

Mujer con placa eritemato-vesiculosa circular

J. Gutiérrez de la Peña, C. M. Cardell

Especialistas en Dermatología

Palabras clave: Dermatitis anular. Diagnóstico diferencial.

Key words: Annular dermatitis. Differential diagnosis.

Caso clínico

M.A.B. mujer de 59 años de edad, que acude a consulta dermatológica por una placa eritemato-vesiculosa circular pruriginosa en la región escapular izquierda. Ha sido tratada previamente con una crema de corticoides (Mometasona), que le aliviaba el prurito y le redujo la inflamación de la lesión (fig. 1). Como primera medida se aconseja retirar el tratamiento y se solicita un cultivo microbiológico y se realiza una biopsia. El examen con la luz de Wood no muestra fluorescencia. No refiere contacto con animales.

Entre los antecedentes personales patológicos de la paciente destaca alergia a la penicilina y a los analgésicos pirazolónicos. Ha padecido además en el pasado urticaria crónica idiopática y herpes simple labial recidivante. A la inspección en la piel se aprecia dermatoheliosis por exceso de exposición solar y la paciente refiere que ha sido tratada de queratosis y lentigos actínicos diversos mediante cirugía. Padece fibromialgia y depresión por lo que sigue tratamiento con Clotiazepam, Topiramato y Escitalopram. Además, padece hipercolesterolemia, que viene siendo tratada con Fluvastatina.

Transcurrida una semana se reciben los primeros resultados de las pruebas solicitadas: el cultivo bacteriano resulta negativo y en el examen anatomopatológico se detecta hiper y paraqueratosis, infiltrados perivasculares de células mononucleares y eosinófilos, compatible con toxicodermia. En la tinción con PAS no se aprecian hifas micóticas.

Ante este resultado se retiran dos medicamentos Topiramato y Clotiazepam, pero no se produce mejoría, más bien al contrario, la lesión se extiende en forma circular en anillos concéntricos, apareciendo numerosas pápulo-pústulas eritematosas (fig 2). Queda pendiente del cultivo micológico, que suele necesitar de un mínimo de un mes.

Diagnóstico: Micosis o tiña corporal

Comentarios

Las micosis son frecuentemente tratadas con cremas de cortisona, que ocasionan tiñas “incógnitas” y dificultan el diagnóstico dermatológico. Es habitual que el paciente haya sido tratado previamente con cremas que pueden alterar el aspecto de la lesión y dificultar el diagnóstico, como ocurrió en nuestro caso. El resultado del cultivo micológico se obtiene después de un mes y en este caso se demostró la presencia de *Trichophytum rubrum*, un hongo antropofílico, muy resistente a los tratamientos antimicóticos habituales. Resulta rara la localización en el dorso del tronco al no ser una zona expuesta al contacto con objetos contaminados, y no había evidencia de cómo pudo contagiarse. Es más frecuente encontrar este tipo de hongos en otras localizaciones como ocurre en las micosis de la cara o manos, de los pies y de las



Fig. 1.



Fig. 2.

uñas. Fue tratada con crema de Ciclopirox dos veces al día, durante un mes, obteniéndose la desaparición de las lesiones. Existen una serie de eritemas anulares, como el eritema anular centrífugo, el eritema anular reumático, el eritema fijo medicamentoso etc, de etiología desconocida o favorecido por ciertos medicamentos o infecciones. Al tratarse de una paciente polimedcada con antecedentes de alergias y urticarias y al no ser una localización habitual de las micosis se crea cierta confusión diagnóstica, que se resuelve con el estudio microbiológico. Es importante solicitarlo antes de iniciar los tratamientos, para facilitar el diagnóstico etiológico, y no utilizar cremas sin sentido.

Los hongos patógenos se encuentran en tres hábitats: en la tierra los hongos geofílicos; en los animales de diversas especies, los hongos zoofílicos, y los adaptados al hombre conocidos como hongos antropofílicos. Estos gérmenes patógenos a su vez pueden dividirse en tres tipos: las Saproficias como la pitiriasis versicolor, las candidiasis producidas por levaduras del género *Cándida*, que pueden afectar a la piel y a las mucosas, y las dermatofitosis, que parasitan la piel y los anejos cutáneos como el pelo o las uñas. De estos últimos según el aspecto de las macroconidias o esporas asexuadas se consideran tres géneros: *Microsporum*, *Trichophyton* y *Epidermophyton*.

Entre las especies de Dermatofitos los más destacados son: *Trichophyton verrucosum*, *T. mentagrophytes*, *T. rubrum*, *T. tonsurans*, *Microsporum audouini*, *M. gypseum*, *M. canis* y *Epidermophyton floccosum*.

Si tenemos en cuenta la morfología de las lesiones y el elemento cutáneo parasitado, se pueden establecer las siguientes formas clínicas de dermatofitosis:

- 1º. Tiñas o dermatofitosis del cuero cabelludo.
- 2º. Herpes circinado, tiña corporis o dermatofitosis de la piel lampiña, dónde el hongo patógeno parasita tanto la epidermis como el vello.
- 3º. Eczema marginado de hebra o tiña inguinal, por localizarse la parasitación en esta zona anatómica.
- 4º. Dermatofitosis interdigital de los pies, tiña *pedis* o pie de atleta.
- 5º. Dermatofitosis palmares y/o plantares.

6º. Onicomycosis en las que el hongo afecta a las uñas de las manos o de los pies.

Nuestra paciente presentaba una tiña o micosis corporal por un hongo antropofílico del género *Trichophyton rubrum*, La forma clínica más frecuente es la de lesiones eritematosas únicas o múltiples, anulares o circinadas, con crecimiento centrífugo. El borde arciforme, está perfectamente delimitado, con morfología escamosa, vesiculosa o micropustulosa. El centro suele tener tendencia a la regresión parcial.

Las micosis pueden adoptar un aspecto atípico al ser tratadas previamente con corticoides que atenúan el componente inflamatorio sin curar la lesión, o ser eczematizadas por usar tópicos irritantes. En el diagnóstico diferencial debe incluirse los eczemas o dermatitis numulares, el eritema fijo medicamentoso, la psoriasis y lesiones circulares como en el eritema anular centrífugo, el granuloma anular y la pitiriasis rosada de Gibert. Para hacer el diagnóstico correcto hay que aislar al agente etiológico mediante cultivo microbiológico.

En cuanto al tratamiento de este tipo de micosis puede hacerse por vía tópica con antimicóticos sintéticos como las cremas o soluciones de miconazol, clotrimazol, econazol, bifonazol, ciclopirox, etc., aplicadas dos veces al día, durante tres semanas. Por vía oral con la griseofulvina o actualmente mejor con la Terbinafina a dosis de 250 mg/día, durante catorce días, o el Itraconazol a dosis de 200 mg/día durante nueve días.

En conclusión, las micosis con su aspecto circular o circinado son de fácil diagnóstico y de tratamiento eficaz. El uso inapropiado de cremas de corticoides altera la morfología de la lesión y dificulta el diagnóstico. Tampoco se deben utilizar antimicóticos en patología eczematosa numular, pitiriasis rosada y diversas dermatosis que se confunden con micosis, y se hace de forma inapropiada, que muchas veces irritan y agravan la enfermedad. Por tanto, como en todas las ramas de la medicina, también en dermatología antes de realizar un tratamiento si es posible debe hacerse el diagnóstico etiológico, imprescindible en las infecciones y parasitaciones cutáneas.