

Dermatología Topográfica

La lectura de la palma de las manos*Dermatology Topographical* **Palm Reading Hand**

Romina Acosta*, Victoria Rivelli**, Arnaldo Aldama***

*Residente, **Dermatóloga. Médico de planta, ***Jefe del Servicio, Servicio de Dermatología – Hospital Nacional de Itauguá
 Dirección de correspondencia: Dra. Romina Acosta: India esq Tórtola. Villa Ofelia. Fdo de la Mora,
 Tel: 674661, e-mail: drarominaacosta@hotmail.com

Resumen

La mano, por su constitución y función es una herramienta para el trabajo diario y está fuertemente expuesta tanto a factores exógenos como endógenos, por ello la piel de las manos y específicamente la de la palma, se diferencia claramente de las otras zonas del cuerpo.

En este trabajo presentamos una revisión iconográfica de diferentes dermatosis que pueden afectar la palma de la mano, observadas en el Servicio de Dermatología del Hospital Nacional.

Palabras clave: palma de manos, dermatosis de palma de manos, dermatología topográfica.

Abstract

The hand, by its constitution and function is a tool for daily work and is heavily exposed to both exogenous and endogenous factors, so the skin of the hands and palm specifically, is clearly different from the other areas of the body .

We present a review of the various dermatoses iconography that can affect the palms, observed in the Dermatology Department of the National Hospital.

Keywords: hands palm, palm of hand dermatosis, topographical dermatology.

Introducción

La región de la palma de la mano abarca desde el surco transversal de la muñeca hasta los pliegues interdigitales. Topográficamente esta región se considera dividida entre sí por unos tabiques aponeuróticos, que se extienden desde la aponeurosis superficial en profundidad:

a. Tenar: Desde el borde externo del pulgar hasta el borde anteroexterno del índice.

b. Medio: Desde el borde externo del índice hasta el borde longitudinal interno del cuarto metacarpiano.

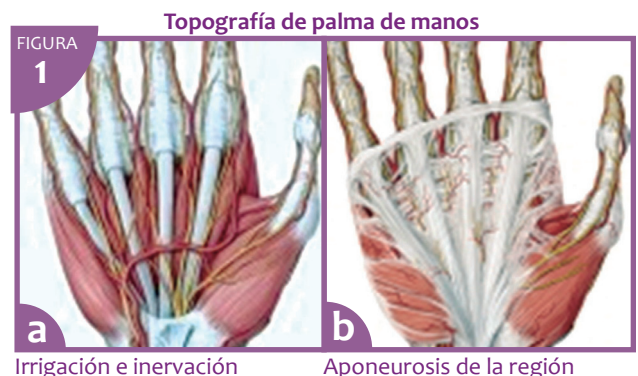
c. Hipotenar: Desde el borde longitudinal interno del cuarto metacarpiano hasta el borde interno de la mano.^{1,2,3}

En cuanto a la irrigación, el arco palmar superficial que discurre por el compartimiento palmar, se forma por la continuación directa de la arteria cubital, cruza el centro de la palma y da ramas digito-palmares hacia los espacios interdigitales, punto en que cada vaso se divide en las arterias digitales propias que irrigan los dedos adyacentes. Parte del dedo índice

y el pulgar están irrigados por ramas de la arteria radial.^{1,4}(Figura 1-a)

La inervación cutánea de las palmas corresponde sobre todo a los ramos superficiales y palmares del nervio cubital, además del nervio mediano y el radial.^{3,4}(Figura 1-a,b)

En las palmas algunos nervios sensitivos presentan dos tipos de órganos terminales: corpúsculos de Meissner y de Vater-Pacini. Aunque se los llama terminales, en realidad los impulsos se inician en estas estructuras y se transmiten a las neuronas sensitivas



de la médula espinal. Los corpúsculos de Meissner, son mediadores del sentido del tacto, se disponen en las papilas dérmicas; sólo se encuentran en la cara palmar de las manos y plantar de los pies. Los corpúsculos de Vater-Pacini, más grandes que los anteriores, son receptores de presión subcutáneos, predominan en la cara palmar de las manos y pulpejos de dedos.^{1,5}

