

Uso de metotrexate en eccema dishidrótico plantar recalcitrante.

SANDRA PINEDO-DONELLI¹, ROSEISELA GARCÍA², ELIZABETH BALL², ANA MARÍA SÁENZ²

Resumen:

El eccema dishidrótico es una entidad caracterizada por la presencia de vesículas y ampollas intensamente pruriginosas en palmas y plantas. Incluye un espectro variable de manifestaciones clínicas que van desde brotes agudos hasta lesiones crónicas con alteraciones ungueales. Predomina en personas mayores de 40 años. Su etiología es desconocida. Se presenta el caso de una paciente con eccema dishidrótico que fue refractario a tratamiento, por lo que se recurrió a una opción terapéutica poco utilizada lográndose resolución del cuadro clínico.

Palabras clave: eccema dishidrótico, refractario, metotrexate.

Use of methotrexate in recalcitrant plantar dyshidrotic eczema.

Summary:

Dyshidrotic eczema is an entity characterized by the presence of intensely pruritic vesicles and blisters on palms and soles. It includes a variable spectrum of clinical manifestations ranging from acute outbreaks to chronic lesions with nails impairment. It affects individuals of all ages; the mean age is 40 years. We present a patient with dyshidrotic eczema refractory to treatment in which an unconventional therapy as methotrexate, used, with excellent response.

Key words: dishydrotic eczema, refractory, methotrexate.

1. Médico residente del postgrado de Dermatología y Sifilografía. Hospital Universitario de Caracas. Universidad Central de Venezuela.

2. Dermatólogo especialista del servicio de dermatología. Hospital Universitario de Caracas. Universidad Central de Venezuela.

Autor de correspondencia: Sandra Pinedo-Donelli
sandrapinedo@gmail.com

CASO CLÍNICO

Introducción

El eccema vesicular palmoplantar es una entidad clínica de etiología desconocida. Engloba 4 subgrupos clínicos que se superponen: pónfolix, eccema dishidrótico o dermatitis crónica vesículoampollar, dermatitis hiperqueratósica de las manos y reacción ide. Para el eccema dishidrótico las opciones terapéuticas son amplias, pero carecen de eficacia comprobada. Los pacientes presentan un curso crónico y recidivante¹. Se reporta el caso de una paciente con eccema dishidrótico refractario a tratamiento en quien se logró remisión con el uso de metotrexate.

Reporte del caso

Paciente femenina de 53 años quien inició enfermedad actual en el año 2014, caracterizada por la aparición de múltiples brotes de vesículas y ampollas tensas en palmas de manos y plantas de los pies acompañados de prurito intenso y alteraciones ungueales. Acudió a múltiples centros de su localidad donde indicaron tratamiento tópico con emolientes y bacitracina, sin mejoría. Consultó nuestro centro en mayo de 2015. Refirió antecedente de dermatitis atópica en la infancia.

Al examen físico: paciente fototipo IV, con piel xerótica. Hiperpigmentación y liquenificación bipalpebral bilateral, pliegue de Dennie-Morgan, palidez perioral, placas hiperpigmentadas y liquenificadas irregulares en fosa antecubital y cara anterior de ambos muslos (figura 1). Placas liquenificadas de bordes definidos en dorso de ambos pies, que comprometen hallux, 2° y 5° dedo de ambos pies. Onicodistrofia en hallux. Placas hiperqueratósicas con fisuras, erosiones y descamación laminar en su superficie, localizadas en ambas plantas (figura 2). Se plantearon los diagnósticos de eccema dishidrótico, psoriasis palmo-plantar, pustulosis palmo-plantar, dermatitis irritativa de contacto y onicomicosis.



Figura 1. Estigmas de dermatitis atópica. Piel xerótica, ojeras, pliegues de Dennie-Morgan, palidez centro-facial, liquenificación en pliegues, rostro, piernas y antebrazo.



Figura 2. Placa hiperqueratósicas fisuradas en región plantar de ambos pies. Onicodistrofia

Los exámenes paraclínicos no reportaron alteraciones. Examen directo y cultivo micológico de piel y uña sin crecimiento de estructuras fúngicas. En la biopsia de piel de planta derecha se observó hiperqueratosis con paraqueratosis focal, vesículas espongióticas intraepidérmicas con material hialino, eosinófilo y eritrocitos en su interior e infiltrado inflamatorio perivascular superficial formado por linfocitos y eosinófilos (figura 3).

