



Medicina de Familia. SEMERGEN



<http://www.elsevier.es/semergen>

347/2917 - ¡NO ES LO QUE PARECE!

L. Cotillas García^a, E. Giménez López^b, M. Guitián Domínguez^c y V. González-Pinto Fontán^d

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Huerta del Rey. Valladolid.

^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casa del Barco. Valladolid.

^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Covaresa. Valladolid. ^dMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Huerta del Rey. Valladolid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 55 años con antecedentes de asma bronquial en tratamiento con terbutalina y formoterol/budesonida. Acude a consulta de Atención Primaria por lesión única en pierna izquierda descamativa, eritematosa y pruriginosa. Ante la sospecha de eccema seborreico pautamos corticoide de baja potencia. La lesión evolucionó favorablemente los primeros días de tratamiento, sin embargo al cabo de unas semanas las lesiones reaparecieron, siendo más eritematosas y numerosas por lo que se decide realizar interconsulta al dermatólogo.

Exploración y pruebas complementarias: Placas eritemato-descamativas con bordes arciformes en la zona distal de ambas piernas, región pretibial, y en los laterales de ambos pies. Biopsia de la piel: en la dermis se encuentran infiltrados inflamatorios perivasculares superficiales de linfocitos y numerosas hifas de hongos en la capa córnea. Cultivo micológico: positivo para *Trichophyton* spp.

Orientación diagnóstica: Tiña de incógnito.

Diagnóstico diferencial: Granuloma tricofítico. Xerosis. Dermatitis seborreica.

Comentario final: Se inicia tratamiento con itraconazol y terbinafina tópica durante dos semanas con remisión del cuadro. La tiña incógnita se utiliza para describir a la dermatofitosis que han sido clínicamente modificadas por el uso inapropiado de corticoides o inhibidores de calcineurina tópicos, dando lugar a lesiones polimorfas e irreconocibles clínicamente. Frecuentemente son lesiones eccematosas inespecíficas, sin embargo, también pueden simular otras múltiples patologías dependiendo de la región corporal afectada. El diagnóstico se puede realizar mediante un examen microscópico directo con tinción (micológico directo), cultivo de hongos o en casos excepcionales con biopsia de las lesiones. El tratamiento sistémico y tópico con antiúngicos en combinación es lo más indicado en la mayor parte de los pacientes. Ante lesiones eritemato-descamativas de larga evolución y sin respuesta a corticoides tópicos, debemos tener en cuenta la tiña incógnito en el diagnóstico diferencial. Debemos ser cautos en la utilización de corticoides tópicos, evitando su uso indiscriminado, con el fin de impedir que una tiña se convierta en tiña incógnito, lo que supondría un retraso en el diagnóstico, un mayor gasto en exámenes complementarios y un mayor coste terapéutico.

Bibliografía

1. Jacobs JA, Kolbach DN, Vermeulen AH, et al. Tinea incognita due to *Trichophyton rubrum* after local steroid therapy. *Clin Infect Dis.* 2001;33(12):E142-4.

Palabras clave: Tiña. Corticoides.