

Caso Clínico

**Queratolisis punctata**

**Pitted keratolysis**

Regina Espínola-Espínola<sup>1</sup>, Gloria Celeste Samudio-Domínguez<sup>2</sup>, José Guillermo Pereira-Brunelli<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Sanatorio Libertad. Mariano Roque Alonso. Paraguay

<sup>2</sup>Hospital General Barrio Obrero. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Asunción, Paraguay

<sup>3</sup>Hospital Materno Infantil. Centro de Especialidades Dermatológicas. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. San Lorenzo-Calle'i, Paraguay

**RESUMEN**

Se presenta caso de paciente de 13 años, de sexo femenino, con historia de 2 meses de evolución de lesiones aspecto crateriforme en planta de pie izquierdo, acompañado de bromhidrosis, dolor y ardor e impotencia funcional.

El cultivo reveló la presencia de *Staphylococcus aureus* meticilino sensible. Las lesiones mejoraron con tratamiento antibiótico tópico con mupirocina y queratolíticos, quedando como diagnóstico una queratólisis punctata.

**Palabras claves:** queratólisis punctata, *Staphylococcus aureus* meticilino sensible

**ABSTRACT**

A 13-year-old female patient case is presented with a 2 months history of lesions on the left foot, accompanied by bromhydrosis, pain, burning, and functional impotence.

Tissue culture revealed the presence of sensitive methicillin *Staphylococcus aureus*. The lesions improved with topical antibiotic treatment with mupirocin and keratolytics, final diagnosis was punctate keratolysis.

**Key words:** punctate keratolysis, methicillin-sensitive *Staphylococcus aureus*

**Autor correspondiente:** Dra. Gloria Celeste Samudio-Domínguez

Infectóloga Pediatra. Hospital General Barrio Obrero, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Asunción, Paraguay.

Correo electrónico: [gsamudio.samudio@gmail.com](mailto:gsamudio.samudio@gmail.com)

**Fecha de recepción:** 02 marzo 2017

**Fecha de aprobación:** 19 mayo 2017

## CASO CLÍNICO

Paciente de 13 años, de sexo femenino, procedente del Chaco paraguayo, con historia de 2 meses de evolución de lesiones pequeñas, de aspecto crateriforme en planta de pie izquierdo. Usa zapatos de goma en forma casi permanente. Sin otros antecedentes de importancia<sup>(1)</sup>.

En el examen físico se observa afectación de planta de pie izquierdo, con múltiples pozos y hoyuelos redondeados crateriformes de hasta 3 mm de diámetro, con aspecto cribado, distribuidas principalmente en el tercio anterior y en dedos del mismo pie (Fig. 1). No se observó lesiones en la zona dorsal<sup>(2)</sup>. Acompañaba al cuadro bromhidrosis, dolor y ardor, lo que dificultaba la deambulación (Fig. 2).

El cultivo reveló la presencia de *Staphylococcus aureus* meticilino sensible. No hubo crecimiento de otra bacteria u hongo. Hubo respuesta al tratamiento antibiótico tópico con mupirocina 3 veces por semana y queratolíticos, quedando como diagnóstico una queratólisis punctata<sup>(3)</sup>.

Gentileza: Regina Espínola-Espínola



**Fig. 1.** Lesiones crateriformes al momento de la consulta

Gentileza: Regina Espínola-Espínola



**Fig. 1.** Lesiones luego de 4 semanas de tratamiento con mupirocina

## DISCUSIÓN

La queratólisis punctata es también conocida como queratólisis microbiana, queratólisis plantar bacteriana o infección queratínica.

Se trata de una afectación superficial de la epidermis, relativamente frecuente, que afecta principalmente los pies, con lesiones crateriformes y mal olor. En general es bilateral y, raramente, afecta manos. Tiende a la cronicidad.

Típicamente son lesiones pequeñas, crateriformes, de 1 a 10 mm de diámetro, húmedas y con olor desagradable, confundándose muchas veces, con infecciones fúngicas.

La triada clínica que define esta patología es: presencia de lesiones crateriformes, humedad y bromhidrosis.

El agente más frecuente es *Corynebacterium*, aunque también pueden encontrarse otros agentes tales como *Micrococcus*, *Actinomyces*,

*Dermatophilus*. Las bacterias tales como *Pseudomonas* y *Staphylococcus* pueden estar presentes.

El diagnóstico se establece con el cuadro clínico, la presencia de la tríada clínica característica y la identificación del agente causal. El tratamiento se ajusta a la etiología.

## REFERENCIAS

1. Martínez Blanco J, García González V. Queratólisis punctata: conocer es diagnosticar. Form Act Pediatr Aten Prim. 2013;6(4):266-9.
2. García-Cuadros GR, Figueroa-Nuñez del Prado YM. Abanico clínico de la queratólisis punctata. Dermatol Perú 2006;16(3):233–238.
3. Romero NM, Castillo SA, Vega MME, Arenas R, Fernández MR. Queratólisis plantar: frecuencia y factores predisponentes en bomberos de Acapulco, Guerrero y revisión de la literatura en México. Dermatología CMO 2012;10(2):90-97.