

CASO CLÍNICO

Tiña palmoplantar hiperqueratósica por *Trichophyton rubrum* con onicomiosis y sobreinfección bacteriana: reporte de caso

Hyperkeratotic tinea palmaris plantaris due to Trichophyton rubrum with onychomycosis and bacterial superinfection: case report

Henry Joel Recarte Perdomo  <https://orcid.org/0009-0004-6120-1313>.

¹Profesional independiente, San Pedro Sula, Honduras.

RESUMEN. Introducción: La tiña palmoplantar crónica hiperqueratósica es una forma inusual de dermatofitosis que puede confundirse con eccema crónico, queratodermias o dermatitis ocupacional, especialmente en regiones tropicales donde el acceso a diagnóstico especializado es limitado. *Trichophyton rubrum* es el agente etiológico más frecuente y puede persistir por años si no se identifica oportunamente. La sobreinfección bacteriana puede modificar la presentación clínica y agravar la inflamación.

Descripción del caso: Se presenta el caso de un paciente masculino adulto mayor procedente de área rural, trabajador agrícola, quien consultó por lesiones acrales crónicas caracterizadas por hiperqueratosis severa, fisuras dolorosas, descamación extensa y onicodistrofia. Inicialmente recibió esteroides tópicos con moderada mejoría clínica. Examen con Hidróxido de Potasio (KOH) mostró levaduras escasas en pies y uñas, y elementos endotrix en vellos de manos. El cultivo micológico aisló *Trichophyton rubrum*, y el cultivo bacteriano identificó *Pantoea agglomerans*. Las pruebas hepáticas fueron normales. Se inició tratamiento con fluconazol 150 mg semanal durante 20 semanas y ketoconazol tópico diario, además de ceftriaxona 1 g diario por 7 días para la sobreinfección bacteriana. Tras el tratamiento antimicótico prolongado, el paciente mostró una mejoría clínica marcada con resolución casi completa de la hiperqueratosis y fisuración. **Conclusión:** Este caso destaca la importancia de considerar dermatofitosis crónica por *Trichophyton rubrum* en pacientes con hiperqueratosis palmoplantar severa, especialmente en áreas rurales tropicales. La micosis atípica puede agravarse por sobreinfección bacteriana, modificando su presentación. El adecuado diagnóstico microbiológico y el tratamiento sistémico prolongado con fluconazol demostraron ser efectivos, incluso en escenarios con recursos limitados.

Palabras clave: Onicomiosis, *Pantoea agglomerans*, Queratoderma palmoplantar, Tiña, *Trichophyton*.

INTRODUCCIÓN

Las dermatofitosis continúan siendo una de las infecciones fúngicas más frecuentes en el mundo, especialmente en regiones tropicales con alta humedad, temperaturas elevadas y condiciones ocupacionales favorecedoras de la exposición a queratinófilos. *Trichophyton rubrum* (T. *rubrum*) es, hasta la fecha, el dermatofito antropofílico más prevalente a nivel mundial y el agente causal principal de tiña pedis crónica, onicomiosis y formas hiperqueratósicas palmoplantar.¹ En países de clima tropical como los de Centroamérica, estas infecciones presentan mayor cronicidad, recidivas frecuentes y complicaciones por barrera cutánea alterada, lo cual puede favorecer infecciones bacterianas secundarias.

La tiña palmoplantar hiperqueratósica crónica, también llamada "tiña incógnita" cuando ha sido modificada por esteroides tópicos, representa un reto diagnóstico y terapéutico. Su presentación clínica puede confundirse con psoriasis palmoplantar, eccema crónico o queratodermias hereditarias.² El uso de corticoides tópicos en fases iniciales puede disminuir el eritema, pero aumenta el grosor de la hiperqueratosis, retrasa el diagnóstico y puede predisponer a infecciones mixtas.³

En años recientes ha surgido interés por infecciones cutáneas asociadas a *Pantoea agglomerans* (P. *agglomerans*), bacteria gramnegativa ambiental ligada clásicamente a heridas por material vegetal, pero ahora reconocida como patógeno oportunista emergente, capaz de colonizar piel previamente dañada por procesos inflamatorios crónicos.⁴ Su presencia en dermatofitosis crónicas es infrecuente, pero cuando ocurre puede exacerbar inflamación local, aumentar dolor y retrasar recuperación.

