

Imágenes

Pústulas foliculares en la barba

Follicular pustules in the beard hair

Ángeles Arnandis Muñoz*, Javier Sabater Abad, María Matellanes Palacios y Fernando Millán Parrilla

Servicio de Dermatología, Hospital Arnau de Vilanova, Valencia, España

Varón de 52 años con antecedentes de asma en tratamiento con terbutalina, que acude a la consulta por presentar papulopústulas en hemifaceta inferior derecha desde hace un mes. A la exploración física destaca la presencia de pápulas eritematosas, infiltradas en mejilla derecha y pústulas en zona derecha del mentón que confluyen formando lesiones de mayor tamaño a nivel de la zona suprayacente al labio superior (fig. 1). El paciente no presentaba otra sintomatología asociada. Ante la sospecha de una tiña de la barba se tomó un exudado para cultivo. A las 4 semanas de incubación, se aisló *Trichophyton mentagrophytes* junto con sobreinfección por *Staphylococcus aureus* añadida. Se pautó tratamiento empírico con terbinafina 250 mg/día/durante 4 semanas y mupirocina pomada tópica 2 veces/día/durante 2 semanas con resolución completa de las lesiones, sin presentar recidiva posterior de las mismas.

La tiña de la barba es una dermatofitosis que afecta a las áreas cubiertas por la barba en la cara y en el cuello de los varones. Suele estar causada por dermatofitos normalmente zoófilos como *T. mentagrophytes* y *T. verrucosum*¹. La infección por *Microsporum canis* o *T. rubrum* es infrecuente.

Clínicamente suele afectar al pelo terminal de la barba o del bigote, y se manifiesta como lesiones muy inflamatorias compuestas por pústulas foliculares rodeadas por una placa eritematosa infiltrada. Es posible que desarrollen abscesos, alopecia y placas inflamadas tipo querion cuando la inflamación es más profunda². Los pacientes presentan, en ocasiones, síntomas inespecíficos como malestar general y/o adenopatías. A veces, puede ocurrir secundariamente a la tiña del cuerpo, crural o del pie.

Los factores de riesgo principales asociados a esta infección son el uso de corticoides tópicos, cuchillas contaminadas y la inmunodepresión. El uso de cuchillas desechables y el uso de desinfectantes ha hecho que la incidencia haya disminuido de forma importante.

Para el diagnóstico se puede hacer una visión directa con hidróxido de potasio al 10% con microscopio óptico. La presencia de hifas sugiere el diagnóstico de dermatofitosis. Los cultivos pueden identificar el dermatofito en cuestión, sin embargo, los resultados no

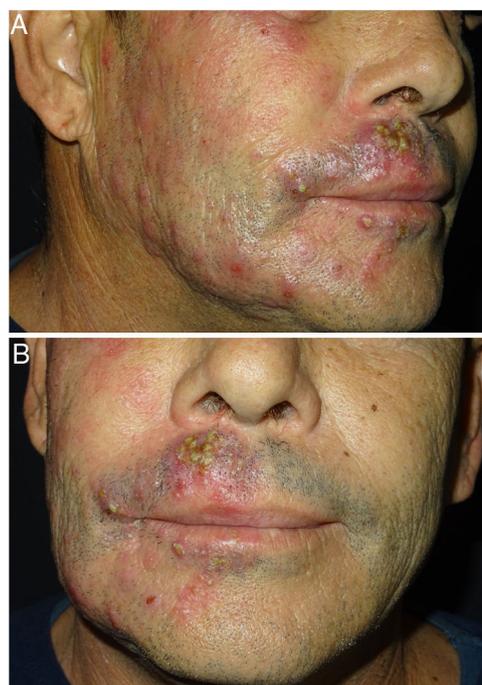


Figura 1. A) Pápulas eritematosas, infiltradas y dispersas en mejilla derecha. B) Pústulas foliculares con importante eritema e inflamación alrededor en la parte derecha del mentón, formando lesiones confluentes, de mayor tamaño en la zona suprayacente del labio superior.

son inmediatos. La biopsia cutánea no suele ser necesaria, de realizar esta, muestra hifas en el interior de los folículos pilosos. La tinción de PAS puede ayudar a poner las estructuras fúngicas de manifiesto.

El diagnóstico diferencial debe realizarse con otras foliculitis infecciosas (cándida, *Staphylococcus aureus*, virus herpes simple, *Demodex*). También hay otras erupciones a nivel facial que pueden ser confundidas como el acné vulgar, la rosácea papulopustulosa, la dermatitis periorificial o la seudofoliculitis de la barba.

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: aam.uv@hotmail.com (Á. Arnandis Muñoz).

En general para infecciones que afectan áreas extensas, en zonas con pelo o asociadas a una importante reacción inflamatoria, se necesita tratamiento sistémico, ya que el tratamiento tópico no penetra lo suficiente¹. Normalmente se maneja con 2 a 4 semanas de terbinafina oral (250 mg/día) o griseofulvina³. El itraconazol y el fluconazol también se pueden utilizar.

Bibliografía

1 Luelmo-Aguilar J, Santandreu MS. Folliculitis: Recognition and management. *Am J Clin Dermatol* 2014;32:711, <http://dx.doi.org/10.2165/00128071-200405050-00003>.

2 Singh S, Sondhi P, Yadav S, Ali F. Tinea barbae presenting as kerion. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2017;83:741, <http://dx.doi.org/10.4103/ijdv.IJDVL1104.16>.

3 Pereiro Ferreirós M, García-Martínez J, Alonso-González J. Actualización en el tratamiento de las micosis cutáneas. *Actas Dermosifiliogr* 2012;103:778-83, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2012.01.009>.