

Placa hiperqueratósica en la planta del pie derecho

Hyperkeratotic plaque on the right sole

Espadafor-López, Beatriz, Arias-Santiago, Salvador

Unidad de Gestión Clínica Dermatología Médico Quirúrgica y Venereología del Complejo Hospitalario Universitario de Granada.

Estimado editor,

Las dermatosis de los pies incluyen un amplio diagnóstico diferencial que abarca desde dermatosis inflamatorias de causa endógena, dermatitis alérgicas de contacto y queratodermias, hasta infecciones cutáneas de etiología bacteriana o fúngica, principalmente. La semiología puede ser muy parecida entre estas entidades, pero el dato clínico de la asimetría o unilateralidad puede ser clave para orientar el diagnóstico y realizar una sencilla prueba complementaria confirmatoria como se expone en el siguiente caso clínico.

Una paciente de 26 años consultó por una placa queratósica y pruriginosa en la planta del pie derecho de 5 años de evolución. Dicha afectación se había iniciado con vesículas que producían intenso picor en la planta, pero también en las palmas, resolviéndose en esta última localización pero con persistencia en la región plantar derecha de forma crónica con descamación y fisuras que refería que empeoraban en verano. No tenía antecedentes personales ni familiares de psoriasis ni de alergias de contacto. Había realizado en varias ocasiones tratamientos con corticoides tópicos de alta potencia asociados a queratolíticos sin mejoría. En la exploración física en el momento de la consulta se apreció una placa hiperqueratósica difusa que se extendía por toda la superficie plantar derecha, eritematosa y descamativa con algunas fisuras asociadas. No comprometía a la planta contralateral, las uñas ni las manos. La sospecha clínica fue de Tiña en mocasín, por lo que se obtuvieron escamas mediante raspado para el examen directo y cultivo para hongos y se pautó un tratamiento empírico con antifúngico oral y tópico. La respuesta clínica fue excelente con resolución prácticamente completa del cuadro en tres semanas. El cultivo microbiológico confirmó la etiología ante la positividad para el crecimiento de *Epidermophyton floccosum*, única especie patógena humana dentro del género de *Epidermophyton* (tipo antropofílico).

Las micosis cutáneas son enfermedades de distribución universal muy comunes en nuestro medio. Constituyen un motivo de consulta frecuente en atención primaria, pediatría y dermatología, lo que nos obliga a estar actualizados en su variada presentación clínica y en los avances terapéuticos.

Los hongos que más frecuentemente ocasionan infecciones superficiales son los dermatofitos y las levaduras de los géneros

Candida y *Malassezia*. Los dermatofitos son hongos queratinofílicos, es decir, que se nutren de la queratina, invadiendo el estrato córneo, las uñas y el pelo. Sus miembros se agrupan en tres géneros: *Trichophyton*, *Microsporum* y *Epidermophyton*. Según la procedencia de la queratina que necesitan para vivir se clasifican en geofílicos (del suelo), zoofílicos (de los animales) y antropofílicos (del hombre). Otra forma de clasificarlas es según afecten al pelo, a las uñas o la piel lampiña, englobándose dentro de esta última si afecta a la piel de los pies(1,2).



Las tiñas de los pies o tinea pedis son la infección fúngica más frecuente a nivel mundial, se calcula que en España la prevalencia es de alrededor del 2,9% y se distinguen tres patrones clínicos: intertriginoso, hiperqueratósico y eczematoso (3).

El patrón intertriginoso se presenta con descamación interdigital junto a maceración y fisuras al fondo de los pliegues, especialmente en el cuarto espacio y puede afectar a la parte dorsal de los dedos o extenderse hacia la planta. El eczematoso es agudo, y presenta vesículas y vesiculopústulas formando

placas redondeadas en el arco plantar, pero con extensión a los laterales.

El patrón hiperqueratósico se inicia como una descamación blanquecina o grisácea sobre una base eritematosa irregular por toda la planta, sobre la que se forma una placa hiperqueratósica difusa con descamación y fisuras que pueden afectar a una o ambas superficies plantares. Con frecuencia se hace crónica y difícil de tratar. A este tipo también se le conoce como Tiña en mocasín por su distribución, y es el que se corresponde con el caso clínico expuesto (1,2,3). El diagnóstico diferencial debe realizarse con dermatitis dishidrótica, eczemas de contacto, psoriasis y dermatitis plantar juvenil principalmente. Por ello, una adecuada toma de muestras es fundamental para establecer el diagnóstico de una dermatofitosis (4). El examen directo es una técnica fácil y rápida para establecer un diagnóstico presuntivo que orientará al clínico en su tratamiento. Paralelamente a la observación microscópica, las muestras deben sembrarse en medio agar Saboreaud con cloranfenicol y agar Saboreaud con cloranfenicol y actidiona en incubarse a 30º durante un mes. Cuando se observe crecimiento de colonias compatibles con dermatofitos debe realizarse el examen microscópico pertinente con el fin de encontrar estructuras características y llegar a la identificación de género y especie, si es posible (4,5).



Como conclusión, destacar la sencillez, rapidez y bajo coste en el diagnóstico de una dermatofitosis gracias a las técnicas del examen directo y cultivo microbiológico, que si se hubiesen hecho desde el inicio, hubiese evitado un retraso diagnóstico y un tratamiento incorrecto durante 5 años.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hainer B. Dermatophyte infections. AM FAM Physician 2003;67:101-8.
2. Ilkit M, Durdu M. Tinea pedis: the etiology and global epidemiology of a common fungal infection. Crit Rev Microbiol 2015;41(3):374-88.
3. Monteagudo B, Perereiro M, Fernandez-Redondo V, Toribio J. Tinea pedis causada por Trichophyton violaceum. Actas Dermosifiliogr 2002;93(1):35-7
4. Del Boz, J, Padilla-España L, Crespo-Erchiga V. Toma de muestras y examen directo en dermatomicosis. Actas Dermosifiliogr 2016; 107(1):65-7.
5. Molina de Diego A. Aspectos clínicos, diagnósticos y terapéuticos de las dermatofitosis. Enferm Infecc Microbiol Clin 2011;29(3):33-39.