

## CASO PEDIÁTRICO DE QUERATOLISIS PUNTEADA (QUERATOLISIS PLANTAR SULCATUM)

PEDIATRIC CASE PITTED KERATOLYSIS (QUERATOLISIS PLANTARE SULCATUM)

Fecha de recepción: 19/02/2018  
 Fecha de aceptación: 24/02/2018

Sr. Director:

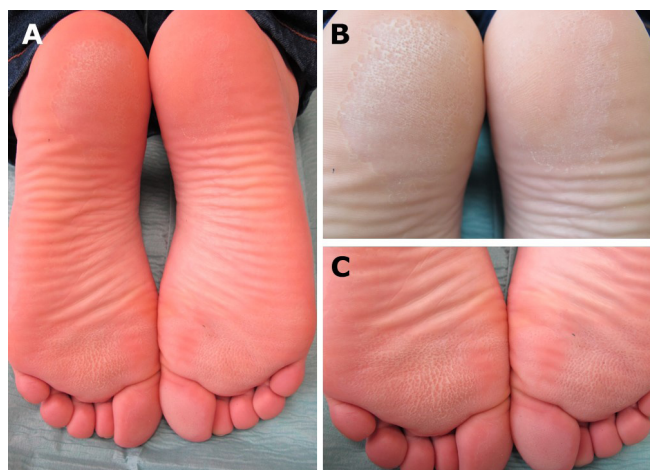
La queratolisis punteada (QP), también llamada queratolisis plantar sulcatum, es una infección bacteriana superficial (del estrato córneo) causada por corinebacterias frecuente en la planta del pie.

Clínicamente se caracteriza por depresiones crateriformes de menos de 1 cm de diámetro, circulares y superficiales sobre todo localizadas en las zonas de apoyo de las plantas de los pies. Puede asociar hiperhidrosis, bromhidrosis (mal olor) y maceración<sup>(1)</sup>.

En nuestro caso comentamos un nuevo caso de QP visto recientemente en un paciente pediátrico, un niño de 12 años de edad con los antecedentes personales de asma y drenajes timpánicos, el cual consultó por la presencia de lesiones asintomáticas en ambas plantas de pies de un año y medio de evolución. Había realizado tratamiento con varios antifúngicos tópicos sin mejoría.

A la exploración física observamos múltiples pequeñas depresiones, algunas de morfología oval, en zonas de apoyo de ambas plantas de pies (imagen 1). Además, en algunas áreas afectas se apreciaba maceración y asociaba una marcada bromhidrosis.

Con el diagnóstico de QP pautamos tratamiento tópico combinando antibioterapia (mupirocina pomada dos aplicaciones al día) y antitranspirantes tópicos (solución hidroalcohólica de clorhidrato de aluminio al 20% en spray una vez al día) durante un mes. También se recomendó evitar el uso de calzado cerrado. En el control evolutivo al mes no apreciamos mejoría por lo que suspendimos la mupirocina pomada e instauramos tratamiento con eritromicina al 2% en gel consiguiendo curación de la infección cutánea al mes.



**Imagen 1A:** Pequeñas depresiones ovales en zonas de apoyo de plantas de pies. **Imagen 1B:** En talones, depresiones de mayor tamaño asociadas a maceración. **Imagen 1C:** Afectación en zona de apoyo plantar y de cara plantar de primer dedo.

La QP es una infección bacteriana superficial de la piel causada por varias especies de *Corynebacterium*, *Actinomyces*, *Dermatophilus* y *Micrococcus sedentarius*<sup>(2)</sup>. La elevación del pH de la superficie cutánea, la hiperhidrosis y la oclusión prolongada facilitan la proliferación de estas bacterias. Éstas producen enzimas que degradan la queratina, que deshace el estrato córneo generando las características depresiones cutáneas<sup>(3)</sup>. La enfermedad afecta exclusivamente la parte más superficial de la piel (estrato córneo).

