

Protocolo en el servicio de quiropodología y cirugía de la CUP de la UCM

Pedro Emilio Delgado Robledillo

Universidad Complutense de Madrid. E. U. de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Clínica Universitaria de Podología. Facultad de Medicina. Pabellón II. Avda. Complutense s/n, Ciudad Universitaria. 28040 Madrid.
pedroedr@hotmail.com

Tutora
Esther García Morales

Universidad Complutense de Madrid. E. U. de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Clínica Universitaria de Podología. Facultad de Medicina. Pabellón II. Avda. Complutense s/n, Ciudad Universitaria. 28040 Madrid.
esthergarciamorales@yahoo.es

Resumen: para dar cobertura a las necesidades de sus pacientes, la Clínica Universitaria de Podología de la Universidad Complutense de Madrid cuenta con cuatro áreas bien diferenciadas pero con perfecta comunicación interna: el Servicio de Quiropodología y Cirugía, la Unidad del Pie Diabético, el Servicio de Patología y Ortopedia y el Servicio de Fisioterapia; los tres primeros atendidos por podólogos y el último por fisioterapeutas. Asimismo, cuenta con dos quirófanos donde realizar las intervenciones quirúrgicas necesarias cuando en los Servicios anteriores no se haya podido dar solución a la patología del paciente y ésta sea su indicación. La quiropodología es la rama de la podología que engloba el tratamiento de todas las patologías relacionadas con las uñas, helomas, hiperqueratosis, infecciones (eritrasma, micosis, papilomas), eccemas y demás problemas dérmicos de los pies. Así, en el Servicio de Quiropodología y Cirugía de la CUP de la UCM, además de la atención quiropodológica, es donde se realiza todo el protocolo perioperatorio, viendo al paciente desde su llegada a la Clínica hasta la completa recuperación postquirúrgica y su derivación a otros Servicios cuando sea necesario.

Palabras clave: Protocolos clínicos en podología. Quiropodología. Clínica Universitaria de Podología.

Abstract: to cover their patients' needs, the Clinic University of Podiatry at the Complutense University of Madrid has four distinctive areas with perfect internal communication: Chiropodology and Surgery Service, Diabetic Foot Unit, Pathology and Orthopaedic Service and Physiotherapy Service, the first three are run by podiatrists and the last one, by physiotherapists. Likewise, it has two operating rooms where to

carry out the necessary surgical procedure when prior services could have not been able to solve patient's pathology and when this is your indication. The chiropodology is the branch of podiatry which includes the treatment of all diseases related to nails, corns, hyperkeratosis, infections (erythrasma, mycosis, papillomas), eczema and other skin problems of the feet. Like that, in the Chiropodology and Surgery Department of the CUP at UCM, plus chiropodologic attention, where is carried out the entire perioperative protocol, seeing the patient from arrival at the clinic until complete postoperative recovery and its referral services when they are needed.

Keywords: Clinics guideline. Chiropodology. Chiropody Clinic University.

LA SALA DE QUIROPODIA

En primer lugar, son muy recomendables una buena iluminación y ventilación.

Mobiliario

Este deberá constar de: silla de brazos para el paciente, taburete con ruedas para el profesional, equipo podológico: micromotor y aspiración, jeringa de aire, jeringa de suero, luz con halógenos-lupa, mueble auxiliar para guardar el material fungible, papelera, silla para el acompañante, lavabo y jabón antiséptico (Figura 1).



Figura 1. Gabinete de Quiropodia.

Instrumental

En cuanto al instrumental básico de quiropodia, deberemos tener: alicates (de triple articulación y de punta recta), mangos de bisturí (nº 3 y 4), fresas (de diamante

para limar hiperqueratosis y de acero de tungsteno para las uñas), gubia fija, pinza Adson sin dientes, pinza mosquito recta y tijeras (Figura 2).



Figura 2. Instrumental para Quiropodia.

