IJEPH Interdisciplinary Journal of Epidemiology & Public Health
ISSN: 2665-427X
Copyrigth: © 2026 Universidad Libre

Reporte de caso

Reacción dermatofitide secundaria a tiña plantar por *Trichophyton rubrum*

Dermatophytid reaction in plantar tinea due to *Trichophyton rubrum*

Laura García-Blanco [1] https://orcid.org/0000-0002-4861-5157
Eduardo Jose Pachon Majid [2] https://orcid.org/0009-0004-1835-5405
Andres Vidal [3] https://orcid.org/0000-0002-7339-953X

[1] Especialización en Dermatologia, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Icesi, Cali, Colombia.
[2] Fundación Neumológica Colombiana, Bogotá, Colombia
[3] Unidad de Dermatología, Fundación Valle del Lili, Cali, Colombia

Citación: García-Blanco L, Pachon MEJ, Vidal A. Reacción dermatofitide secundaria a tiña plantar por *Trichophyton rubrum* IJEPH. 2026; 9(1): e-13715. 10.18041/2665-427X/ijeph.1.13715

Received: 12-abril-2026
Revised: 13-mayo-2026
Accepted: 10-Junio-2026
Publishing: 30-Junio-2026

Autor de correspondencia: Laura Garcia-Blanco. Correo: laura.garcia66220@u.icesi.edu.co

Disponibilidad de los datos: Los lectores interesados pueden obtener acceso por solicitud de los datos de la investigación contactando directamente a los autores

Conflicto de interés: Los autores declaran que no tienen ningún conflicto de interés

Resumen

Introducción: Las dermatofitides son reacciones inflamatorias secundarias a infecciones dermatofíticas.

Presentacion del caso: Mujer de 67 años que consultó por lesión pruriginosa plantar derecha compatible con tiña pedis. Tres semanas después aparecieron vesículas y descamación en dedos de ambas manos, sin evidencia de estructuras micóticas en esas lesiones. El tratamiento inicial con fórmula magistral tópica (úrea, ácido salicílico y clobetasol) no produjo mejoría. El examen directo con KOH y cultivo en pie confirmaron infección por Trichophyton rubrum, estudios que en manos fue negativo. Se instauró terbinafina oral 250 mg día durante dos semanas, con resolución completa de las lesiones plantares y de las manos.

Conclusión: Este caso resalta la importancia de identificar la infección subyacente y considerar la reacción dermatofitide como diagnóstico diferencial evitando terapias innecesarias.

Palabras clave: Idermatofitide; Trichophyton rubrum; tiña pedis; reporte de caso.

Abstract

Introduction: Dermatophytids are inflammatory reactions secondary to dermatophytic infections.

Case presentation: A 67-year-old woman presented with a pruritic lesion on her right sole, consistent with tinea pedis. Three weeks later, vesicles and scaling appeared on the fingers of both hands; no fungal structures were detected in these lesions. Initial treatment with a topical compounded formulation (urea, salicylic acid, and clobetasol) yielded no improvement. A direct KOH examination and culture of the foot confirmed an infection by Trichophyton rubrum, while the same tests performed on the hands were negative. Oral terbinafine (250 mg daily for two weeks) was initiated, resulting in the complete resolution of both the plantar and hand lesions.

Conclusion: This case highlights the importance of identifying the underlying infection and considering an dermatofitide reaction in the differential diagnosis, thereby avoiding unnecessary treatments.

Keywords: dermatofitide; Trichophyton rubrum; tinea pedis; case report

Introduction

La reacción dermatofitide corresponde a una respuesta inflamatoria de hipersensibilidad a distancia, desencadenada por antígenos fúngicos, procedentes de una dermatofitosis activa, generalmente una tiña pedis. Se trata de una entidad infrecuente que clínicamente se manifiesta como unas vesículas o papulovesículas pruriginosas localizadas en los dedos de las manos, pudiendo simular otras dermatosis inflamatorias, como el eccema dishidrótico. A diferencia de la infección fúngica primaria, en estas lesiones secundarias no se identifican estructuras micóticas, generando una discordancia clínico-microbiológica característica (1). Las dermatofitides se asocian con una dermatofitosis distante demostrada y suelen resolverse tras el tratamiento adecuado de la infección primaria, lo que refuerza su naturaleza reactiva (1).