El manejo de las dermatofitosis hiperqueratósicas suele incluir antifúngicos sistémicos prolongados, siendo terbinafina e

Recibido: 09-01-2026 Aceptado: 08-05-2026 Primera vez publicado en línea: 12-08-2026

Dirigir correspondencia a: Henry Joel Recarte Perdomo

Correo electrónico: henryrecarte@gmail.com

DECLARACIÓN DE RELACIONES Y ACTIVIDADES FINANCIERAS Y NO FINANCIERAS: Ninguna.

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS: Ninguna.

Forma de citar: Recarte-Perdomo HJ. Tiña palmoplantar hiperqueratósica por *Trichophyton rubrum* con onicomiosis y sobreinfección bacteriana: reporte de caso. Rev Méd Hondur. 2026; 94(Supl. 2). Xx. DOI: <https://doi.org/10.5377/rmh.v94iSupl.2.23528>

© 2026 Autor(es). Artículo de acceso abierto bajo la licencia <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es> 

itraconazol los tratamientos de elección. Sin embargo, en regiones con limitaciones de acceso a medicamentos, el fluconazol semanal ha demostrado utilidad en esquemas extendidos.⁵ La evidencia reciente sugiere que la adherencia al tratamiento y la duración adecuada son determinantes para lograr resolución completa. Este artículo presenta un caso de tiña palmoplantar crónica hiperqueratósica por *T. rubrum* con sobreinfección por *P. agglomerans* en un trabajador agrícola de 73 años, con énfasis en el proceso diagnóstico, evolución terapéutica y relevancia para países tropicales de América Latina.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 73 años, residente en zona rural y dedicado a labores agrícolas, sin antecedentes patológicos conocidos y sin exposición a agroquímicos, consultó por lesiones progresivas en palmas de las manos y plantas de los pies con tres años de evolución. El cuadro inició como áreas de resequecedad, prurito y descamación leve, pero evolucionó hacia placas hiperqueratósicas gruesas, fisuradas y dolorosas, dificultando la manipulación de herramientas y la deambulaci3n. No presentó fiebre ni síntomas sistémicos. Al examen físico inicial se observaron placas palmoplantares intensamente hiperqueratósicas, amarillentas, con fisuras profundas, áreas maceradas y signos de inflamaci3n. Las uñas mostraban engrosamiento con onicólisis significativa (Figuras 1 y 2). El paciente refiri3 empeoramiento con la transpiraci3n y alivio parcial con remojos en agua.

Antes de iniciar cualquier tipo de tratamiento, para confirmar etiología mic3tica se tom3 muestras de manos, pies, uñas y vellos para Hidróxido de Potasio (KOH), cultivo para hongos y cultivo bacteriano. Pensando en etiología autoinmune como psoriasis palmoplantar se decide como primera medida lavados con clorhexidina y se indica vaselina para restauraci3n cutánea. Se prescribi3 betametasona valerato al 0.1% nocturna por siete días, con oclusi3n mediante bolsas plásticas, lo cual produjo mejoría moderada del eritema, pero persistencia de la hiperqueratosis y fisuras (Figura 3).



Figura 1. Lesiones en las manos de 3 años de evolución. (A) Hiperqueratosis marcada, con fisuras profundas y dolorosas en palma y pliegues interdigitales y eritema difuso, también se aprecia escara negra en la regi3n más distal de los dedos anular y meñique compatible con isquemia. (B) Onicodistrofia: uñas engrosadas, amarillentas, con estrías longitudinales y onicólisis. La figura fue editada digitalmente para eliminar un reloj, sin alterar los hallazgos clínicos.



Figura 2. Lesiones en los pies de 3 años de evolución. (A) Hiperqueratosis con placas gruesas, amarillentas y fisuradas, grietas profundas y sangrantes, eritema intenso en zonas de presi3n y alrededor de las fisuras y p3rdida casi completa de los pliegues normales de la planta. (B) Edema cr3nico del dorso del pie y de los tobillos, onicodistrofia, anoniquia y lesiones verrugosas hiperquerat3ticas y costrosas en el dorso de los dedos y articulaciones.