Como material fungible se recomiendan: guantes de látex estériles y no estériles, hojas de bisturí (nº 10, 11, 15 y 20), gubias desechables (nº 1, 2 y 3), jeringas de 2, 5 y 10 cc y agujas, paños estériles y no estériles, materiales adhesivos (esparadrapo hipoalérgico, fieltros adhesivos de varios grosores y de tipo Moleskin®), servilletas (para varios usos) y contenedor para material contaminado.

Para la realización de curas, como mínimo debemos tener: suero, gasas estériles, antisépticos, pomadas, apósitos, Steri-Strip®, fieltro, vendas (algodón, cohesiva y crepé).

Por último, deberemos de tener en el gabinete torunda estéril para cultivo de exudado y placas no estériles para cultivo de piel y uñas, como material específico para enviar al laboratorio microbiológico.

ATENCIÓN AL PACIENTE

Motivo de Consulta

Una vez nos hayamos presentado y el paciente esté adecuadamente colocado, procederemos a preguntar: fecha de inicio de la patología, ¿dónde se inició?, ¿cómo se inició?, ¿ha mejorado o empeorado?, ¿la lesión produce dolor y/o prurito?, ¿ha seguido algún tratamiento previo? En caso afirmativo: ¿cuál? y resultados del mismo, ¿a qué atribuye su enfermedad?

Antecedentes

Es fundamental realizar la anamnesis en cuanto a los antecedentes familiares, personales, quirúrgicos y podológicos; así como preguntar por la presencia de alergias medicamentosas y la pauta farmacológica y/o tratamientos actuales.

Si durante la anamnesis o el resto del tiempo que dure la atención quiropodológica el paciente nos comenta que es diabético, este será remitido a la Unidad del Pie Diabético para que allí se le haga una exploración más exhaustiva, valorando su estado vascular y neurológico, y dándole pautas y consejos más específicos para el cuidado de sus pies.

Exploración

Inspección de dermatopatías: hiperqueratosis (HQ), heloma duro (HD), heloma blando (HB), heloma en fondo de saco (HF), heloma miliar (HM), heloma neurofibroso (HNF), heloma vascular (HV), heloma periungueal (HP), heloma subungueal (HS), papiloma, papiloma en mosaico, onicocriptosis (OC), onicomiosis (OM), onicogriposis (OG), pie de atleta, hiperhidrosis, bromhidrosis y/o anhidrosis.

Inspección de digitopatías: hallux abductus valgus (HAV), hallux varus, hallux flexus, hallux extensus, hallux limitus (HL), hallux rígido (HR), hallux valgus interfalángico (HV IF), juanetes de sastre, dedo en garra, dedo en martillo, dedo en mazo, dedo infraductus, dedo en varo o en valgo.

En estos casos y dependiendo de su estadio y las molestias que el paciente refiera, le recomendaremos acudir al Servicio de Fisioterapia o, en casos no recuperables, la posibilidad de una intervención quirúrgica.

Otras lesiones dermatológicas (Tabla 1)

	Primarias	Secundarias
Sobresalen de la piel	Pápula Nódulo Vesícula Ampolla Pústula Roncha	Escamas Costras Cicatriz (hipertrófica)
A nivel de la piel	Mácula	Cicatriz
Debajo de la piel		Cicatriz (atrófica) Erosión Excoriación Fisura Úlcera Atrofia

Tabla 1. Otras lesiones dermatológicas.

En las lesiones dermatológicas observaremos: localización, forma, bordes, distribución (generalizada, regional, áreas expuestas, áreas cubiertas, áreas de presión, traumatismos, áreas intertriginosas, superficies de flexión, superficies de extensión, unilaterales o bilaterales, simétricas o asimétricas, foliculares), disposición (lineal, circular, anular, arciforme, políclica o concéntrica), color, olor, tamaño, consistencia (dura o blanda), textura, grado de humedad (húmeda o seca), profundidad (superficial o profunda), adherencia a diferentes planos, temperatura (fría o caliente) y sensibilidad (dolorosa o no dolorosa).

