que la condición era de origen neurótico⁴. En 1890, Hallopeau describió una serie de casos y aplicó el término acrodermatitis supurativa continua. Hallopeau consideró que era causada por *Staphylococcus albus* o por *S. aureus*⁵. En 1902, Audry concluyó que la condición no es resultado de la infección por *Staphylococcus*.⁶ En 1944, Lever explicó que clínicamente se parecen mucho a la psoriasis pustulosa y no se puede distinguir de ella en la

1. Médico residente de Dermatología. Hospital Nacional Daniel A. Carrión. Callao, Perú.
2. Médico dermatólogo asistente. Hospital Nacional Daniel A. Carrión. Callao, Perú.
3. Médico dermatóloga asistente. Hospital San José. Callao, Perú.
4. Médico patólogo asistente. Hospital Nacional Daniel A. Carrión. Callao, Perú.



Figura 1. Placa eritematodescamativa de 16 x14 mm en la falange proximal y la falange media de la mano derecha.



Figura 2. Pitting en uña del segundo dedo de la mano derecha.

histopatología. Se concluyó que la ACH es una variante de la psoriasis pustular.

No se conoce la incidencia de la ACH, pero con base en los reportes de casos se sabe que es más frecuente en mujeres de edad mediana.⁷ La etiología sigue siendo difícil de alcanzar, considerada una variante de la psoriasis pustular se postulan las etiologías inflamatorias, neurales e infecciosas.^{7,8} Por lo general, comienza en la punta de uno o dos dedos de las manos, se caracterizan por pequeñas pústulas que al juntarse forman lagos de pus, que al romperse dejan una piel eritematosa y brillante, en la cual se desarrollan nuevas pústulas. Cuando estas se forman debajo del lecho ungueal, pueden producir la pérdida de la placa o una onicodistrofia grave. El diagnóstico es clínico e histopatológico. La histología muestra las características de la psoriasis pustulosa.

CASO CLÍNICO

Se describe el caso de una paciente mujer de 15 años de edad, nacida y procedente del Callao. Sin antecedentes patológicos personales y familiares de importancia. Desde hace dos años ha tenido tres episodios de un mismo cuadro clínico. El cuadro se inicia con una lesión eritematodescamativa, no dolorosa localizada en la falange proximal y la falange media del segundo dedo de la mano derecha. En el primer episodio, recibió tratamiento con corticoide tópico, con mejoría total. El segundo episodio fue dieciocho meses después, en la misma localización, pero, además, se añaden pústulas dolorosas; se indica corticoides tópico y sistémico, con los que se hay mejoría clínica parcial (persistencia solo del eritema indoloro). Acude por tercera vez a consultorio por presentar nuevamente las pústulas desde hace tres días.

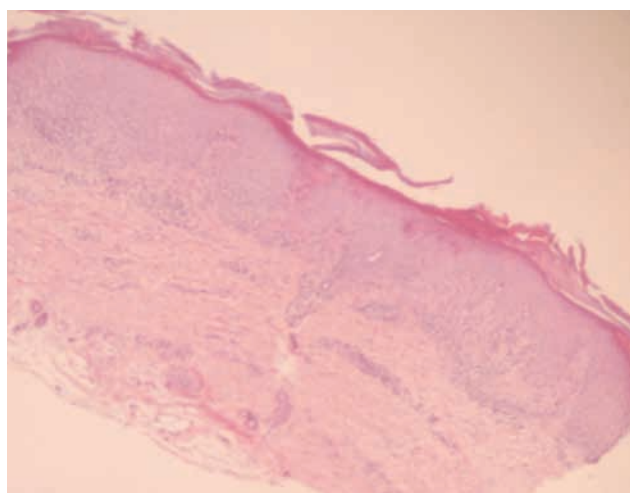


Figura 3. Dermatitis con hiperqueratosis y paraqueratosis, patrón psoriasisiforme regular y un infiltrado linfocitario en dermis superficial.

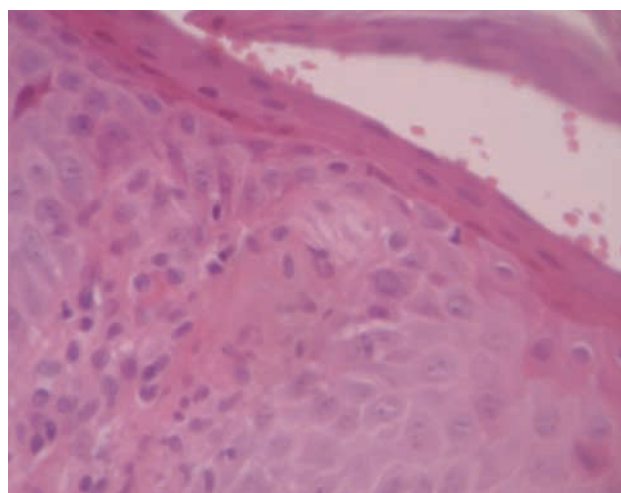


Figura 4. Papilomatosis y exocitosis de neutrófilos.

