

Tiña incógnita y eczema profesional

Tiña Incognita and Occupational Eczema

Ruud Valks, María Asbati, Sandra Sandin, Reyes de la Cerda, Isabel Casado*, L. Conde-Salazar

Servicio de Dermatología Laboral. Instituto Nacional de Medicina y Seguridad del Trabajo, Instituto Carlos III, Madrid. España.

* Servicio de Anatomía patológica, Hospital Carlos III, Madrid. España

Correspondencia:

Ruud Valks

Servicio de Dermatología Laboral. Instituto Nacional de Medicina y Seguridad del Trabajo. Pabellón 8, Ciudad Universitaria
Instituto Carlos III, 28040 Madrid. España.

e-mail: rvalks@isciii.es

Los trabajadores de la construcción tienen una alta probabilidad (7.1%) de desarrollar un eccema de manos y la mayoría de estos tienen un eczema contacto de origen profesional irritativo por cemento o alérgico debido a cromo, cobalto y níquel que se encuentran entre los componentes del cemento[1]. Otras fuentes de sensibilización serán a los componentes de la goma, que se encuentran en las medidas de protección como guantes o botas. No obstante las tiñas siendo raras pueden presentar un aspecto semejante. El diagnóstico clínico de una tiña depende fundamentalmente de los cambios inflamatorios, que se ve suprimido por el tratamiento con corticoides, que además facilitan el sobrecrecimiento de los hongos. La tiña incógnita es una manifestación atípica o modificada de tiña consecuencia de un diagnóstico errado y un tratamiento inadecuado, generalmente con corticoides tópicos o sistémicos. Presentamos un caso de un trabajador de construcción con una tiña incógnita que fue diagnosticado y tratado por un eczema de manos profesional durante meses.

Caso clínico

Varón de 54 años de edad sin antecedentes personales de interés y de profesión trabajador de la construcción consultaba por lesiones eritematodescamativas en dorso de ambas manos de 3 meses de evolución, que habían aparecido primero en el dorso de la mano izquierda y posteriormente se habían extendido al dorso de la mano derecha. Las lesiones fueron tratadas con clobetasol desde su inicio con alivio sintomático y con mejoría parcial pero sin desaparición de las lesiones. Tras la suspensión de los corticoides para la realización de las pruebas epicutáneas se observaba un empeoramiento de las lesiones con bordes ligeramente más elevados y con algunas pápulas y pústulas de forma dispersa en la periferia de las placas (Figura 1).

Un hemograma y una bioquímica general fueron normales. Se realizaron las pruebas epicutáneas de parche con batería estándar del GEIDC (Grupo Español de Investigación Dermatitis de Contacto) y gomas con lectura a las 48 y 96 horas mostraron una sensibilidad al dicromato potásico (++) con relevancia actual.

Dada la evolución del cuadro y el aspecto clínico de las lesiones, se decidió realizar biopsia de una de las lesiones ante la sospecha de tiña incógnita en un paciente con dermatitis alérgica de contacto de carácter profesional con sensibilidad al dicromato potásico. En el estudio histológico se objetivó una discreta acantosis y ortoqueratosis compacta con presencia de neutrófilos en la capa córnea acompañado de un discreto infiltrado inflamatorio mixto perivascular en dermis. Con la Tinción PAS se apreciaron hifas y esporas abundantes en los folículos pilosos (Figura 2).

Se inició tratamiento con itraconazol oral a dosis de 100 mg/día por y Sertconazol tópico 1 aplicación/12 horas durante 1 mes con completa resolución de las lesiones (Figura 3).

Comentario

La dermatitis por contacto son las dermatosis profesionales más frecuentes, originando el 90% de las lesiones de piel de origen laboral. En la práctica dermatológica la dermatitis por contacto representa 10-15% de la misma, y de estas 51% son de origen laboral. Dentro de la dermatitis por contacto, las irritativas representan el 70-75% de los casos, mientras que la alérgica el 25%[2-4].

Ante un paciente con eccema en manos y además trabajador de la construcción que manipula cemento, lo más probable es que se trata de un eczema por contacto de origen profesional[1]. Este eczema se manifiesta exclusivamente en las manos en el 46,7% de los casos con eczema



Figura 1. Lesiones eritmatodescamativas en antebrazo y dorso de mano.

de contacto alérgico y en el 68,2% de los casos con eczema de contacto irritativo[1]. Sin embargo, es importante tener en cuenta otras posibilidades diagnósticas, que pueden presentarse concomitantemente con una dermatosis de origen profesional, sobre todo en aquellos pacientes donde la clínica es inespecífica, o donde con tratamiento sintomático no se obtiene mejoría clínica, o porque a pesar de estar de baja laboral o de evitar los productos sospechosos no se obtiene resolución del cuadro clínico.

En el caso presentado se estableció el diagnóstico de una tiña incógnita, que fue enmascarada por la aplicación prolongada de esteroides tópicos. No obstante, no podemos confirmar si la tiña fue primero o apareció de forma secundaria sobre una dermatitis irritativa. Habitualmente la clínica de una tiña incógnita se puede confundir con otras entidades dermatológicas, lo cual evidentemente origina retraso en el diagnóstico y tratamiento. Debe plantearse en aquellos casos donde la clínica resulta irreconocible o inusual. La simetría de las lesiones en nuestro caso fue inusual y dificultó aún más el diagnóstico, dado que las tiñas suelen presentarse de forma asimétrica. Es importante también tomar en cuenta que a veces puede resultar difícil la toma de muestra para el cultivo micológico por la disminución de la descamación a consecuencia de los esteroides, por lo que algunos señalan



Figura 2. Presencia de hifas y esporas en el folículo piloso.



Figura 2. Desaparición de las lesiones después del tratamiento con itraconazol.

que debe disminuirse o suspender los esteroides unos días antes del estudio. Otros sin embargo, abogan por la realización de la biopsia de piel[5-7].

Ante unas lesiones cutáneas crónicas en manos con escasa respuesta a tratamiento esteroideo y cambio de puesto de trabajo, deberíamos plantear el diagnóstico diferencial con dermatitis atópica, eczema numular, psoriasis palmo-plantar y un cuadro de eczema por contacto irritativo y/o alérgico contaminado por hongos que sería nuestro caso.

Bibliografía

1. Chee-Leok Goh. Hand Dermatitis in the construction industry. En: Menné T, Maibach H, editors. Hand Eczema, 2nd ed. Florida: CRC Press, 2000; p. 287-294.
2. Martínez M, De Nava R. Las dermatosis ocupacionales: Un problema de Salud Laboral. Salud de los Trabajadores 1996;4:93-98.
3. Conde-Salazar L. Concepto y clasificación de las dermatosis profesionales. En: Conde-Salazar L, Ancona A. Dermatoses Ocupacionales. Madrid: Signament Ediciones; 2000; p. 19-26.
4. Sherertz E, Storrs F. Contact Dermatitis. En Rosenstock L, Cullen M. Textbook of clinical occupational and Environmental Medicine. Washington: Saunders Company; 1994; p. 514-530.
5. Urbina F, Sudy E, Barrios M. Tiña incógnita. Piel 2002;17:12-17.
6. Singh S, Singh G, Panday SS. Mycologic examination in tinea incógnita. Int J Dermatol 1991;30:376-7.
7. Roberts S, Mackenzie D. Micology (Steroid modified Tinea). En: Rook A, Wilkinson D.S, Ebling F et al., editores. Textbook of dermatology (tomo 2), 4th ed. London: Blackwell Scientific Publications, 1986; p. 925-927.