

Dr: Virgilio Paredes Borja,  
Catedrático de la Facultad de Ciencias  
Médicas.—Quito

## Epidermofitosis con reacción pustulosa y celulitis

Varios factores han intervenido para que alcancemos a observar con más frecuencia las dermatomycosis: el rápido crecimiento de la ciudad, la inmigración ocasionada por la última guerra, el desplazamiento de grupos del sur a raíz de la invasión peruana a nuestra frontera y, sobre todo, una mejor educación dermatológica de parte de médicos generales y dermatólogos.

Es el caso que, del grupo de pacientes que atendemos en nuestra consulta, un crecido y bien notable porcentaje corresponde a dermatosis a hongos. Los datos del examen físico vienen casi siempre a ser confirmados por los del micólogo, y, en muchos casos, se reciben sorpresas del experto en hongos, datos que hace menos de diez años nos era imposible obtenerlos, ya que teníamos que recurrir a bacteriólogos sin ninguna experiencia en micología.

Se conocen miles de especies de hongos, de las cuales, más de cincuenta son patógenas, y unas doce producen enfermedades que no tienen tratamiento eficaz hasta la fecha.

Hay discusión respecto a los límites entre hongos y bacterias, discusión que está lejos de llegar a un franco deslinde, el mismo que, para las necesidades de la práctica, no hace falta, siendo eso sí, de gran interés didáctico y también práctico, el contar con una clasificación que nos ayude a localizar y referir a determinada entidad nosológica las variedades de hongos de que nos

hace mención el micólogo. En este aspecto, creemos que para el práctico es de gran ayuda la clasificación de David T. Smith que reproducimos a continuación. Los hongos corresponden a gran familia de las thalofitas, que comprenden a las algas, provistas de clorofila, dentro de las que se estudian las bacterias, y a las miles de especies de hongos, de los cuales, al final del cuadro hallamos: microsporias, tricofitos, epidermatofitos, y achorion; de éstos son los epidermatofitos los que nos interesan para los efectos de nuestras observaciones, por ser los más frecuentes y los que van ligados a una complicación que dificulta su tratamiento cuando no se la descubre y ataca a su debido tiempo: la reacción pustulosa con tumefacción, edema y celulitis.

Las pústulas con tumefacción y celulitis ocasionada por infección secundaria, sobre todo por el estafilococos áureus, ataca de preferencia a hombres, pero nosotros la hemos observado más en las mujeres, seguramente valiéndose del mayor espesor del hipodermis que en ellas se observa y, posiblemente, gracias a una fragilidad humoral para defenderse de estreptos y estafilococos. El sitio de elección: la planta del pie, en su mitad interna, con marcada predilección a invadir su reborde interno.

Parece que nada tiene que ver la morfología del pie con esta distribución topográfica de la lesión. En los dos casos que relatamos en esta observación, y en otros que hemos observado de localización podálica, no hay condiciones morfológicas que expliquen la localización, es decir no hay el vulgarmente llamado «pie plano», se trata de casos de ecuatorianas, de raza blanca, con planta normalmente excavada y pie pequeño, característica morfológica de blancos y mestizos del altiplano ecuatoriano, en los que el «pie plano» casi no se observa, contrariamente a lo que se ve en anglo-sajones, y, sobre todo, en el mestizaje semita-anglosajón, quizá el de mayor tendencia al pie plano; pensamos nosotros que los inmigrantes de esta subraza son los que han traído especies de hongos patógenos hasta hoy no conocidos en el Ecuador, que los padecen, en su localización podálica, a causa de características raciales bien conocidas: gran

longitud del pie con aplanamiento manifiesto de la cara plantar.