Pruebas complementarias

- **Dermatológicas** (Figura 3)
 - ✓ Lámpara de Wood (luz ultravioleta), se utiliza para el diagnóstico de las infecciones dermatológicas, sobre todo en espacios interdigitales.
 - ✓ Pruebas epicutáneas, pruebas de contacto o pruebas del parche (Patch test), para la detección de alergias.
 - ✓ Cultivos microbiológicos (de piel, de uña o de exudado), para confirmar el diagnóstico de infección y conocer el microorganismos específico, así como su antibiograma en caso de infección bacteriana.
 - ✓ Examen microscópico, puede ser útil sobre todo para el diagnóstico micológico.
 - ✓ Biopsia, en caso de lesiones muy dolorosas, sospechosas o recidivantes.
- Radiológicas: para descartar o confirmar patologías óseas subyacentes.
- Otras pruebas: vasculares, sensibilidad, etc.



Figura 3. Pruebas complementarias.

Juicio diagnóstico

Hablaremos con el paciente sobre la conclusión a la que hemos llegado en cuanto al diagnóstico de la patología dérmica y/o ungueal de sus pies, de sus causas, así como de los tratamientos más adecuados a seguir.

Tratamiento

- Quiropodológico.
- Otros: habrá que explicar al paciente cuáles deberían ser esos tratamientos.
- Observaciones y recomendaciones, en cuanto al tratamiento de su patología y a la adecuada higiene y cuidado de sus pies.
- ¿Es necesario remitirlo a otros servicios? ¿A cuáles?
- Dentro de la Clínica podemos derivar al paciente la Unidad del Pie Diabético, al Servicio de Patología y Ortopedia, al Servicio de Fisioterapia o practicarle una intervención quirúrgica; y fuera le podemos derivar al dermatólogo, al traumatólogo, al cirujano vascular, etc.

PROTOCOLOS

Protocolo en la Quiropodia

Es necesaria una adecuada asepsia e higiene de la piel, escoger y utilizar el instrumental adecuado e identificar las manos: la pasiva, que amplía el campo y estira la piel, es importante no ponerla nunca en la trayectoria del corte; y la activa, que deslamina, con el bisturí bien sujeto y la mano con punto de apoyo.

Es importante seguir un orden de actuación: de distal a proximal, de plantar a dorsal y de quinto a primer dedo. Corte y tratamiento de las uñas, deslaminación y enucleación de HQ y helomas, fresado de uñas, fresado de la piel e hidratación (Figuras 4A, 4B y 4E).

Para la enucleación de helomas incidiremos en toda la superficie del núcleo (Figura 4 C).

Cuando provoquemos una lesión la dejaremos sangrar, ya que la sangre limpia, y después realizamos hemostasia. Para la hemostasia utilizaremos el percloruro de hierro (en los diabéticos no debe utilizarse, es mejor administrar agua oxigenada). Para volver a deslaminar lo realizaremos de forma perpendicular a la herida provocada.

Antes de comenzar a fresar, el residente habrá de protegerse con la mascarilla y las gafas adecuadas a tal efecto (Figura 4 D).

Después de deslaminar y fresar las superficies hiperqueratósicas se puede colocar una almohadilla sobre la lesión, que proporciona reposo a la zona dolorida y sustituye la ausencia de almohadillado natural. En las lesiones con dolor habremos de colocar descargas (que son almohadillados con mayor grosor) en forma de media luna (Figura 4F). Existen materiales de distintos grosores, desde los fieltros de 1 mm hasta el almohadillado de 10 mm. También podemos encontrarlo de distintos materiales: esparadrapo, Tubitón®, vendas, lanas, algodón, etc. Las descargas y almohadillas nunca deben colocarse cerradas ya que provocan “edema de ventana”. Además, la descarga debe pegarse antes de hidratar la piel y se debe advertir al paciente que es una medida temporal que debe quitarse.



Figura 4. A. Corte de uñas. B. Deslaminación de HQ. C. Enucleación de helomas. D. Medidas de protección. E. Fresado. F. Descargas.

Protocolo en la toma de cultivos

- Cultivo de uña
 - ✓ Lo primero de todo es necesario que el paciente lleve sin aplicarse tratamiento un mínimo de 15 días.

