

Queratolisis *punctata*

E. Pitarch Roca, A. Moreno Sánchez, S. Miralbés Terraza, L. Monge Galindo, E. Ubalde Sainz

Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

[BoI Pediatr Arag Rioj Sor, 2020; 50: 136-138]

RESUMEN

Se presenta el caso de un paciente varón de 13 años, al cual, durante un ingreso por primera crisis convulsiva no sintomática aguda, se le observaron lesiones cutáneas en las plantas de los pies. Dichas lesiones asociaban hiperhidrosis y bromhidrosis, todo ello sugestivo de queratolisis *punctata*. A propósito del caso, se realiza revisión sobre la prevalencia, la patogenia, las manifestaciones clínicas, el tratamiento y el pronóstico de la enfermedad.

PALABRAS CLAVE

Queratolisis *punctata*, hiperhidrosis, bromhidrosis.

Pitted keratolysis

ABSTRACT

We present the case of a 13-year-old male. During a hospitalization because of an acute unprovoked seizure, skin lesions were observed on the soles of his feet, which associated hyperhidrosis and malodour. All of these findings were suggestive of pitted keratolysis. Regarding the case, a review is made on the prevalence, pathogenesis, clinical manifestations, treatment and prognosis of the disease.

KEYWORDS

Pitted keratolysis, hyperhidrosis, malodour.

INTRODUCCIÓN

La queratolisis *punctata* es una infección del estrato córneo que afecta más frecuentemente a las zonas de presión de la superficie plantar de los pies, siendo menos común en las manos. Los agentes etiológicos más habituales son bacterias grampositivas: *Corynebacterium sp.*, *Kytococcus sedentarius*, *Actinomyces keratolyticus*, *Dermato-*

philus congolensis⁽¹⁾. Para proliferar, los organismos requieren condiciones de humedad, oclusión e incremento del pH de la piel⁽²⁾.

Su distribución es mundial, más frecuente en zonas tropicales, aunque se presenta también en regiones frías o de altura. La prevalencia real en países europeos es desconocida, aunque se cree que es una patología corriente, siendo de mayor prevalencia en deportistas,

Correspondencia: Esther Pitarch Roca

Avda. Ramón Sainz de Varanda, 26 1°C. 50009 Zaragoza
estherpitarchroca@gmail.com

Recibido: septiembre de 2019. Aceptado: diciembre de 2020

adultos jóvenes, varones en época estival, sin predilección racial⁽³⁾.

Las manifestaciones clínicas consisten en una tríada característica: humedad, mal olor corporal asociado a la hiperhidrosis (bromhidrosis) y lesiones cutáneas en las plantas de los pies, consistentes en máculas hiperpigmentadas circulares superficiales en el estrato córneo o pequeñas erosiones con forma alargada^(4,5). Menos frecuentemente, los pacientes pueden presentar sensación de calor, dolor o quemazón al caminar⁽¹⁾. Si no se trata, el ambiente de humedad junto con las lesiones del estrato córneo puede favorecer la sobreinfección por otros agentes infecciosos⁽⁶⁾.

El diagnóstico es fundamentalmente clínico. En casos de duda diagnóstica se pueden emplear la luz de Wood, el examen directo tras escarificación, cultivos y biopsia⁽¹⁾. El diagnóstico diferencial se realizará principalmente en relación con las siguientes entidades⁽³⁾:

- **Tiña plantar.** La clínica es muy variada, pero la diferencia principal es que esta patología no suele cursar con lesiones queratolíticas.
- **Tiña negra plantar.** Son máculas amarronadas de bordes bien definidos que se localizan en palmas y plantas. La diferencia principal es que no se asocia ni con hiperhidrosis ni con bromhidrosis.
- **Eritrasma.** Se trata de múltiples máculas eritematoparduzcas, ligeramente descamativas, que habitualmente aparecen en las axilas, en el área genitocrural y, excepcionalmente, en área interdigital. No se asocia con lesiones queratolíticas.
- **Queratodermia *punctata*.** Presenta múltiples lesiones hiperqueratósicas amarillentas y duras en palmas y plantas. Es un trastorno genético de herencia autosómica dominante.
- **Síndrome del nevus basocelular.** Pequeñas úlceras en palmas y plantas con base eritematosa que suelen ser dolorosas.

El tratamiento de elección de la queratolisis *punctata* consiste en la administración de antibióticos tópicos, como el ácido fusídico, la mupirocina, la eritromicina o la clindamicina que se mantienen durante 2 o 3 semanas, asociado a medidas higiénicas preventivas para evitar recidivas. Como alternativa se pueden emplear antibióticos sistémicos en caso de lesiones cutáneas extensas, y en casos rebeldes de hiperhidrosis se puede aplicar toxina botulínica⁽⁷⁾. El pronóstico es excelente, y las lesiones suelen desaparecer en tres o cuatro semanas⁽⁸⁾.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso clínico de un adolescente varón de 13 años que ingresa en época estival para estudio de una primera crisis convulsiva no sintomática aguda. Durante el ingreso se objetiva mal olor podálico, por lo que se examinan las plantas de los pies, encontrándose lesiones cutáneas crateriformes de coloración marrón. El paciente, que practica remo deportivo, no presenta antecedentes personales ni familiares de interés, está correctamente vacunado y no refiere alergias medicamentosas ni alimentarias.