Presentación del caso

Mujer de 67 años, con antecedente de dislipidemia, sin otro antecedente de atopia o inmunosupresión. Presentó una placa pruriginosa en la planta del pié derecho con una impresión diagnóstica inicial de tiña pedís; tres semanas después aparecieron pequeñas vesículas pruriginosas con descamación interdigital en las manos.

En la región medial plantar derecha, se observó una placa descamativa irregular de bordes definidos, con áreas hiperpigmentadas y erosiones hemorrágicas (Figura 1A). Además, con pequeñas pápulas y vesículas con descamación en la región interdigital, el borde medial y la cara dorsal de los dedos de la mano izquierda (flechas blancas) (Figura 1B). A la dermatoscopia de los dedos de las manos se observaron estructuras micropapulares y microvesiculares con bordes descamativos (Figura 1C). No se observó onicomicosis en ninguna de las uñas.

El KOH y el cultivo para hongos del pié resultó positivo para Trichophyton rubrum mientras en ambas manos los resultados fueron negativos.

Para el tratamiento de las lesiones de las manos, inicialmente se instauró una fórmula magistral con úrea al 20%, ácido salicílico al 3% y clobetasol al 0.05%, pero las lesiones persistieron. Ante el resultado del cultivo micológico, se suspendió el manejo tópico previo indicado y se inició terbinafina a 250 mg día, vía oral, durante dos semanas, el cual fue bien tolerado por la paciente y sin efectos adversos relacionados, con posterior mejoría de la totalidad de las lesiones, sin necesidad de realizar cultivo posterior del pie afectado.

Se obtuvo consentimiento informado del sujeto descrito en este reporte.

Discusión

Se conocen 40 especies de dermatofitos clasificados en varios géneros: Trichophyton, Epidermophyton, Nannizzia, Microsporum, Lophophyton, Paraphyton y Arthroderma (2). La tiña pedis puede estar causada por T. mentagrophytes, E. floccosum y T. rubrum (3), este último, junto con T. interdigitale y T. tonsurans, están relacionados con las respuestas de hipersensibilidad inflamatoria con cursos crónicos y persistentes de la infección (1).

Las dermatofitides o reacciones ide en las manos relacionadas a las dermatofitosis en los pies son reacciones inflamatorias secundarias de origen inmunológico que se desarrollan a distancia del sitio de infección primaria (8).



Figura 1. Fotos clínicas de la reacción dermatofitide en los dedos de las manos posterior a la aparición de la tiña pedis: (A) Región medial plantar derecha con placa descamativa irregular de bordes definidos con áreas hiperpigmentadas y erosiones hemorrágicas. (B) Pequeñas pápulas y vesículas con descamación en la región interdigital, el borde medial y la cara dorsal de dedos de la mano izquierda (flechas blancas). (C) Dermatoscopia del pulgar de la mano izquierda con estructuras micropapulares y microvesiculares con bordes descamativos.

Se han descrito reacciones de hipersensibilidad retardadas secundarias a infección por dermatofitos, con la aparición de dermatofitides (6), como respuesta inmune a antígenos fúngicos absorbidos; el 7% de una cohorte con tiña del pie presentó la reacción ide por T. rubrum, siendo uno de los agentes con menor frecuencia de reacción ide entre los dermatofitos, a diferencia de la presentación de dermatofitides con una proporción de aparición del 35% para T. mentagrophytes (7). Por lo general las dermatofitides aparecen entre 4 y 6 semanas después del inicio de la infección micótica (8).

Los antígenos fúngicos evaden la respuesta inmune evitando la fagocitosis de los macrófagos e induciendo la producción de IL10 como citoquina antiinflamatoria; a su vez, el manano producido por el hongo puede suprimir la respuesta mediada por los linfocitos T, especialmente en pacientes atópicos, lo que puede contribuir a la forma crónica de la enfermedad (4,5).