Figura 3. Evoluci3n tras 7 días de corticoide t3pico y oclusi3n, se aprecia mejoría moderada del eritema, pero persistencia de la hiperqueratosis y fisuras. La figura fue editada digitalmente para eliminar un reloj, sin alterar los hallazgos clínicos.

Al tener los resultados laboratoriales estos reportaron; KOH pies: levaduras escasas, uñas: levaduras escasas, manos (vellos): elementos endotrix. Posteriormente, el cultivo micol3gico aisl3 *Trichophyton rubrum* como agente etiol3gico principal. Debido a la presencia de fisuras profundas, áreas maceradas y signos inflamatorios desproporcionados para una dermatofitosis cr3nica, se sospech3 sobreinfecci3n bacteriana secundaria. Por tal motivo se decidi3 realizar cultivo bacteriano de las lesiones cutáneas, con el objetivo de identificar el microorganismo causal y orientar un tratamiento antibiótico dirigido, aislándose *Pantoea agglomerans*, compatible con sobreinfecci3n de lesiones fisuradas.

Antes de iniciar terapia antifúngica sistémica se solicitaron pruebas de función hepática Transaminasa Glutámico Oxalacética (TGO) y Transaminasa Glutámico Pirúvica (TGP), ambas dentro de límites normales. Dada la imposibilidad económica del paciente para adquirir terbinafina o itraconazol, se inició tratamiento accesible en el establecimiento de salud conformado por fluconazol 150 mg semanal por 20 semanas (siempre evaluando TGO y TGP a la mitad y al final del tratamiento), ketoconazol crema al 2% a diario después de asearse manos y pies y Ceftriaxona 1 g diario IV por 7 días para manejo de *Pantoea agglomerans*.

Durante las primeras seis semanas se observó disminución progresiva de hiperqueratosis y reducción del prurito. A las 12 semanas las fisuras habían cicatrizado y las placas eran mucho más delgadas. Al completar las 20 semanas se observó resolución clínica casi completa. El paciente refirió recuperación de la funcionalidad manual, mejor tolerancia al caminar y ausencia de dolor, sin efectos adversos del tratamiento (**Figura 4**). Aproximadamente a las 8–10 semanas se observó disminución de la hiperqueratosis subungueal y aparición de crecimiento ungueal proximal con lámina de aspecto más transparente y de grosor normal. Al completar las 20 semanas de tratamiento, las uñas mostraban una reducción notable del engrosamiento y de la decoloración distal, con crecimiento ungueal sano desde la matriz, aunque persistía un discreto remanente distal compatible con el tiempo fisiológico de renovación de la lámina ungueal. La mejoría gradual de la onicomiosis observada en este caso es consistente con el tiempo de crecimiento ungueal y con la respuesta esperada al tratamiento antifúngico sistémico en infecciones por *T. rubrum*. Se decide prolongar el tratamiento con fluconazol 150 mg por 8 a 12 semanas más para corregir la

onicodistrofia y emolientes para eliminar las fisuras residuales en la piel.

DISCUSIÓN

Este caso ejemplifica una forma crónica, extensa e hiperqueratósica de dermatofitosis palmoplantar por *T. rubrum*, complicada por sobreinfección con *Pantoea agglomerans*. Su presentación clínica, evolución prolongada y respuesta al tratamiento aportan elementos de relevancia para países tropicales de América Latina, donde las condiciones ambientales y laborales favorecen las infecciones fúngicas persistentes.

T. rubrum es el dermatofito antropofílico más frecuente globalmente y responsable de la mayoría de las tiñas crónicas.⁶ Su capacidad para evadir la respuesta inmune, su crecimiento lento y su afinidad elevada por la queratina explican su persistencia y su evolución hiperqueratósica en manos y pies.⁷ La localización palmoplantar, especialmente en trabajadores agrícolas expuestos a humedad, fricción continua y micro traumas, incrementa el riesgo de infección crónica.⁸ La tiña palmoplantar hiperqueratósica puede confundirse fácilmente con psoriasis, eccema crónico, dermatitis de contacto o queratodermias hereditarias.⁹ La presencia de fisuras profundas y placas amarillentas gruesas, así como la afectación simultánea de pies y manos, es típica de la variedad mocasín crónica. En este caso, el uso de corticoides tópicos ocluidos produjo mejoría parcial inicial, pero no modificó la hiperqueratosis subyacente, consistente con lo descrito en la literatura sobre “tiña incógnita”.¹⁰ Los esteroides alteran temporalmente el patrón inflamatorio, pero aumentan la susceptibilidad a infección secundaria y retrasan el diagnóstico definitivo.

