

Acropustulosis infantil: a propósito de un caso

C. Aranda Cazón¹, L. Campos Muñoz², M.L. González Morales³, A. Conde Taboada², E. López Bran²

¹Servicio de Pediatría. ²Servicio de Dermatología. ³Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Resumen

La acropustulosis infantil es una entidad poco frecuente en Pediatría. Aparece habitualmente en niños menores de 2 años y se caracteriza por brotes de pápulas eritematosas muy pruriginosas que se convierten en vesículas o pústulas, fundamentalmente en zonas acrales (dorso de las manos y los pies). Habitualmente se resuelven de manera espontánea y requieren únicamente tratamiento sintomático. Presentamos el caso de un paciente varón de 6 meses diagnosticado de acropustulosis infantil con resolución espontánea.

©2018 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.

Palabras clave

Vesícula, pústula, escabiosis, eosinófilos

Abstract

Title: Infantile acropustulosis: A case report

Infantile acropustulosis is a rare entity in Pediatrics. It usually appears in children under 2 years of age and it is characterized by pruritic erythematous papules that turn into vesicles or pustules; mainly in acral areas (back of the hands and feet). Acropustulosis usually resolves spontaneously and requires only symptomatic treatment. We present the case of a six-month-old boy diagnosed with childhood acropustulosis with spontaneous resolution.

©2018 Ediciones Mayo, S.A. All rights reserved.

Keywords

Vesicle, pustule, scabies, eosinophils

Introducción

La acropustulosis infantil fue descrita por Rowling y Ramsdell en 1979¹. Su incidencia es desconocida² y no se asocia a la raza o el sexo. Presentamos el caso de un paciente diagnosticado de acropustulosis infantil con evolución favorable.

Caso clínico

Varón de 6 meses de edad, sin antecedentes de interés, que consultó por la aparición de brotes sucesivos y repetidos en los últimos 3 meses, con lesiones pruriginosas localizadas en el dorso y las plantas de los pies, las manos y el abdomen. En la exploración observamos vesículas y ampollas tensas agrupadas sobre piel sana, junto con algunas pústulas y máculas eritematosas residuales (figuras 1 y 2). La familia no refería un ambiente epidemiológico compatible con una escabiosis. Se realizó una biopsia cutánea, y en el estudio microscópico se observó una ampolla subcórnea vacía de contenido, que en la periferia se hacía intraepidérmica, con mínimo componente inflamatorio de tipo mixto. En la dermis superficial presentaba un leve infiltrado inflamatorio crónico perivascular (figura 3). La inmunofluorescencia directa fue negativa para IgG, Ig M, IgA y complemento.

Finalmente, se estableció el diagnóstico de acropustulosis infantil. Se mantuvo una actitud expectante hasta la resolución



Figura 1. Vesícula tensa junto a máculas residuales en el borde lateral del pie

total del proceso, a los 7 días. Posteriormente, a los 12 meses de edad, el paciente presentó un episodio similar leve de 4 días de duración, que se resolvió espontáneamente, y hasta el momento no ha vuelto a presentar recidivas.

Fecha de recepción: 7/07/17. Fecha de aceptación: 1/09/17.

Correspondencia: C. Aranda Cazón. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico San Carlos. Calle de Isaac Peral, 58. 28040 Madrid. Correo electrónico: aranda.cristina@hotmail.com



Figura 2. Varias de las vesículas intensamente pruriginosas en el dorso del pie

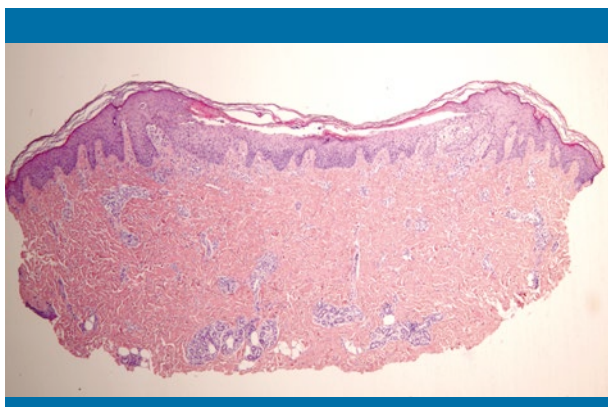


Figura 3. Ampolla vacía subcórnea, y mínimo infiltrado inflamatorio crónico en la dermis superficial (hematoxilina-eosina X10)

