



## 242/4096 - AUTOECCEMATIZACIÓN: MANIFESTACIÓN A DISTANCIA DE INFECCIONES FÚNGICAS

S. González Sánchez<sup>a</sup>, M. Senán Sanz<sup>a</sup>, M. García Batanero<sup>b</sup> y M. Priego Artero<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. CAP El Clot. Barcelona. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CAP El Clot. Barcelona.

### Resumen

**Descripción del caso:** Hombre de 74 años que consulta por aparición hace 2 semanas de erupción cutánea pruriginosa en tronco y extremidades, que se inició en extremidades inferiores y se había ido extendiendo. Antecedentes personales: fibrilación auricular, recientemente tratada con bisoprolol.

**Exploración y pruebas complementarias:** Erupción generalizada en forma de pápulo-placas rosadas, de diferentes medidas, no descamativas y pruriginosas, que respetaba cara, manos, pies y genitales. Sin otra sintomatología asociada. Tratado inicialmente como toxicodermia. Se retiró bisoprolol y se inició tratamiento con antihistamínicos orales, sin mejoría, y posteriormente con corticoides orales con mejoría completa, pero recidiva tras finalizarlo. En visita de control se reexploró toda la superficie corporal con sospecha de autoeccematización, hallando placa descamativa en planta del pie izquierdo, asintomática, que el paciente refería presentar desde hacía 1 mes. Se recogió muestra de descamación de la lesión del pie para cultivo para hongos, que resultó positivo para dermatofitos. Se inició entonces tratamiento con terbinafina oral, con remisión clínica total a la segunda semana de tratamiento.

**Juicio clínico:** Por autoeccematización, autosensibilización o reacciones ides (denominadas dermatofitides cuando son causadas por infecciones fúngicas) se entiende el proceso de formación de lesiones inflamatorias en la piel en zonas distantes al foco inicial, que pueden persistir si la inflamación primaria no se trata adecuadamente. Se consideran de origen inmunológico. El diagnóstico de dermatofitides requiere infección por dermatofitos confirmada, erupción a distancia de elementos no infecciosos y desaparición espontánea de las dermatofitides tras la curación de la lesión fúngica primaria.

**Diagnóstico diferencial:** Dermatitis (atópica, por contacto,...), urticaria, diseminación micótica, y otras enfermedades cutáneas a las que puede imitar.

**Comentario final:** Ante la presencia de erupciones pruriginosas, generalizadas y persistentes/recidivantes tras tratamiento con corticoides, debemos descartar que se trate de reacciones ides. Esta dermatosis puede presentar diversas formas clínicas, frecuentemente aspecto eczematoso, y son frecuentes en Atención Primaria, aunque infradiagnosticadas. La sospecha clínica, la evaluación integral del paciente y la toma de cultivos facilita el diagnóstico y evita

tratamientos innecesarios.

### **Bibliografía**

1. Bassas-Vila J. Actualización y manejo de los eccemas en atención primaria. JANO. 2009;(1740).
2. Alonzo Romero Pareyón L. Dermatitis reaccionales. Rev Fac Med UNAM. 2003;46(4).
3. Gómez L, Cavallera D. Dermatofitides. Una entidad clínica casi olvidada. Dermatol Venez. 2011;49(1-2).

**Palabras clave:** Eccema. Autoeccematización. Dermatofitides.