



Clínica cotidiana

El impétigo no dejaba ver el resto de la lesión

Miriam Gutiérrez Moreno^{a,*}, Rebeca Hernández García^b, Cristina Baz Villoria^c,
 Ester Hernández Frutos^d, Álvaro Fernando Mateos Benito^e, Álvaro Sánchez Tabernero^f

^aHospital Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila. ^bCentro de Salud Guijuelo. Guijuelo, Salamanca ^cCentro de Salud Periurbana Norte. Villares de la Reina, Salamanca. ^dHospital Santos Reyes. Aranda de Duero, Burgos. ^eHospital Universitario de Getafe. Getafe, Madrid. ^fComplejo Asistencial de Zamora.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 4 de diciembre de 2025

Aceptado el 9 de enero de 2026

On-line el 19 de mayo de 2026

Palabras clave:

Impétigo

Dermatofitosis

Tiña corporis

R E S U M E N

Se presenta el caso de un paciente pediátrico, varón de 8 años, que consultó por lesiones cutáneas pruriginosas de dos semanas de evolución localizadas en axilas y cuello, con secreción purulenta, en un contexto de importante barrera idiomática. La exploración inicial mostró lesiones inflamatorias, calientes y exudativas, compatibles con sobreinfección bacteriana, por lo que se instauró tratamiento antibiótico sistémico y tópico con buena respuesta clínica inicial. En la reevaluación, una vez resuelta la inflamación y la supuración, se objetivaron lesiones anulares bien delimitadas y descamativas, sugestivas de dermatofitosis, confirmando el diagnóstico de tiña corporis enmascarada por una sobreinfección bacteriana. El caso pone de relieve la importancia de la reevaluación clínica en pacientes pediátricos con lesiones cutáneas, ya que la infección bacteriana puede ocultar una patología fúngica subyacente y condicionar el diagnóstico inicial.

© 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por E-Medfarma 2020, S.L.

The impetigo obscured the rest of the injury

A B S T R A C T

We present the case of an 8-year-old boy who presented with pruritic skin lesions of two weeks' duration, located on his armpits and neck, with purulent discharge, in a context of significant language barrier. Initial examination revealed inflammatory, warm, and exudative lesions, consistent with bacterial superinfection. Systemic and topical antibiotic treatment was initiated, with a good initial clinical response. Upon re-evaluation, once the inflammation and suppuration had resolved, well-defined, scaly, annular lesions suggestive of dermatophytosis were observed, confirming the diagnosis of tinea corporis masked by a bacterial superinfection. This case highlights the importance of clinical re-evaluation in

Keywords:

Impetigo

Dermatophytosis

Tinea corporis

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: migutierrezm@saludcastillayleon.es (M. Gutiérrez Moreno).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2026.S1.058>

2254-5506 / © 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

pediatric patients with skin lesions, as bacterial infection can mask an underlying fungal pathology and influence the initial diagnosis.

© 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.
Published by E-Medfarma 2020, S.L.

Descripción del caso clínico

Varón de 8 años de origen africano y raza negra, que acude a consulta por lesión dérmica de aproximadamente dos semanas de evolución (barrera idiomática importante). Refieren una primera lesión en ambas axilas y con extensión hacia la zona de cuello, pruriginosas y con secreción más importante en la axila derecha. El cuadro no asocia fiebre ni aparente puerta de entrada inicial.

En la exploración física se pueden apreciar lesiones sobre-elevadas, de bordes mal definidos, calientes impresionando de base azulada con secreción amarillenta asociada y zonas eritematosas (figuras 1, 2 y 3).

Ante la alta sospecha de infección bacteriana (impétigo) y dada la problemática económica para adquirir medicamentos y la dificultad de acceso hospitalaria, se indica tratamiento oral con amoxicilina-clavulánico y local con mupirocina, así como antihistamínico para evitar el rascado continuo y el empeoramiento de la lesión por otra sobreinfección.

Se cita para reevaluar en una semana, apreciando un cambio importante en las lesiones, con mejoría de las zonas melicéricas; ya no están calientes ni supurativas, refiriendo mejoría del prurito, pero se aprecian lesiones mejor definidas con bordes anulares descamativos, múltiples, diseminadas y secas (figuras 4 y 5). Ante la sospecha de sobreinfección fún-



Figura 1 – Lesión en axila derecha objetivada en la primera consulta.



Figura 2 – Lesión en cuello objetivada en la primera visita.