Los micosis plantares, ligadas casi siempre al pie plano, se las observaba muy raramente hasta hacen pocos años, en su forma resumante vesiculosa debida a epidermofitos, fácilmente curable. Actualmente se observa también la forma hiperqueratósica, seca, como la producida por el «epidermofitos rubrum», complicada de reacción pustulosa y celulitis, con estafilococcus aureus distribuidos en pústulas con tendencia a puntos hemorrágicos, en pie de morfología normal, requiriendo especiales cuidados y siendo, por consiguiente, de más difícil tratamiento. Pensamos que esta nueva modalidad, antes no observada con la frecuencia y características que acabamos de señalar, ha sido importada recientemente por especies de «epidermofiton» traídos por los inmigrantes arriba mencionados, que siempre han padecido del mal.

Las dermatomicosis plantares, de tipo hiperqueratósico seco ceden fácilmente a los tratamientos habituales. Cuando se produce la reacción pustulosa, complicación que dificulta el tratamiento, imposibilitando la reposición del paciente, si nos valemos exclusivamente de los tratamientos antimicóticos externos e internos y de los procedimientos de desensibilización, hay que vaciar y tratar primero las pústulas para luego utilizar los antimicóticos y procedimientos complementarios, si esto no se hace el paciente sufre de frecuentes remisiones que llegan hasta la postración en cama, la desconfianza completa y la angustia. No creen que su enfermedad puede curarse por ningún medio ni por ningún método, acusándola a graves trastornos internos, casi siempre al lúes, a la diabetes o a la uricemia.

La lesión, con la topografía plantar, unilateral, invade la zona media de la planta del pie y luego sube por el borde interno, es a contorno bien limitado, engrosado, con tendencia a la regeneración en la zona central de la gran placa, que muestra una forma ovoídal transversal a la planta, cubierta de escamas que se resquebrajan o de una capa hiperquerática blanda, bajo la cual hay una zona fuertemente inflamada y muchas veces erosionada, Esta capa presenta un punteado amarillo

dorado de vesículas, uno como avispero purulento, hemorrágico, tenso, sobre una gruesa superficie inflamada. El pie y hasta la pierna están tumefactos, la marcha es imposible y el prurito es desesperante, hay, en algunos casos, temperatura de tipo remitente.

Los tópicos calman temporalmente el malestar, pero, bruscamente, el enfermo siente calor plantar, tensión e intenso prurito, que no se calma sino con el reventamiento de las vesículas y el vaciamiento de su contenido. Muchos se valen del aplastamiento o de la abertura a punta de aguja como único medio de calmar las molestias.

Ante semejante cuadro pensamos en dermatomicosis con reacción pustulosa y celulitis y procedemos obligando al enfermo a guardar reposo en cama o a pasar sentado con las piernas horizontales.

Hemos utilizado como primera medida un antibiótico de los usuales, a dosis máximas y sostenido siquiera por siete días, como medio de acabar con la celulitis, casi siempre a *estafilococcus aureus*, a *estreptococo* o formas asociadas.

Como tratamiento externo comenzamos con pediluvios antisépticos a base de permanganato de potasio al  $1 \times 8.000$ . Los pediluvios y el uso de antibióticos vencen la infección secundaria en pocos días y sólo entonces empleamos los tópicos antimicóticos en vehículos grasos, tipo el unguento Whitfield, suave y luego fuerte. Hemos obtenido excelentes resultados con unguento a base de ácido propiónico y propionato de sodio.

CASO 1.—M. D.—40 años.—Casada.—Quehaceres domésticos.—Quito.

*Examen físico de la piel.*—Piel morena, pálida, húmeda, espesa. En la cara plantar del pie derecho se ve una placa ovalada de eje mayor transversal al del pie y que invade el borde interno del mismo, dimensión  $6 \times 12$  cms., cubierta de capa hiperqueratósica blanda asentada sobre una zona fuertemente engrosada sobre todo en sus contornos, bastante limitados. El ovoide contiene un punteado de pústulas amarillo de oro, con

puntos hemorrágicos, los mismos que alcanzan a invadir fuera de su límite hiperqueratósico. Hay prurito desesperante. El pie está hinchado dificultando la marcha. Pie pequeño. Morfología normal.