Clínicamente se caracteriza por depresiones redondeadas o pits de aspecto crateriforme de 1-7 mm de diámetro, que se fusionan adoptando formas irregulares de tamaño variable. Por lo general es asintomático, aunque puede asociar bromhidrosis, maceración y causar quemazón o prurito. Es más frecuente en varones jóvenes, personas con trabajos donde se utiliza calzado oclusivo (militares), agricultores que trabajan descalzos, en gente con hiperhidrosis o que practica deporte (natación y atletas), obesos o inmunodeprimidos<sup>(4-6)</sup>.

El diagnóstico es clínico. En ocasiones se realiza exploración con el dermatoscopio, y pocas veces se hace estudio microbiológico<sup>(3)</sup>. El diagnóstico diferencial debe establecerse principalmente con tinea pedis, hiperhidrosis, eczema dishidrótico, psoriasis plantar y queratodermia palmoplantar<sup>(7,8)</sup>.

El tratamiento consiste en la administración de antibióticos tópicos (eritromicina, clindamicina, ácido fusídico o mupirocina) u orales (eritromicina), o peróxido de benzoilo tópico durante varias semanas. No es raro la utilización de antisépticos (clorhexidina o alcohol isopropílico al 40-60 %) o antitranspirantes (normalmente tópicos, pero hay casos en los que es preciso para corregir la hiperhidrosis la iontoforesis o toxina botulínica)<sup>(9)</sup>. Para conseguir la resolución de la QP se precisa la instauración de medidas higiénicas preventivas como el cambio diario de calzado y calcetines, uso de calcetines de algodón o lino, o plantillas absorbentes, y limpieza adecuada de pies con secado cuidadoso posterior<sup>(1,10)</sup>.

En conclusión, exponemos este nuevo caso de QP pediátrico que muestra las depresiones típicas de esta infección, para que se conozca dicha entidad y así evitar tratamientos ineficaces tras un diagnóstico erróneo habitualmente de tinea pedis.

**Autores:** Katherine Lopes-Padina<sup>(1)</sup>  
Benigno Monteagudo-Sánchez<sup>(1,2)</sup>  
Abián Mosquera-Fernández<sup>(1)</sup>

(1) Facultad de Enfermería y Podología de Ferrol.  
Universidad de A Coruña.  
(2) Servicio de Dermatología.  
Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

**Contacto:** [benigno.monteagudo.sanchez@sergas.es](mailto:benigno.monteagudo.sanchez@sergas.es)

## BIBLIOGRAFÍA

---

1. Bajo Argomániz E, Trueba Castillo A. Queratólisis plantar sulcatum. FMC. 2007;14:555-6.
2. Makhecha M, Dass S, Singh T, Gandhi R, Yadav T, Rathod D. Pitted keratolysis – a study of various clinical manifestations. Int J Dermatol. 2017; 56:1154-60.
3. Lockwood LL, Gehrke S, Navarini AA. Dermoscopy of pitted keratolysis. Case Rep Dermatol. 2010; 2:146-8.
4. Lorangeira de Almeida H Jr, Nunes Siqueira R, da Silva Meireles R, Rampon G, Suita de Castro LA. Pitted keratolysis. An Bras Dermatol. 2016; 91:106-8.
5. Kaptanoglu AF, Yuksel O, Ozyurt S. Plantar pitted keratolysis: a study from non-risk groups. Dermatol Reports. 2012; 4:14-5.
6. Greywal T, Cohen PR. Pitted keratolysis: successful management with mupirocin 2% ointment monotherapy. Dermatol Online J. 2015; 21.
7. Leung A, Barankin B. Pitted Keratolysis. J Pediatr. 2015; 167:1165.
8. Papaparaskevas J, Stathi A, Alexandrou-Athanassoulis H, Charisiadou A, Petropoulou N, Tsakris A, Valari M. Pitted keratolysis in an adolescent, diagnosed using conventional and molecular microbiology and successfully treated with fusidic acid. Eur J Dermatol. 2014; 24:499-500.
9. Fernández-Crehuet P, Ruiz-Villaverde R. Pitted keratolysis: an infective cause of foot odour. CMAJ. 2015; 187:519.
10. Bristow I, Lee YL. Pitted keratolysis: a clinical review. J Am Podiatr Med Assoc. 2014; 104:177-82.