

3. Leaw SN, Chang HC, Sun HF, Barton R, Bouchara JP, Chang TC. Identification of medically important yeast species by sequence analysis of the internal transcribed spacer regions. *J Clin Microbiol.* 2006;44:693-9.
4. Marklein G, Josten M, Klanke U, Müller E, Horré R, Maier T, et al. Matrix-assisted laser desorption ionization-time of flight mass spectrometry for fast and reliable identification of clinical yeast isolates. *J Clin Microbiol.* 2009;47:2912-7.
5. Martínez-Lamas L, Pérez del Molino ML, Pardo F, Varela E, Regueiro BJ. Espectrometría de masas matrix-assisted laser desorption ionization time-of-flight vs. metodología convencional en la identificación de *Candida no-albicans*. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2011;29:568-72.
6. Rosenvinge FS, Dzajic E, Knudsen E, Malig S, Andersen LB, Løvig A, et al. Performance of matrix-assisted laser desorption-time of flight mass spectrometry for identification of clinical yeast isolates. *Mycoses.* 2013;56:229-35.
7. Santos C, Lima N, Sampaio P, Pais C. Matrix-assisted laser desorption/ionization time-of-flight intact cell mass spectrometry to detect emerging pathogenic *Candida* species. *Diagn Microbiol Infect Dis.* 2011;71:304-8.
8. Sendid B, Ducoroy P, François N, Lucchi G, Spinali S, Vagner O, et al. Evaluation of MALDI-TOF mass spectrometry for the identification of medically-important yeasts in the clinical laboratories of Dijon and Lille hospitals. *Med Mycol.* 2013;51:25-32.
9. Stevenson LG, Drake SK, Shea YR, Zelazny AM, Murray PR. Evaluation of matrix-assisted laser desorption ionization-time of flight mass spectrometry for identification of clinically important yeast species. *J Clin Microbiol.* 2010;48:3482-6.
10. Westblade LF, Jennemann R, Branda JA, Bythrow M, Ferraro MJ, Garner OB, et al. Multicenter study evaluating the Vitek MS system for identification of medically important yeasts. *J Clin Microbiol.* 2013;51:2267-72.

Lidia García-Agudo^{a,*}, Fátima Galán^b,
Pedro García-Martos^b, Rafael Carranza^c
y Manuel Rodríguez-Iglesias^b

^a Helse Møre og Romsdal, Molde sykehus, Laboratorium for medisinsk mikrobiologi, Noruega

^b Servicio de Microbiología, Hospital Puerta del Mar, Cádiz, España

^c Servicio de Análisis Clínicos, Hospital General La Mancha-Centro, Alcázar de San Juan, Ciudad Real, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lidiagarciaagudo@gmail.com (L. García-Agudo).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.riam.2015.02.006>

Tiña del cuerpo de rápida evolución



Rapidly evolving tinea corporis

Sres. Directores:

Presentamos el caso de un varón de 42 años, sin antecedentes de interés, salvo la existencia de hipertensión arterial en tratamiento con bisoprolol y enalapril, y dislipemia en tratamiento dietético. El paciente consultaba por presentar lesiones eritematosas muy pruriginosas que comenzaron como pequeñas placas en la región superior de la espalda la semana previa, y que se habían ido extendiendo rápidamente hasta alcanzar la cara posterior de los muslos. Había acudido en varias ocasiones a urgencias de su centro de salud, donde se le había administrado repetidamente metilprednisolona 100 mg y dexclorfeniramina 5 mg por vía intramuscular, sin mejoría del cuadro. Tampoco presentaba fiebre, pérdida de peso, tos, síndrome miccional ni ningún otro tipo de clínica sistémica. El paciente, que vivía en la ciudad, refería no tener contacto con animales y no había realizado cambios en su medicación habitual. Ninguno de sus contactos presentaba enfermedad cutánea alguna, ni aguda ni crónica.

A la exploración el paciente presentaba múltiples placas eritematodescarnativas de morfología anular con borde elevado, que confluyen y dejan islotes de piel sana.

confluyentes en algunas zonas, que ocupaban gran parte de la espalda dejando islotes de piel sana (fig. 1). Se apreciaban algunas pústulas en la periferia de algunas lesiones. La afectación alcanzaba la cara posterior de los muslos. El resto de la piel, el pelo y las uñas no presentaba alteraciones.

Se realizó un examen directo de las escamas de piel tomadas como muestra con tinción de hidróxido de potasio, donde se apreciaron abundantes hifas hialinas ramificadas compatibles con dermatofitos (fig. 2).

Se realizaron también un cultivo micológico, en el cual creció *Trichophyton mentagrophytes*, y una biopsia cutánea, donde se apreciaban hifas y levaduras (fig. 3). Con el diagnóstico de *tinea corporis* se inició un tratamiento con terbinafina oral 250 mg/día durante 3 semanas y ciclopiroxolamina crema al 1%, con resolución del cuadro.

La evolución tan rápida del cuadro nos obligó a descartar un estado de inmunodepresión en el paciente, por lo que se realizaron serologías para virus de la inmunodeficiencia humana 1 y 2, virus hepatotropos y sífilis, así como una analítica sanguínea con marcadores de autoinmunidad (ANA, anticuerpos anticentrómero, anti-scl70 y anti-RNA) que no mostraron alteraciones significativas. También se realizó un TAC toraco-abdomino-pélvico, que resultó normal, para descartar neoplasias internas. Por este motivo nuestra principal sospecha es que la administración repetida de corticoides



Figura 1. Placas eritemato-descamativas de morfología numular y con borde elevado marcado, que confluyen y dejan islotes de piel sana.

