



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



413/113 - TINEA CORPORIS INCÓGNITA

M. Esteban Rojas¹, F. Cabezudo Moreno², Y. Piñero Rodríguez³, J. Esteban Márquez³, Á. de la Hera Romero⁴, L. Alonso Bravo⁴

¹Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona Centro. Badajoz. ²Médico Residente de 4º año en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona Centro. Badajoz. ³Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona Centro. Badajoz. ⁴Médico Residente de 4º año en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Paz. Badajoz.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 54 años con antecedentes personales de Hipertensión arterial, VIH, VHB y sífilis ya pasada y tratada, que presentaba desde hacía varios meses lesiones pruriginosas, eritematosas y algo pigmentadas en el brazo izquierdo, que posteriormente se habían ido extendiendo a la cara posterior de ambos muslos, a la zona inguinal y a la región submamaria.

Exploración y pruebas complementarias: Presentaba placas con áreas de progresión centrífuga con eritema y descamación en el brazo izquierdo, de unos 10-15 cm, con área central hiperpigmentada secundariamente. Algunas otras placas en el muslo, también arciformes. Analítica: hemograma: Hb 15,1 g/dl, leucocitos 3,5 mil/mm³ (neutrófilos 55,2%, linfocitos 35%), plaquetas 135,0 mil/mm³. Coagulación, bioquímica y orina normales. Cultivo de escamas del brazo: Trichophyton spp. Examen con KOH positivo.

Juicio clínico: Tinea corporis incógnita.

Diagnóstico diferencial: Dermatitis numular, psoriasis, pitiriasis rosada, dermatitis de contacto.

Comentario final: La tinea incógnita es una infección dermatofítica, generalmente subdiagnosticada por la alteración de la apariencia clínica debido al uso de esteroides tópicos, cremas polivalentes e inmunomoduladores no esteroideos. Las infecciones por dermatofitos son micosis superficiales de tejidos queratinizados (piel, pelo y uñas), causadas principalmente por tres géneros fúngicos: Microsporum, Trichophyton y Epidermophyton, siendo el más frecuente el T. rubrum. Se localiza más frecuentemente en inglés, cara y dorso de las manos y afecta a ambos sexos por igual. Las lesiones suelen ser asintomáticas o ligeramente pruriginosas. La presentación clínica modificada puede dar muchas apariencias: eritema, placas pequeñas sin borde microvesicular activo, presencia de pápulas, pústulas, aspecto eccematoso, hiperpigmentación, de tamaño y formas diferentes. El diagnóstico se realiza mediante un cultivo de las escamas. El tratamiento de elección lo constituyen alilaminas y azoles por vía sistémica, como el itraconazol o el fluconazol.

Bibliografía

Moreno JC. Nuevos aspectos clínicos de las dermatomicosis. Rev Iberoam Micol. 1999;16:S22-S25.

Siddaiah N, Ericsson Q. Tacrolimus-induced tinea incognita. Cutis. 2004;73:237-8.

McGinness J, Wilson B. Tinea incognita masquerading as granulomatous periorificial dermatosis. Cutis 2006;77:293-6.

Palabras clave: Tinea corporis incógnita.