



LA IMAGEN DEL MES

Lesiones descamativas en palmas y plantas: caso clínico

Squamous lesions on palms and plantar areas: clinical case

Miguel Ángel Sancho Zamora^{a,*}, Ángel María Ruedas López^b
y Guadalupe Fraile Rodríguez^b

^a ESH Cuidados Paliativos, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

^b Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

Recibido el 10 de marzo de 2011; aceptado el 17 de noviembre de 2011

Disponible en Internet el 20 de marzo de 2012

Presentación

Mujer de 81 años, con antecedentes de piel gruesa en palmas y plantas, al igual que sus hijas. Fue diagnosticada de adenocarcinoma de colon en estadio IV (metástasis hepáticas) y tratada inicialmente con quimioterapia según esquema FOLFOX IV. Tras recibir 5 ciclos se le realizó exenteración del recto-sigma e histerectomía subtotal y se dejó colostomía de descarga. Después del sexto ciclo inició segunda línea de tratamiento con esquema FOLFIRI al que se añadió cetuximab. A partir de iniciarse este tratamiento se empezaron a observar lesiones acneiformes o foliculitis en la región mentoniana. Refería sensación disestésica en los dedos de las manos en las últimas semanas o meses, y se podía ver descamación intensa de la piel de las palmas que posteriormente se extendió a las plantas.

Comentarios

La paciente tenía como antecedente de interés una alteración cutánea de carácter congénito que compartía con otros miembros de su familia, consistente en aumento del grosor de la piel de las palmas y las plantas. En la **figura 1** se aprecia la diferente textura de la piel de las palmas y la del resto del antebrazo y el dorso de las manos, con una línea

geográfica de separación entre palma y dorso (flechas A). En la palma, fundamentalmente en los pliegues interfalángicos proximales y en los pulpejos de los dedos, se observan lesiones úlcero-descamativas y fisuras sobre un fondo eritematoso (flechas B). Las lesiones hiperqueratósicas son más evidentes en el 4.º y 5.º dedos. En la zona distal de las uñas se aprecian restos hemáticos procedentes de pequeñas hemorragias subungueales (flechas C).

En la **figura 2A** se puede observar una intensa descamación difusa (no circunscrita a las zonas de presión) de las plantas de los pies. En la **figura 2B** se distingue con claridad la diferencia entre la piel normal y la hiperqueratósica, que sobrepasa con claridad los bordes de las plantas (flechas).

Diagnóstico

Síndrome mano-pie clásico en paciente con queratodermia palmo-plantar familiar.

Explicación

Las queratodermias palmo-plantares constituyen un grupo de enfermedades genéticas, familiares o adquiridas, caracterizadas por hiperqueratosis de las palmas y las plantas que se diferencian entre sí por aspectos clínicos. Se han descrito formas familiares con modos de herencia dominante, recesiva o ligada al x. También pueden presentarse de forma adquirida asociadas a sida, psoriasis, sífilis secundaria, pitiriasis rubra, o como un fenómeno paraneoplásico (adenocarcinoma de mama y de ovario)¹. El diagnóstico

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: masancho.hrc@salud.madrid.org
(M.Á. Sancho Zamora).



Figura 1 Detalle de la palma de las manos.



Figura 2 Detalle de los pies.

diferencial debe establecerse con la displasia ectodérmica palmoplantar, pero también incluye infecciones micóticas, psoriasis palmo-plantar, eczema dishidrótico, micosis fungoide palmo-plantar (una variedad infrecuente de linfoma cutáneo de células T) o el eczema de contacto, entre otros. En su tratamiento se utilizan cremas emolientes y queratolíticas, asociados o no a retinoides orales.

El síndrome mano pie (SMP), o eritrodisestesia palmo-plantar, se caracteriza por la aparición de lesiones cutáneas en las palmas de las manos y las plantas de los pies tras la administración de algunos fármacos quimioterápicos².

Ocurre con una frecuencia muy variable, según el fármaco de que se trate. Entre los más frecuentemente implicados destacan: citarabina, doxorubicina y 5-FU (incidencia del 4 al 50% para este último)³. También se ha descrito asociado a análogos de 5-FU, como capecitabina, tegafur, vinorelbina y gemcitabina^{4,5}. Una variante del síndrome clásico se ha descrito con los fármacos inhibidores de la tirosina quinasa (sorafenib, sunitib)⁶.

Se desconoce la fisiopatología exacta. Se ha propuesto que el daño podría ocurrir por el efecto tóxico directo de los fármacos sobre los queratinocitos basales⁷. Las manifestaciones iniciales consisten en parestesias o sensaciones dolorosas, eritema y fisuras en las palmas y las plantas de los pies. En la fase crónica, es más frecuente la aparición de hiperqueratosis y descamación⁸ más o menos difusa (tabla 1).

