

CASOS PARA EL DIAGNÓSTICO

Lesiones ampollosas de reciente aparición

Recent-Onset Bullous Lesions

Descripción del caso

Una mujer de 48 años, sin antecedentes de interés, consultó por unas lesiones cutáneas pruriginosas diseminadas de una semana de evolución. La paciente tenía un buen estado general y no asociaba sintomatología sistémica. En la exploración presentaba unas placas erosivocostrosas numulares, de diferentes tamaños (fig. 1), y ampollas tensas, algunas de contenido claro y otras de contenido purulento, localizadas de forma generalizada en los miembros superiores, la región hipogástrica y de forma extensa en los miembros inferiores, abarcando tanto los muslos como la región pretibial. Las lesiones ampollosas eran más numerosas en la mano derecha (fig. 2). No se apreciaban lesiones en las mucosas.

Pruebas complementarias

Se realizó un cultivo bacteriano de una ampolla de contenido purulento, así como una biopsia cutánea de una de



Figura 1 Placas erosivocostrosas numulares de diferentes tamaños de predominio en extremidades.



Figura 2 Ampollas tensas, algunas de contenido claro y otras de contenido purulento, en las manos.

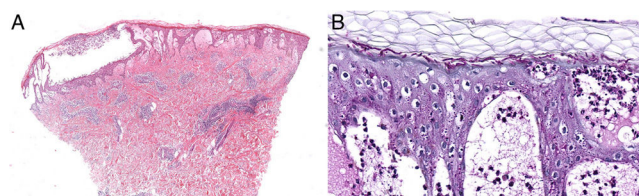


Figura 3 En el estudio histológico (a) se observó un patrón de reacción espongiótica aguda, con presencia de una ampolla subcórnea con neutrófilos en su interior y estructuras filamentosas PAS positivas en la capa córnea (b).

las lesiones para su estudio histológico y con inmunofluorescencia directa. Histológicamente (fig. 3a) se observó un patrón de reacción espongiótica aguda, con la presencia de una ampolla subcórnea con neutrófilos en su interior y unas estructuras filamentosas PAS positivas en la capa córnea (fig. 3b). Tanto el cultivo bacteriano como la inmunofluorescencia directa resultaron negativos.

¿Cuál es el diagnóstico?

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2020.10.009>

0001-7310/© 2021 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Diagnóstico

Tiña variante ampollosa.

Evolución y tratamiento

Con estos hallazgos histopatológicos se realizó una anamnesis dirigida que reveló el contacto previo con gatos callejeros. Se realizó toma de escamas para cultivo micológico, en el que se aisló *Microsporium canis*. Las lesiones se resolvieron tras el tratamiento con terbinafina oral 250 mg/día durante 4 semanas e imidazol tópico.

Comentario

La tiña ampollosa, descrita por Costello en 1952¹, constituye una variante clínica de las dermatofitosis con menos de 70 casos descritos en la literatura. De forma característica aparecen ampollas dentro de un contexto inflamatorio intenso, normalmente a causa de un dermatofito zoofílico, siendo el *Trichophyton mentagrophytes* y el *Microsporium canis* los más aislados². El pie es la localización descrita con mayor frecuencia. Habitualmente las lesiones ampollosas se restringen a los bordes de las placas, siendo excepcionales los casos extensos como el de nuestra paciente³. El diagnóstico diferencial de lesiones ampollosas diseminadas en un adulto es amplio e incluye las infecciones, la dermatitis de contacto, el prurigo por insectos y las enfermedades ampollosas autoinmunes⁴. La localización asimétrica de las lesiones ampollosas en la tiña puede ayudar a distinguirla de una enfermedad ampollosa autoinmune, aunque en casos extensos como el nuestro no permite diferenciarlas clínicamente. La presentación secundaria de una tiña no ampollosa en el seno de una enfermedad ampollosa autoinmune tratada con corticoides también puede simular una tiña ampollosa⁵. Las dermatofitosis pueden diferenciarse de la tiña ampollosa porque el examen directo y el cultivo son negativos al tratarse de una reacción de hipersensibilidad a distancia.

La tiña ampollosa responde a la pauta habitual de tratamiento de las dermatofitosis⁶. No obstante, debido a la mayor tasa de resistencia de *Microsporium canis* a la terbinafina, se debe valorar una pauta de tratamiento con dosis

superiores a las recomendadas y/o de forma prolongada en estos casos.

Este caso ilustra una manifestación inusual de una dermatosis frecuente en nuestro medio que conviene considerar en el diagnóstico diferencial de las lesiones ampollosas, en un contexto epidemiológico adecuado.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Costello MJ. Vesicular *Trichophyton rubrum* (purpureum) infection simulating dermatitis herpetiformis. *AMA Arch Dermatol Syphilol.* 1952;66:653–4.
2. Romano C, Gaviria Morales E, Feci L, Trovato E, Fimiani M. Six cases of tinea bullosa in Siena, Italy. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2016;30:133–5.
3. Sahu P, Dayal S, Mawlong PG, Punia P, Sen R. Tinea corporis bullosa secondary to *Trichophyton verrucosum*: A newer etiological agent with literature review. *Indian J Dermatol.* 2020;65:76–8.
4. Padhiyar JK, Patel NH, Gajjar T, Patel B, Chhibber A, Buch M. A distinct clinicopathological presentation of cutaneous dermatophytosis mimicking autoimmune blistering disorder. *Indian J Dermatol.* 2018;63:412–4.
5. Liu ZH, Shen H. Tinea incognito in an old patient with bullous pemphigoid receiving topical high potency steroids. *J Mycol Med.* 2015;25:245–6.
6. Meykadeh N, Waltermann K, Shaller M, Marsch WC, Fisher M. Bullous ulcerating tinea. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2009;23:846–7.

L. Rodríguez-Lago*, P. Almeida-Martín
y L. Borrego-Hernando

Servicio de Dermatología, Complejo Hospitalario
Universitario Insular-Materno Infantil, Las Palmas de Gran
Canaria, Las Palmas, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lauramatri@gmail.com
(L. Rodríguez-Lago).