- ✓ Previamente a tomar el cultivo, se cortará la uña con normalidad (es decir, aquella porción que sobresalga del eponiquio) y se limpiará la lámina ungueal con alcohol. El cultivo se realizará tomando preferiblemente detritus ungueal del área de afectación más proximal de la lámina ungueal donde los hongos son más viables. También se puede tomar polvo ungueal fresando la lámina ungueal. Los trozos de lámina ungueal son menos preferibles a la hora de tomar muestras para un cultivo, si incluimos lámina ungueal habrá que cortarla en trozos pequeños para que no se caigan de la placa de petri, ya que una vez introducido el caldo de cultivo, éste se realiza con la placa bocabajo.
- ✓ Se deberán recoger todos los datos necesarios: edad, número de historia, nombre y apellidos, etc; además de rellenar correctamente la hoja de remisión al laboratorio microbiológico.
- Cultivo de piel
 - ✓ Igualmente que en el caso de la uña, y previamente a la toma de cultivo, se limpiará la piel con alcohol o povidona yodada.
 - ✓ El cultivo se realizará tomando escamas de la piel mediante raspado con un bisturí, también se puede tomar polvo dérmico fresando la piel.
 - ✓ Asimismo, deberán recogerse todos los datos necesarios: edad, número de historia, nombre y apellidos, etc; además de rellenar correctamente la hoja de remisión al laboratorio microbiológico.

Protocolo prequirúrgico

Lo primero será conocer el motivo de la consulta prequirúrgica y hacer al paciente una anamnesis más exhaustiva sobre su patología, alergias y medicación que toma en la actualidad.

Después, se valorará si realmente existe una indicación quirúrgica para la patología del paciente y si la hay, la técnica a emplear.

Se informará al paciente de la técnica quirúrgica, la medicación que deberá tomar, los tiempos postquirúrgicos, el reposo que deberá tener, así como de las posibles complicaciones y se le enviará un presupuesto de la cirugía.

Previamente a la cirugía se le pedirá al paciente una analítica sanguínea que contenga: hematología completa, bioquímica y tiempos de coagulación; y se realizarán las radiografías pertinentes en cada caso.

Por último, se le dará la paciente fecha para la cirugía.

Protocolo postquirúrgico

Éste dependerá de la patología y de la técnica quirúrgica empleada.

La primera cura se realizará a las 24 horas y la segunda a las 72 h, ambas en condiciones de esterilidad. Se seguirá la evolución del paciente hasta la remoción de los puntos que se realizará a los 10-15 días.

En el caso de cirugías de onicocriptosis, si no ha habido complicaciones, se da el alta cuando se quitan los puntos y se realiza una revisión al mes.

En caso de cirugía de hallux abductus valgus, la fijación se quitará al mes (previa radiografía que nos confirme la consolidación de la fractura quirúrgica); y se derivará al paciente al Servicio de Fisioterapia para que consiga una mayor movilidad articular y al Servicio de Patología y Ortopedia para que se compense la causa que provocó la formación del juanete.

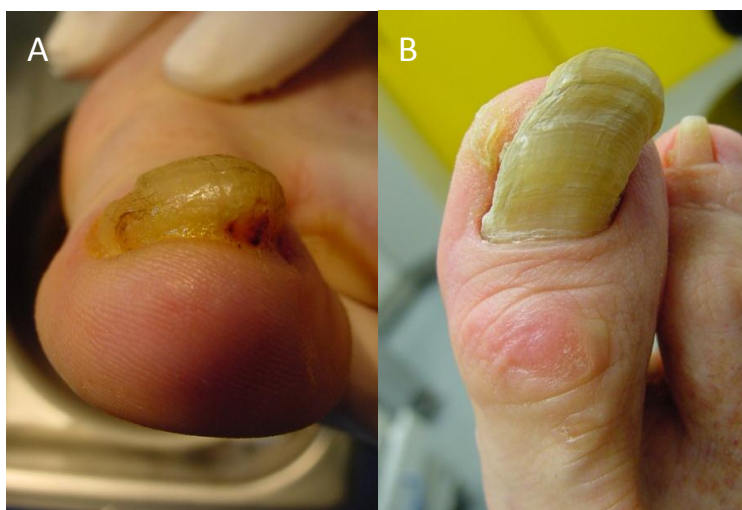
Asimismo, después de las artroplastias los pacientes acudirán a Fisioterapia y tras una cirugía de partes blandas se realizarán las órtesis plantares adecuadas para descargar la zona cicatricial.

