

mi paciente es...

Un hombre de 58 años, preocupado por...



Rita Cabeza Martínez
Médico interno residente
de tercer año.
Servicio de Dermatología.
Hospital General
Universitario Gregorio
Marañón. Madrid.



**Catiana Silvente
San Nicasio**
Servicio de Dermatología.
Hospital General
Universitario Gregorio
Marañón. Madrid.



Pablo Lázaro Ochaíta
Servicio de Dermatología.
Hospital General
Universitario Gregorio
Marañón. Madrid.

Se trata de un hombre de 58 años, preocupado por una erupción que presenta en la zona de la barba desde hace aproximadamente un mes. Es un hombre sereno, que lleva sus enfermedades —hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2, en tratamiento con glipizida, torasemida y ticlopidina— con toda la rigurosidad y paciencia que requieren los procesos crónicos. Pero en esta ocasión ha acudido a urgencias del hospital porque está razonablemente preocupado. Tiene unas lesiones ligeramente pruriginosas que, a pesar de haber sido tratadas previamente por su médico con terbinafina por vía tópica y dexclorfeniramina por vía oral, apenas han mejorado.

Cuando le vemos se aprecia la presencia de eritema difuso, pápulas y pústulas perifoliculares en mejilla y rama mandibular izquierda (fig. 1). En la región perioral se observan placas de aspecto verrugoso con costras sero-hemorrágicas (fig. 2). En la mejilla derecha se observa otra placa eritematosa redondeada, ligeramente descamativa y de bordes netos (fig. 3).

Nuestra sospecha clínica era unánime: tiña de la barba. Por ello indicamos la realización de un examen directo con KOH y cultivo para hongos y también bacterias, para mayor seguridad. Tal como sospechábamos, ya en el examen directo con KOH se observan hifas, y el cultivo confirma la existencia de *Tricophyton mentagrophytes*. Decidimos instaurar trata-



Figura 1. Eritema difuso, pápulas y pústulas perifoliculares en mejilla y rama mandibular izquierda.



Figura 2. En la zona perioral se observan placas de aspecto verrugoso con costras sero-hemorrágicas.



Figura 3. Mejilla derecha: placa eritematosa, descamativa, de bordes netos.

miento con terbinafina por vía oral a dosis de 250 mg/día durante 4 semanas y localmente recomendamos lavados y descostrado con antisépticos, con posterior aplicación de terbinafina en crema. Con el tratamiento, cura.

La tiña de la barba (sicosis de la barba, prurito de la barba) es una dermatofitosis del pelo terminal de la cara del hombre. En las mujeres o varones prepúberes se afecta la piel lampiña y se denomina tiña facial. Está provocada por microorganismos zoofílicos como *T. mentagrophytes* y *T. verrucosum* y, con menos frecuencia, por *M. canis*. En las zonas endémicas puede ocasionarla *T. megninii*, *T. schoenleinii* y *T. violaceum*, mientras que *T. rubrum* es una etiología infrecuente.

Desde el punto de vista clínico suele ser unilateral, localizándose más en la zona de la barba que en la del bigote. Hay tres formas clínicas:

1. Tipo inflamatorio: está producido por *T. mentagrophytes* y *T. verrucosum* y es análogo a la tiña inflamatoria (querión) del cuero cabelludo. Las lesiones son nodulares, con tendencia a formar una placa en la que se aprecian múltiples puntos de supuración y formación de costras. Los pelos de la placa se desprenden con facilidad dejando ver una masa purulenta que rodea la raíz. La pustulación perifolicular puede unirse y originar trayectos fistulosos y abscesos que dejan una alopecia cicatricial. Las lesiones son indoloras.
2. Tipo superficial: es similar a una foliculitis bacteriana, con presencia de eritema difuso, pápulas y pústulas perifoliculares con pelos quebrados (*T. violaceum*) o pelos intactos (*T. rubrum*).
3. Tipo circinado: se caracteriza por la presencia de placas de bordes vesiculopustulosos activos, centro descamativo y algunos pelos diseminados.

La sospecha clínica de infección micótica superficial siempre debe confirmarse microbiológicamente. Es muy importante la recogida adecuada de las muestras para el examen microscópico directo, en el que las hifas se observan con tabiques y estructuras ramificadas, así como el cultivo, que dura de 1 a 3 semanas según el agente causal.

Anatomía patológica: habitualmente no es necesaria. Sólo ante la sospecha de dermatofitosis con examen directo y cultivo negativo.

Examen con luz de Wood: puede revelar la pteridina fluorescente de ciertos patógenos.

El diagnóstico diferencial debe hacerse con foliculitis bacteriana, dermatitis perioral, foliculitis candidiásica, seudofoliculitis de la barba, acné vulgar, dermatitis de contacto e infección herpética.

El tratamiento para la tiña de la barba siempre es sistémico, no tópico: griseofulvina micronizada a dosis de 1 g/día durante 2-3 semanas hasta la resolución del cuadro clínico, terbinafina por vía oral a dosis de 250 mg/día durante 4 semanas, itraconazol a dosis de 200 mg/día durante 4 semanas. Se puede complementar el tratamiento con el empleo de compresas calientes, rasurado y desbridamiento de la secreción costrosa.

En el momento actual, nuestro paciente está curado y no presenta cicatriz ni otras alteraciones residuales. La serenidad ha vuelto a su rostro. Y nosotros estamos igualmente satisfechos.

BIBLIOGRAFÍA

- Beswick SJ, Das S, Lawrence CM, Tan BB. Kerion formation due to *Trichophyton rubrum*. *Br J Dermatol*. 1999;141(5):953-4.
- Maeda M, Nakashima T, Satho M, Yamada T, Kitajima Y. Tinea barbae due to *Trichophyton verrucosum*. *Eur J Dermatol*. 2002;12:272-4.