Al examen físico, se evidenció: placa eritematodescamativa con una pústula; *pitting*, en la uña del segundo dedo de la mano derecha. Figuras 1 y 2.

Ante la presencia de una paciente con una enfermedad crónica y recidivante, se decide realizar una biopsia de piel. La histopatología mostró hiperqueratosis con paraqueratosis, patrón psoriasiforme regular con papilomatosis y exocitosis de neutrófilos; además, infiltrado linfocitario en dermis superficial. Figuras 3 y 4.

El examen directo y cultivo para hongos fue negativo, la secreción de la pústula no contenía gérmenes.

DISCUSIÓN

La ACH es una enfermedad inflamatoria crónica y recurrente que afecta a los dedos de manos y/o pies. Se caracteriza por erupciones pustulosas estériles, que al inicio afectan las puntas de los dedos y tienden a expandirse lentamente a nivel local. Afecta con mayor frecuencia los dedos de las manos y, por lo general, se asocia con un trauma o infección digital previa.⁹

Las lesiones varían según la etapa de la evolución. Los episodios agudos se caracterizan por pequeñas pústulas que al juntarse forman lagos de pus los cuales al romperse dejan una piel eritematosa y brillante en la cual se desarrollan nuevas pústulas. A medida que la enfermedad se extiende proximalmente, el área de piel afectada se muestra con un eritema brillante o una capa superficial queratósica y fisurada con pústulas recién formadas. Si las pústulas se forman debajo del lecho ungueal puede producir la pérdida de la placa o una onicodistrofia grave.^{1,2} En la etapa crónica, puede ocurrir la destrucción completa de la matriz de la uña y, finalmente, puede conducir a la anoniquia. La piel se torna severamente atrofiada, la osteítis de las falanges resulta en osteólisis y el compromiso articular puede ocurrir.^{1,2,10}

La enfermedad puede permanecer confinada al sitio original, pero más a menudo se propaga proximalmente para cubrir la mano, el dorso del antebrazo, o el pie.

La ACH puede estar asociada con la psoriasis pustulosa generalizada de tipo Zumbusch.³ La membrana mucosa puede verse afectada, lo que puede conducir a la afectación de la mucosa de la lengua (glositis), conjuntiva y uretra (balanitis).¹¹

El diagnóstico es clínico e histopatológico. La histología muestra las características de la psoriasis pustulosa; pústulas subcorneales neutrofilicas, espongirosis e hipogranulosis de la epidermis, los cambios dérmicos incluyen infiltrado linfohistiocitario moderado y edema focal. Lesiones crónicas recurrentes muestran atrofia severa de la papila dermis y el adelgazamiento de la epidermis. La tinción del frotis y el cultivo de las pústulas, además del examen directo

con hidróxido de potasio (KOH), son importantes para descartar otras patologías.¹²⁻¹⁴ El diagnóstico diferencial es con la infección por estafilococos, el panadizo herpético, dermatofitosis, el eczema dishidrótico o la dermatitis de contacto alérgica o irritante.^{13,15}

El tratamiento de la ACH es difícil porque la condición es invariablemente recalcitrante a las terapias disponibles. Por consiguiente, ningún fármaco tiene éxito en alcanzar la remisión duradera. En vista de la rareza de la enfermedad, los estudios publicados se limitan a los informes de casos. Por lo tanto, no hay pautas terapéuticas claras. Como la ACH es considerada una patología variante de la psoriasis pustular, se ha utilizado terapia antipsoriática, sin una verdadera eficacia.

Los corticosteroides tópicos han representado una terapia primaria en los pacientes con ACH, tanto sola o con otros tratamientos sistémicos. El papel exitoso de los agentes citostáticos tópicos (fluorouracilo) en el tratamiento de las recaídas pustulosas de las manos y los pies ha sido reportados.^{16,17} En ocho casos de pacientes tratados con calcipotriol tópico, dos veces por día, en oclusión, se vio remisión completa en el cuarto mes. Dos pacientes tratados con tacrolimus, dos veces por día, remitieron sus lesiones en dos semanas, pero tuvieron recaídas al tercer mes. La combinación de calcipotriol con tacrolimus o betametasona causó mejoría total en tres semanas y pocas recurrencias en los nueve meses siguientes.

