

den ser asintomáticos o presentar placas secas, escamosas y, en ocasiones, áreas de pseudoaleopecia por pérdida de las espinas^{1,2,4}.

La presentación clínica de la tiña en los humanos, según lo reportado en la bibliografía, es mucho más manifiesta ya que el hongo ocasiona una fuerte respuesta inflamatoria. Las lesiones se presentan como placas eritematoescamosas, anulares y con pústulas, y los sitios más afectados son las áreas expuestas como las manos y los antebrazos (76%) como en el caso de nuestra paciente.

La tiña incógnita es un término utilizado para la presentación clínica atípica de infecciones por dermatofitos causadas por la administración de corticoides u otros medicamentos inmunosupresores que modulan la respuesta inmune local o sistémica⁵⁻⁸.

En el caso clínico presentado, la reacción infecciosa estuvo enmascarada por el uso de crema con betametasona durante 15 días, lo cual retrasó el diagnóstico.

Con respecto al tratamiento sistémico, el empleo de terbinafina durante al menos 6 semanas es el tratamiento de elección, no obstante, nuestra paciente presentó una reacción farmacológica moderada con dicho fármaco por lo cual tuvo que rotarse el antimicótico a griseofulvina 500 mg/día en conjunto con imidazoles tópicos durante 8 semanas lográndose una buena respuesta terapéutica.

Es importante concientizar a la comunidad acerca del riesgo que implica domesticar este tipo de animales; las infecciones zoonóticas que generan presentan manifestaciones clínicas variadas que pueden confundirse con otro tipo de dermatosis inflamatorias^{1,2}.

Consideramos valioso dar a conocer nuestro caso clínico con el fin de aportar información sobre las lesiones clínicas generadas por esta variedad de *trichophyton*, así como la indicación de otra alternativa terapéutica para pacientes que, por diferentes motivos, no puedan recibir terbinafina.

BIBLIOGRAFÍA

- Cardona-Hernández MA, López-Ortiz KV, Rodríguez-Silva J. Tiña inflamatoria por *Trichophyton erinacei*. ¿Una enfermedad emergente? *Dermatol Rev Mex*. 2021;65:S151-S156.
- Rivaya B, Fernández-Rivas G, Cabanes FJ, Bielsa I, et al. *Trichophyton erinacei*: an emergent pathogen of pediatric dermatophytosis. *Rev Iberoam Micol*. 2020;37:94-96.
- Maldonado I, Elsir ME, Mónaco M, Hevia A, et al. *Trichophyton Benhamiae*, un dermatofito zoofílico emergente en Argentina con reservorio en cobayos: descripción de 7 casos en un hospital de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. *Rev Argent Microbiol*. 2022;54:11-20.
- Ruszkowski J, Hetman M, Turlewicz-Podbielska H, Pomorska-Mól M. Hedgehogs as a potential source of zoonotic pathogens. A review and an update of knowledge. *Animals*. 2021;11:1754-1767.
- Ghaderi A, Tamimi P, Firooz A, Fattahi M, et al. Updates on tinea incognita. Literature review. *Curr Med Mycol*. 2023; 9: 52-63.
- Schieke S, Garg A. Micosis superficiales. En: Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrist BA, Paller AS, Leffell DJ, Wolff K Eds. *Fitzpatrick Dermatología en Medicina General*. Ed. Panamericana, Buenos Aires, 2014; 2277-2297.
- Abad M, Label A, Llorca V. Patología infecciosa. Micosis superficiales. En: Larralde M, Abad ME, Luna P, Boggio P, Ferrari B. *Dermatología Pediátrica*. Ed. Journal, Ciudad Autónoma de Buenos Aires 2021;227-232.
- Lammoglia-Ordiales L, Martínez-Herrera E, Toussaint-Caire S, Arenas R, et al. Tiña incógnita y granuloma de Majocchi adquirido de un erizo. Un caso mexicano. *Rev Chilena Infectol*. 2018;35:204-206.

PERLAS

Carla Minaudo

Médica Asistente, Servicio de Dermatología, Hospital Británico, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina



MEJORÍA DE LA ENFERMEDAD DE

FOX-FORDYCE CON TOXINA BOTULÍNICA TIPO A

Paciente de 36 años con enfermedad de Fox-Fordyce (EFF) de 4 años de evolución axilar bilateral, con prurito. Se le indicaron tratamientos tópicos con aceponato de metilprednisolona al 1%, tretinoína al 0,5%, clindamicina al 1%, todos sin respuesta a los 3 meses. Además, presentaba hiperhidrosis por lo que se indicó tratamiento con toxina botulínica tipo A, 75 unidades por lado. Durante el seguimiento la paciente mostró reducción significativa tanto de la sudoración como del número de las pápulas de la EFF. La EFF es un trastorno crónico poco frecuente que afecta áreas ricas en glándulas apocrinas, principalmente en axilas, región anogenital y periareolar. Se observa en pacientes jóvenes de

sexo femenino. Se presenta como pápulas color piel, usualmente pruriginosas. Es causada por el taponamiento folicular del infundíbulo piloso en la porción distal del conducto apocrino y porciones secretoras de las glándulas apocrinas. Secundariamente se produce una respuesta inflamatoria local linfocitocitaria. Su causa se desconoce, pero existe una clara influencia hormonal. Además, hay casos descriptos posdepilación laser.

Se postulan muchos tratamientos a partir de casos aislados, pero ninguno demostró ser particularmente efectivo. Entre ellos los tópicos: corticoides, inhibidores de calcineurina, tretinoína, clindamicina; los sistémicos: isotretinoína y anticonceptivos orales; y otros como el láser, la escisión quirúrgica y la fototerapia.

Con respecto a la toxina botulínica, la disminución del sudor puede aliviar el prurito. Además, hay evidencia clínica de su efecto antipruriginoso en otras patologías como el liquen simple crónico, la notalgia parestética y el prurito braquiradial. El mecanismo se relaciona con la disminución de la liberación de acetilcolina, sustancia P y glutamato, relacionados con el prurito. Por el contrario, el proceso por el cual la toxina botulínica produce mejoría en la EFF se desconoce. Sin embargo, los autores la sugieren como una alternativa terapéutica válida para casos recalcitrantes de EFF.

Sun L, Brazao C, Sousa DD, Patrocinio J, et al. Improvement of Fox-Fordyce disease with botulinum toxin type A. *Dermatology Online Journal*. 2025. 31(1). <http://dx.doi.org/10.5070/D331164982>. Consultado marzo de 2025.