

# Zmiany na dłoniach i stopach

## Opis przypadku

**70**-letnia pacjentka została przyjęta do Kliniki Dermatologii w celu przeprowadzenia diagnostyki i leczenia zmian skórnych, które pojawiły się kilka miesięcy wcześniej. Były to hiperkeratotyczne grudki, niektóre z zagłębieniem w środku, zlokalizowane na podszewkach stóp i dłoniach. Zmiany na podszewkach stóp od kilku tygodni ulegały progresji i zlewały się, tworząc większe hiperkeratotyczne ogniska (ryc. 1, 2), co skłoniło pacjentkę do zgłoszenia się do kliniki. Wykwity nie miały tendencji do przechodzenia na boczne i grzbietowe powierzchnie rąk i stóp, nie zajmowały też innych okolic ciała. Pacjentka nie zgłaszała żadnych chorób przewlekłych ani występowania podobnych zmian u członków rodziny. W wynikach badań laboratoryjnych (morfologia krwi, badania biochemiczne, badanie ogólne moczu, markery nowotworowe) nie stwierdzono istotnych odchyleń od normy. W badaniu rentgenowskim klatki piersiowej oraz badaniu ultrasonograficznym jamy brzusznej nie wykazano zmian ogniskowych. Wynik badania mykologicznego naskórka dłoni i stóp był ujemny. Badanie histopatologiczne wycinka ze zmian skórnych wykazało znaczną hiperkeratozę z ogniskami parakeratozy. Na podstawie obrazu klinicznego i badania histopatologicznego ustalono rozpoznanie. Z powodu nietolerancji terapii acytretyną (ból głowy, wypadanie włosów, hipertriglicydemia) w leczeniu zastosowano tylko miejscowe preparaty keratolityczne, uzyskując poprawę stanu skóry.

## Pytania (może być więcej niż jedna prawidłowa odpowiedź):

### 1. Najbardziej prawdopodobne rozpoznanie to:

- a) Łuszczyca
- b) Krostkowica dłoni i stóp
- c) Grzybica
- d) Ogniskowe rogowacenie dłoni i stóp

### 2. Najbardziej typowa lokalizacja zmian skórnych w przebiegu opisywanej jednostki chorobowej to:

- a) Kolana, łokcie i owłosiona skóra głowy
- b) Podeszwy i grzbietowe powierzchnie stóp, grzbietowe powierzchnie rąk
- c) Podeszwy stóp i powierzchnie dłoniowe rąk
- d) Nie ma typowej lokalizacji

### 3. Cechami zmian skórnych w przebiegu choroby są:

- a) Silny świąd
- b) Zagłębienia w części środkowej zmian
- c) Zajęcie bton słuzowych
- d) Obecność srebrnobiałej tuszki

### 4. Hiperkeratoza to:

- a) Niepełne przyspieszone rogowacenie
- b) Prawidłowe rogowacenie
- c) Rogowacenie pojedynczych komórek warstwy kolczystej
- d) Nadmierne rogowacenie

### 5. W diagnostyce różnicowej należy brać pod uwagę:

- a) Długotrwałe brodawki wirusowe
- b) Modzele
- c) Grzybicę mokasynową
- d) Wszystkie powyższe

### 6. Podobne zmiany skórne mogą być związane z:

- a) Ekspozycją na arsen
- b) Ekspozycją na srebro
- c) Ekspozycją na brom i jod
- d) Rozwojem procesu nowotworowego

### 7. W leczeniu miejscowym stosuje się:

- a) Preparaty keratolityczne

lek. Aleksandra Batycka-Baran,  
lek. Iwona Kuczborska, dr med.  
Wojciech Baran

Katedra i Klinika Dermatologii,  
Wenerologii i Alergologii AM,  
Wrocław

Medycyna po Dyplomie 2010;  
(19); 1 (166): 121-123

Program edukacyjny  
akredytowany przez  
Polskie Towarzystwo  
Dermatologiczne  
i koordynowany przez  
prof. dr. hab. med.  
Eugeniusza Barana



□ Rycina 1. Hiperkeratotyczne zmiany na podeszwach stóp, szczególnie w miejscach narażonych na ucisk