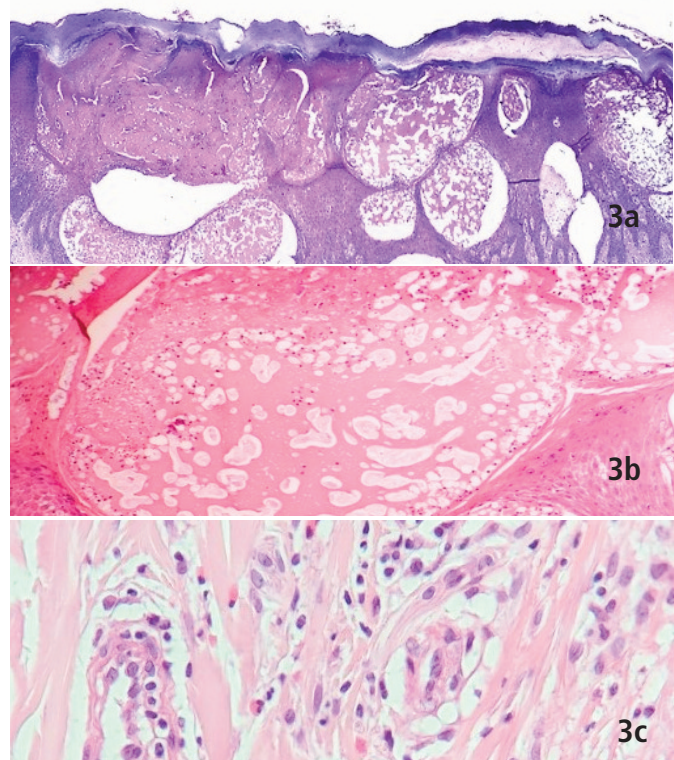


Figura 3. 3.a) 2.5X: hiperqueratosis con paraqueratosis focal. Acantosis. Vesículas espongióticas intraepidérmicas. 3.b) 10X: vesículas con material hialino en su interior. 3.c) 40X: vesículas con material hialino en su interior.

Con base a las características clínicas e histopatológicas se concluyó el caso como eccema dishidrótrico. Recibe tratamiento con cefadroxilo por 10 días y clobetasol en descenso piramidal, con poca respuesta a las 4 semanas. Se indicó prednisona a 1 mg/Kg/día sin mejoría, por lo que se revisaron otras opciones terapéuticas y se indicó ciclosporina a 3 mg/Kg/día por 6 semanas en combinación con metotrexate a 10 mg/semana. Posterior a cumplimiento de metotrexate por 1 año hubo resolución completa de las lesiones (figura 4).



Figura 4. 4.a y 4.b) Inicio del tratamiento. 4.c y 4.d) 3 meses. 4.e y 4.f) 12 meses.

Discusión

El eccema vesicular palmoplantar comprende a un grupo de entidades que afectan a manos y pies y que se caracterizan por la formación de vesículas espongíóticas. El espectro clínico es variable y abarca 4 subgrupos bien establecidos: pónfolix (forma aguda), eccema dishidrótrico o dermatitis crónica vesículoampollar, dermatitis hiperqueratósica de las manos y reacción ide^{1,2}.

El eccema dishidrótrico es una forma de eccema vesicular que afecta palmas de las manos y plantas de los pies. Puede aparecer a cualquier edad, pero es más frecuente después de los 40 años. Se caracteriza por prurito intenso y aparición de un brote de vesículas y ampollas que tienden a confluir. Posteriormente ocurre descamación y resolución de las lesiones, las cuales pueden recurrir^{3,4}.

Esta enfermedad evoluciona por brotes, pero puede tener un curso crónico o recidivante. En estos casos, las lesiones evolucionan adquiriendo un aspecto fisurado e hiperqueratósico. Esto es más frecuente en pacientes con antecedentes de dermatitis atópica y puede producir afectación ungueal⁵⁻⁷.