Figura 3 – Lesiones en pies objetivadas en la primera visita.



Figura 4 – Lesiones en axila derecha y cuello tras tratamiento antibiótico.



Figura 5 – Lesiones en axila izquierda tras tratamiento antibiótico.

gica (*Tiña corporis*) asociada, se indica tratamiento tópico con clotrimazol dos veces al día durante una semana.

Comentario

Las infecciones cutáneas constituyen uno de los motivos de consulta más frecuentes en atención primaria pediátrica y, en la mayoría de los casos, se presentan como procesos localizados y de curso benigno. El impétigo es la infección bacteriana cutánea más habitual en la infancia y suele desarrollarse sobre una lesión previa, con aparición de exudado y costras melicéricas, generalmente causado por *Staphylococcus aureus* o *Streptococcus* β -hemolítico del grupo A¹. Sin embargo, en determinadas situaciones, la presentación clínica puede ser atípica y coexistir con otras infecciones cutáneas, dificultando el diagnóstico inicial.

Las dermatofitosis son también muy prevalentes en edad pediátrica y representan una causa frecuente de lesiones anulares descamativas. No obstante, cuando se asocian a una sobreinfección bacteriana, su morfología característica puede

quedar enmascarada, simulando una infección bacteriana primaria y retrasando el diagnóstico etiológico correcto⁴⁻⁷. Este fenómeno de coinfección bacteriana y fúngica debe tenerse en cuenta especialmente ante lesiones extensas, pruriginosas o de evolución subaguda.

El caso descrito ilustra la importancia de la reevaluación clínica sistemática en atención primaria, especialmente tras un tratamiento inicial correcto. La mejoría parcial de los signos inflamatorios y supurativos permitió evidenciar posteriormente las lesiones anulares descamativas típicas de la dermatofitosis, orientando el diagnóstico definitivo y el tratamiento específico. La reevaluación no solo confirma la respuesta terapéutica, sino que puede revelar patologías subyacentes inicialmente ocultas.

Asimismo, es fundamental considerar las variaciones morfológicas de las dermatosis en pacientes con piel intensamente pigmentada, ya que pueden presentar patrones clínicos diferentes que dificultan la interpretación inicial⁵. La barrera idiomática y las limitaciones socioeconómicas, frecuentes en determinados contextos, refuerzan aún más la necesidad de un seguimiento cercano y accesible desde atención primaria.

Como aprendizaje clínico principal, este caso subraya que, ante lesiones cutáneas pediátricas, debe mantenerse una alta sospecha de coinfección cuando la evolución no es completamente resolutoria, y que la reevaluación clínica es una herramienta clave para evitar diagnósticos incompletos o tardíos. Un abordaje escalonado y atento desde atención primaria permite optimizar el manejo, prevenir complicaciones y garantizar un tratamiento adecuado y oportuno.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cobo E, Saavedra J. Infecciones de la piel y partes blandas (I): impétigo, celulitis, absceso. *Asoc Española Pediatría Atención*

- Primaria. 2019;(1):1-13. [https://www.guia-abe.es/files/pdf/Infecciones_piel_y_partes_blandas_\(1\).pdf](https://www.guia-abe.es/files/pdf/Infecciones_piel_y_partes_blandas_(1).pdf)
2. Conejo-Fernández AJ, Moraga-Llop FA. Enfermedades bacterianas de la piel. *Pediatr Integr*. 2016;20(3):179-188.
 3. Guerrero-Fernández J, Cartón Sánchez A, Barreda Bonis A, Menéndez Suso J, Ruiz Domínguez J. *Manual de Diagnóstico y Terapéutica en Pediatría*. 6ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2018.
 4. Hernández – Sampelayo Matos F, Santos Sebastián M. Infecciones cutáneas bacterianas y micosis cutáneas Capítulo 31. *Infectología Pediátrica Básica*. Editorial Médica Panamericana; 2012.
 5. Jacyk WK. Dermatitis corrientes en pacientes africanos de raza negra (I). *Actas Dermosifiliogr*. 1998; 89(6):291-303. <https://www.actasdermo.org/es-dermatosis-corrientes-pacientes-africanos-raza-articulo-13003336>
 6. Nistal Nuño B, del Pozo Losada. Dermatofitosis o tiñas. En: *Guías para la consulta Atención Primaria*. 3ª ed. Casitérides; 2008. p. 161-4.
 7. Roncero M, García R. Micosis cutáneas. *Pediatr Integr*. 2021; XXV(3):146-54.