

IMÁGENES EN MEDICINA DE FAMILIA

A propósito de un caso de tiña inflamatoria de la barba

About a case of inflammatory tinea barbae



A. Utrera Martínez ^{a,*}, A.J. Rullán Colom ^b y D. Etxeberría Lekuona ^c

^a Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Huarte, Pamplona, Navarra, España

^b Medicina Familiar y Comunitaria, Servicio de Urgencias, Hospital García Orcoyen, Estella, Navarra, España

^c Medicina Interna, Hospital García Orcoyen, Estella, Navarra, España

Acude a urgencias hospitalarias un varón de 43 años, fumador de 30 cigarrillos/día y trabajador en una granja porcina; no toma medicación habitual. Consulta por lesión cutánea consistente en una placa inflamatoria eritematosa con pápulas confluentes parcialmente cubiertas por costras melicéricas, localizada en mentón y que llega hasta el borde del labio inferior. La lesión es pruriginosa y dolorosa a la palpación (fig. 1). Comenzó 15 días antes como una mácula eritematosa con algunas vesículas, por lo que, a la semana de evolución, su médico de atención primaria sospechó herpes zóster y pautó tratamiento con brivudina. Ante la mala evolución 48 h después, se suspende y se prescribe ciprofloxacino oral y mupirocina tópica. Debido a la ausencia de mejoría a los 4 días, el paciente decide acudir a urgencias. En la primera analítica que se le realiza destaca leucocitosis ($17.600 \times 10^9/l$) con neutrofilia ($13.000 \times 10^9/l$) y elevación de PCR (43,4 mg/l) quedando el paciente ingresado en el servicio de medicina interna. Se recogen muestras para cultivo de la lesión, sin crecimiento de gérmenes patógenos. Los primeros días recibe tratamiento con clindamicina y posteriormente con una combinación de linezolid, ciprofloxacino e itraconazol EV, logrando solo una respuesta parcial. Se solicita un estudio serológico de inmunodeficiencia que no



Figura 1 Placa inflamatoria con costras melicéricas.

muestra alteraciones y de VIH que resulta negativa. Al quinto día del ingreso el paciente es valorado por dermatología que establece el diagnóstico de tiña inflamatoria de la barba y añade al tratamiento prednisona a dosis de 1 mg/kg/día con respuesta favorable. Es dado de alta 48 h después con la siguiente pauta: itraconazol 100 mg/24 h/durante 8 semanas, prednisona 60 mg/día en pauta descendente durante 2 semanas, linezolid 600 mg/12 h/durante 6 días y fomentos

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ana.utrera.martinez@gmail.com (A. Utrera Martínez).



Figura 2 Lesiones en resolución 4 semanas después del alta.

tópicos con sulfato de cinc. En las semanas posteriores el paciente mejora de forma lenta pero progresiva (fig. 2).

Comentario

La infección por dermatofitos es una entidad poco frecuente en los adultos que se observa fundamentalmente en la edad pediátrica. Los últimos años ha aumentado su incidencia favorecida por el mayor número de pacientes inmunodeprimidos con tratamientos citotóxicos o inmunosupresores, el sida, la obesidad y el envejecimiento de la población¹. Otros factores predisponentes son las alteraciones en la función de barrera de la piel y, como en el caso descrito, el contacto con animales². La lesión típica de la tiña es la placa eritemato-descamativa anular, con crecimiento periférico y aclaramiento central, pero en la práctica clínica habitual puede presentar una amplia variedad de manifestaciones cutáneas^{3,4}. Debido a ello, con frecuencia es necesario realizar un diagnóstico diferencial con otras entidades como las dermatitis de contacto, la dermatitis seborreica, la rosácea, el lupus eritematoso, las infecciones bacterianas o herpéticas, la pitiriasis rosada, el eczema numular, la psoriasis y el liquen plano. En contadas ocasiones puede dar lugar a sintomatología sistémica como fiebre o malestar general. En la valoración del paciente es necesario tener en cuenta los tratamientos previos administrados, ya que pueden dificultar el análisis de la lesión enmascarando sus características típicas y produciendo lo que se conoce como «tiña incógnito». Si existen dudas diagnósticas se puede realizar un raspado de la lesión y examen en fresco y cultivo para hongos. El tratamiento de elección son los antifúngicos, preferiblemente orales, sobre todo en zonas de abundante vello^{5,6}. Se pue-

den añadir antibióticos ante la sospecha de sobreinfección y corticoides sistémicos con el fin de disminuir el edema y la inflamación, siempre y cuando se haya hecho un correcto diagnóstico previo, evitando así enmascarar otros procesos.

Con este caso de tiña inflamatoria de la barba queremos resaltar el amplio espectro de manifestaciones que puede ofrecernos esta infección cuya incidencia está en aumento, de ahí la importancia de su reconocimiento y correcto tratamiento.

Confidencialidad de datos

Los autores declaran que se han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos del paciente.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado

Los autores declaran que han obtenido el consentimiento informado del paciente referido en este artículo para la publicación de imágenes y datos.

Financiación

Los autores declaran que no ha habido ningún tipo de beca o financiación para la elaboración y publicación del manuscrito.

Conflicto de intereses

Los autores manifiestan que no existe conflicto de intereses al redactar el manuscrito.

Bibliografía

1. Ameen M. Epidemiology of superficial fungal infections. *Clin Dermatol.* 2010;28:197–201, <http://dx.doi.org/10.1016/j.clinidmatol.2009.12.005>.
2. Bonifaz A, Ramírez-Tamayo T, Saúl A. Tinea Barbae (Tinea Sycosis): Experience with Nine Cases. *J Dermatol.* 2003;30:898–903, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1346-8138.2003.tb00345.x>.
3. Weedon D. *Weedon's Skin Pathology.* 2010. Third edition.
4. Kaushik N, Pujalte GGA, Reese ST. Superficial Fungal Infections. *Prim Care.* 2015;42:501–16, <http://dx.doi.org/10.1016/j.pop.2015.08.004>.
5. Drake LA, Dinehart SM, Farmer ER, Goltz RW, Graham GF, Hardinsky MK, et al. Guidelines of care for superficial mycotic infections of the skin: Tinea corporis, tinea cruris, tinea faciei, tinea manuum, and tinea pedis. *J Am Acad Dermatol.* 1996;34:282–6, [http://dx.doi.org/10.1016/S0190-9622\(96\)80135-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0190-9622(96)80135-6).
6. Noble SL, Forbes RC, Stamm PL. Diagnosis and management of common tinea infections. *Am Fam Physician.* 1998;58:163–77.