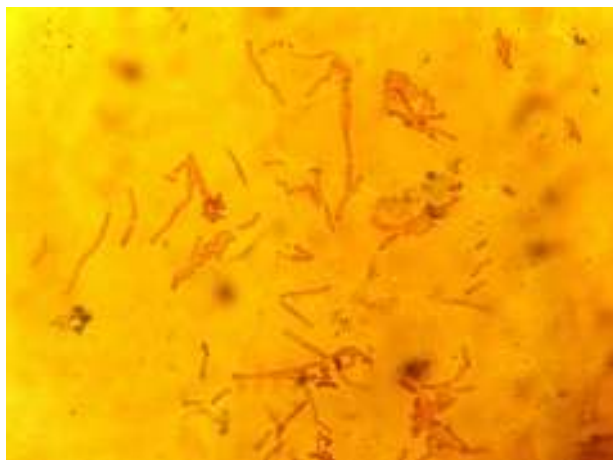


Figura 2. Examen directo de las escamas de piel con tinción de hidróxido de potasio. Hifas hialinas ramificadas y esporas.

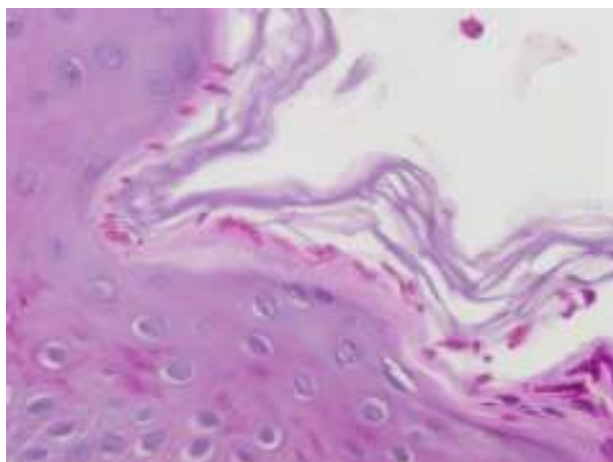


Figura 3. Hifas y esporas en el estrato córneo. Tinción PAS ($\times 40$).

intramusculares a altas dosis haya sido la causa de esta inusual evolución en un paciente inmunocompetente.

T. mentagrophytes es uno de los dermatofitos que encontramos más frecuentemente en las infecciones cutáneas por hongos en todo el mundo¹. Las formas atípicas o diseminadas suelen encontrarse en pacientes inmunodeficientes, por lo que siempre debemos descartar esta condición en estos casos.

Los corticoides orales son muy utilizados, a dosis bajas, en el tratamiento de las tiñas con importante componente inflamatorio, para reducir la inflamación y prevenir la destrucción permanente de estructuras cutáneas como el folículo piloso². En la literatura encontramos mucha información sobre los potenciales efectos nocivos de la corticoterapia tópica sobre la tiña del cuerpo³⁻⁵, y también casos de *tinea incognita* por inmunomoduladores tópicos^{4,6,7}. Aunque se han realizado estudios donde se concluye que la prednisona, la azatioprina y la ciclofosfamida son factores asociados a la tiña multicéntrica⁸, no encontramos mucha información en la literatura sobre la inmunosupresión transitoria que puede ocasionar la corticoterapia a altas dosis incluso en períodos cortos de tiempo, exacerbando y enmascarando diversas enfermedades cutáneas como la tiña que presentaba nuestro paciente.

Bibliografía

1. Bornkessel A, Ziemer M, Yu S, Hipler C, Elsner P. Fulminant papulopustular *tinea corporis* caused by *Trichophyton mentagrophytes*. Acta Derm Venereol. 2004;85:92-3.
2. Pereiro-Ferreirós M Jr, García-Martínez J, Alonso-González J. Actualización en el tratamiento de las micosis cutáneas. Actas Dermosifiliogr. 2012;103:778-83.
3. Erbagci Z. Topical therapy for dermatophytoses. Am J Clin Dermatol. 2004;5:375-84.
4. Ruiz-Villaverde R, Sanchez-Cano D. Tiña faciei exacerbada por inmunomodulación tópica: A propósito de 2 casos. Dermatol Online J. 2010;16:14-5.
5. Jacobs JA, Kolbach DN, Vermeulen AH, Smeets MH, Neuman HA. *Tinea incognita* due to *Trichophyton rubrum* after local steroid therapy. Clin Infect Dis. 2001;33:142-4.
6. Rallis E, Koumantaki-Mathioudaki E. Pimecrolimus induced *tinea incognita* masquerading as intertriginous psoriasis. Mycoses. 2008;51:71-3.
7. Crawford KM, Bostrom P, Russ B, Boyd J. Pimecrolimus-induced *tinea incognita*. Skinmed. 2004;3:352-3.
8. García de Acevedo B, Villa A, Hernández-Hernández F, López-Martínez R, Llorente L, Orozco-Topete R. Tiñas multifocales y localizadas en pacientes inmunosuprimidos. Rev Iberoam Micol. 2008;25:32-6.

María Dorado Fernández^{a,*}, Tania Salas García^a,
Alicia López Gómez^a, María Isabel Arcas^b, Javier Ruiz Martínez^a
y Jesús Hernández-Gil Sánchez^a

^a Servicio de Dermatología, Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia, España

^b Servicio de Anatomía Patológica, Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia, España

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: mariadorado28@gmail.com
(M. Dorado Fernández).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.riam.2015.07.002>