La causa de esta enfermedad es desconocida. El contacto con agentes irritantes, el sudor y el calor pueden desencadenarla. El tratamiento es sintomático y no existe ningún medicamento que haya demostrado una eficacia clínica comprobada¹. Este consiste en el uso de emolientes, sustitutos del jabón y evitar los factores desencadenantes. También se ha descrito el uso de soluciones a base de permanganato de potasio y solución de Burow, entre otras. Para los brotes se emplean los esteroides tópicos como piedra angular, aplicándose en descenso piramidal. En los casos más severos, se puede administrar prednisona^{8,9}.

Otros tratamientos que han sido empleados incluyen alitretinoína, toxina botulínica, fototerapia, azatioprina, dapsona, tacrolimus, metotrexate y ciclosporina^{8,10}. En el caso que se presenta, se utilizó metotrexate como tratamiento de mantenimiento. Estudios de casos y controles han reportado que este medicamento es una opción viable en casos recalcitrantes¹¹. Se plantea que uno de los posibles mecanismos de acción es la liberación de adenosina desencadenada por metabolitos del metotrexate, a partir de las células epidérmicas, incluyendo los linfocitos residentes de la piel. Esta sustancia se une a su receptor específico en los linfocitos e inhibe su proliferación y la secreción de citoquinas proinflamatorias. Por otro lado, estimula la síntesis del receptor para antagonistas de la interleuquina 1. Todos estos efectos explicarían su rol beneficioso en pacientes con eccema vesicular crónico¹².

En el presente caso, debido a la severidad de los síntomas y la poca respuesta a los tratamientos convencionales, se instauró tratamiento con metotrexate tras revisión de la literatura. Le evolución clínica de la paciente ha sido favorable y no ha desarrollado nuevas lesiones hasta la actualidad.

Conclusión

Se presenta el caso de una entidad clínica frecuente que por la severidad y cronicidad de los síntomas fue de difícil manejo. Se emplearon los tratamientos ya descritos sin lograr respuesta clínica, por lo que se decide utilizar metotrexate lográndose la resolución de la enfermedad ●

Referencias

1. Dupuis E. Vesicular palmoplantar eczema [Internet]. Medscape. 2016 [citado 17 de junio de 2017]. Disponible en: <http://emedicine.medscape.com/article/1124613-overview>.
2. Goncalo M, Goossens A, Agner T, Andersen KE, Foti C, Gimén A. Classification of hand eczema. *J EADV*. 2015;29:2417–22.
3. National Eczema Society. Dyshidrotic eczema [Internet]. National Eczema Society. 2017 [citado 4 de julio de 2017]. Disponible en: <http://www.eczema.org/pompholyx>
4. Nishizawa A. Dyshidrotic eczema and its relationship. *Curr Probl Dermatol*. 2016;51:80–5.
5. Wollina U. Pompholyx: a review of clinical features, differential diagnosis and management. *Am J Clin Dermatol*. 2010;11(5):305–14.
6. Tchernev G, Zanardelli M, Voicu C, Bakardzhiev I, Lotti T, Lotti J, et al. Impetiginized dyshidrotic eczema. *Open Access Maced J Med Sci*. 2017;5(4):539–40.
7. Gill J, Pratt M. A severe case of recalcitrant pompholyx. *J Cutan Med Surg*. 2015;1–4.
8. Robertson L. New and existing therapeutic options for hand eczema. *Ski Ther Lett*. 2009;14(3):1–8.
9. Charlton PV. Vesico-bullous rash caused by pompholyx eczema. *BMJ Case Rep*. 2012;1–2.
10. Marchese ML, Eimer L. Ciclosporina y su uso en dermatología. *Arch Argent Dermatol*. 2014;64(3):89–97.
11. Mithal A, Khare A, Gupta L, Mehta S, A G. Use of methotrexate in recalcitrant eczema. *Indian J Dermatol*. 2011;56(2):232.
12. Egan CA, Rallis TM, Meadows KP, Krueger GG, City SL. Low-dose oral methotrexate treatment for recalcitrant palmoplantar pompholyx. *Therapy*. 1999;40:612–4.