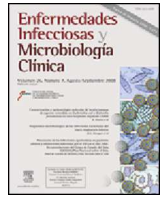




Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Diagnóstico a primera vista

Lesión cutánea ampollosa en la mano de una adolescente

Bullous cutaneous lesion on the hand of an adolescent

Emiliano Grillo*, Natalia Jiménez-Gómez, Blanca Díaz-Ley y Pedro Jaén-Olasolo

Departamento de Dermatología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

Caso clínico

Mujer de 14 años que consultó por cuadro de 3 semanas de evolución consistente en una lesión cutánea pruriginosa, con crecimiento centrífugo progresivo, localizada en la mano derecha. Había sido diagnosticada previamente de dermatitis de contacto y fue tratada con corticoides tópicos, empeorando el cuadro cutáneo. En la exploración física se observaba una placa eritematosa con bordes sobreelevados y ampollas en su superficie de contenido seropurulento, localizadas en la cara palmar de la mano derecha (fig. 1A). La paciente no presentaba antecedentes medicoquirúrgicos reseñables. Al interrogarla más detalladamente refería haber estado en una granja-escuela 2 meses atrás, entrando en contacto estrecho con varios animales. La analítica no presentaba alteraciones significativas, salvo la presencia de leucocitosis sin desviación izquierda (leucocitos 11.100/ μ l; 70,9% neutrófilos).

Evolución

Se realizó un estudio citológico de Tzanck del contenido de una ampolla sin que se encontraran signos de infección herpética o bacteriana. El examen microscópico directo con hidróxido potásico (KOH) al 20% permitió observar numerosas hifas septadas en forma de raqueta. Se realizó posterior siembra en medios de Sabouraud-cloranfenicol (SC) y SC-actidiona, aislándose colonias planas, con micelio pulverulento, de color blanco crema y bordes desflecados. Al microscopio eran hifas pectinadas con cuerpos nodulares y abundantes macroconidios con paredes gruesas, tabicadas, morfología fusiforme y extremo puntiagudo. Los hallazgos clínicos y microbiológicos fueron compatibles con el diagnóstico de tinea manuum variante ampollosa producida por *Microsporum canis*, por lo que iniciamos tratamiento antifúngico con terbinafina 250 mg/día durante un mes. La evolución fue muy satisfactoria, alcanzado la curación

clínica y microbiológica tras el tratamiento. Persistió, sin embargo, un ligero eritema residual que fue desapareciendo gradualmente (fig. 1B).

Comentario

La tinea ampollosa o bullosa es una variante clínica inusual de las infecciones por hongos dermatofitos¹. Esta forma clínica suele localizarse en los pies y/o en el tronco de los pacientes, pero su aparición en la mano es excepcional¹⁻⁶. La patogénesis es desconocida. Se han propuesto varias hipótesis que podrían explicar la formación de vesiculoampollas en estas lesiones, como son la etiología (tineas inflamatorias), el trauma repetido sobre la zona o el tratamiento previo con corticoesteroides². Los agentes etiológicos más frecuentes en la tinea manuum son *Trichophyton rubrum* y *Trichophyton mentagrophytes*. Destaca por tanto el aislamiento de *Microsporum canis* en el presente caso. Este hongo zoofílico, como el resto de los miembros del género *Microsporum*, se caracteriza por su preferencia hacia el cabello y es una de las principales causas de tinea capitis y tinea barbae. Sin embargo, su aparición en zonas acras es excepcional. En nuestro caso, el antecedente epidemiológico de contacto con animales de granja hace más que probable que la transmisión ocurriera por vía animal. Se debe mantener un alto grado de sospecha y realizar una historia clínica minuciosa para el diagnóstico de estas formas clínicas, ya que no es infrecuente que sean confundidas con dermatitis de contacto o con infecciones herpéticas⁷. En la exploración, la detección de un borde inflamatorio activo nos permitirá diferenciar estas infecciones micóticas de otras dermatosis cutáneas. Es por tanto aconsejable, en presencia de lesiones vesiculobullosas y/o hiperqueratósicas de la mano, especialmente si son unilaterales, realizar estudios microbiológicos de rutina, ya que pueden ayudar al clínico a realizar un diagnóstico adecuado evitando tratamientos erróneos.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: doctorgrillo85@hotmail.com (E. Grillo).

