



# Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Diagnóstico a primera vista

## Forúnculos y abscesos dolorosos en el área genital asociados a impotencia funcional

Painful furuncles and abscesses in the genital area associated with functional impairment

Lula María Nieto-Benito\*, Antonio Ruedas-Martínez, Ricardo María Suárez-Fernández y Ana Pulido-Pérez

Servicio de Dermatología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

### Caso clínico

Presentamos el caso de una mujer de 30 años, sin antecedentes médico-quirúrgicos relevantes, atendida en el servicio de Urgencias por lesiones en la región púbica de 4 meses de evolución que asociaban un dolor muy intenso y dificultaban la deambulación. La paciente refería el inicio del cuadro a partir de pequeñas pústulas, localizadas exclusivamente en la región púbica, con posterior progresión de las mismas a ambos pliegues inguinales. Había sido valorada previamente en varias ocasiones y había recibido tratamiento con corticoides y antibióticos tópicos (ácido fusídico), así como orales (cloxacilina 500 mg/6 h, 7 días y amoxicilina-ácido clavulánico 875/125 mg/8 h, 7 días), sin obtener mejoría. Negaba contacto con niños, viajes fuera de España o relaciones sexuales de riesgo, pero sí contacto estrecho con caballos durante la práctica de equitación.

En la exploración física, la paciente se encontraba afebril y se observaba la presencia de pápulas y placas eritematodescarnativas que afectaban a la región inguinopúbica de forma simétrica, con la presencia de costras serohemorrágicas y melicéricas en superficie. Muchas de las lesiones se encontraban centradas por folículos e infiltradas al tacto, pero sin fluctuación a la palpación (fig. 1). No presentaba lesiones en otras zonas intertriginosas ni en ninguna otra localización.

La analítica sanguínea mostraba un ligero aumento de reactantes de fase aguda con 11.600 leucocitos/ $\mu$ l, a expensas de 8.700 neutrófilos/ $\mu$ l. Se realizó una biopsia cutánea para estudio histopatológico y se tomó una muestra de exudado del contenido de una pústula, así como una biopsia cutánea para cultivo de bacterias, hongos, micobacterias y virus. Tras la toma de muestras, se decide ingreso para control analgésico y se inicia tratamiento antibiótico empírico con clindamicina y ciprofloxacino y tratamiento local con fomentos de sulfato de cinc y mupirocina tópica.



**Figura 1.** Imagen clínica: pápulas eritematoedematosas, infiltradas al tacto, centradas por folículo, con presencia de costras serohemorrágicas y, en ciertas zonas, melicéricas, confluentes en la región púbica, que se extienden a los labios mayores y el área inguinal bilateral.

### Evolución

A pesar del tratamiento pautado y de que la paciente se encontraba afebril con normalización de los parámetros de inflamación, las lesiones cutáneas no evolucionaban favorablemente. A las 72 h del ingreso, la biopsia cutánea mostró la presencia de un denso infiltrado inflamatorio de neutrófilos, con fragmentación de los mismos, localizado en dermis media y profunda, con focos de abscesificación y sin alteraciones en la epidermis; las tinciones realizadas para detección de microorganismos (PAS, Grocott, Ziehl-Neelsen y Gram) fueron negativas.

El estudio microbiológico permitió la identificación de *Microsporum canis* en el raspado de escamas mediante examen directo con tinción de blanco de calcoflúor, aislamiento en *Dermatophyte Test Medium* e identificación microscópica con tinción de Azul de lactofenol. Se inició tratamiento con itraconazol a dosis de 100 mg/día,

\* Autor para correspondencia.  
Correo electrónico: [lula.m.nieto@gmail.com](mailto:lula.m.nieto@gmail.com) (L.M. Nieto-Benito).

con una mejoría espectacular, completando el tratamiento durante 6 semanas, hasta su resolución completa.