PATOLOGÍAS Y TRATAMIENTOS MÁS FRECUENTES

Tratamiento ungual

Diferenciamos tres patologías u onicopatias más frecuentes: onicogrifosis, onicomicosis y onicocriptosis.

- **Onicogrifosis** (Figura 5 A yB)



Figuras 5. Onicogrifosis.

- ✓ El tratamiento consistirá en un fresado o desbastado exhaustivo de la uña, además de evitar los factores de riesgo.
- ✓ Aunque no se consiga una uña con aspecto normal, la repetición del tratamiento se debe realizar cada cierto tiempo, ya que la uña vuelve a engrosar.

- **Onicomycosis**

Ante un diagnóstico clínico inicial de onicomycosis (OM) (Figura 6 A y B) se propondrá al paciente la realización de un cultivo para aislar el microorganismo y confirmar el diagnóstico, además habrá que diferenciar el tipo de onicomycosis según la afectación de la unidad ungueal.



Figura 6. Onicomycosis.

A la hora de instaurar el tratamiento habremos de diferenciar el tipo de afectación y el agente causal:

- ✓ Los tratamientos tópicos (Ciclochem® u Odenil®) serán efectivos en la onicomycosis blanca superficial y en la OM subungueal distal y lateral cuando haya afectación menor o igual al 80% del total de la lámina ungueal.
- ✓ Los tratamientos combinados (oral y tópico) se llevarán a cabo cuando haya una OM subungueal distal y lateral con afectación mayor al 80% del total de la lámina ungueal o una onicomycosis distrófica total. En los casos en que el paciente no desee realizar tratamiento oral, se instaurará un tratamiento tópico con las pautas adecuadas en cuanto a la posología y revisiones posteriores.

- ✓ Ante la existencia de una onicomicosis distórfica total se puede utilizar la avulsión química mediante fórmula magistral con urea antes de iniciar el tratamiento (combinado o tópico).

En los casos de tratamiento tópico habrá que dar al paciente las pautas adecuadas de utilización de las lacas, además de informarle de que el tratamiento de esta patología es a largo plazo (entre 6 y 12 meses mínimo) y que requiere una atención constante para que sea efectivo.

Los tratamientos orales (terbinafina e itraconazol) serán utilizados con la debida precaución en cuanto a pautas de manejo, dosis, interacciones farmacológicas y efectos adversos.

Ante un paciente con OM se deberá valorar el efecto terapéutico del tratamiento instaurado, para estudiar la conveniencia o no de modificar la pauta. Se deben realizar fotos de las revisiones realizadas.

- **Onicocriptosis** (Figura 7A)

Lo primero que habrá que valorar será la existencia de infección: si hay signos de infección se deberá coger un cultivo y establecer la indicación de terapia antibiótica por vía oral según el resultado del mismo. Así mismo habrá que valorar la necesidad de realizar radiografías específicas del primer dedo para descartar o confirmar la presencia de patología ósea subyacente: normalmente buscamos la presencia de una exóstosis dorsal o lateral, y en caso de infecciones prolongadas en el tiempo podemos buscar una periostitis u osteítis (Figura 7 B).