Los tratamientos sistémicos muestran en general mejores resultados. Algunos informes han demostrado el papel de los retinoides orales (etretinato y acitretina) administrados como monoterapia o en combinación con otro agente tópico o sistémico. Tres casos tratados con acitretina, 35 a 40 mg/d, tuvieron mejoría clínica total en un mes y no se evidenció recurrencia. El tratamiento es aun mejor cuando se combina con calcipotriol tópico.¹⁸

Se presenta este caso porque es una patología rara o quizá subdiagnosticada, de evolución crónica y, a veces, discapacitante. La paciente acudió en varias oportunidades al consultorio. En la primera consulta, se consideró el diagnóstico de eczema dishidrótico y se inició tratamiento con corticoide tópico, con lo que remitió. En el segundo episodio, la mejoría fue parcial con corticoides tópicos y sistémicos; como la paciente volvió a presentar pústulas, se realizó una biopsia de piel, con la que se llegó al diagnóstico de ACH. Se inició tratamiento con acitretina, vía oral, con 25 mg/d. El día 25 se evidenció mejoría clínica total y se indicó tazaroteno, vía tópica. La paciente aún continúa en seguimiento. Es importante tener en cuenta la ACH, a pesar de ser una patología rara, como diagnóstico diferencial de un cuadro clínico compatible con eczema recidivante.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barker JNWN. Psoriasis. In: Burns T, Cox N, Griffiths C, et al., eds. *Rooks' Textbook of Dermatology*, 8th edn. Oxford: Wiley-Blackwell; 2008. p.20.46-20.47.
2. Adam BA, Loh CL. Acropustulosis (acrodermatitis continua) with resorption of terminal phalanges. *Med J Malaysia*. 1972;27:30-32.
3. Mrowietz U. Pustular eruptions of palms and soles. In: Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, et al., eds. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*, 7th ed. New York, NY: McGraw-Hill; 2008. p. 215-218.
4. Radcliff-Crocker H. *Diseases of the skin: their description, pathology, diagnosis and treatment*. London: H K Lewis; 1888.
5. Hallopeau MH. Sur une asphyxie locale des extrémités avec polydactylite suppurative chronique et poussées éphémères de dermatite pustuleuse disséminée et symétrique. *Bull Soc Fr Dermatol Syphiligr*. 1890;1:39-45.
6. Audry C. *Ann Dermatol Syphiligr*. (Paris) 1901 4:913-920.
7. Granelli U. Impetigo herpetiformis; acrodermatitis continua of Hallopeau and pustular psoriasis; etiology and pathogenesis and differential diagnosis. *Minerva Dermatol*. 1956;31:120-126.
8. Mobini N, Toussaint S, Kamino H. Noninfectious erythematous, papular, and squamous diseases. In: Elder DE, Elenitsas R, Johnson B, Murphy G, editors. *Lever's histopathology of the skin*. 9th ed. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins; 2005. p. 174-210.
9. Yerushalmi J, Grunwald MH, Hallel-Halevy D, et al. Chronic pustular eruption of the thumbs. Diagnosis: acrodermatitis continua of Hallopeau (ACH). *Arch Dermatol*. 2000;136:925-930.
10. Mahowald ML, Parish RM. Severe osteolytic arthritis mutilans in pustular psoriasis. *Arch Dermatol*. 1982;118:434-437.
11. O'Keefe E, Braverman IM, Cohen I. Annulus migrans. *Arch Dermatol*. 1973; 107:240-244.
12. Post CF, Hopper ME. Dermatitis repens: a report of two cases with bacteriologic studies. *AMA Arch Derm Syphilol*. 1951;63:220-223.
13. Lockshin NA. Escherichia coli infection of the finger. A possible cause of dermatitis repens. *Cutis*. 1980;26:
14. Gluckman SJ, Heyman W. Diagnosis: acrodermatitis continua of Hallopeau. *Clin Infect Dis*. 2001;32:431,505.4.
15. Mooser G, Pillekamp H, Peter RU. Suppurative acrodermatitis continua of Hallopeau. A differential diagnosis of paronychia. *Dtsch Med Wochenschr*. 1998;123:386-390.
16. Tsuji T, Sugai T. Topically administered fluorouracil in psoriasis. *Arch Dermatol*. 1972;105:208-212.
17. Fredriksson T. Topically applied fluorouracil in the treatment of psoriatic nails. *Arch Dermatol*. 1974;110:735-736.
18. Virendra N, Sehgal, Prashant Verma, Sonal Sharma, Govind Srivastava, Ashok K. Aggarwal, Farhan Rasool, and Kingsuk Chatterjee. Acrodermatitis continua of Hallopeau: evolution of treatment options. *Internat J Dermatol*. 2011;50:1195-1211.

Correspondencia: Angélica Matilde Rivera Sullca
985372762, anqui1419@hotmail.com

Fecha de recepción: 7 de noviembre de 2012

Fecha de aceptación: 14 de noviembre de 2012