

Tiña pustulosa que imita psoriasis pustulosa. Afección poco frecuente que hay que tener en mente

Pustular tinea mimicking pustular psoriasis. Uncommon entity to keep in mind.

Gabriela Castrejón-Pérez,¹ Sofía López-Cordero,¹ Uriel Pérez-García,¹ Javier Araiza,² Ivonne Arellano-Mendoza,³ Griselda Montes de Oca-Sánchez⁴

Resumen

ANTECEDENTES: La tiña incógnita es una infección dermatofítica cuya manifestación clínica está modificada por tratamiento previo con corticosteroides, tópicos o sistémicos, con un cuadro clínico atípico que se manifiesta como una reacción liquenoide, rosaceiforme, psoriasiforme o eczematoso.

CASO CLÍNICO: Paciente masculino de 56 años con antecedente de psoriasis en tratamiento con prednisona sin seguimiento durante 20 años con dermatosis diseminada constituida por múltiples pústulas.

CONCLUSIONES: En pacientes con administración crónica de esteroides debe hacerse un examen directo con KOH para descartar una tiña incógnita cuando sobrevienen lesiones liquenoides, rosaceiformes, psoriasiformes, eczematosas o pustulosas con el objetivo de no retrasar el tratamiento.

PALABRAS CLAVE: Tiña; tiña incógnita; micosis superficiales; dermatofitosis, *Trichophyton rubrum*.

Abstract

BACKGROUND: *Tinea incognita* is a dermatophytic infection whose clinical manifestation is modified by previous treatment with corticosteroids, topical or systemic, with an atypical clinical picture that presents as a lichenoid, rosacea-like, psoriasis-like or eczematous reaction.

CLINICAL CASE: A 56-year-old male patient with a history of psoriasis on prednisone treatment without follow-up for 20 years with disseminated dermatosis consisting of multiple pustules.

CONCLUSIONS: In patients with chronic steroid use, a direct KOH examination should be performed to rule out *tinea incognita* when lichenoid, rosacea-like, psoriasis-like, eczematous, or pustular lesions are present in order to begin early management of the disease.

KEYWORDS: *Tinea*; *Tinea incognita*; Superficial mycosis; Dermatophytosis; *Trichophyton rubrum*.

¹ Residente de Dermatología.

² Laboratorio de Micología.

³ Jefe de servicio de Dermatología.

⁴ Adscrita al servicio de Dermatología. Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, Ciudad de México.

Recibido: enero 2021

Aceptado: febrero 2021

Correspondencia

Griselda Montes de Oca Sánchez
grismos@yahoo.com.mx

Este artículo debe citarse como:

Castrejón-Pérez G, López-Cordero S, Pérez-García U, Araiza J, et al. Tiña pustulosa que imita psoriasis pustulosa. Afección poco frecuente que hay que tener en mente. *Dermatol Rev Mex* 2021; 65 (3): 406-409. <https://doi.org/10.24245/dermatol-revmex.v65i3.5782>

ANTECEDENTES

El término tiña incógnita fue usado por primera vez en 1968 por Iwe y Marks¹ como una infección dermatofítica cuya manifestación clínica estaba modificada por tratamiento previo con corticosteroides, tópicos o sistémicos. El cuadro clínico suele ser atípico; aparece como una reacción liquenoide, rosaceiforme, psoriasiforme o eccematosa.² Una manifestación clínica poco reportada en la bibliografía es la tiña pustulosa que puede ocurrir como lesiones que semejan una psoriasis pustulosa; estas manifestaciones atípicas en ocasiones dificultan el diagnóstico y hacen que el tratamiento se inicie de forma tardía. De ahí la importancia del abordaje clínico correcto, la confirmación diagnóstica y el inicio temprano del tratamiento.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 56 años de edad, residente de la Ciudad de México, comerciante. Tenía el antecedente de psoriasis en placas de 35 años de evolución, se automedicó 30 mg de prednisona cada 24 horas, sin control ni seguimiento desde hacía 20 años. El paciente refirió que suspendió la prednisona cuatro días previos, con exacerbación de la psoriasis, tuvo prurito intenso y pústulas, por lo que acudió a valoración al servicio de Dermatología del Hospital General de México. A la exploración se observó una dermatosis diseminada que afectaba las extremidades superiores en el tercio distal del brazo y el antebrazo, así como las extremidades inferiores en las piernas y los pies, constituida por placas eritemato-escamosas, de bordes irregulares, definidos, sobreelevados, con intenso eritema, escama fina blanquecina no adherente y múltiples pústulas y algunas pequeñas áreas, unas aisladas y otras que confluían, ricas en material purulento (Figuras 1 y 2). Con la impresión diagnóstica de psoriasis pustulosa a descartar tiña pustulosa, se realizó un examen directo