La constitución de la piel en la palma de la mano se diferencia claramente de la del dorso de las mismas, donde el tejido subcutáneo casi no tiene tejido adiposo. Por el contrario, en las palmas el tejido celular subcutáneo es especialmente resistente y rico en tejido conectivo y adiposo. Con la falta de pilosidad en palmas también faltan las glándulas sebáceas; sin embargo la densidad de las glándulas sudoríparas es mayor que en otras regiones de la piel⁵, por lo que se entiende que la hiperhidrosis es una patología frecuente en esta localización.

La piel de la palma se caracteriza por los pliegues de flexión (las líneas de las manos) y las crestas táctiles o “huellas dactilares” que ocupan toda la superficie flexora. En todas partes la piel se tensa gracias a su firme inserción en la aponeurosis palmar. Las cintillas fibrosas que las conectan a los tendones, dividen la grasa subcutánea en miríadas de pequeñas celdillas, formando un “colchón hídrico” capaz de soportar considerable presión. Cuando cesa la tensión, provoca cierto abultamiento de estas celdillas adiposas.⁶

Dentro del examen dermatológico, la evaluación minuciosa de las lesiones en la palma de manos puede orientar en numerosas patologías; por ejemplo en el caso de la sífilis secundaria y la lepra en las que la afectación de esta zona es decisiva para el diagnóstico.

Objetivo

Describir las características clínicas de las diferentes dermatosis en palma de manos.

Material y Método

Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo, del material iconográfico del Servicio de Dermatología del Hospital Nacional, de afecciones en piel de palma de manos; de pacientes que acudieron a la consulta y fueron fotografiados, en el período comprendido de enero del 2007 hasta abril del 2013. Se

seleccionaron las imágenes con mejor definición y más representativas de cada grupo de patologías y fueron ordenadas de acuerdo a su naturaleza.

Resultados

En el período arriba mencionado, se registraron fotográficamente 83 pacientes con afectación en palma de manos. En un 27.7% correspondían a patologías de origen infeccioso y parasitario que comprenden a las figuras 2 al 11.

El 22.2% eran farmacodermias (Figuras 12 al 19); el 8.3% eran pacientes con colagenopatías (Figuras 20 al 22).

Las dermatosis inflamatorias como el eczema, la hidrosis y el liquen representan el 11.1% (Figuras 23 al 26); así como las enfermedades eritemato-escamosas como la psoriasis y la pitiriasis rosada (Figuras 27 al 30).

Se observaron además otras patologías como la enfermedad de Addison, los xantomas eruptivos, gota, granuloma anular entre otros (16.6%)(Figuras 31 al 37).

Comentarios

Predominan las afecciones de origen infeccioso como la sífilis y la lepra con variable morfología, seguida de las farmacodermias, donde la afectación en esta zona es distintiva. Las colagenopatías como el lupus eritematoso sistémico presentan lesiones con frecuencia, siendo más raras en las dermatomiositis y esclerodermia.

Es probable que las dermatitis de contacto sean las más frecuentes en la consulta diaria, pero generalmente no están documentadas fotográficamente, constituyendo una causa común de dermatosis laboral.

Conclusión

En la evaluación clínico dermatológica es muy importante el minucioso examen de la palma de manos, así como lo es del resto del tegumento. Esta región puede darnos pistas sobre lesiones que constituyen hallazgos típicos en determinadas patologías y también sobre dermatosis con rara afectación palmar pero que se presentan con rasgos distintivos en dicha región.



Aplanamiento de la palma de mano, piel engrosada y descamativa, "mano en garra" por afectación del nervio mediano



Piel atrófica con eritema y aumento de los pliegues, flictenas de contenido turbio y hemorrágico con áreas de costras sero-hemáticas; producidas por quemaduras debidas a lesión neural



(a) Vesículas de contenido turbio con halo eritematoso. (b) Placa eritemato-edematosa de bordes irregulares y límites indefinidos por celulitis secundaria a varicela.



