

Dishidrosis

Tratamiento

En este artículo se analiza la etiología, la clínica, las bases del diagnóstico y el tratamiento de la dishidrosis, una afección dermatológica con una sintomatología molesta para el paciente, que a menudo puede consultar al farmacéutico sobre productos para mejorar su calidad de vida, independientemente de la estrategia farmacoterapéutica que le haya indicado el dermatólogo, a cuyo buen cumplimiento también es posible contribuir eficazmente desde la oficina de farmacia.

X. GARCIA-NAVARRO, F. CORELLA, E. ROÉ, J. DALMAU, LL. PUIG

Servicio de Dermatología. Hospital Santa Creu i Sant Pau. Barcelona

El eccema dishidrótico o dishidrosis, también llamado ponfólax, se encuentra englobado dentro del grupo de los eccemas vesiculosos palmo-plantares. Desde el punto de vista histórico, la primera descripción de este proceso fue realizada por Fox en 1873, pero fue Hutchinson, en 1876, quien acuñó el término queiroponfólax, de las palabras griegas que significan mano y burbuja.

Etiología

El ponfólax presenta un claro predominio estacional en los meses de primavera y verano, más calurosos, por lo que durante mucho tiempo se supuso que estaba relacionado con un trastorno de la sudoración (de ahí el término dishidrosis). Hoy en día esta hipótesis se ha desacreditado, ya que se ha demostrado que se trata de una dermatitis espongíotica cuya expresión clínica está modificada por el gran espesor del estrato córneo de la piel palmar y plantar, que reduce las posibilidades de rotura de las vesículas, que no están relacionadas con las

glándulas sudoríparas eccrinas.

La etiología del proceso no está completamente aclarada y se acepta que se trata de un proceso idiopático o constitucional (eccema endógeno) que afecta por igual a ambos sexos. Se han descrito diversos factores que ocasionan una alteración en las funciones protectoras e inmunológicas de la piel, entre los que destacan casos relacionados con la dermatitis atópica, caracterizada por una elevada prevalencia de dishidrosis. También se ha relacionado con la dermatitis de contacto alérgica a sustancias como perfumes, medicamentos o el níquel.

Otros factores descritos como productores de una reacción del tipo ponfólax son las infecciones bacterianas o micóticas a distancia, que dan lugar a un tipo de reacciones «-ide», caracterizadas por su morfología vesiculoso-eccematosa, que afectan especialmente a la cara lateral de los dedos de las manos y la región palmar (fig. 1). El cultivo de estas lesiones es negativo.

Se consideran «reacciones simpáticas a distancia» (aparición de lesiones inflamatorias en zonas de piel con estructura semejante a la del foco infec-

cioso) y se producen principalmente en tiñas de los pies, con gran componente inflamatorio. También se ha propuesto el estrés emocional como desencadenante de brotes de eccema dishidrótico. Recientemente Man et al han descrito otro posible factor precipitante al comunicar 5 casos de ponfólax desencadenados por la luz solar.

Histopatología

El estudio histopatológico del ponfólax se caracteriza por la presencia de espongiosis en la zona inferior de la capa de Malpighio, con formación de vesículas por confluencia que desplazan los acrosiringios. Además en la dermis se puede ver un infiltrado linfocitario superficial y perivascular. La forma hiperqueratósica muestra una dermatitis espongíotica crónica con hiperplasia psoriasiforme de la epidermis que, a diferencia de la psoriasis, no muestra una elongación tan regular de las crestas papilares. Hay una ortoqueratosis compacta y, en ocasiones, pueden encontrarse pequeños focos de paraqueratosis. En este caso, el infiltrado inflamatorio es moderadamente intenso, con afección de la dermis papilar y perivascular.

Diagnóstico

Ante un cuadro de ponfólax palmar (fig. 2), el dermatólogo examinará los pies en busca de una infección fúngica que puede ser su origen. Si encuentra vesículas en los pies se realizará un cultivo micológico. Si éste es positivo, se realizará tratamiento con un antifúngico oral. Asimismo, una vez se ha resuelto el proceso, puede ser conveniente realizar pruebas epicutáneas pa-

Clínica

El eccema dishidrótico representa el 5-20% de los eccemas de las manos y sólo en un 10% de las ocasiones hay afectación simultánea de manos y pies. Suele iniciarse entre los 15 y 30 años pero puede aparecer a cualquier edad.

