

IMÁGENES EN MEDICINA DE FAMILIA

Hiperqueratosis palmoplantar de larga evolución Long-term palmoplantar hyperkeratosis

B. Aldea Manrique*, J. Sánchez Bernal y V. Lezcano Biosca

Departamento de Dermatología, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España

Caso clínico

Paciente de 20 años de edad valorada en la consulta por hiperqueratosis en palmas y plantas desde los 3 años. Había sido tratada con diversos emolientes y queratolíticos tópicos, sin mejoría. Además, refiere hiperhidrosis en los pies. Niega antecedentes familiares de psoriasis, pero comenta que su padre presenta lesiones similares, de años de evolución y de localización palmoplantar. En la exploración se objetiva queratodermia de tipo punteado en las manos y difusa en ambos pies (fig. 1).

Evolución

Por el largo tiempo de evolución de las lesiones (superior a 15 años) y los antecedentes familiares, se planteó como primera opción diagnóstica una queratodermia hereditaria (grupo heterogéneo de trastornos dermatológicos caracterizados por un engrosamiento anormal de las palmas y las plantas). Se solicitó un cultivo para descartar una infección fúngica sobreañadida, resultando positivo para *Epidermophyton floccosum*. Se instauró tratamiento con terbinafina oral a dosis de 250 mg/día y sertaconazol tópico



Figura 1 Hiperqueratosis palmoplantar.

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: baldeam92@gmail.com (B. Aldea Manrique).



Figura 2 Aspecto tras el tratamiento.

durante 8 semanas. En la revisión, las lesiones prácticamente habían desaparecido (fig. 2).

A pesar de que el cuadro clínico nos orientó inicialmente hacia una queratodermia hereditaria con una posible sobreinfección fúngica, la resolución completa de las lesiones con tratamiento antifúngico sin evidenciarse una queratodermia de base, junto con el cultivo positivo para *E. floccosum*, nos llevaron al diagnóstico final de dermatofitosis del pie (*tinea pedis*) de tipo hiperqueratósico o «en mocasín».

Comentario

Las dermatofitosis, comúnmente conocidas como tiñas, son aquellas infecciones causadas por los hongos dermatofitos, cuya característica principal es su afección por la queratina, causando infecciones frecuentes en estructuras que la contienen, como son la piel, el pelo o las uñas. Estos hongos se clasifican, según su hábitat principal sea el ser humano, el suelo o los animales, en antropofílicos, geofílicos o zoofílicos, respectivamente¹.

La *tinea pedis* es la forma más frecuente de dermatofitosis a nivel mundial. Como factores predisponentes se encuentran la sudoración excesiva y la humedad (calzado oclusivo, práctica de deporte, piscinas, etc.), así como cierta susceptibilidad individual^{2,3}.

El agente causal más frecuente es *Trichophyton rubrum* (antropofílico)¹⁻⁵. El contagio se produce por contacto con personas infectadas o bien mediante objetos. No es infrecuente la autoinoculación, como el llamado síndrome «2 pies y una mano»⁴. *E. floccosum* también se ha aislado en dermatofitosis del pie, aunque no es prevalente, dado que su localización predilecta es la inguinal (*tinea cruris*)¹⁻³. Por su naturaleza antropofílica, causa infecciones paucisintomáticas y con tendencia a la cronicidad, como en este caso^{2,3}.

Hay 3 patrones de presentación clínica de la *tinea pedis*: el intertriginoso (el más frecuente, conocido como «pie de atleta»), el vesiculoampolloso o dishidrosiforme, y el hiperqueratósico («en mocasín»)⁵.

Este último tipo, que es el que presenta nuestra paciente, es poco habitual comparado con el «pie de atleta»^{2,5}. Además, son infecciones menos llamativas y de carácter

lentamente progresivo, lo que dificulta su reconocimiento en la práctica clínica. Ante lesiones de este tipo nos debemos plantear el diagnóstico diferencial con eczemas crónicos, psoriasis y queratodermias^{1-3,5}.

Destacamos este caso por su larga evolución en el tiempo, en el que una dermatofitosis crónica simulaba un tipo de enfermedad completamente diferente. También hemos de señalar la afectación simultánea de palmas y plantas, algo que no es habitual, encontrándose pocos casos descritos. Probablemente el contagio haya sido persona a persona, a través del padre, pero no se ha podido confirmar por la negativa de este a realizarse pruebas complementarias. Como conclusión, debemos recordar que ante lesiones hiperqueratósicas tanto en las manos como en los pies, es recomendable hacer un cultivo como despistaje de una infección por dermatofitos, ya que en muchas ocasiones este diagnóstico pasa desapercibido y, con el tratamiento adecuado⁶, se obtienen excelentes resultados.

Solo se han utilizado datos clínicos e imágenes de un paciente, no realizando intervenciones sobre el mismo, y se ha recogido el consentimiento informado y seguido los protocolos del centro de trabajo.

Bibliografía

1. Molina de Diego A. Aspectos clínicos, diagnósticos y terapéuticos de las dermatofitosis. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2011;29:33-9.
2. Ameen M. Epidemiology of superficial fungal infections. *Clin Dermatol.* 2010;28:197-201.
3. Ilkit M, Durdu M. Tinea pedis: The etiology and global epidemiology of a common fungal infection. *Crit Rev Microbiol.* 2015;41:374-88.
4. Zhan P, Ge YP, Lu XL, She XD, Li ZH, Liu WD. A case-control analysis and laboratory study of the two feet-one hand syndrome in two dermatology hospitals in China. *Clin Exp Dermatol.* 2010;35:468-72.
5. Gomez-Mollano E, Crespo-Erchinga V, Martínez-Pilar L. Dermatofitosis: revisión. *Piel.* 2016;31:529-98.
6. Kikuchi I, Tanuma H, Morimoto K, Kawana S. Usefulness and pharmacokinetic study of oral terbinafine for hyperkeratotic-type tinea pedis. *Mycoses.* 2008;51:523-31.