Pápulas hiperqueratóticas con puntos negros, confluentes en placas, configurando un mosaico



En la sífilis secundaria las lesiones se encuentran casi siempre en palmas y plantas como lesiones papuloescamosas, con un collarete de descamación (collarite de Bielt) y a veces es hiperqueratósica.

(a-b) Placas eritemato - descamativas de bordes circinados. (c) Descamación en palma de manos que se acompaña de onicomycosis. En todos los casos el estudio micológico confirmó el diagnóstico



(a-b) Placas eritematocostrosas, hiperqueratósicas, algunas con fisuras



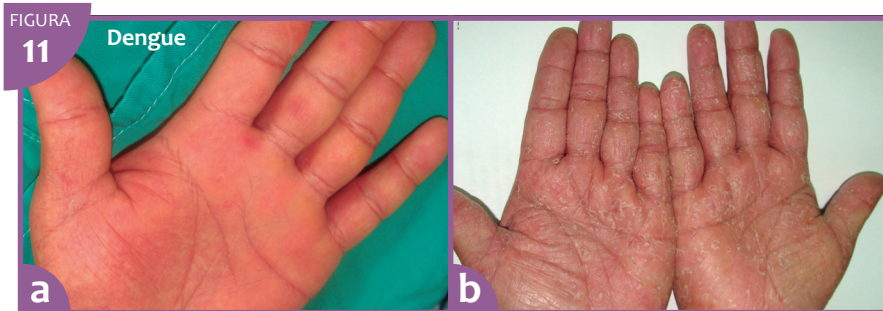
En palma de manos de paciente con HIV



(a-b) Pápulas infiltradas con descamación en collarite



Pápulas queratósicas



(a) Tenue exantema macular morbiliforme. (b) Importante descamación en etapa de resolución

Dermatosis por fármacos



Melanosis liquenoide en una paciente renal crónica atribuida a fármacos



Placas eritemato-violáceas confluentes de distribución difusa con afectación de palmas. Si bien existen otras etiologías, la principal es por fármacos



Eritema, edema, descamación, petequias aisladas y aumento de los pliegues



Placas eritematosas con descamación en colgajos en tapa resolutive



Placas anulares eritemato-edematosas con centro más claro de distribución difusa

En el eritema multiforme menor la palma es una localización casi obligada con el aspecto de dianas típicas. En las otras formas del espectro también es muy frecuente pero el aspecto es de diana atípica o máculas purpúricas.



Pápulas edematosas con halo eritematoso, lesiones en escarapela atípica



Máculas y pápulas purpúricas, más acentuadas en pliegues palmares



Lesiones en diana "típica", la principal causa es el herpes simple pero también los fármacos pueden producirlo

FIGURA 20
Lupus Eritematoso Sistémico



(a-b-c) Lesiones polimorfas en diferentes estadios; eritema purpúrico, placas atróficas descamativas y áreas costrosas, por último eritema con descamación en napas de una misma paciente con LES

En el LES las lesiones cutáneas ocurren en el 80% de los pacientes y luego de las lesiones faciales la palma de la mano ya es una de las más afectadas.

FIGURA 21
Dermatomiositis



Pápulas que confluyen formando placas eritemato-descamativas predominando en pliegues interdigitales

FIGURA 22
Esclerodermia:



Esclerosis, telangiectasias múltiples y acentuación de pliegues palmares

Dermatosis inflamatorias

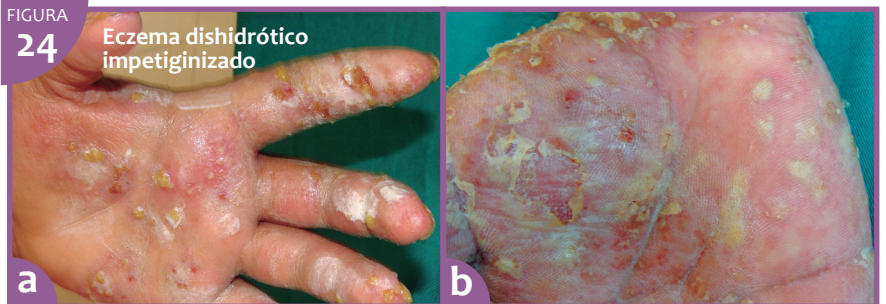
FIGURA 23
Dishidrosis



Múltiples vesículas de contenido seroso algunas excoriadas, en contexto de una reacción secundaria a tiña pedis