□ Rycina 2. Hiperkeratotyczne grudki na paluchach (zbliżenie)

- b) Inhibitory kalcyneuryny
- c) Kortykosteroidy
- d) Terbinafinę

**8. W leczeniu ogólnym stosuje się:**

- a) Cyklosporynę
- b) Terbinafinę
- c) Retinoidy
- d) Kortykosteroidy

**9. Nieprawdą jest, że opisywana jednostka chorobowa:**

- a) Obniża jakość życia chorych
- b) Jest nieuleczalna
- c) Jest zakaźna
- d) Jest wywoływana przez dermatofity

**10. W rozpoznaniu choroby pomocne są:**

- a) Badanie immunologiczne
- b) Badanie dermatoskopowe
- c) Badanie histopatologiczne
- d) Badanie kapilaroskopowe

### Program Edukacyjny Dermatologia 18/10 – rozwiązanie i komentarz

Opisano przypadek łupieżu liszajowatego ostrego (*pityriasis lichenoides et varioliformis acuta*). Jest to ostra dermatoza grudkowa o nieznannej etiologii. Obecnie postuluje się, że jest ona związana z zakażeniami ogniskowymi w organizmie, np. zapaleniem woreczka żółciowego, zapaleniem gruczołu krokowego, zapaleniem migdałków. Pomimo rozległości zmian skórnych dermatoza ta nie powoduje dolegliwości subiektywnych. Typowym objawem są grudki koloru czerwonego lub czerwono-brązowego z niewielką ilością tuski, na których pojawiają się następnie pęcherzyki i krwotoczne strupy. Zmiany mają od 2 do 10 mm średnicy i zlokalizowane są głównie na tułowiu i proksymalnych częściach kończyn. W cięższych przypadkach może dojść do rozwoju owrzodzeń, a u części pacjentów występuje gorączka. Zmiany powoli ewoluują, spłaszczają się, mogą pozostawić blizny lub ogniska hipo- albo hiperpigmentacji. Charakterystyczny dla choroby jest polimorfizm zmian związany z ich różnoczasowym wystąpieniem. W przypadkach wątpliwych diagnostycznie należy wykonać badanie histologiczne, które ujawnia limfocytowe zapalenie naczyń oraz nacieki z limfocytów i histiocytów wzdłuż granicy skórno-naskórkowej oraz w głębszych warstwach skóry, ogniskową

parakeratozę, ścięczenie warstwy ziarnistej, nekrozę i zwyrodnienie wodniczkowe keratynocytów, zatarcie granicy skórno-naskórkowej i obrzęk w skórze właściwej. W niektórych przypadkach choroba może przejść w *pityriasis lichenoides chronica*, która jest chorobą pokrewną, ale o znacznie łagodniejszym przebiegu, z obecnością grudek, bez zmian krwotocznych i strupów. W leczeniu *pityriasis lichenoides et varioliformis acuta* stosuje się najczęściej leki przeciwbakteryjne doustnie (tetracyklina, doksycyklina, erytromycyna) przez okres 3-4 tygodni, czasem kortykosteroidy w niewielkich dawkach (prednizon w dawce 20-30 mg/24h), rzadziej inne leki. W postaci przewlekłej można zastosować fototerapię – PUVA (fotochemioterapię) lub UVB. Niektórzy zalecają także miejscowe preparaty steroidowe. Ze względu na mało poznaną etiologię, bardzo trudno jest rokować co do przebiegu choroby, zwykle ustępuje ona w ciągu kilku tygodni, ale jeśli dojdzie do konwersji w postać przewlekłą, może pozostawać na skórze przez wiele miesięcy.

Prawidłowe odpowiedzi: 1. c, 2. ad, 3. bd, 4. bd, 5. a, 6. b, 7. b, 8. a, 9. a, 10. abc

**Piśmiennictwo:**

1. Braun-Falco O., Plewig G., Wolff H.H, Winkelmann R.K. *Pityriasis lichenoides* (w:) *Dermatology* Springer-Verlag Berlin/Heidelberg 1991.
2. Wahie S, Hiscutt E, Natarajan S, Taylor A. *Pityriasis lichenoides: the differences between children and adults*. Br J Dermatol. 2007; 10, 157(5): 941-5