

CARTA CLÍNICA

Un eccema facial algo rebelde



A somewhat unruly facial eczema

Un varón de 56 años de edad, natural de Rumanía, y sin antecedentes médicos de interés, es atendido en el servicio de urgencias por presentar un cuadro de lesiones cutáneas pruriginosas faciales progresivas, que se iniciaron hace unos 3 años en la región retroauricular izquierda.

Durante este tiempo había estado en tratamiento con aplicaciones repetidas de corticoides y antibióticos tópicos (propionato de fluticasona y ácido fusídico) con empeoramiento clínico tras la aplicación de cada uno de los mismos. Tras cada ciclo de tratamiento las lesiones presentaban discreta atenuación y crecimiento centrífugo, afectando progresivamente áreas de piel previamente sanas del polo cefálico y tercio superior del tronco.

En ningún momento el cuadro cutáneo se acompañó de síntomas sistémicos. Sin embargo, ante la mala evolución del mismo y la intensificación del prurito asociado, se solicitó una nueva valoración en el servicio de urgencias.

En la exploración clínica (**fig. 1**) destacaba una placa eritematosa figurada de márgenes netos sobreelevados y descamativos, que incluía la totalidad de la región facial y se extendía hasta el torso, finalizando a nivel escapular y remedando al clásico «signo del chal», característico de la dermatomiositis. En el filtrum y labio superior se podían encontrar lesiones pápulo-pustulosas centradas en los folículos pilosos, y al explorar el resto de la superficie corporal se objetivaron placas anulares policíclicas descamativas en las regiones posteromediales de ambas piernas, que pasaron desapercibidas para el paciente.

La morfología y localización de las lesiones, el crecimiento centrífugo tras la aplicación de corticoides tópicos

y la sintomatología presentada sugerían el diagnóstico de dermatofitosis incógnita extensa.

Para confirmar el diagnóstico se solicitó un cultivo de hongos dermatofitos mediante raspado cutáneo borde activo de las lesiones. Tras la toma de muestras se inició tratamiento con terbinafina tópica una vez al día durante 3 semanas en espera de los resultados.

Finalmente, el cultivo en medio de Agar-Sabouraud fue positivo para *Trichophyton rubrum*, confirmando la sospecha clínica.

Al acudir a la revisión programada las lesiones cutáneas y la sintomatología habían desaparecido prácticamente por completo (**fig. 2**). Sin embargo, se optó por realizar tratamiento con terbinafina 250 mg vía oral cada 24 horas durante 4 semanas ante la extensión del cuadro clínico previo y la presencia de afectación folicular facial.

Las dermatofitosis en ocasiones pueden simular otras enfermedades cutáneas primarias, especialmente cuando se inician en localizaciones características de estas últimas. Este hecho cobra especial relevancia si asientan en la región facial, pues en ella son más frecuentes multitud de procesos de aspecto clínico similar y origen no infeccioso¹. En el caso expuesto el diagnóstico fue orientado inicialmente como dermatitis atópica del adulto de localización malar, y el tratamiento esteroideo mantenido dificultó la correcta filiación del proceso. Esta combinación de factores (dermatofito y tratamiento corticoideo) conforma la entidad denominada clásicamente como «dermatofitosis incógnita» o «tiña incógnita»².

De este modo, una infección por hongos dermatofitos debería sospecharse ante cualquier proceso eccematoso de evolución subaguda con respuesta tórpida al tratamiento esteroideo tópico o sistémico, especialmente si existen factores epidemiológicos de riesgo³.



Figura 1 Aspecto clínico de las lesiones cutáneas. A. Placa eritematosa en la región facial con pápulas y pústulas foliculares en el labio superior. B. Demarcación neta y sobreelevada de la lesión a nivel dorsal. C. Placas anulares policíclicas en la cara posteromedial de la pierna derecha.

<https://doi.org/10.1016/j.semerg.2021.03.011>

1138-3593/© 2021 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.



Figura 2 Evaluación clínica tras 3 semanas de tratamiento tópico con terbinafina. Desaparición de las lesiones a nivel dorsal, con regresión completa del borde de avance micótico.

En estos casos es preceptiva la realización de un cultivo mediante raspado superficial de la lesión para investigar la presencia de patógenos y ofrecer así al paciente un tratamiento dirigido que evite la aplicación o ingesta de fármacos innecesarios, con sus posibles efectos adversos a medio y largo plazo⁴.

Consentimiento informado

Se ha contado con el consentimiento del paciente y se han seguido los protocolos del centro de trabajo sobre tratamiento de la información de los pacientes.

Bibliografía

1. Turra N, Navarrete J, Magliano J, Bazzano C. Follicular tinea faciei incognito: The perfect simulator. *Anais Brasileiros de Dermatologia*. 2019;94:372–4.
2. Dhaher S. Tinea incognito: Clinical perspectives of a new imitator. *Dermatology Reports*. 2020;12:8323, <http://dx.doi.org/10.4081/dr.2020.8323>.
3. Kaushik N, Pujalte GG, Reese ST. Superficial fungal infections. *Prim Care*. 2015;42:501–16, <http://dx.doi.org/10.1016/j.pop.2015.08.004>. PMID: 26612371.
4. Ely JW, Rosenfeld S, Seabury Stone M. Diagnosis and management of tinea infections. *Am Fam Physician*. 2014;90:702–10. PMID: 25403034.

P. Villagrasa-Boli*, J. Monte-Serrano y B. Aldea-Manrique

Servicio de Dermatología y Venereología, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza, Zaragoza, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pablovillaboli@gmail.com
(P. Villagrasa-Boli).