La forma clínica vesicular simétrica en los dedos y las palmas, es la que está relacionada con las dermatofitosis agudas y con la respuesta de hipersensibilidad retardada en mayor frecuencia, seguido por la forma clínica exantemática. La presentación clínica puede variar con pápulas y placas eritematosas confluyentes y puede haber otras reacciones en las manos, de patrón bilateral y simétrico asociadas a KOH o cultivos negativos parecido a lo ocurrido en las reacciones medicamentosas, eritema nodoso, erisipela, eritema anular centrífugo y lesiones eccematosas de contacto o dishidróticas (9).

El tratamiento se basa en tratar la infección dermatofítica que incluye terbinafina en crema al 1% en formas localizadas, en cambio en casos de tiña pedis inflamatoria severa, crónica o refractaria la primera línea de tratamiento sistémico es la terbinafina 250 mg vía oral / día por dos semanas o itraconazol 100 mg día por 4 semanas o 200 mg día por 7 días (10). El antifúngico sistémico es eficaz para el tratamiento de las lesiones ide, por lo general dos semanas después de su inicio sin necesidad de tratamiento adicional específico (1).

El aspecto más importante es la identificación de la infección subyacente de los pies, tanto clínica como con la comprobación con el cultivo de la infección del sitio primario, para reconocer la reacción ide y distinguirla de erupciones medicamentosas, reacciones eccematosas de contacto o dishidrótico (8).

En conclusión, los dermatofitides se caracterizan por presentarse como una reacción de hipersensibilidad tardía poco frecuente por lo que se deben tener en cuenta las manifestaciones clínicas relacionadas de la reacción ide, resaltando su distribución simétrica, bilateral y a distancia de las lesiones, que enmascara otras entidades inflamatorias como los eccemas, con la negatividad micológica en el sitio de la reacción ide y la resolución de las lesiones con el manejo antifúngico sistémico que mejora en ambas entidades, con el fin de evitar tratamiento innecesarios.

Dentro de las limitaciones de este reporte se incluyó el diseño retrospectivo y la naturaleza descriptiva de este único caso.

Referencias

1. Mayser P. Dermatophytid: Aktuelle Bestandsaufnahme. Hautarzt. 2017; 68(4): 316-23. DOI:10.1007/s00105-017-3933-4

2. de Hoog GS, Dukik K, Monod M, Packeu A, Stubbe D, Hendrickx M, et al. Toward a Novel Multilocus Phylogenetic Taxonomy for the Dermatophytes. Mycopathologia. 2017; 182(1-2): 5-31. doi: 10.1007/s11046-016-0073-9.

3. Romano C, Rubegni P, Ghilardi A, Fimiani M. A case of bullous tinea pedis with dermatophytid reaction caused by Trichophyton violaceum. Mycoses. 2006; 49(3): 249-50.

4. Almeida SR. Immunology of dermatophytosis. Mycopathologia. 2008; 166(5-6): 277-83. doi: 10.1111/j.1439-0507.2006.01234.x.

5. Gupta AK, Wang T, Piguet V, Chowdhary A. New insights into host-dermatophyte interactions: pathogenesis, host defense mechanisms, and emerging clinical challenges. Current Opinion in Microbiology. 2026; 90: 102711. doi: 10.1016/j.mib.2026.102711.

6. Topaloğlu Demir F, Karadag AS. Are dermatophytid reactions in patients with kerion celsi much more common than previously thought? A prospective study. Pediatric Dermatology. 2015; 32(5): 635-40. doi: 10.1111/pde.12515.

7. Veien NK, Hattel T, Laurberg G. Plantar Trichophyton rubrum infections may cause dermatophytids on the hands. Acta Dermato-Venereologica. 1994;74(5):403-4. doi: 10.2340/0001555574403404.

8. Ilkit M, Durdu M, Karakaş M. Cutaneous id reactions: a comprehensive review of clinical manifestations, epidemiology, etiology, and management. Critical Reviews in Microbiology. 2012; 38(3): 191-202. doi: 10.3109/1040841X.2011.645520.

9. Kaaman T, Torssander J. Dermatophytid—a misdiagnosed entity? Acta Dermato-Venereologica. 1983; 63(5): 404-8.

10. Bell-Syer SE, Khan SM, Torgerson DJ. Oral treatments for fungal infections of the skin of the foot. Sao Paulo Med J. 2014; 132: 127. doi: 10.1590/1516-3180.20141322t1.