El cuadro clínico se caracteriza por la aparición de pequeñas vesículas de 0,5-2 mm de diámetro, intensamente pruriginosas, distribuidas simétricamente, que suelen iniciarse en las caras laterales y pulpejos de los dedos sobre piel no eritematosa, y que se extienden frecuentemente a las palmas y las plantas (véase foto de apertura de este artículo). Ocasionalmente las vesículas pueden coalescer formando ampollas, que cuando se secan pueden dar lugar a descamación con aparición de erosiones y fisuras dolorosas acompañantes. También puede observarse sobreinfección secundaria, con el típico aspecto costroso melicérico o la presencia de supuración y signos inflamatorios perilesionales.

Curso de la enfermedad

Por lo que respecta al curso de la enfermedad, mientras que algunos pacientes presentan brotes anuales que duran 3-4 semanas a principios de cada verano, seguidos de largos períodos libres de



lesiones, otros siguen un curso más subagudo o crónico, abarcando también formas que pueden llegar a mostrar un aspecto hiperqueratósico. La forma hiperqueratósica afecta generalmente a la zona palmar central de las manos. No existen evidencias de psoriasis y tanto los cultivos para hongos como las pruebas del parche son negativos. Para muchos autores la queratolisis exfoliativa, caracterizada por pequeñas áreas de descamación focal en las palmas, representa una forma *minor* de ponfólix recidivante. Raramente ocasiona molestias y no tiene un tratamiento específico.

ra descartar que el paciente esté sensibilizado a algún alérgeno (por ejemplo, gomas o componentes del calzado, adhesivos, níquel, cromo, etc.) que pueda estar precipitando o exacerbando el eccema. En pacientes con una sensibilización intensa al níquel se ha descrito que la exposición oral al níquel disuelto en el agua o contenido en los alimentos es capaz de inducir cuadros de eccema generalizado o «sarna del níquel», al igual que brotes recidivantes de ponfólix; en estos raros casos puede ser útil la evitación mediante dietas de exclusión.

Se diferencia de otras dermatosis que cursan con lesiones vesiculosas en las manos y los pies como la tiña vesiculosa, tanto de palmas como de

plantas, porque en ésta la lesión es circular, más localizada y presenta un borde activo; de la dermatitis alérgica de contacto, porque ésta muestra, en general, eritema y tiene una relación temporal directa con el alérgeno, mejorando claramente cuando se evita (el de las manos suele estar relacionado con un alérgeno presente en el entorno de trabajo y el de los pies, con alguno presente en los componentes del calzado). Cuando en el interior hay pústulas, es muy difícil diferenciar el ponfólix de las diversas pustulosis palmoplantares (un ejemplo sería la pustulosis de Barber). En las formas hiperqueratósicas hay que diferenciarlo de la psoriasis.

Tratamiento

Para el manejo de los brotes agudos se recomienda la aplicación de fomentos de *solución de Burow* o *permanganato potásico*, que tienen un efecto antiséptico y secante sobre las vesículas. Los antibióticos orales como la *amoxicilina* o la *eritromicina* también pueden ser útiles, ya que la sobreinfección es frecuente. Los corticoides tópicos no son especialmente efectivos en los brotes agudos, a diferencia de los *corticoides orales* como la prednisona a dosis de 30 mg/día, con pauta decreciente de 5 mg cada 4 días, que en muchos casos graves representa el tratamiento de elección, salvo contraindicaciones.

En los casos subagudos o crónicos están indicados los *corticoides tópicos potentes*, ya que ayudan a mejorar la descamación y a resolver la irritación. En cambio, los corticoides de potencia débil son poco efectivos; el espesor de la capa córnea de la región volar dificulta la penetración de prácticamente cualquier compuesto tópico. Los *emolientes* también son útiles cuando existen sequedad y fisuración. La administración de *antihistamínicos orales (sedantes)* ayuda a calmar el prurito.

En algunos casos seleccionados puede ser útil la aplicación de PUVA. Este tratamiento consiste en la administración de una medicación por vía oral o tópica (psoralenos) antes de la exposición a ultravioleta A. Este tratamiento puede requerir varias semanas para controlar la enfermedad. En casos graves con brotes intensos y continuos se han descrito éxitos terapéuticos con otros fármacos sistémicos como la *ciclosporina*, el *metotrexato*, el *micofenolato de mofetilo* y los *retinoides*.