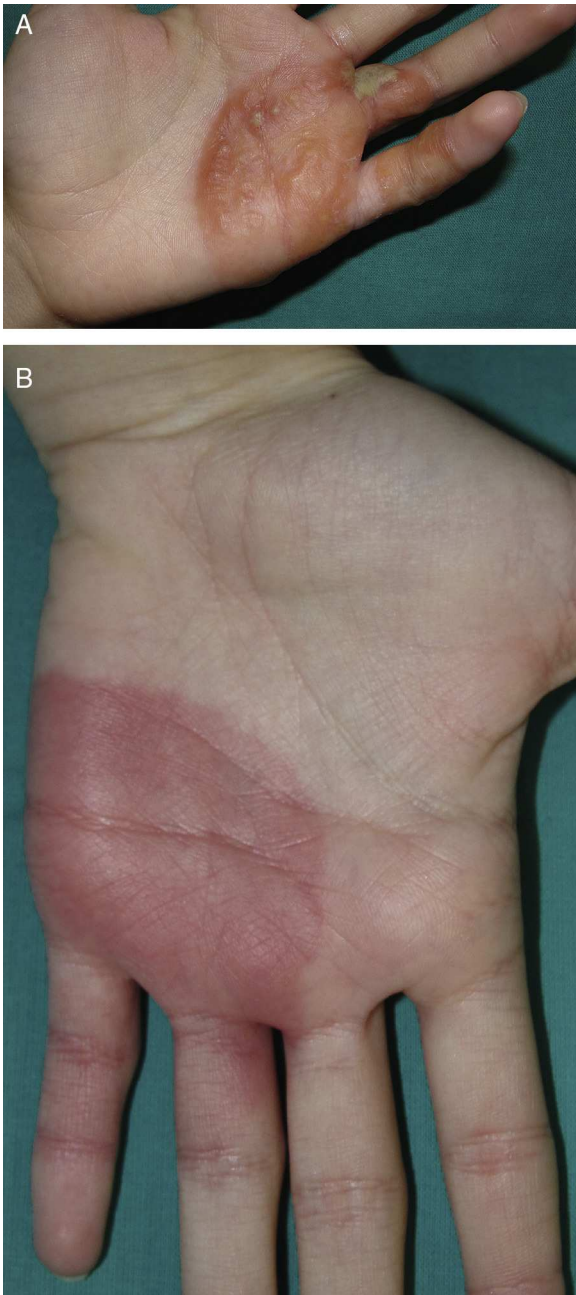


Figura 1. A) Placa eritematosa con borde «activo» sobrelevado y ampollas seropurulentas localizada en la cara palmar de la mano derecha de una mujer de 14 años. B) Eritema residual tras un mes de tratamiento con terbinafina. Los cultivos en este momento fueron estériles.

Bibliografía

1. Maroon MS, Miller OF. *Trichophyton rubrum* bullous tinea pedis in a child. *Arch Dermatol.* 1989;125:1716.
2. Terragni L, Oriani A, Lasagni A. Tinea pedis bullosa. *G Ital Dermatol Venereol.* 1995;130:253–6.
3. Korting HC, Zienicke H. Cultural evidence for a bullous form of tinea pedis. *Mycoses.* 1991;34:103–6.
4. Bennion SD. Annular vesiculation bullous tinea corporis caused by *Trichophyton rubrum*. *Arch Dermatol.* 1989;125:1569–72.
5. Terragni L, Buzzetti L, Lasagni A, Oriani A. Tinea pedis in children. *Mycoses.* 1991;34:273–6.
6. Terragni L, Morelli MA, Oriani A, Cecca R. Tinea corporis bullosa. *Mycoses.* 1993;36:135–7.
7. D'Antuono A, Bardazzi F, Andalori F. Unusual manifestations of dermatophytoses. *Int J Dermatol.* 2001;40:164–6.