



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



387/82 - DERMATOSIS ATÍPICAS

R. López Sánchez¹, A. Azagra Calero², M. Rico Gutiérrez³, M. Saiz González⁴, M. García Fenés⁵, M. Esteban Rojas⁶

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Doctor Morante. Santander. Cantabria.

²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Sardinero. Santander. Cantabria.

³Facultativo Especialista de Área Radiodiagnóstico. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria.

⁴Médico de Familia. Centro de Salud Doctor Morante. Santander. Cantabria.

⁵Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud Urbano 1. Mérida. Badajoz.

⁶Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona Centro. Badajoz.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 52 años, sin alergias conocidas. Como antecedentes presenta HTA y dislipemia, controlado con medidas higiénico dietéticas. Acude a nuestra consulta refiriendo lesiones pruriginosas en región perimaleolar externa del tobillo izquierdo de 3 meses de evolución. Niega lesiones a otro nivel, haber cambiado de detergente de ropa, gel, calzado o contacto con animales.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración encontramos (foto) placa eritematosa de 8 × 7 cm, con reborde circinado, descamativa en algunas áreas, centro de la lesión no homogéneo. Ante el aspecto eccematoso se decide iniciar solución de betametasona + ácido salicílico y posteriormente betametasona + gentamicina. Ante la progresión del cuadro a las dos semanas reexploramos a la paciente, detectando onicomycosis en el primer dedo del mismo pie y decidimos realizar un cultivo fúngico de la lesión, cogiendo una escama con un bisturí y enviándolo en un recipiente de orina estéril a microbiología. E iniciamos tratamiento con ciclopirox tópico y ketokonazol en gel. Tras obtener resultado definitivo con el cultivo: *Trichophyton rubrum*, iniciamos tratamiento con itraconazol oral 100 mg al día durante 15 días, con mejoría significativa hasta la resolución completa del cuadro.

Juicio clínico: Tiña incógnito, eczema numular, psoriasis, dermatitis de contacto, impétigo en fase costrosa.

Diagnóstico diferencial: Granuloma de Majocchi (tiña folicular y granulomatosa).

Comentario final: es una infección rara, de la dermis y tejido celular subcutáneo producida por hongos dermatofitos, siendo el más frecuentemente asociado el *Trichophyton rubrum*. Generalmente ocurre en el sexo femenino de edad media y suele precederse de algún factor traumático local o en un huésped inmunodeprimido, aunque se ha descrito también en pacientes que presentaban onicomycosis previa, como es el caso. Como conclusión quiero destacar la importancia de la formación en Dermatología para el médico de AP, que los corticoides no son la solución a todos los problemas dermatológicos y es fundamental una exploración física completa y toma de biopsia en

caso necesario, recursos que tenemos a nuestro alcance antes de derivar a un paciente

Bibliografía

Del Río Reyesa R, et al. Folliculitis por *Trichophyton rubrum* (granuloma de Majocchi). Actas dermo-sifiliográficas. 2001;92:379-429.