La palma de la mano es asiento frecuente de eczemas de contacto alérgico pero mucho más frecuentemente es irritativo. Su etiología está relacionada con la profesión y puede ser tan variada como artículos de limpieza, guantes, volante de automóviles o bolígrafos, en fin, todo objeto que es tocado.

FIGURA 24
Eczema dishidrótico impetiginizado



(a-b): Vesico-pústulas, algunas excoriadas, con costras melicéricas, eritema y descamación

FIGURA 25
Líquén plano



Placas eritemato-violáceas con descamación, áreas queratósicas y fisuradas en pulpejos

FIGURA 26



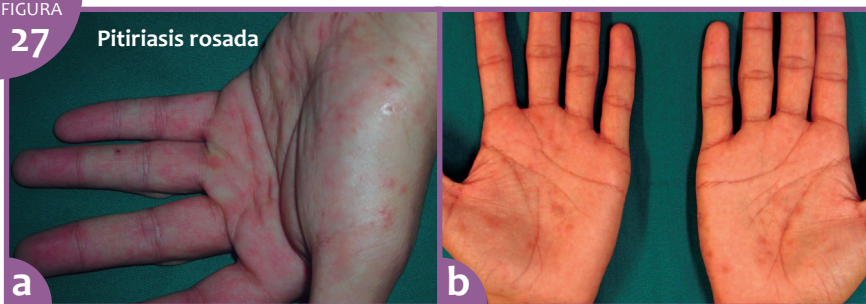
Eczema crónico de contacto en un albañil

Dermatosis eritemato - escamosas

FIGURA

27

Pitiriasis rosada

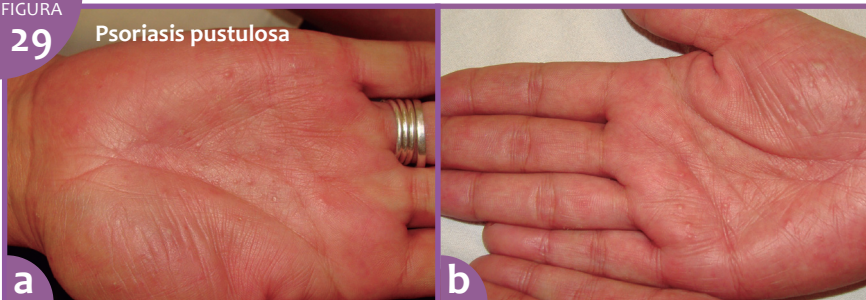


(a) Pápulas eritematosas múltiples con descamación fina y eritema de base en afectación palmar. (b) Pápulas eritemato-descamativas. El compromiso palmar es poco frecuente en esta afección y exige descartar lues en muchos casos

FIGURA

29

Psoriasis pustulosa



(a) Pústulas con halo eritematoso (b) Pápulas eritematosas y pústulas en palma

FIGURA

28

Pitiriasis rubra pilaris



Eritema y queratodermia palmar

FIGURA

30

Psoriasis



Placas eritemato-descamativas confluentes que respetan el centro de la palma por ser un área menos traumatizada

Otras dermatosis

FIGURA

31

Granuloma anular



Placas eritemato-violáceas de bordes sobre-elevados y centro deprimido

FIGURA

32

Gota



Pápulas y nódulos amarillentos en manos. Deformidad en articulaciones metacarpofalángicas e interfalángicas

FIGURA

33

Enfermedad de Addison



(a) Hiperpigmentación difusa de palma sobre la que asientan lesiones lentiginosas. (b) Vitiligo palmar contrastando con la hiperpigmentación del resto de la piel, en un paciente con esta enfermedad

