

CASOS CLÍNICOS

Acropustulosis infantil: Una entidad poco frecuente

MP Buló Concellón, IM Rodríguez Ruíz, A Mariño Gil, M Mohmed Ahmed, S Rico de Cos, M Casanova Bellido

Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Puerto Real, Cátedra de Pediatría, Facultad de Medicina, Universidad de Cádiz

RESUMEN

La acropustulosis infantil es una enfermedad caracterizada por episodios recurrentes de vesículas y pústulas pruriginosas de distribución acral y que presenta una mayor incidencia en los primeros años de la vida.

Presentamos el caso de un niño de 16 meses remitido a nuestro hospital por presentar desde hacía dos semanas lesiones pápulo-vesiculosas localizadas en zonas acras, realizándose durante su ingreso hospitalario una biopsia cutánea siendo el resultado de la misma compatible con el diagnóstico. Se instauró tratamiento con corticoides tópicos y orales y antihistamínicos orales.

Palabras clave: Acropustulosis; erupción pustular de palmas y plantas.

INFANT ACROPUSTULOSIS DYSFUNCTION

ABSTRACT

Infantile acropustulosis (IA) is an illness characterized by recurrent episodes of pruritic vesicles and pustules in an acral distribution and that it presents a bigger incidence in the first years of the life.

We present the case of a boy of 16 months remitted to our hospital to present for two weeks you injure pápulo-vesiculosas located in areas acras, being carried out during their hospital entrance a cutaneous biopsy being the compatible result of the same one with the diagnosis. Treatment was established with topical and oral corticosteroids and oral antihistamines.

Key words: Acropustulosis; pustular eruptions of palms and soles.

INTRODUCCIÓN

La acropustulosis infantil es una enfermedad descrita en 1979, poco frecuente y de etiología desconocida, que consiste en una erupción vesículo-pustulosa localizada principalmente en palmas y plantas. Afecta con mayor frecuencia a varones de raza negra y comienza durante los dos primeros años de edad⁽¹⁾.

CASO CLÍNICO

Varón de 16 meses de edad que presenta desde hacía 12 días lesiones pápulo-vesiculosas de tamaño

variable entre 1-3 mm de diámetro muy pruriginosas localizadas inicialmente en cara y posteriormente en plantas, palmas, bordes de las manos y pies y en ambas muñecas. Nacido de segunda gestación que curso normalmente, parto eutócico y espontáneo, con un Apgar de 8-10 (1-5') y un peso de 33.10 g. No existen alergias medicamentosas conocidas y las vacunaciones son las correctas para su edad. Como antecedentes familiares la madre padece asma extrínseca y el resto sin interés.

En la exploración física presentaba un buen estado general, bien nutrido e hidratado y en la piel de color normal existían unas lesiones pápulo-vesiculosas y costras localizadas en la cara, muñecas, palmas, plantas y bordes de manos así como de ambos pies. También se palpaban microadenopatías laterocervicales y retroauriculares bilaterales no dolorosas y móviles. El resto de la exploración por órganos y aparatos estaba dentro de la normalidad (Figs. 1 y 2).

Exámenes complementarios: hemograma la serie roja era normal y existía una eosinofilia y trombocitosis. La velocidad de sedimentación globular era de 30/61 mm/h. Los niveles de glucemia, urea, creatinina, iones, transaminasas, bilirrubina, LDH y fosfatasa alcalina se encontraban dentro del rango de la normalidad. La IgE total estaba elevada (1.206 UI/ml). La orina completa era normal y la serología a Herpes simple fue negativa. Se realizó Biopsia de las lesiones cutáneas siendo el resultado anatomopatológico el de «Existencia de agregados neutrófilos subcorneos intraepidérmicos bien delimitados e infiltrado linfocitario perivascular difuso en la dermis papilar subyacente» compatible con el diagnóstico de acropustulosis infantil.

Se inicia Tratamiento con corticoides tópicos y orales (a una dosis de 2 mg/kg/día) así como con antihistamínicos orales (0,3 mg/kg/día) apreciándose una evolución favorable con aclaración y desaparición de las lesiones dérmicas en el transcurso de una semana. Posteriormente reaparecen las lesiones en brotes suce-



Figura 1. Lesiones dérmicas faciales.



Figura 2. Lesiones vesiculopustulosas en dorso de mano.

sivos de menor intensidad cada 4-6 semanas, con remisión total a partir de los dos años y medio.