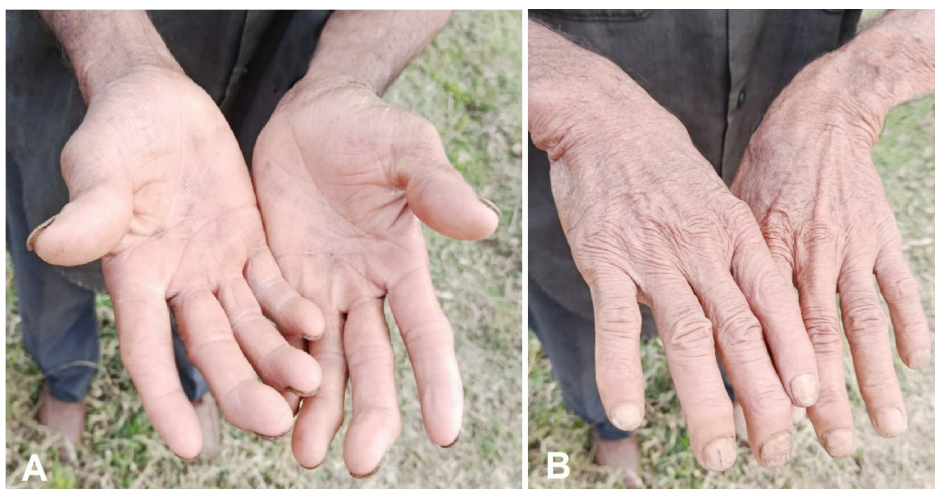


Figura 4. Aspecto final tras 20 semanas de tratamiento antifúngico sistémico. (A) Se aprecia desaparición casi total de la hiperqueratosis y el eritema, se aconseja el uso de emolientes para tratar las pequeñas fisuras residuales. (B) Las uñas muestran una reducción notable del engrosamiento y de la decoloración distal, con crecimiento ungueal sano desde la matriz, aunque persiste un discreto remanente distal compatible con el tiempo fisiológico de renovación de la lámina ungueal, por lo que se decide prolongar tratamiento con fluconazol unas semanas más. La figura fue editada digitalmente para eliminar un reloj, sin alterar los hallazgos clínicos.

Las fisuras y maceración presentes en dermatofitosis hiperqueratósicas crónicas pueden predisponer a sobreinfección bacteriana secundaria, particularmente en ambientes húmedos o en pacientes con exposición ocupacional a suelo o material vegetal, por ese motivo se decidió realizar cultivo bacteriano de las lesiones cutáneas, ya que en dermatofitosis con inflamación marcada o sospecha de infección bacteriana concomitante se recomienda la evaluación microbiológica con el objetivo de identificar el microorganismo causal y orientar un tratamiento antibiótico dirigido.¹¹ La presencia de *P. agglomerans* en piel humana no es común, pero ha sido reportada en infecciones cutáneas de pacientes expuestos a plantas, granos, suelos agrícolas y ambientes húmedos.⁴ Este bacilo gramnegativo es conocido por colonizar piel lesionada, fisuras o heridas por espinas vegetales.¹² Su aislamiento en un paciente con queratodermia inflamatoria crónica sugiere colonización secundaria favorecida por ruptura de barrera cutánea, fisuras dolorosas, maceración por humedad y manipulación de objetos agrícolas.¹³ Los reportes recientes destacan que *P. agglomerans* puede causar celulitis leve, pero responde bien a cefalosporinas de tercera generación, motivo por el cual la ceftriaxona 1 g diario por 7 días fue una elección terapéutica razonable en este caso.¹⁴

El tratamiento estándar de la tiña palmoplantar hiperqueratósica incluye terbinafina 250 mg/día o itraconazol en pulsos.¹⁵ Sin embargo, en regiones con restricciones económicas, el fluconazol semanal continúa siendo utilizado por su accesibilidad y su perfil hepático seguro.⁵ Estudios recientes han demostrado que fluconazol 150–300 mg semanal por 8–24 semanas puede ser eficaz para dermatofitosis crónicas, aunque requiere esquemas más prolongados que otros antifúngicos.¹⁶ En este caso, la duración de 20 semanas permitió la penetración suficiente del fármaco en tejido hiperqueratósico, la eliminación gradual del dermatofito y la resolución de la inflamación secundaria. Es importante destacar que el uso simultáneo de ketoconazol tópico contribuyó a disminuir la carga micótica superficial.

