Semergen. 2019;45(Espec Congr 1):2694

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

424/2990 - DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LAS DERMATOFITOSIS

A. Ruíz Nicolás, A. García Ros, M. Vargas López y A. Carbonell Asensio

Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Casco. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 33 años, sobrepeso, fumador esporádico, que acude a consulta tras dos visitas en Urgencias por la aparición de lesiones cutáneas muy pruriginosas. Refiere que comenzaron tres semanas antes en los pliegues axilares, inguinales y en las nalgas, con base eritematosa muy exudativa y bordes festoneados sobreelevados de color violáceo. Primeramente se trató con metilprednisolona tópica y dexclorfeniramina oral, mejorando el prurito sin avanzar las lesiones hasta la retirada del tratamiento. Una semana después presentaban aspecto rosado, secas, maculopapiulares con bordes marrones sobreelevados muy pruriginosos y se extendían por ambos costados hasta las ingles. En esta ocasión prescribieron deflazacort oral en pauta descendente, bilastina oral y corticoide + antibiótico + antifúngico en emulsión sin mejoría. Cuando lo vemos, las lesiones están más apagadas, ligeramente liquenificadas con descamación superficial abundante y aspecto marronáceo. No refiere ninguna otra sintomatología, apirético en todo momento.

Exploración y pruebas complementarias: Únicamente destacan las lesiones descritas más arriba, con aspecto apergaminado y descamativo, y cuyos bordes estaban más apagados y se extendían de forma llamativa por los costados hasta las ingles, cubriendo buena parte de la superficie troncular. Se realizó examen con dermatoscopia óptica, se tomaron fotografías para remitir por interconsulta a Dermatología y se obtuvieron muestras para cultivo micológico así como biopsia con punch. Sospechando un cuadro de tiña incógnito, se inicia tratamiento con terbinafina oral, clotrimazol tópico y se continúa con bilastina oral, retirando los esteroides. A la semana el paciente vuelve a consulta con espectacular mejoría de las lesiones y sin prurito.

Orientación diagnóstica: Tiña incógnito.

Diagnóstico diferencial: Dermatitis de contacto, liquen plano, lupus discoide, urticaria-vasculitis.

Comentario final: Las tiñas incógnito son todo un reto diagnóstico por la clínica larvada que se ve enmascarada por el uso de diferentes tratamientos con esteroides. La sospecha clínica inicial es fundamental, especialmente cuando se parte de cuadros que simulan intértrigos, por la amplia variedad en su presentación. Destacamos en nuestro caso el acceso a herramientas como la Teledermatología, con resultados prometedores, y las pruebas de laboratorio.

Bibliografía

1. Woo T, Somayaji R, Haber R, Parsons L. Diagnosis and Management of Cutaneous Tinea

Infections. Advances in Skin & Wound Care. 2019;32(8):350-7.

Palabras clave: Tinea incognito. Dermatofitosis.

1138-3593 / © 2019 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.