



Caso clínico. Dermatología

Lesión cutánea en un lactante: no siempre es lo que parece

Esther Pitarch Roca^a, María Vázquez Sánchez^a, M.^a Violeta Fariña Jara^a,
M.^a Teresa Cenarro Guerrero^b, Nieves Porta Aznárez^c

^aMIR-Pediatría. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España • ^bPediatra. CS José Ramón Muñoz Fernández-Ruiseñores. Zaragoza. España • ^cDermatóloga. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España.

Publicado en Internet:
31-marzo-2023

Esther Pitarch Roca:
estherpitarchroca@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Se denomina tiña incógnita a la dermatomicosis con características distintas de las habituales debido al empleo previo de tratamientos con corticoides o inmunomoduladores tópicos. Este tratamiento provoca una supresión de la respuesta inmune local, lo que permite el rápido crecimiento fúngico, alterándose la morfología original de la lesión.

CASO CLÍNICO

Lactante de 6 meses, sin antecedentes personales de interés, que consulta a su pediatra por la aparición de una lesión redondeada, de unos 3 cm, en mejilla derecha (Fig. 1). Inicialmente se sospecha una dermatitis atópica impetiginizada, por lo que se pauta tratamientos antibiótico y corticoide tópicos.

Dada la persistencia de la lesión y la sospecha de impétigo nasal como origen, se trata con antibiótico e inmunomodulador tópicos, presentando mejoría inicial, pero reapareciendo la lesión al mes. Por ello, se recoge cultivo bacteriano, que es negativo, y se remite al paciente a consulta de Dermatología, donde se recoge nueva muestra en la que se aísla *Candida parapsilosis* en abundante crecimiento. Como antecedente familiar, la madre es enfermera en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y no presenta lesiones cutáneas ni ungueales.

Ante el diagnóstico de tiña incógnita se pauta tratamiento tópico con clotrimazol crema, con mejoría progresiva de la lesión hasta su desaparición.

CONCLUSIONES

La tiña incógnita puede afectar a pacientes de cualquier edad y sexo, y la zona afectada más frecuente es la cara y los brazos. La lesión mejora parcialmente con el tratamiento corticoideo e inmunosupresor, pero reaparece al suspenderlo. Esto provoca una modificación progresiva de la morfología de la lesión, la cual puede presentarse como eritema,

Figura 1. Lesión redondeada, de unos 3 cm, en mejilla derecha



Cómo citar este artículo: Pitarch Roca E, Vázquez Sánchez M, Fariña Jara MV, Cenarro Guerrero MT, Porta Aznárez N. Lesión cutánea en un lactante: no siempre es lo que parece. Rev Pediatr Aten Primaria Supl. 2023;(32):e19-e20.

placas pequeñas, pápulas, pústulas, aspecto eccematoso o hiperpigmentación. Todo ello hace que se pueda confundir con otras patologías, como dermatitis seborreica, psoriasis, lupus eritematoso, dermatitis de contacto o dermatitis fotosensible, lo que implica el inicio de tratamientos no apropiados y un retraso en el diagnóstico.

El diagnóstico se puede realizar mediante un examen directo con hidróxido de potasio (KOH) del borde de las lesiones para búsqueda de filamentos fúngicos o mediante cultivos. En caso de duda puede realizarse biopsia de piel. El tratamiento se basa en la suspensión del tratamiento corticoideo e inmunomodulador y el uso de tratamiento antifúngico, oral o tópico en función de la afectación.

Candida parapsilosis es un hongo levaduriforme que se aísla frecuentemente en la piel y uñas de profesionales de la salud, así como en dispositivos médicos, como catéteres intravasculares o vías de nutrición parenteral. Se asocia con una amplia gama de manifestaciones clínicas, desde infecciones superficiales hasta sistémicas.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran la ausencia de conflicto de intereses en la redacción del presente artículo.