COMENTARIOS

Las lesiones primarias de la acropustulosis infantil en su comienzo son pápulas intensamente pruriginosas que pasadas 24 horas se transforman en vesículas, pústulas de 1 a 3 mm y que antes de cicatrizar dan lugar a la aparición de costras que no dejan señales. Se localizan en palmas y plantas, en el dorso de pies y manos, pueden encontrarse también lesiones dispersas en muñecas, tobillos, nalgas, tronco y cara con una menor intensidad. Puede iniciarse en cualquier momento durante el primer año de vida aunque con mayor frecuencia aparecen en los tres primeros meses e incluso las lesiones pueden estar presentes desde el nacimiento⁽²⁻⁵⁾.

La duración del brote es de 7-14 días con reapariciones cada 2-4 semanas y a menudo son más frecuentes y numerosos durante los meses de verano. La frecuencia de los brotes suele ser gradualmente decreciente hasta remitir por completo al final del segundo o tercer año de vida. No se han hallado alteraciones analíticas y las pústulas son estériles⁽²⁾. Menni S⁽⁶⁾ describe 17 casos de acropustulosis infantil asociados a dermatitis atópica con niveles de inmunoglobulina Ig E elevada dato este último hallado en nuestra observación.

La histopatología de la acropustulosis infantil se caracteriza por presentar vesículas intraepidérmicas llenas de leucocitos polimorfonucleares localizadas en la epidermis superior y que se extienden hacia el estrato corneo. En la dermis papilar hay una infiltra-

ción linfohistiocitaria perivascular escasa con algunos neutrófilos y eosinófilos^(2,7).

La localización predominante en palmas y plantas y sus brotes recurrentes la diferencian de otras erupciones pustulosas observadas en el periodo neonatal, como el eritema tóxico, la candidiasis cutánea, la pustulosis estafilocócica y la melanosis pustulosa neonatal transitoria. En los lactantes el diagnóstico diferencial debe hacerse con la *Escabiosis sobreinfectada* la cual presenta túneles costrosos y alteraciones eczematosas además de las pústulas, localizadas principalmente en los pliegues interdigitales; la dermatitis dishidrotica, que se acompaña de vesículas localizadas predominante en las regiones laterales de las manos, plantas y dedos; el *Impétigo*, que presenta pústulas de un mayor tamaño y cultivos bacterianos que revelarán los gérmenes causantes; la *Psoriasis pustulosa*, que tiene una presentación más tardía con una evolución más prolongada y que se caracteriza porque la piel que rodea a la pústula tiene un color rojo oscuro y un aspecto satinado, y con la *dermatosis pustulosa subcorneal* que se asocia a fiebre y leucocitosis polimorfonuclear, con localización de las lesiones predominantemente en las flexuras proximales^(2,8,9).

Por su carácter transitorio debe evitarse el tratamiento sistémico debiendo de realizarse con corticoides tópicos y antihistamínicos por vía oral para aliviar el prurito. También está descrito que la dapsona a dosis de 2 mg/kg/día puede conseguir la regresión pero ha de administrarse con cautela por sus efectos secundarios por lo que sólo se aconseja en casos muy graves⁽¹⁻³⁾.

La evolución es benigna y autolimitada con remisión entre los 2 ó 3 años de edad resolviéndose de manera espontánea.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mancini AJ, Frieden IJ, Paller AS. Infantile acropustulosis revisited: history of scabies and response to topical corticosteroids. *Pediatr Dermatol* 1998;**15**(5):337-41.
2. Book A, Wilkinson DS, Ebling FJS, Champion RH, Burton JL. Acropustulosis infantil. En: *Textbook of dermatology*. 4ª ed. esp. Barcelona: Doyma S.A.; 1988: 263- 4.
3. Fitzpatrick, Eisen, Woff, Freedberg, Austen. Acropustulosis infantil. En: *Dermatology in general medicine*. 3ª ed. esp. Buenos Aires: Panamericana S.A.; 1988: 738.
4. Findlay RF, Odom RB. Infantile acropustulosis. *Am J Dis Child* 1983;**137**:455-7.
5. Dromy R, et al. Infantile acropustulosis. *Pediatr Dermatol* 1991;**8**(4):284-7.
6. Menni S, Piccino R, Biolchini A. Acropustulose infantile associée a une dermatite atopique, des infections cutanées récidivantes et une hyper-Ig E. *Ann Dermatol Vénéreol* 1988;**115**(1):33-5.
7. Jorda E, Moragon M, Verderguer JM, Ramon D, Betlloch I. A propos d'un cas d'acropustulose infantile avec immunofluorescence directe positive. *Ann Dermatol Vénéreol* 1998;**115**(1):39-41.
8. Humeau S, Bureau B, Litoux P, Stalder JF. Infantile acropustulosis in six immigrant children. *Pediatr Dermatol* 1995;**12**(3):211-4.
9. García-Patos V, Pujol RM, de Moragas JM. Infantile eosinophilic pustular folliculitis. *Dermatology* 1994;**189**(2): 133-8.