En la exploración física se aprecian placas superficiales queratolíticas e hiperpigmentadas, formadas por la confluencia de múltiples lesiones circunferenciales de pocos milímetros de diámetro. Las lesiones se objetivan en las zonas de mayor presión de la superficie plantar y su disposición era bilateral y simétrica (figuras 1 y 2). No asocia onicopatía ni lesiones cutáneas a otro nivel.

El paciente refiere hipersudoración con mal olor podálico y contacto frecuente con el agua, pero no sabe precisar el tiempo de evolución de las lesiones ni de la clínica. Tampoco refiere antecedentes de aplicación de ninguna crema ni otros productos en los pies. No presenta dolor, ni sensación de quemazón al caminar, ni otra sintomatología añadida.

Ante la clínica y los factores de riesgo (deportista de remo, adolescente, varón y época estival) se realiza el diagnóstico clínico de queratolisis *punctata*. Se pauta tratamiento con eritromicina tópica dos veces al día, durante tres semanas y se aconseja lavado diario de los pies con secado cuidadoso, cambio diario de calzado y uso de calcetines de algodón. Tras el tratamiento, se constata la resolución del cuadro, con la desaparición de las lesiones queratolíticas y de la bromhidrosis.

DISCUSIÓN

El paciente es un varón deportista en edad juvenil y presenta las lesiones descritas en época estival, siendo todas ellas características típicas de esta entidad, tal y como se describe en la literatura^(1,2,3). Además, muestra la tríada clínica descrita en esta patología: lesiones cutáneas, hiperhidrosis y bromhidrosis.

La queratolisis *punctata* es una entidad frecuente en la práctica clínica, estimándose una prevalencia del 1-2% en zonas tropicales, y de hasta el 13% de los atletas en Gran Bretaña⁽²⁾. Aun así, se considera una patología infradiagnosticada, debido tanto al desconocimiento de la misma, siendo a menudo confundidas con infecciones fúngicas,



Figura 1. Cara plantar de ambos pies, donde se aprecian, en las zonas de presión, lesiones circulares deprimidas hiperpigmentadas, resultado de la confluencia de múltiples lesiones milimétricas. Esther Pitarch Roca. Orientación vertical.



Figura 2. Detalle de la figura anterior que muestra la cara plantar del talón izquierdo, donde se puede apreciar alguna lesión queratolítica aislada sin llegar a confluir. Esther Pitarch Roca. Orientación vertical.

como a la falta de consulta por parte de los pacientes. En lugar de buscar consejo médico, muchos pacientes con bromhidrosis podrían estar empleando cremas con acción antifúngica y antitranspirante, e incluso ungüentos, los cuales pueden agravar la maceración de la piel⁽⁹⁾.

Por otra parte, a pesar de no revestir gravedad, esta entidad puede tener un impacto negativo significativo en la calidad de vida de los pacientes. Por todo ello, y por presentar un pronóstico excelente con el tratamiento adecuado, es importante conocer esta patología y sus manifestaciones clínicas. De esta forma se podrá comenzar con un tratamiento correcto precozmente, evitando las consultas repetidas y las pruebas complementarias innecesarias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez Blanco J, García González V. *Queratolisis punctata*. Guía-ABE. Infecciones en pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [Internet]; 2014 [consultado el 31 de julio de 2019]. [Disponible en <http://www.guia-abe.es>].
2. García-Cuadros R, Figueroa-Núñez del Prado Y. Abanico clínico de la queratolisis *punctata*. *Dermatol Perú*. 2006; 16(3): 233-8.
3. Martínez Blanco J, García González V. *Queratolisis punctata*: conocer es diagnosticar. *Form Act Pediatr Aten Prim*. 2013; 6(4): 266-9.
4. Pratenda G, Carlesimo M, Prantenda G, Abruzzese C, Grimaldi M, De Micco S, et al. Pitted keratolysis, erythromycin and hyperhidrosis. *Dermatologic Therapy*. 2014; 27: 101-4.
5. Makhecha M, Dass S, Singh T, Gandhi R, Yadav T, Rathod D. Pitted keratolysis – a study of various clinical manifestations. *International Journal of Dermatology*. 2017; 1-7.
6. Law RWY, So E, Chu AKC, Logan DB. Pitted keratolysis: a case report and review of current literature. *Proceedings of Singapore Healthcare*. 2019; 28(1): 71-3.
7. Bristow IR, Lee YL. Pitted keratolysis: a clinical review. *J Am Podiatr Med Assoc*. 2014; 104(2): 177-82.
8. Fernández-Crehuet P, Ruiz-Villaverde R. Pitted keratolysis: an infective cause of foot odour. *CMAJ*. 2015; 187(7): 519.
9. Kaptanoglu AF, Yuksel O, Ozyurt S. Plantar pitted keratolysis: a study from non-risk groups. *Dermatology Reports*. 2012; 4: 14-6.