Figura 1. Placas eritemato-escamosas, de bordes irregulares, definidos, sobreelevados, con intenso eritema, escama fina blanquecina y múltiples pústulas.

con KOH que demostró múltiples filamentos (Figura 3) y en el cultivo se obtuvo e identificó *Trichophyton rubrum*. Con estos hallazgos se confirmó el diagnóstico de tiña pustulosa. Se indicó tratamiento tópico con sertaconazol crema al 2% dos veces al día durante 2 meses, pero el paciente ya no acudió nuevamente a consulta



Figura 2. Múltiples pústulas, algunas confluyen y forman áreas de pus.

debido a la situación actual por la pandemia del virus SARS-CoV-2.

DISCUSIÓN

Las dermatofitosis o tiñas son un conjunto de micosis superficiales que afectan la piel y sus anexos causadas por un grupo de hongos denominados dermatofitos, que están comprendidos en nueve géneros, los más importantes son: *Trichophyton*, *Microsporum*, *Nannizzia* y *Epidermophyton*.³ La tiña es un padecimiento común y está entre las 10 dermatosis más frecuentes de la consulta dermatológica general.⁴ Aunque no hay una estadística evidente, cada vez es más frecuente la tiña incógnita por la administración de esteroides.^{5,6} La administración de

agentes inmunosupresores tópicos, como esteroides, inhibidores de calcineurina (tacrolimus y pimecrolimus) y los tratamientos sistémicos con esteroides, ciclofosfamida, ciclosporina, azatioprina y metotrexato pueden enmascarar la manifestación clínica de las tiñas, lo que da origen a cuadros diseminados y atípicos.⁷

La tiña del cuerpo típicamente se manifiesta con placas eritemato-escamosas circulares delimitadas por un borde activo (confluencia de pápulas en forma lineal), que en un inicio está rodeado de microvesículas, que al romperse por el rascado originan costras melicéricas; también se han reportado otros casos que se manifiestan con vesículas, pústulas y ampollas.^{3,8} La tiña pustulosa es una variante clínica poco común, se desconoce su incidencia; sin embargo, existen algunos reportes de casos descritos en la bibliografía.^{2,7,9-12} Los mecanismos por los que los dermatofitos provocan lesiones pustulares son poco conocidos, se sabe que éstos son capaces de estimular la producción de interleucina 8 por el queratinocito humano e inducir quimiotaxis de neutrófilos. Por tanto, la activación local de neutrófilos puede contribuir a la aparición de pústulas.⁹

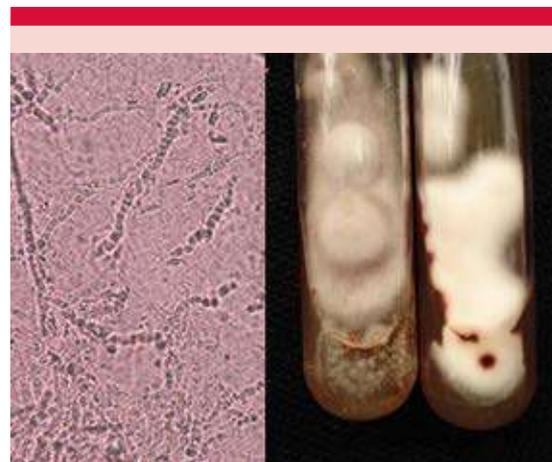


Figura 3. Examen directo con KOH que demostró múltiples filamentos y cultivo por *T. rubrum*.