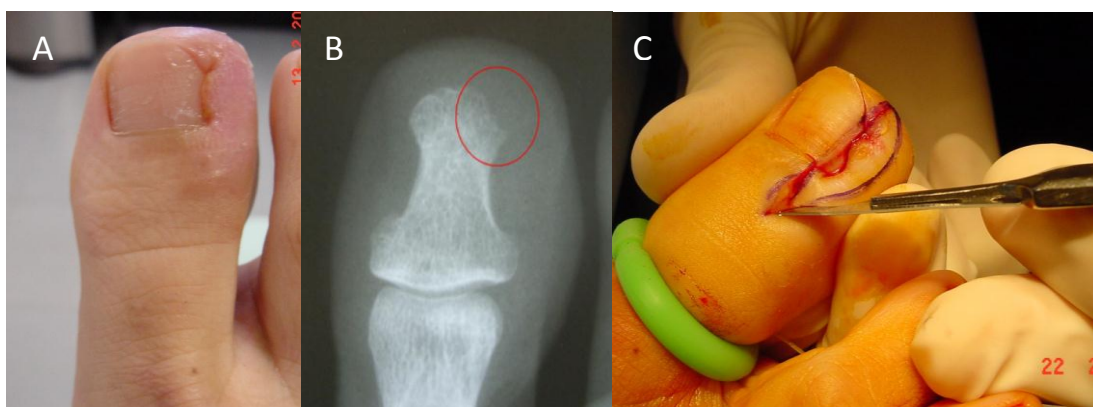


Figura 7. A. Onicocriptosis. B. Osteítis. C. Técnica de Winograd.

Habrà que realizar un desbridamiento de la lámina ungueal (corte oblicuo para liberar el cuerpo extraño que supone la uña) con o sin anestesia local en función del estadio clínico y de la posibilidad de intervención inminente.

En el caso de que la alternativa suponga un tratamiento quirúrgico, el procedimiento de elección suele ser la técnica de Frost (avulsión parcial y matricectomía de la lámina ungueal si no existe hipertrofia de los bordes ungueales ni granuloma piógeno), o bien la técnica de Winograd (Figura 7 C) en el caso de que sí existan esos signos clínicos. En los casos de afectación ósea subyacente (exóstosis dorsal) o de gran afectación ungueal se utilizarán las técnicas de Kaplan o Zadik (con matricectomía total). Las técnicas se realizan bajo anestesia local y con hemostasia. Si no existen complicaciones en 10-15 días se retiran los puntos y se le da el alta al paciente.

Tratamiento dermatológico

- **Hiperqueratosis y helomas (Tabla 2)**

Queratosis	Tratamiento
Heloma dorso dedos	Deslaminar la HQ Enuclear el heloma Protección (omega de silicona)
Heloma Interdigital	Deslaminar y enuclear heloma (sujertar bien el pie) Separador de silicona
Heloma pulpejos	Deslaminar y enuclear si es necesario Cresta subdigital u omega invertido
Heloma periungueal	Deslaminar y enuclear el heloma Controlar el crecimiento de la uña Consejos sobre calzado y órtesis
Heloma subungueal	Cortar la porción de lámina que lo ocluye Deslaminar el heloma Si exóstosis = Tto quirúrgico
Heloma Vascular	Deslaminar Cloruro férrico o Nitrato de plata si sangra Protección de las cabezas metatarsales
Heloma Neurofibroso	Cura oclusiva para macerar y disminuir el dolor Deslaminar y enuclear heloma Plantillas ortopédicas Posibilidad de tratamiento quirúrgico
Heloma Miliar	Deslaminar y enuclear
Hiperqueratosis plantares	Deslaminar y enuclear de distal a proximal Hidratación Medidas de reeducación de hábitos

Tabla 2. Hiperqueratosis y helomas

- **Papiloma**

El objetivo general es curar la lesión con el mínimo dolor, sin dejar secuelas y en el menor tiempo posible.

Ante un diagnóstico clínico inicial de papiloma (Figura 8A), el tratamiento de primera elección (en caso de aceptación por parte del paciente) es la aplicación de nitrógeno líquido (Figura 8B) bajo la siguiente pauta: primera aplicación de 45 segundos con la torunda impregnada en el agente líquido, segunda aplicación de 30 segundos y tercera aplicación de 15 segundos. Es importante que al finalizar la aplicación del nitrógeno líquido observemos la formación de un halo blanquecino alrededor de la lesión, porque si no observamos la aparición de dicho halo la aplicación no habrá resultado efectiva. Entre aplicación y aplicación se deberá dejar un tiempo de recuperación (el suficiente para que desaparezca el halo blanquecino).