*Evolución.*—En marzo de 1949 siente intenso prurito en la planta del pie, nota vesículas y enrojecimiento, con intenso calor. No consulta al médico. En abril se agrava el prurito, el pie comienza a hincharse. Por el mes de mayo nota la presencia de pústulas, aumenta la hinchazón, el prurito es intolerable y nos consulta.

*Exámen físico general.*—Pícnico. Enferma muy engrasada. Abdomen flácido. Tejido celular subcutáneo notablemente desarrollado.

*Datos de laboratorio.*—Recogida una pequeña porción de la zona hiperqueratósica, disuelta en solución al 10 % de hidróxido de sodio, calentada a la lámpara y cubierta con cubreobjeto se remite al laboratorio. Informe: abundancia de hongos del tipo HEPIDERMOFITON. Abierta una pústula se envía la placa. Informe: estafilococos aureus.

*Diagnóstico.*—HEPIDERMOFITOSIS PLANTAR VARIEDAD HIPERQUERATOSICA CON REACCION PUSTULOSA Y CELULITIS.

*Tratamiento.*—Reposo acostada. Se comienza abriendo todas las pústulas, previas las precauciones usuales. Inmediatamente, pediluvio con solución de permanganato de potasio al  $1 \times 8.000$ , toma dos gramos de la mezcla sulfanilamida, sulfatiazol y sulfadiazina en un vaso de agua alcalinizada, seguida de un gramo de lo mismo cada cuatro horas, día y noche, hasta que desaparecen los signos de infección secundaria. Los pediluvios se repiten tres veces diarias, por la noche linimento fenolado, el quinto día se aplica pomada de Whiffield suave, en apósito, tres veces diarias, el décimo día pomada de Whiffield fuerte. La enferma ya no siente molestias, a las dos semanas se comienza el uso de

unguento de ácido propiónico y propionato de sodio, que se continúa durante 25 días, en apósito durante la noche y en polvo durante el día. El día 25 de mayo la enferma está curada.

CASO 2.—I. A.—30 años.—Casada.—Quehaceres domésticos.—Quito.

*Examen físico de la piel.*—Piel muy morena, húmeda, espesa. En la cara plantar del pie izquierdo hay una placa de contornos imprecisos que se extiende por el borde izquierdo del pie hasta bajo el maleolo interno, dimensión  $9 \times 14$ , cubierta de escamas nacaradas, resquebrajadas, secas. El pie y tercio inferior de la pierna hinchados, impidiendo la marcha. Hay intenso prurito y sensación de quemadura plantar. Pie pequeño con curva plantar muy desarrollada y dorso de notable convexidad. Quitadas las costras se ve una capa hiperqueratótica muy sensible y en la zona central de la lesión un avispero de pústulas doradas con puntos hemorrágicos asentados sobre una capa espesa y dolorosa.

*Evolución.*—A comienzos de abril de 1949 siente inmenso prurito plantar, con sensación de quemadura, nota vesículas y enrojecimiento. A mediados de abril se presentan costras y descamación. En mayo nota las primeras pústulas con hinchazón del pie, aumento de prurito e imposibilidad para la marcha. Decide limpiarse las costras y abrirse las pústulas con aguja, lo que da un notable alivio, pero al día siguiente empeora el prurito y la sensación de quemadura. Consulta el caso y no tiene mejoría, decidiendo abrirse las pústulas con frecuencia, hasta que deja de hacerlo porque nota que el pie se le hincha y pone muy sensible. Nos consulta en junio.

*Examen físico.*—Pícnico. Desarrollo físico normal. Lígera exoftalmía. Tiroides un tanto abultada.

*Datos de laboratorio.*—Un trozo de escama disuelta en solución hidróxido de sodio, calentada a la lámpara

y cubierta con cubreobjetos se remite al laboratorio. Informe: abundantes hongos tipo EPIDERMOFITON. Abierta una pústula el informe es: cocos varios con predominio de ESTAFILOCOCOS AUREUS.

*Diagnóstico.*—EPIDERMOFITOSIS PLANTAR VARIEDAD ESCAMOHIPERQUERATÓTICA CON REACCION PUSTULOSA Y CELULITIS.

