



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



424/3400 - INFECCIÓN POR CARDO

M. Juanes García¹, I. Etxebarria Fernández¹, R. Zabala Santolaya²

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Espartero. Hospital San Pedro. La Rioja.

²Médico de Atención Primaria. Centro de Salud Espartero. La Rioja.

Resumen

Descripción del caso: Varón 36 años sin antecedentes, sufre caída sobre planta con espinas en pierna derecha. A los pocos días presenta lesión de 6 × 3 cm, en cara anterior de tibia derecha, pruriginosa y eritematosa con bordes bien definidos y vesículas satélite. Visitas a varios facultativos, con diversas sospechas: Inicialmente su médico pauta clobetasol 7 días sospechando eccema numular. Días después, crecimiento centrífugo y empeoramiento sintomático pautando ácido fusídico sospechando sobreinfección bacteriana. Una semana después acude a Urgencias por empeoramiento, presentando placa eritematosa indurada con puntos parduzcos y alguna lesión satélite. Sospechando granuloma anular, pautan curas con clorhexidina y derivan a Dermatología. Dermatología: placa eritematoviolácea, alopecica, con pústula periféricas y rosetones descamativos. Sospechando dermatofitosis, realizan cultivo y pautan itraconazol 50 mg 2 comprimidos diarios y terbinafina tópica 2 aplicaciones diarias un mes. A los 10 días acude por inflamación local con importante edema y dolor, sustituyendo Itraconazol por terbinafina 250 mg cada 24 horas. Mejoría progresiva, aunque una después semana presenta inflamación local y edema precisando amoxicilina/clavulánico 875/125 mg 10 días. En revisión de Dermatología 2 meses después de comenzar el cuadro, con mejoría parcial de la lesión, se realiza biopsia. Cultivos negativos pero se mantiene tratamiento con terbinafina oral hasta resultados: compatible con dermatofitosis. Resolución completa del cuadro tras otro mes de tratamiento oral.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración: placa eritematoviolácea de 20 × 8 cm, alopecica, pústulas periféricas y rosetones descamativos adyacentes menores. Analítica: anodina. Cultivo y AP de piel: hongos, bacterias, micobacterias negativos. Biopsia (punch): Fragmentos superficiales de queratina entremezclados con polimorfonucleares que muestran esporas e hifas, positivas con histoquímica de PAS y Plata: dermatofitosis. Bacterias, hongos, auramina, micobacterias negativos.

Orientación diagnóstica: Dermatofitosis. Tiña inflamatoria. Foliculitis secundaria.

Diagnóstico diferencial: Dermatofitosis, eritema numular, granuloma anular, celulitis.

Comentario final: Tras observar la tórpida evolución del cuadro se hace evidente la necesidad del seguimiento por un mismo facultativo, así como la realización de pruebas complementarias. Aunque las dermatofitosis no representan un alto volumen de la patología dermatológica, deben ser tenidas en cuenta.

Bibliografía

1. Nieto Pomares M, Muñoz Pomares F, Guereña Tomás MJ. Infecciones cutáneas. AMF 2010;6(2):62-71.

Palabras clave: Tiña. Enfermedades cutáneas infecciosas.