

Problemas comunes de la piel de los pies

Prevención y tratamiento

■ LLUÍS PUIG y LAURA PERAMIQUEL • Dermatólogos. Servicio de Dermatología del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. España.

Los autores efectúan una concisa revisión de las dermatosis más frecuentes en los pies —trastornos de gravedad diversa—, con la intención de ayudar al farmacéutico a mejorar su consejo al paciente que se lo solicite o dirigir su consulta al médico especialista u otro profesional de la salud cualificado.

Existen diversas dermatosis que asientan de forma exclusiva o predominante en los pies, y constituyen un motivo de consulta frecuente. En algunas situaciones, como es el caso de los pacientes diabéticos, existe la posibilidad de complicaciones que afectan gravemente la salud de los pacientes, mientras que en otros casos es muy importante la sospecha diagnóstica para conseguir un tratamiento precoz que puede salvar la vida del paciente, como ocurre en el melanoma acral lentiginoso.

A continuación se describen los principales trastornos dermatológicos de los pies y su tratamiento.

TIÑA DE LOS PIES

La tiña de los pies (*tinea pedis* o pie de atleta) es la dermatofitosis más frecuente del cuerpo. Afecta especialmente a adultos jóvenes que hacen deporte, utilizan calzado cerrado, frecuentan baños y piscinas públicas. Se manifiesta sobre



todo durante los meses de verano o en climas más cálidos.

Etiología

La dermatofitosis de los pies suele ser causada por *T. rubrum*, *T. mentagrophytes* o *E. floccosum*, asociando ciertas manifestaciones clínicas características de cada uno de ellos. *T. rubrum* produce una descamación superficial con distribución en mocasín; *T. mentagrophytes* suele acompañarse de vesículas y *E. floccosum* no presenta una clínica tan característica.

Formas clínicas

Estas dermatofitosis pueden presentar varias formas clínicas:

– *Forma crónica intertriginosa*: es la forma más frecuente y se caracteriza por presencia de eritema, descamación, fisuras y maceración en los espacios interdigitales, en especial del cuarto espacio. Esta forma constituye una importante puerta de entrada de infecciones estreptocócicas que pueden producir celulitis y linfangitis de repetición en la extremidad inferior implicada (fig. 1).

– *Forma crónica papuloescamosa*: en general es bilateral y se caracteriza por presentar un ligero eritema y una descamación difusa que afecta a la planta, laterales y talones, extendiéndose en ocasiones hasta el dorso del pie adoptando una forma en mocasín.

Fig. 1. *Tinea pedis* crónica intertriginosa: presenta eritema, descamación y maceración en los espacios interdigitales



Fig. 2. Verruga plantar: área de hiperqueratosis con crecimiento endofítico



– *Forma aguda vesiculoampollosa*: generalmente es unilateral y consiste en un brote de vesículas agrupadas sobre una base inflamatoria en la superficie plantar, en especial en el arco plantar. Frecuentemente las vesículas se convierten en pústulas debido a sobreinfección. Esta infección suele hacerse sintomática en verano y permanece quiescente durante el invierno. Suele asociarse a una reacción «-ide» vesiculosa similar al eccema dishidrotico en manos o pies.

Diagnóstico

En general, el diagnóstico clínico de sospecha no suele ser difícil, pero es aconsejable obtener la confirmación diagnóstica, ya sea con un examen con KOH de las muestras —positivo cuando se observan hifas tabicadas y ramificadas— o con el cultivo en medio de Sabouraud y su posterior identificación.

Tratamiento

El tratamiento se establece según la presentación clínica y su severidad. En formas leves puede ser suficiente el tratamiento tópico con un imidazol o una alilamina en crema o solución, pero en formas más manifiestas la terapia con antifúngicos sistémicos suele ser necesaria. Los antimicóticos orales más utilizados son los triazoles, en especial el itraconazol o el fluconazol, y las alilaminas como la terbinafina. Cuando existe maceración, eritema o dolor asociado cabe descartar la existencia de una sobreinfección bacteriana secundaria que deberá ser también tratada con antibioterapia.

PIE DIABÉTICO

Los pacientes diabéticos presentan un mayor riesgo de infecciones, ulcera-

ción y gangrena en las extremidades inferiores y sobre todo en los pies. Estos pacientes presentan una mayor incidencia de dermatofitosis en los pies, constituyendo éstas una puerta de entrada para las infecciones bacterianas. La aterosclerosis y la neuropatía periférica que suelen acompañar a la enfermedad dificultan la curación de las heridas, causando úlceras neurotróficas, especialmente en los pies, como el llamado «mal perforante plantar».

**La dermatofitosis
de los pies suele ser
causada por *T. rubrum*,
T. mentagrophytes
o *E. floccosum***

El cuidado de los pies en los pacientes diabéticos es un elemento esencial para prevenir complicaciones posteriores. Es importante acudir de una forma regular al podólogo, lavar los pies dos veces al día con agua tibia, secarlos bien y administrar emolientes de una forma regular. También es importante la rápida atención de las infecciones menores y las pequeñas heridas de los pies de estos pacientes para evitar complicaciones secundarias.

MELANOMA LENTIGINOSO ACRAL

El melanoma lentiginoso acral consiste en una forma de presentación del melanoma cutáneo en palmas, plantas, dedos o lechos ungueales. Es más frecuente en varones con una edad media de 65 años y especialmente en personas asiáticas, del Africa subsahariana y personas afro-americanas. Este tumor suele crecer lentamente durante años, tiene una fase inicial de crecimiento radial superficial pero la transformación a la fase invasora frecuentemente pasa inadvertida, siendo descubierta cuando aparecen nódulos, ulceración, hemorragia o se asocia desprendimiento de la lámina ungueal. Tiene un mal pronóstico.

