

# TIÑA QUE TE QUIERO TIÑA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores **CAMACHO CUERDO, M<sup>a</sup>** de los Reyes. **DE LA FUENTE BARRANCO, Carolina.** **TENEUD CASTER, Luis.** **DONAIRE JIMÉNEZ, Eva M<sup>a</sup>**  
Filiación C.S. ARTILLEROS, ÁREA SURESTE . MADRID

## Introducción

Las **tiñas** o dermatofitosis son las infecciones fúngicas más prevalentes en nuestro medio. Su localización es variada, y se han identificado los géneros principales responsables de su aparición (**microsporum, trichophyton, epidermophyton**).

Su diagnóstico suele ser clínico y puede verse **enmascarado** por el uso de **corticoides**.



## Descripción del caso:

Mujer, 62 años. Diagnosticada de hipertensión arterial en tratamiento con enalapril 10 mg cada 24 horas, sin otros antecedentes médico-quirúrgicos de interés

. Acude a nuestra consulta por aparición de una lesión pruriginosa en cara posterior de antebrazo izquierdo, con forma "de anillo", que ha aparecido hace días y que no ha mejorado tras la aplicación de una pomada con corticoides .

Niega cambios en hábitos higiénicos o contacto con animales.

A la exploración, se objetiva **lesión redondeada**, con borde eritematoso activo y **zona central** menos inflamada y con zonas sanas y con aparición de **vesículas** en toda la periferia. No áreas descamativas.

Aunque no corresponde a la presentación típica de tiña corporis, se procede a la extracción de muestra para cultivo y se inicia tratamiento empírico **con Ciclopiroxolamina tópica 1 vez cada 12 horas durante 3-4 semanas**.

A las 2 semanas, la paciente vuelve presentando mejoría, quedando restos eritematosos en la zona.

## Estrategia práctica y conclusiones:

Aunque el diagnóstico de las dermatofitosis suele ser clínico, conviene realizar un **cultivo** de la muestra, así como evitar el uso de corticoterapia que puede enmascarar el diagnóstico (tiña de incógnito). Se recomienda **tratamiento tópico** con imidazólicos como bifonazol clotrimazol o ketoconazol, pasando a vía oral si fracasa con éste con terbinafina, itraconazol o fluconazol, por un periodo no inferior a 4 semanas. Es importante descartar la coexistencia de tiña en pies. así como recomendar **medidas higiénicas especiales**, tales como evitar uso de toallas compartidas o evitar la humedad, así como mantener adecuada hidratación

## Referencias:

1. J Dtsch Dermatol Ges.2014 Mar;12(3):188-210. Epub 2014 Feb 17. Mycology - an update.Part 1: Dermatomycoses:Causative agents,epidemiology and pathogenesis. Nenoff P1,Krüger C,Ginter-Hanselmayer G,Tietz HJ.
2. .Guía de tratamiento de las infecciones de la piel y tejidos blandos.Rev. ESp Quimioterapia, Diciembre 2006;vol 19(Nº4):378-394