



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/4404 - LA DISHIDROSIS QUE NO DESAPARECIÓ

N. Ruiz Lozano^a, V. Pérez Chirinos Palomares^b, M. Miret Salvador^a y A. Navarro Muñoz^a

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tavernes de la Valldigna. Valencia. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Tavernes de la Valldigna. Valencia.

Resumen

Descripción del caso: Hombre de 63 años, agricultor y amante de los animales, acude a consulta de Atención Primaria por clínica de prurito continuo en pie derecho de nueve meses de evolución junto con aparición de lesiones cutáneas a nivel de cara dorsal del mismo pie que han ido evolucionando y extendiéndose por zonas adyacentes a pesar de tratamiento tópico pautado con betametasona, metilprednisona, prednicarbate y calcipotriol. En las visitas realizadas durante dichos meses el cuadro fue diagnosticado como probable eccema dishidrótico o brote psoriásico. Como antecedentes de interés el paciente acusó un cuadro de herpes zoster en zona costal izquierda en el 2015 y actualmente no se encontraba inmunosuprimido o diagnosticado de diabetes mellitus ni llevaba tratamiento con corticoides orales. Se intenta tratar con flutrimazol en polvo asociado a terbinafina tópica y fluconazol oral por sospecha de dermatofitosis, presentando a la semana buena evolución con reepitelización de las lesiones así como desaparición del prurito de meses.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración de la piel encontramos placas eritematodescamativas pruriginosas con bordes más activos que en el centro y con pequeña sobreelevación; junto a ellas, evidenciamos una región de piel erosionada que llega hasta los espacios interdigitales. Del mismo modo, encontramos lesiones de semejante aspecto en zona anterior de pierna derecha. Ante los antecedentes de tratamiento de la lesión y los datos clínicos que narra el paciente se decidió pautar el tratamiento sin realizar otras pruebas diagnósticas complementarias, ya que la anamnesis orientaba clínicamente al diagnóstico.

Orientación diagnóstica: Tiña incógnito por tratamiento con corticoides.

Diagnóstico diferencial: Tiña de los pies (Tinea pedis). Herpes circinado (Tinea corporis). Psoriasis. Eccema dishidrótico. Dermatitis de contacto.

Comentario final: Queda clara la necesidad de seguimiento de los pacientes ante lesiones cutáneas para corroborar la sospecha diagnóstica y la resolución del cuadro. Dada la alta prevalencia de dermatofitosis en nuestro medio, en casos de cuadros limítrofes entre varias entidades, deberíamos asociar un antimicótico tópico.

Bibliografía

1. Martín Zurro A, Cano Pérez JF, Gené Badia J. Atención Primaria: principios, organización y métodos en medicina de familia, 7^a ed. Madrid: Elsevier; 2014.

2. Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, et al, eds. Harrison Principios de Medicina Interna, 18ª ed. México: McGraw-Hill; 2012.

Palabras clave: Prurito. Tiña pedis. Tiña incognito.