Su localización más frecuente es la planta, presentándose como lesiones aplanadas, con pigmentación tostada o parda, vetas de color y bordes irregulares, siendo en algunas ocasiones del color de la piel y confundiendo con lesiones benignas como verrugas o callosidades. El melanoma subungueal suele afectar al dedo gordo del pie, presentándose inicialmente como una zona de coloración oscura en el lecho ungueal, generalmente en regiones proximales. Existen varias lesiones benignas que pueden confundirse con un melanoma subungueal, como melanoniquia longitudinal, hematoma subungueal, nevus melanocítico e incluso onicomycosis, uña encarnada, paroniquia y granuloma piogénico.

UÑA ENCARNADA

La uña encarnada es un trastorno común que ocurre más frecuentemente en el primer dedo del pie. Entre sus múltiples causas destacan el corte ina-

Fig. 3. Eccema dishidrótico: destacan vesículas y ampollas de predominio en laterales de los dedos



ortopédicas, ya que en estas zonas es donde aparecen con mayor frecuencia las verrugas.

ECCEMA DISHIDRÓTICO

La dishidrosis o eccema dishidrótico es una forma de eccema que puede afectar tanto a la piel de las manos como a la de los pies. Se caracteriza por la presentación en brotes de lesiones vesiculoampollosas frecuentemente pruriginosas que se distribuyen de forma simétrica en los laterales de los dedos y en las plantas (fig. 3).

Esta forma de eccema puede constituir la expresión clínica de una dermatitis alérgica por contacto, ser una manifestación secundaria a focos distantes de infección mitótica inflamatoria o ser una manifestación más de la dermatitis atópica.

Dermatitis plantar juvenil

Es una forma cada vez más frecuente de manifestación de atopia, aunque no exclusiva. Se presenta como un eritema simétrico y de aspecto brillante, apergaminado y no exudativo, limitado al tercio distal de las plantas y la cara plantar de los dedos que posteriormente descama en sentido proximal (véase foto de apertura de este artículo). En fases más avanzadas, existe xerosis con hiperlinealidad, eritema y fisuraciones dolorosas en los dedos que con frecuencia se sobreinfectan. No existe afectación de los espacios interdigitales. Su evolución es crónica y con períodos de agravamiento relacionados con épocas frías, calcetines de lana y calzado deportivo. Si afecta la zona periungueal puede producirse una distrofia ungueal y sobreinfección secundaria. En la mayoría de los pacientes se produce una progresiva disminución de las manifestaciones clínicas y la eventual curación de las lesiones hacia la pubertad. □

propiado y los zapatos ajustados. Cuando los lados de la uña son cortados como ángulos, queda una espícula de uña que va lacerando el pliegue ungueal lateral e induciendo una reacción a cuerpo extraño. La formación de estas espículas se previene cortando la uña no demasiado corta ni oblicua en su borde distal, que no debe tocar la piel, y evitando el uso de zapatos ajustados que aprieten la uña contra el pliegue ungueal lateral.

Dos complicaciones importantes de la uña encarnada son la infección y el granuloma piogénico. Por un lado, tratar la infección con antibióticos adecuados no sólo es importante para lograr su curación sino también porque un pliegue ungueal con edema es atravesado de manera continua por la uña en crecimiento. Los granulomas piogénicos se desarrollan en asociación con la inflamación crónica, el edema y la reacción de cuerpo extraño que ocurren. La uña encarnada y el granuloma piogénico se perpetúan entre ambos, debiendo ser resacados para obtener una resolución.

Existen diferentes opciones terapéuticas, siendo común a todas ellas la resección parcial/lateral de la uña encarnada para facilitar su crecimiento previniendo una mayor lesión del pliegue lateral. Se realiza la avulsión de la espícula encarnada bajo anestesia local y se mantiene el pliegue lateral y la uña separados, permitiendo así su crecimiento sin obstáculos.

VERRUGAS PLANTARES

Las verrugas son lesiones papilomatosas originadas por el virus del papilo-

ma humano. En la región plantar (fig. 2) las verrugas presentan un crecimiento endofítico, con superficie hiperqueratósica y aplanada, y frecuentemente son dolorosas. A veces se presentan de forma numerosa, coalesciendo en placas y formando las verrugas en mosaico.

La dermatitis plantar juvenil es una forma cada vez más frecuente de manifestación de atopia

En el tratamiento de las verrugas plantares se recomienda ser conservador. Es preferible la abstención terapéutica o las terapias poco agresivas, a menos que se trate de una verruga dolorosa, de rápido crecimiento. El tratamiento se suele iniciar con productos queratolíticos tópicos, reservando terapias más agresivas como la congelación con nitrógeno líquido, la enucleación o la electrocirugía para casos de difícil resolución. También es importante la prevención de callosidades y áreas de presión con medias

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

Arndt KA, Bowers KE. Manual of Dermatologic Therapeutics. 6th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2002.
 Camacho F, Armijo M. Tratado de Dermatología. Madrid: Grupo Aula Médica, 1998.
 Ferrándiz C et al. Dermatología Clínica. 2.ª edición. Madrid: Ediciones Harcourt, 2001.
 Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, Austen KF, Goldsmith LA, Katz SI, Fitzpatrick TB. Dermatología en Medicina General. 5.ª edición. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 2001.
 Freedberg IM, Sánchez MR. Current Dermatologic Diagnosis & Treatment. Philadelphia: Current Medicine, 2001.