*Tratamiento.*—Reposo acostada. Se quitan las escamas con unguento salicílado, luego se abren todas las pústulas con las precauciones usuales e inmediatamente un pediluvio de solución de permanganato de potasio en agua destilada, que se lo continúa tres veces al día por seis días, por la noche linimento fenolado; al mismo tiempo, una inyección diaria de 300,000 unidades de penicilina-procaína con 100.000 unidades de penicilina cristalina, durante diez días. Al séptimo día unguento de Whitfield suave. Al veintivo día unguento de ácido propiónico con propionato de sodio, en apósito a la noche y polvo de lo mismo durante el día, al treintavo día unguento de ácido undecilénico con undecilenato de sodio por quince días. Al 30 de julio la enferma está curada.

Del estudio de los dos casos relatados se desprende:

La necesidad de tratar primeramente la reacción pustulosa para aplicar luego los antimicóticos externos. El fracaso en el primer tratamiento del CASO 2 estuvo en no cumplir con este principio.

Es indispensable encontrar el hongo, ya que sólo el 50 % de las lesiones dermatológicas plantares del adulto, sean de tipo vesiculoso, escamohierqueratótico o intertriginoso son de origen micótico y sólo un 30 % en los niños, según afirman Becker y Obermayer de la Universidad de Chicago en el Capítulo XXV de su «Dermatology». Las dishidrosis e intertrigo tienen signos y síntomas semejantes a las micosis podálicas.

No hace falta, para la práctica diaria, determinar con precisión la especie a que pertenece el hongo. Se conocen como 300 variedades de hongos patógenos y

en el Ecuador se han clasificado 73. Definir la especie es harto difícil y sin valor práctico, a más de la confusión que existe en las muchas clasificaciones que se han preparado. Basta con la determinación del género para una conducta correcta en el tratamiento.

El aumento de la frecuencia de las micosis en el Ecuador coincide con idénticas observaciones en el extranjero, debido a múltiples factores; mejores condiciones diagnósticas, mayor desplazamiento de los pueblos, aumento de condiciones de contacto en piscinas, gimnasios, sitios de deportes, balnearios, promiscuidad obligada por las últimas guerras y, condiciones de angustia en que vive actualmente la humanidad con la constante amenaza de los imperialismos, que acabarán quitándonos la calma y alegría de vivir.

No hemos usado TRICOFITINA para fines diagnósticos, su valor es incierto y sólo la usamos, con gran reserva, cuando no se ha podido hallar hongos, como complemento para diagnósticos de probabilidad. Tampoco la usamos para tratamiento, los dermatólogos contemporáneos se puede decir que han abandonado esta terapia, por ineficaz.

Dadas las condiciones en que viven y se multiplican los hongos es inútil tomar excesivas precauciones para la esterilización de zapatos y medias. Basta con el frecuente cambio de medias, no parece indispensable la desinfección de los zapatos dentro de una caja de cartón que contenga trióximetileno, por 24 horas; no obstante, siendo un procedimiento sencillo para medias y zapatos no deja de ofrecer mayores seguridades. Nosotros no lo ponemos en práctica.

Las dermatomicosis, en general, se consideran reacciones alérgicas al hongo, que hace de alérgeno, y sus manifestaciones físicas son del mismo tipo, evolución y variantes del eczema alérgico, y como a eczema hay que tratar la micosis durante los primeros días. Cuando la reacción eczematososa se ha mitigado, y sólo entonces, se comienza el uso de los antimicóticos, guiándonos siempre por el principio de que los hongos prosperan en el tejido muerto, por lo que hay que quitar escamas y piel

macerada después de las curas y estar alerta de las reacciones que provocan con frecuencia los tópicos antimicóticos, no siempre bien soportables, que pueden ocasionar un eczema sobreañadido a la lesión micótica y, en muchos casos, ésta alcanza a curar dejando instalado a aquél, complicando el diagnóstico y dificultando el tratamiento.