Las lesiones del SMP pueden afectar de forma significativa la calidad de vida de los pacientes, y secundariamente comprometer una adecuada adherencia al tratamiento. Se deben considerar, en primer lugar, las medidas preventivas, incluyendo la información adecuada sobre el riesgo de aparición, el significado y los tratamientos disponibles. Una vez que hayan aparecido las primeras lesiones, se pondrán en marcha las medidas terapéuticas recomendadas en función de la gravedad de las mismas. Entre estas, parece que la piridoxina puede ser especialmente útil⁹.

Tabla 1 Clasificación clínica del SMP de la OMS

Grado 1	Disestesias/parestesias, punzadas palmoplantares
Grado 2	Molestias al caminar o coger objetos. Eritema o edema palmoplantar sin dolor
Grado 3	Edema y eritema dolorosos. Eritema y edema periungueales
Grado 4	Descamación, ampollas, ulceración. Dolor intenso

Tabla 2 Medidas generales para el tratamiento del SMP

Reducción de dosis, prolongación del intervalo de administración, retirada del fármaco
Elevación de la extremidad
Fomentos fríos
Evitar trabajo manual y deambulacion excesivos
Crema emolientes
Antibióticos tópicos y analgésicos

El antecedente de tratamiento con alguno de los quimioterápicos implicados y la relación temporal entre la administración, el inicio de los síntomas y la mejoría de estos tras la retirada o disminución de la dosis del fármaco, como en este caso, son de gran ayuda para el diagnóstico.

La paciente que se presenta utilizaba cremas hidratantes no específicas, así como otras con urea «desde siempre». Tomaba baños con agua templada o caliente para reblandecer la piel engrosada y métodos físicos abrasivos para reducir el grosor de la capa córnea y eliminar las callosidades de las palmas y las plantas.

Tras el diagnóstico de cáncer recibió, tanto en primera como en segunda línea, tratamiento con combinaciones de fármacos que incluían 5-FU. Como consecuencia de este desarrolló un SMP, que debido a la gravedad de las lesiones (grado 3) fue suspendido y se optó por continuar solo con irinotecan y cetuximab. Durante los 16 meses que fue tratada con estos las lesiones cutáneas mejoraron considerablemente y las parestesias desaparecieron. La foliculitis mentoniana se controló bien con clindamicina tópica. Tras un período de estabilidad, la enfermedad tumoral comenzó a progresar. Por este motivo, se volvió al tratamiento con el esquema inicial, y las parestesias y las lesiones en palmas y plantas empeoraron de nuevo, por lo que el

tratamiento fue suspendido definitivamente. Para el tratamiento sintomático se le explicaron las medidas generalmente recomendadas para el cuidado de las lesiones, aunque ya eran en gran parte conocidas por la paciente y sus cuidadoras, que se detallan en la [tabla 2](#).

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A Ricardo Vázquez y Antonio Barderas, de la Unidad de Imagen del Hospital Ramón y Cajal, por su amabilidad y facilidades para realizar y maquetar las fotografías.

Bibliografía

- Lucker GP, Van de Kerkhof PC, Steijlen PM. The hereditary palmoplantar keratoses: an updated review and classification. *Br J Dermatol.* 1994;131:1–14.
- Pearson I, Mortimer PS. Skin problems in palliative medicine: medical aspects. En: Doyle D, Hanks G, Cherny N, Calman K, editores. *Oxford Textbook of Palliative Medicine.* 3 ed. Oxford: Oxford University Press; 2003. p. 625–6.
- Meta-Analysis Group In Cancer. Toxicity of fluorouracil in patients with advanced colorectal cancer: effect of administration schedule and prognostic factors. *Clin Oncol.* 1998;16:3537–41.
- Autier J, Escudier B, Wechsler J, Spatz A, Robert C. Prospective study of the cutaneous adverse effects of sorafenib, a novel multikinase inhibitor. *Arch Dermatol.* 2008;144:886–92.
- Jucgla A, Sais G, Navarro M, Peyri J. Palmoplantar keratoderma secondary to chronic acral erythema due to tegafur. *Arch Dermatol.* 1995;131:3645.
- Lipworth AD, Robert C, Zhu AX. Hand-foot syndrome (hand-foot skin reaction, palmar-plantar erythrodysesthesia): focus on sorafenib and sunitinib. *Oncology.* 2009;77:257–71.
- Laack E, Mende T, Knuffmann C, Hossfeld DK. Síndrome mano-pie asociado a infusiones cortas de quimioterapia con gemcitabina y vinorelbina. *Ann Oncol.* 2002;11:262–4.
- Echeverría B, Llombart B, Botella-Estrada R, Guillén C. Reacción cutánea palmo-plantar secundaria a sorafenib. *Actas Dermosifiliogr.* 2009;100:736–7.
- Hueso L, Sanmartín O, Nagore R, Botella-Estrada C, Requena B, Llombart C, et al. Eritema acral inducido por quimioterapia: estudio clínico e histopatológico de 44 casos. *Actas Dermosifiliogr.* 2008;99:281–90.