

## *Tinea manuum* inflamatoria

*Sr. Editor:*

La *tinea manuum* es para muchos una localización especial de *tinea corporis*; sin embargo, posee características propias, sobre todo cuando se localiza en la palma. Hasta hace poco tiempo, se consideraba que esta infección por dermatófitos era infrecuente en niños, pero esta afirmación se debe más bien a la elevada frecuencia de casos no diagnosticados que a la baja incidencia real<sup>1</sup>.

Presentamos 2 casos clínicos de *tinea manuum* inflamatoria. Ambos niños de 3 y 7 años, presentaban una placa única redondeada, bien delimitada, con elementos vesiculoampollosos en su superficie, localizada en la palma de la mano (figs. 1A y B). Un hermano del primero de los casos presentaba una *tinea corporis*. Los dos presentaban el antecedente reciente de contacto con animales. Ante la sospecha clínica, se administró griseofulvina oral (250 mg/día), con resolución completa en ambos en 2 semanas. En el segundo paciente se realizó examen en fresco y cultivo micológico, con resultado negativo, que se atribuyó al tratamiento tópico previo con corticoides.

La forma más común de presentación de la *tinea manuum* es una placa única anular de bordes eritematosos descamativos similar a la *tinea corporis*, pero también puede manifestarse como una descamación difusa (que se confunde con una dermatitis irritativa, salvo por el carácter bilateral de esta última), o como una placa con gran componente inflamatorio, con una foliculitis supurativa<sup>2</sup>. Esta última forma de presentación es muy inusual en la palma de la mano y puede conducir con frecuencia a errores diagnósticos.



**Figuras 1A y B.** *Tinea manuum*.

Los datos clínicos pueden ser útiles. Así, la dermatitis irritativa suele ser bilateral, más difusa, y mejora en las vacaciones; la dermatitis de contacto es más pruriginosa, y con frecuencia puede sospecharse el agente causal; la psoriasis palmar produce lesiones más secas, con pústulas difusas, sin un claro borde activo; en el eccema dishidrótico las lesiones son fundamentalmente vesiculosas, sobre todo en los laterales de los dedos, aunque lesiones dishidrosiformes pueden ser realmente reacciones de hipersensibilidad a distancia de una dermatofitosis, que desaparecen al solucionarse ésta. Otros cuadros con los que debe establecerse el diagnóstico diferencial son el impétigo, la infección herpética y la celulitis. De hecho, se han descrito casos de niños con lesiones vesiculoampollosas asimétricas en manos o pies, con sospecha de celulitis, resistentes al tratamiento antibiótico, en las que finalmente se realizó el diagnóstico de dermatofitosis, solucionándose con tratamiento antifúngico<sup>1,3</sup>.

Por tanto, la realización de pruebas de diagnóstico micológico, que son poco agresivas, rápidas y baratas, es fundamental en los casos de lesiones sospechosas o que no responden al tratamiento<sup>3-8</sup>. Consisten en un examen de escamas cutáneas de la lesión con KOH y un cultivo micológico<sup>1,3-8</sup>. Las tiñas inflamatorias suelen estar producidas por dermatófitos zoófilos, y en segundo lugar geófilos<sup>2,7-9</sup>. Los agentes causales más frecuentes son *T. mentagrophytes*, *T. rubrum*, *E. floccosum* y *M. canis*<sup>1-3,9,10</sup>. Pueden realizarse pruebas adicionales para completar el diagnóstico diferencial, como cultivos bacterianos, examen con luz de Wood o biopsia cutánea.

Las lesiones de *tinea manuum* suelen requerir la asociación de antifúngicos tópicos y orales<sup>4</sup>. El tratamiento tópico puede realizarse con imidazoles, alilaminas (terbinafina) o ciclopirox olamina, durante 2-4 semanas. Los preparados que combinan antifúngico con corticoide tópico pueden utilizarse con precaución. El tratamiento sistémico puede realizarse con griseofulvina, ketoconazol, itraconazol, fluconazol o terbinafina. Además, deben eliminarse factores de riesgo, como el contacto con fomites, personas o animales infectados, así como realizar el tratamiento adecuado de estos últimos.

En conclusión, se han presentado 2 casos de lesiones exudativas unilaterales en la palma de la mano, en los cuales se consideró la tiña inflamatoria como principal sospecha diagnóstica y se pautó tratamiento antifúngico adecuado, con completa resolución de la sintomatología. Queremos por tanto subrayar la importancia de considerar el diagnóstico de dermatofitosis ante este tipo de lesiones, a pesar de la falsa creencia de su baja frecuencia en niños, y de poner en marcha las pruebas complementarias necesarias para confirmarlo si se considerara necesario, ya que un diagnóstico y un tratamiento correcto conduce a la curación precoz de las lesiones.

**C. Rubio Flores, M.A. Martín Díaz,**

**I. Prats Caelles y R. de Lucas Laguna**

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario  
La Paz. Madrid. España.

**Correspondencia:** crisrubio1977@hotmail.com

## BIBLIOGRAFÍA

1. Sweeney SM. Inflammatory tinea pedis/manuum masquerading as bacterial cellulitis. Arch Pediatr Adolesc Med 2002;156:1149-52.

2. Delgado Florencio V. Clínica de las dermatofitosis. Monografías de Dermatología 1993;6:375-83.

3. Geary RJ, Lucky AW. *Tinea pedis* in children presenting as unilateral inflammatory lesions of the sole. Pediatr Dermatol 1999;16:2555-8.

4. Meinhoff W. Differential diagnosis of tinea manus and tinea pedis. Wien Med Wochenschr 1989;139:350-1.

5. Drake, 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.

6. Gupta AK. Uncommon localization or presentation of tinea infection. J Eur Acad Dermatol Venereol 2001;15:7-8.

7. Pryce DW, Verbov JL. Inflammatory ringworm with unusual features. Clin Exp Dermatol 1992;17:186-8.

8. Gupta, Burden, Roberts. Acute suppurative ringworm (kerion) caused by *Trichophytum rubrum*. Br J Dermatol 1999;140:369.

9. Reichert S, Contet-Audonneau N, Barbaud A, Schurra JP, Fortier B, Schmutz JL. Epidemiology of dermatophytoses in Children living in Northeast France: A 5-year study. Pediatric Dermatology 2002;19:103-5.

10. Rinaldi MG. Dermatophytosis: Epidemiological and microbiological update. J Am Acad Dermatol 2000;43(Suppl 5): 120-4.