Discusión

La acropustulosis infantil aparece característicamente entre los 2 meses y los 2 años de edad, aunque se han descrito casos de aparición neonatal¹. Cursa con brotes de pápulas eritematosas que evolucionan a vesículas o pústulas de 1-4 mm en 24-48 horas. Son lesiones muy pruriginosas, que se vuelven costrosas en pocos días. Los brotes suelen durar entre 3 y 15 días y, en ocasiones, son recurrentes cada 2 o 3 semanas. La localización predominante es acral, y puede afectar al dorso de las manos y los pies, las extremidades, el tronco, la cara y el cuero cabelludo. Estas manifestaciones pueden acompañarse de irritabilidad, alteraciones del sueño o sobreinfección de las lesiones.

La mayoría de las publicaciones recogen una asociación con la dermatitis atópica de hasta un 50%. Asimismo, se ha descrito una alta incidencia en niños procedentes de adopciones internacionales². Su etiopatogenia no está claramente estable-

cida, aunque se ha vinculado con la escabiosis, dado que muchos brotes van precedidos de esta afección. Se ha postulado que podría tratarse de una reacción de hipersensibilidad cutánea cíclica a componentes antigénicos relacionados con la infestación por *Sarcoptes escabiei*^{2,3}, pero no todos los pacientes presentan este antecedente, por lo que se cree que debe haber otra causa alternativa o adicional.

El diagnóstico es principalmente clínico. En el estudio anatómopatológico se observan vesículas subcorneales o intraepidérmicas con acumulación de polimorfonucleares, neutrófilos o eosinófilos⁴. Estas características histológicas recuerdan a la folliculitis pustulosa eosinofílica de la infancia, predominante en el cuero cabelludo y otras regiones pilosas, a diferencia de la acropustulosis infantil, que afecta principalmente a las regiones exentas de vello, por lo que algunos autores sostienen que son dos presentaciones de una misma entidad⁵. El diagnóstico diferencial incluye la enfermedad mano-pie-boca, el impétigo, la melanosis pustulosa neonatal transitoria, el eccema dishidrótrico o la psoriasis pustulosa.

La evolución habitual es la resolución espontánea de los brotes hasta su desaparición completa en torno a los 3 años de edad. Los antihistamínicos, por su efecto sedante, y los antibióticos en casos de sobreinfección, pueden ser útiles. En casos moderados o severos pueden utilizarse corticoides tópicos de mediana y alta potencia^{6,7}. Como alternativa terapéutica se han descrito casos de tratamiento con sulfona oral, aunque sus efectos secundarios pueden plantear limitaciones para su uso, y hay un caso descrito de buena respuesta al maxacalcitol tópico (un derivado de la vitamina D₃)⁸.

Bibliografía

1. Kahn G, Rywlin AM. Acropustulosis of infancy. Arch Dermatol. 1979; 115(7): 831-833.
2. Good LM, Good TJ, High WA. Infantile acropustulosis in internationally adopted children. J Am Acad Dermatol. 2011; 65: 763-771.
3. Predvilla JS. Infantile acropustulosis, how often is it a sequela of scabies? Pediatr Dermatol. 1995; 12: 275-276.
4. Jorda E, Moragon M, Verderguer JM, Ramon D, et al. A propos d'un cas d'acropustulose infantile avec immunofluorescence directe positive. Ann Dermatol Venereol. 1998; 115: 39-41.
5. Vicente J, España A, Idoate M, Iglesias ME, Quintanilla E. Are eosinophilic pustular folliculitis of infancy and infantile acropustulosis the same entity? Br J Dermatol. 1996; 135: 807-809.
6. Mancini AJ, Frieden IJ, Paller AS. Infantile acropustulosis revisited: history of scabies and response to topical corticosteroids. Pediatr Dermatol. 1998; 15(5): 337-341.
7. Braun-Falco M, Stachowitz S, Schropp C, Ring J, Abeck D. Infantile acropustulosis successfully controlled with topical corticosteroids under damp tubular retention bandages. Acta Derm Venereol. 2001; 81: 140-141.
8. Kimura M, Higuchi T, Yoshida M. Infantile acropustulosis treated successfully with topical maxacalcitol. Acta Derm Venereol. 2011; 91(3): 363-364.