También se están obteniendo buenos resultados con la aplicación de los inhibidores tópicos de la calcineurina como son el *tacrolimus* y el *pimecrolimus*. Asimismo, recientemente se ha informado sobre un caso de ponfólax recalcitrante tratado exitosamente con *etanercept*, un agente biológico que bloquea el TNF alfa y que en dermatología se utiliza para el tratamiento de la psoriasis moderada-grave. Otra pauta terapéutica con resultados prometedores es la inyección intradérmica de *toxina botulínica*. □

Bibliografía general

- Bryld LE, Agner T, Menne T. Relation between vesicular eruptions on the hands and tinea pedis, atopic dermatitis and nickel allergy. *Acta Derm Venereol*. 2003;83(3):186-8.
- Capella GL. Topical khellin and natural sunlight in the outpatient treatment of recalcitrant palmoplantar pompholyx: report of an open pilot study. *Dermatology*. 2005;211(4):381-3.
- Dominguez Gómez MA, Beirana Palencia A, Dorina López Cepesa L. Dishidrosis asociada a dermatitis atópica en un paciente preescolar. *Rev Cent Dermatol Pascua*. 2001;10(1).
- Jiménez-Puya R, Galán-Gutiérrez M. Dermatitis palmar vesiculoampollosa. *Piel*. 2005;20(9):471-3.
- Man I, Ibbotson SH, Ferguson J. Photoinduced pompholyx: a report of 5 cases. *J Am Acad Dermatol*. 2004;50(1):55-60.

Consejos

- En casos agudos con gran vesiculación, aplicar fomentos tópicos como pueden ser el permanganato potásico al 1/10.000 o la solución de Burow al 0,25% mediante unas gasas húmedas, 30-45 min 2 veces al día para ayudar a reabsorber las lesiones.
- Evitar el rascado, ya que ayuda a perpetuar el eccema y favorece la sobreinfección. Se pueden utilizar antihistamínicos orales para controlar el prurito.
- En caso de sobreinfección, administrar antibioterapia oral.
- Descartar infección fúngica concomitante en los pies, que haya podido desencadenar el proceso (reacción «-ide» o dermatofitide).
- En los alérgicos al níquel, evitar el contacto con el níquel y con los alimentos que lo contengan (arenques, judías, cebollas, maíz, espinacas, tomates, guisantes, cacahuetes, pasas, té, cacao, col y todas las conservas en lata).
- En el lavado de manos:
 - a) Usar agua tibia o fría, y jabones suaves (tipo syndet) sin perfume, conservantes ni agentes antibacterianos. En general, los jabones de pastilla tienden a tener menos conservantes que los jabones líquidos.
 - b) Secar las manos adecuadamente, especialmente entre los dedos.
 - c) En formas subagudas o crónicas donde predomina la descamación, inmediatamente después del lavado de manos aplicar crema hidratante generosamente. La hidratación de manos debería ser repetida tan frecuentemente como sea posible durante el día, idealmente 15 veces al día.
- En tareas domésticas que requieran el uso de agua:
 - a) Utilizar guantes de algodón debajo de los de vinilo u otros guantes libres de látex. Secar el interior de los guantes después de usarlos y desechar aquellos que tengan roturas o agujeros.
 - b) Intentar no utilizar agua caliente y disminuir la exposición al agua a menos de 15 minutos cada vez.
 - c) Utilizar agua corriente mejor que sumergir las manos, si es posible.
- Llevar guantes protectores en caso de clima frío o en trabajos que requieran fricción constante.
- Evitar, si es posible, el contacto directo de las manos, si es posible, con pieles de frutas y vegetales (especialmente frutas ácidas), así como disolventes, pintura, tintes, detergentes y productos de limpieza.
- Si hay afectación plantar, usar calcetines de algodón y zapatos con suela de piel, ya que el calzado hecho con materiales sintéticos promueve la sudoración exagerada. Cambiar calcetines y zapatos con mayor frecuencia (dos veces al día o más, según las necesidades), para que el sudor se evapore.

- Ogden S, Clayton TH, Goodfield MJ. Recalcitrant hand pompholyx: variable response to etanercept. *Clin Exp Dermatol*. 2006;31(1):145-6.
- Swartling C, Naver H, Lindberg M, Anveden L. Treatment of dyshidrotic hand dermatitis with intradermal botulinum toxin. *J Am Acad Dermatol*. 2002;47(5):667-71.
- Warshaw EM. Therapeutic options for chronic hand dermatitis. *Dermatol Ther*. 2004;17(3):240-50.

Bibliografía de consulta a texto completo en www.doymafarma.com

- Manzanares A, López I. Tratamiento de las enfermedades eritematodescamativas. *Jano EMC*. 2005;68(1556):42-4.
- Ribera M, Casanova JM. Tratamiento de las dermatosis más frecuentes en atención primaria. *Form Med Contin Aten Prim*. 2002;9:7-24.