### Comentario

Las dermatofitosis son un conjunto de infecciones fúngicas cutáneas causadas por 3 géneros de hongos: *Microsporium*, *Trichophyton* y *Epidermophyton*<sup>1</sup>. Se caracterizan por su capacidad de infectar e invadir tejidos queratinizados, como son la piel, el pelo y las uñas<sup>2,3</sup>. La *tinea pubogenital* o *tinea genitalis* es un tipo de dermatofitosis<sup>4</sup> infrecuente, aunque probablemente emergente debido al incremento de su incidencia en los últimos años<sup>5</sup>. En ella, se produce una afectación del pubis y de las regiones inguinales, con la posibilidad de afectación del cuerpo del pene, en el caso de los varones, y de los labios mayores, en el caso de las mujeres<sup>6</sup>. Podría ser considerada una forma de *tinea cruris*, pero sus características clínicas y microbiológicas hacen de ella una entidad diferente<sup>4</sup>.

Es una forma de dermatomicosis muy inflamatoria, con una gran tendencia a la profundización y a la afectación folicular<sup>7</sup>, que puede evolucionar a la ulceración, la afectación sistémica (fiebre, elevación de reactantes de fase aguda) y/o un dolor intenso que provoca una gran impotencia funcional que puede precisar ingreso hospitalario para control analgésico. Debe realizarse diagnóstico diferencial con la hidradenitis supurativa, la dermatosis inflamatoria crónica de las glándulas sudoríparas y con la folliculitis bacteriana. Ginter-Hanselmayer et al.<sup>8</sup> recogen una serie de 30 casos de tiña genital. El dermatofito causal más frecuente fue *M. canis*, seguido de diferentes especies de *Trichophyton*. Entre los factores predisponentes se han descrito la depilación y la presencia concomitante de *tinea pedis* y onicomicosis<sup>8</sup>; la vía sexual<sup>5</sup> y el contacto con animales se han descrito como formas de transmisión

directa. Los regímenes terapéuticos con mejor respuesta son itraconazol y terbinafina, tal y como se ha demostrado en estudios de sensibilidad de *M. canis* a antifúngicos<sup>9,10</sup>. En conclusión, ante lesiones cutáneas genitales compatibles, asociadas a dolor intenso y/o afectación sistémica, se debe considerar la *tinea genitalis* como diagnóstico diferencial. La realización de técnicas microbiológicas adecuadas es fundamental para el aislamiento del patógeno y su consiguiente manejo y tratamiento óptimos.

### Bibliografía

1. Ely JW, Rosenfeld S, Seabury Stone M. Diagnosis and management of tinea infections. *Am Fam Physician*. 2014;90:702–10.
2. Laniosz V, Wetter DA. What's new in the treatment and diagnosis of dermatophytosis? *Semin Cutan Med Surg*. 2014;33:136–9.
3. Kaushik N, Pujalte GGA, Reese ST. Superficial fungal infections. *Prim Care*. 2015;42:501–16.
4. Romano C, Ghilardi A, Papini M. Nine male cases of tinea genitalis. *Mycoses*. 2005;48:202.
5. Luchsinger I, Bosshard PP, Kasper RS, Reinhardt D, Lautenschlager S. Tinea genitalis: A new entity of sexually transmitted infection? Case series and review of the literature. *Sex Transm Infect*. 2015;91:493–6.
6. Bakardzhiev I, Chokoeva A, Tchernev G, Wollina U, Lotti T. Tinea profunda of the genital area. Successful treatment of a rare skin disease. *Dermatol Ther*. 2016;29:181–3.
7. Sahoo AK, Mahajan R. Management of tinea corporis, tinea cruris, and tinea pedis: A comprehensive review. *Indian Dermatol Online J*. 2016;7:77–86.
8. Ginter-Hanselmayer G, Nenoff P, Kurat W, Propst E, Durrant-Finn U, Uhrlaß S, et al. [Tinea in the genital area: A diagnostic and therapeutic challenge] *German. Hautarzt*. 2016;67:689–99.
9. Abastabar M, Jedi A, Guillot J, Ilkit M, Eidi S, Hedayati MT, et al. In vitro activities of 15 antifungal drugs against a large collection of clinical isolates of *Microsporium canis*. *Mycoses*. 2019;62:1069–78.
10. Aneke CI, Otranto D, Cafarchia C. Therapy and antifungal susceptibility profile of *Microsporium canis*. *J Fungi (Basel)*. 2018;4:107.