FIGURA

34

Pénfigo paraneoplásico:



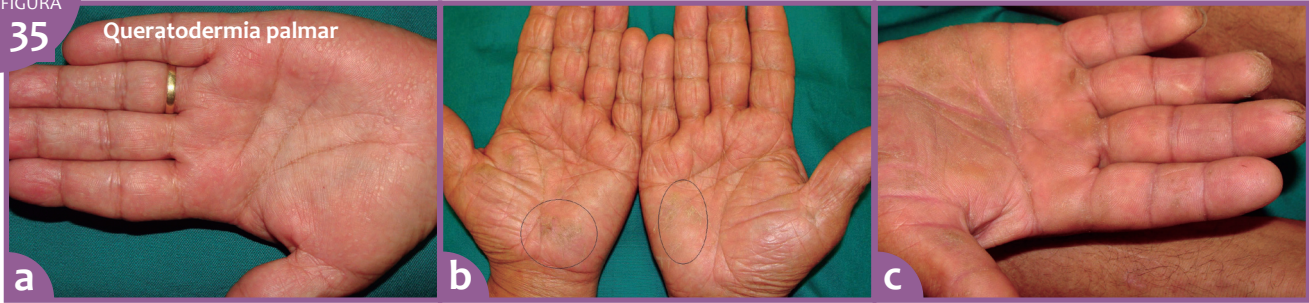
Lesiones ampollosas y erosionadas difusas con afectación palmar en paciente con cáncer de mama

Eritema palmar es un signo que puede relacionarse a hepatopatías y embarazo. Algunos quimioterápicos (citarabina, doxorubicina, capecitabina y 5-fluorouracilo) pueden producir un eritema palmar pero es más marcado en pulpejos.

FIGURA

35

Queratodermia palmar



(a) Puntata: pápulas color piel, queratósicas, pequeñas, múltiples. (b-c) Focal: Hiperqueratosis, descamación y aumento de pliegues

Bibliografía

1. Latarjet M, Ruíz Liard A. Anatomía Humana. 3ª Edición. Buenos Aires, Panamericana; 1995 p.662-668
2. Yokochi Ch, Rohen J, Weinreb E. Atlas fotográfico de Anatomía del Humano. 3ª Edición. Mexico DF, Mc Graw-Hill; 1989 p.34-38
3. Skandalakis J, Skandalakis P, Skandalakis L. Anatomía y Técnica Quirúrgicas. 2ª Edición. México, Mc Graw-Hill; 2000 p.1-16
4. Cotran R, Kumar V, Collins T. Robins. Patología estructural y funcional. 6ª Edición. Madrid, Mc Graw-Hill; 2000 p. 1215-1217
5. Elder D, Elenitsas R, Jaworsky C, Johnson B. Lever. Histopatología de la piel. 8ª Edición. Buenos Aires: Inter-Médica 1999; p. 5 - 25
6. Freedberg I, Eisen A, Wolff K, Austen K, Goldsmith L, Katz S. Fitzpatrick Dermatología en medicina general. 7ª Edición. Buenos Aires: Panamericana 2009; p. 552 - 553

FIGURA

36

Xantomas eruptivos



Pápulas amarillo-anaranjadas, confluentes

FIGURA

37

Hemangioma



Lactante, etapa proliferativa

Gel
...Piernas Cansadas!
 "Relax, alivio, y frescura inmediata"

COMPOSICIÓN
 Extracto de Achirocline
 satureoides:
 Antioxidante.
 Extracto de Hamamelis:
 mejora la resistencia vascular y
 descongiona.
 Extracto de Matricaria:
 descongestivo, antiinflamatorio.
 Menthol:
 refrescante
 Gel en Pote de 250 grs.

Tte. Vera 1250 c/ Senador Long - Telefax +595-21 614 029 / 662 328
www.imporfarm.com.py

IMPORFAR S.A.
 ASUNCION - PARAGUAY