En Centroamérica y el Caribe existe una alta prevalencia de dermatofitosis crónicas debido a clima cálido y húmedo,

ocupaciones agrícolas, calzado cerrado, acceso limitado a servicios de mayor nivel como dermatología o micología y uso indiscriminado de esteroides tópicos porque son de fácil acceso sin receta médica. La literatura reciente subraya un incremento en resistencia antifúngica, particularmente de *T. rubrum* a terbinafina.^{17,18} Aunque el fluconazol no es el fármaco de primera línea, continúa siendo una herramienta valiosa en entornos donde no se dispone de alternativas.¹⁹ Este caso pone de manifiesto que, incluso con recursos limitados, un manejo prolongado y supervisado puede lograr la resolución completa, especialmente cuando se identifica y trata la sobreinfección bacteriana.

La tiña palmoplantar hiperqueratósica por *T. rubrum* representa un desafío clínico importante en regiones tropicales de América Latina. Este caso demuestra que incluso formas extensas y crónicas pueden resolverse con tratamientos antifúngicos sistémicos prolongados cuando no se dispone de los fármacos de primera línea. La identificación de *Pantoea agglomerans* como coinfección rara resalta la necesidad de evaluar sobreinfecciones bacterianas en lesiones fisuradas de larga data. El enfoque diagnóstico adecuado y el seguimiento terapéutico permiten lograr resultados satisfactorios aun en contextos de recursos limitados.

AGRADECIMIENTOS

Se agradece a los Sacerdotes y Frailes Mercedarios de la ciudad de La Paz y al personal del Dispensario Médico de la Merced por haber gestionado y cubierto los gastos de la realización de los exámenes laboratoriales, ya que sin ellos no se hubiese llegado al diagnóstico y recuperación del paciente. También se agradece de gran manera a todo el personal de las Unidades de Salud de las comunidades de Tepanguare y El Astillero por su invaluable apoyo en la atención del paciente.

DETALLES DEL AUTOR

Henry Joel Recarte Perdomo, médico general; henrryrecartep@gmail.com

REFERENCIAS

- Martinez-Rossi NM, Peres NTA, Bitencourt TA, Martins MP, Rossi A. State-of-the-art dermatophyte infections: epidemiology aspects, pathophysiology, and resistance mechanisms. *J Fungi (Basel)*. 2021 Aug 3;7(8):629. doi: 10.3390/jof7080629.
- Mancy A. Chronic dermatophytosis: a clinical, epidemiological, mycological study. *Our Dermatol Online*. 2022;13(1):36-40. doi.org/10.7241/ourd.20221.7
- Zacharopoulou A, Tsiogka A, Tsimpidakis A, Lamia A, Koumaki D, Gregoriou S. Tinea incognito: challenges in diagnosis and management. *J Clin Med*. 2024 ;13(11):3267. doi.org/10.3390/jcm13113267
- Olmos-Alpiste F, Ezquerro GM, Pujol RM. Wound infection by *Pantoea agglomerans* after penetrating plant injury. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2022; Sep-Oct;88(5):633-635. doi.org/10.25259/ijdv.1069_19
- AL-Khikani FO, Ayit A. Major challenges in dermatophytosis treatment: current options and future visions. *Egypt J Dermatol Venerol*. 2021;41(1):1-9. doi.org/10.4103/ejdv.ejdv_23_20
- Iglesias Hernández TM, Velar Martínez RE, Kenguruka DD, Illnait-Zaragoza MT. Estudio clínico-epidemiológico y microbiológico de las dermatofitosis en el adulto. *Belize J Med*. 2024;13(3). doi.org/10.61997/bjm.v13i3.445
- Mina Ortiz JB, Franco García TN, Guevara Cedeño MM, Guerra Sánchez MF, Lascano Garcés MO. Micosis superficiales: una revisión exhaustiva de su patogenidad y respuesta inmune. *Arandu UTIC*. 2024;11(2):592-612. doi.org/10.69639/arandu.v11i2.289
- Srinivas CR, Sethy M. Occupational Dermatoses. *Indian Dermatol Online J*. 2022 Dec 14;14(1):21-31. doi: 10.4103/idoj.idoj_332_22.
- Suárez-Valle A, Domínguez-Santás M, Díaz Guimaraens B, Martín González MM. Protocolo diagnóstico y terapéutico de las infecciones fúngicas de la piel. *Medicine*. 2022;13(47):2769-74. doi.org/10.1016/j.med.2022.01.007
- Zacharopoulou A, Tsiogka A, Tsimpidakis A, Lamia A, Koumaki D, Gregoriou S. Tinea Incognito: Challenges in Diagnosis and Management. *J Clin Med*. 2024 May 31;13(11):3267. doi: 10.3390/jcm13113267.
- Aaron DM. Overview of Dermatophytoses En: *Merck Manual Professional* [Internet]. USA: Merck & Co; 2025. [citado el 16 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://www.merckmanuals.com/professional/dermatologic-disorders/fungal-skin-infections/overview-of-dermatophytoses>
- Okwundu N, Mercer J. *Pantoea agglomerans* cutaneous infection. *J Dermatol Dermatol Surg*. 2019;23(1):41. doi.org/10.4103/jdds.jdds_43_18