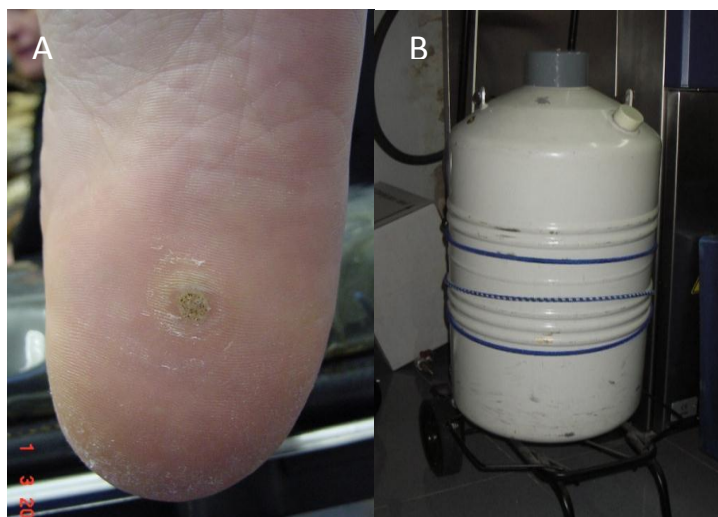


Figura 8. A. Verruga plantar. B. Nitrógeno líquido.

El tratamiento de segunda elección será la aplicación de ácido nítrico en cura oclusiva, previa deslaminación de la lesión y aplicación de vaselina alrededor de la misma. La pauta es la siguiente: una aplicación de 30 segundos o tres aplicaciones de 10 segundos dejando un mínimo de 30 segundos entre cada una de ellas, en función del tipo de lesión y localización.

En caso de papilomas pequeños o de poco tiempo de evolución podemos utilizar otros agentes como: nitrato de plata, ácido salicílico, etc., o combinar éstos con los tratamientos anteriormente descritos.

Si con los tratamientos anteriores no conseguimos acabar con el papiloma, se puede recurrir al tratamiento quirúrgico y realizar una biopsia escisional de la lesión.

Nunca deberá modificarse la pauta de tratamiento de los pacientes con papiloma sin consultar anteriormente al responsable del servicio.

- **Dermatomicosis o Pie de atleta**

Ante un diagnóstico clínico inicial de Pie de Atleta habrá que diferenciar el tipo de infección dermatológica y ésta se deberá confirmar mediante la realización de pruebas complementarias. Utilizaremos la luz de Wood para descartar o confirmar el diagnóstico (eritrasma si existe fluorescencia rojo coral o naranja o T. mentagrophytes si existe fluorescencia verdosa)(Figuras 9A y 9B), además se propondrá al paciente la realización de un cultivo para aislar al microorganismo y confirmar el diagnóstico clínico.

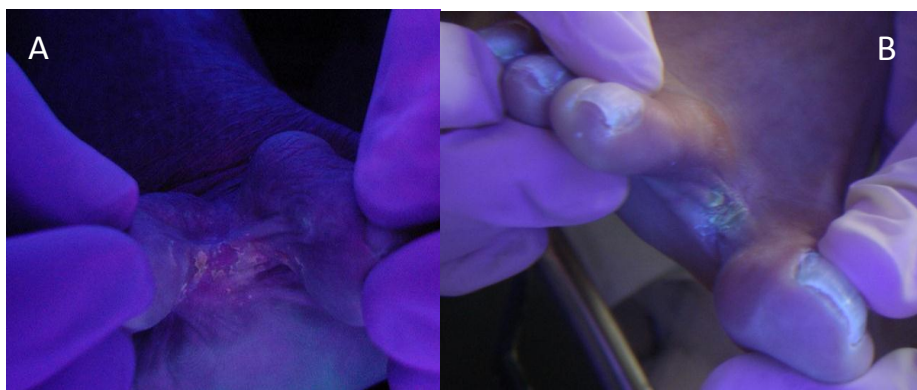


Figura 9. A. Eritrasma. B. Dermatomicosis.