La tiña pustulosa se manifiesta clínicamente con placas eritemato-escamosas con múltiples pústulas, característicamente son pequeñas y confluyen formando lagos de pus.¹⁰ Estas lesiones pustulosas diseminadas y atípicas como manifestación inicial de una tiña son importantes debido a la variabilidad de diagnósticos diferenciales que muestran esa morfología y, por tanto, el retraso en el diagnóstico y tratamiento. El mejor método diagnóstico continúa siendo controvertido, aunque la clínica sigue siendo el pilar diagnóstico apoyado por algunas otras técnicas, como examen directo con KOH en el que se observan hifas, y el cultivo con crecimiento de algún dermatofito, *T. rubrum* es el más común.¹⁰ Asimismo, el estudio histopatológico puede ser útil en casos en los que el KOH y los cultivos son negativos y el cuadro clínico es resistente a tratamiento, pudiéndose observar pústulas subcórneas, infiltrado neutrofílico en la dermis superficial acompañado de hifas en el estrato córneo.^{11,12} El diagnóstico diferencial incluye psoriasis pustulosa, impétigo, dermatosis pustulosa subcorneal y pustulosis exantemática aguda generalizada.

CONCLUSIONES

En el contexto de nuestro paciente, por el antecedente de administración crónica de esteroide sistémico y psoriasis, al suspender súbitamente el tratamiento, puede pensarse en una exacerbación de la psoriasis manifestada como una variante pustulosa; sin embargo, al observar con detalle la morfología de las lesiones y considerando una probable tiña pustulosa, haber realizado un examen directo con KOH fue vital para evitar un tratamiento inadecuado contra la psoriasis exacerbada y retrasar el tratamiento de una tiña pustulosa. Este caso clínico destaca la

importancia de plantear el diagnóstico diferencial de tiña en los pacientes con antecedente de administración crónica de inmunosupresores por la manifestación atípica que éstas pueden tener, para de esta forma establecer el tratamiento de manera temprana.

REFERENCIAS

1. Arenas R, Moreno-Coutiño G, Vera L, Welsh O. Tinea incognita. *Clin Dermatol* 2010; 28 (2): 137-9. doi. 10.1016/j.clindermatol.2009.12.011.
2. Serarslan G. Pustular psoriasis-like tinea incognita due to *Trichophyton rubrum*. *Mycoses* 2007; 50 (6): 523-4. doi. 10.1111/j.1439-0507.2007.01406.x.
3. Bonifaz A. *Micología médica básica*. 6ª ed. México: McGraw Hill; 2020.
4. Arenas-Guzmán R. *Dermatología. Atlas, diagnóstico y tratamiento*. 7ª ed. México: McGraw-Hill; 2019.
5. Cheirif-Wolosky O, Sáez-de Ocariz MM, Lammoglia-Ordiales L. Esteroides tópicos: revisión actualizada de sus indicaciones y efectos adversos en dermatología. *Dermatología CMQ* 2015; 13: 305-312.
6. Đorđević-Betetto L, Žgavec B, Bergant-Suhodolčan A. Psoriasis-like tinea incognita: a case report and literature review. *Acta Dermatovenerol Alp Pannonica Adriat* 2020; 29 (1): 43-5.
7. Morales-Cardona CA, Bermúdez-Bula LF. [Disseminated tinea incognita mimicking pustular psoriasis]. *Rev Iberoam Micol* 2012; 29 (1): 47-8. doi. 10.1016/j.riam.2011.06.011.
8. Ziemer M, Seyfarth F, Elsner P, Hipler UC. Atypical manifestations of tinea corporis. *Mycoses* 2007; 50 Suppl 2: 31-5. doi. 10.1111/j.1439-0507.2007.01428.x.
9. Kawakami Y, Oyama N, Sakai E, Nishiyama K, et al. Childhood tinea incognita caused by *Trichophyton mentagrophytes* var. *interdigitale* mimicking pustular psoriasis. *Pediatr Dermatol* 2011; 28 (6): 738-9. doi. 10.1111/j.1525-1470.2010.01380.x.
10. Hirschmann JV, Raugi GJ. Pustular tinea pedis. *J Am Acad Dermatol* 2000; 42 (1 Pt 1): 132-3. doi. 10.1016/s0190-9622(00)90022-7.
11. Choi E, Huang J, Chew KL, Jaffar H, et al. Pustular tinea manuum from *Trichophyton erinacei* infection. *JAAD Case Rep* 2018; 4 (6): 518-20. doi. 10.1016/j.jidcr.2018.01.019.
12. Jordan L, Jackson NA, Carter-Snell B, Gaul M, et al. Pustular tinea id reaction. *Cutis* 2019; 103 (6): E3-4.