Antes de instaurar el tratamiento, habremos de valorar la conveniencia o no de iniciar un tratamiento tópico y/u oral, con antibióticos y/o antifúngicos. Como estas infecciones se suelen dar de forma combinada es conveniente, en muchos de los casos, utilizar fármacos de amplio espectro que puedan combatir tanto la infección fúngica como la bacteriana.

Ante un paciente con dermatomicosis se deberá valorar el efecto terapéutico del tratamiento instaurado, para estudiar la conveniencia o no de modificar la pauta. Se deben realizar fotos de las revisiones realizadas.

- **Otras afecciones dermatológicas**

- ✓ **Xerosis** (Figura 10 A): el tratamiento consistirá en un fresado exhaustivo de la zona, además de la recomendación al paciente de ciertas pautas generales y el empleo de sustancias tópicas como: emolientes, imitadores del manto ácido y sustancias que actúan sobre el metabolismo celular.
- ✓ **Psoriasis** (Figura 10 B): si el paciente todavía no ha acudido, se le derivará al dermatólogo para que este instaure el tratamiento adecuado. No

obstante, nosotros podemos ofrecerle al paciente unas medidas preventivas generales, así como recomendarle la utilización de sustancias hidratantes y queratolíticas u otras más específicas para su afección.

- ✓ **Hiperhidrosis** y/o **bromhidrosis**: el tratamiento irá encaminado a normalizar la flora bacteriana, fúngica y el pH de la piel, así como aconsejar al paciente sobre medidas de higiene y tratamientos que disminuyan la hipersecreción sudoral.
- ✓ **Eccemas** (Figura 10 C): además de realizar el diagnóstico diferencial con otras afecciones dermatológicas, habrá que indagar sobre el tipo de eccema ante el que nos encontramos. Los tratamientos pueden ir desde la simple hidratación de la zona junto con las recomendaciones adecuadas hasta los baños de vinagre, la aplicación tópica de fórmulas magistrales, corticoides o la ingesta de diversos fármacos orales.



Figura 10. A. Xerosis. B. Psoriasis. C. Eccema.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

1. Goldcher A. Manual de podología. Barcelona: Masson; 1992.
2. Fitzpatrick TB, Johson RA, Wolff K. Color atlas and synopsis of clinical dermatology. New York: McGraw-Hill; 1997.
- 3.
4. Morales Lozano R, González Fernández ML, Becerro de Bengoa Vallejo R, García Carmona FJ, Lázaro Martínez JL, Orejana García AM. Disqueratosis inflamatorias crónicas o helomas. Rev Esp Podología. 1997;VIII(2):102-109.
5. Moreno de Castro M, García Carmona FJ, Lázaro Martínez JL, González Jurado MA. Algo más que hiperqueratosis. Rev Esp Podología. 1997;VIII(8):446-450.
6. Aller MA, Álvarez J, Arias J, Arias JL, Fernández Miranda E, Lorente L, et al. Propedéutica quirúrgica: preoperatorio, operatorio y postoperatorio. Madrid: Tébar; 2004.

7. Arribas Plaza MP, Ropa Moreno JM, González Díaz JC, Pascual Huerte J. Lesiones por el virus del Papiloma Humano (VPH) en el pie. Rev Esp. Podología. 2000;XI(3):monográfico.
8. Fernández Morato D, García Carmona FJ. Dishidrosis o eczema dishidrótico. Podolo Clin. 2003;4(1):5-9.
9. García Carmona FJ, Fernández Morato D. Guía clínica para el tratamiento de las micosis del pie. Madrid: Los autores; 2003.
10. García Carmona FJ, Fernández Morato D. Guía práctica de dermatología podológica. Barcelona: ISDIN; 2005.
11. Rich P, Scher RK. An Atlas of disease of the nail. New York: The Parthenon Publishing Group; 2005.
12. Martínez Nova A. Podología: atlas de cirugía ungueal. Madrid: Médica Panamericana; 2006.

Recibido: 7 mayo 2011.

Aceptado: 29 agosto 2011.