13. Vaiman M, Lazarovich T, Lotan G. *Pantoea* agglomerans as an indicator of a foreign body of plant origin in cases of wound infection. *J Wound Care*. 2013 Apr;22(4):182, 184-5. doi: 10.12968/jowc.2013.22.4.182.
14. Kaur IP, Inkollu S, Prakash A, Gandhi H, Mughal MS, Du D. *Pantoea* agglomerans bacteremia: is it dangerous? *Case Rep Infect Dis*. 2020;1-4. doi.org/10.1155/2020/7890305.
15. Barac A, Stjepanovic M, Krajisnik S, Stevanovic G, Paglietti B, Milosevic B. Dermatophytes: Update on Clinical Epidemiology and Treatment. *Myopathologia*. 2024 Nov 21;189(6):101. doi: 10.1007/s11046-024-00909-3.
16. Shendge P, Desai A, Kesare SS. The use of fluconazole in the treatment of superficial fungal infections- A meta-analysis. *IP Indian J Clin Exp Dermatol*. 2022 ;8(2):101-6. doi.org/10.18231/j.ijced.2022.023.
17. Shen JJ, Arendrup MC, Verma S, Saunte DML. The emerging terbinafine-Resistant trichophyton epidemic: what is the role of antifungal susceptibility testing? *Dermatology*. 2022;238(1):60-79. doi: 10.1159/000515290.
18. Kruithoff C, Gamal A, McCormick TS, Ghannoum MA. Dermatophyte Infections Worldwide: Increase in Incidence and Associated Antifungal Resistance. *Life (Basel)*. 2023.19;14(1):1. doi: 10.3390/life14010001.
19. Gaurav V, Bhattacharya SN, Sharma N, Datt S, Kumar P, Rai G, et al. Terbinafine resistance in dermatophytes: time to revisit alternate antifungal therapy. *J Med Mycol*.2021;31(1):101087.doi.org/10.1016/j.mycmed.2020.101087

ABSTRACT. Introduction: Chronic hyperkeratotic palmoplantar tinea is an unusual form of dermatophytosis that can be confused with chronic eczema, keratodermas, or occupational dermatitis, especially in tropical regions where access to specialized diagnosis is limited. *Trichophyton rubrum* is the most frequent causative agent and can persist for years if not identified early. Bacterial superinfection can alter the clinical presentation and exacerbate the inflammation. **Case description:** This is the case of an elderly farm worker from a rural area who presented with chronic acral lesions characterized by severe hyperkeratosis, painful fissures, extensive scaling, and onychodystrophy. He initially received topical steroids with moderate clinical improvement. Direct examination with potassium hydroxide (KOH) showed a scant presence of yeast on the feet and nails, and endothrix elements in the hand hair. Mycological culture isolated *Trichophyton rubrum*, and bacterial culture identified *Pantoea agglomerans*. Liver function tests were normal. Treatment was initiated with fluconazole 150 mg weekly for 20 weeks and daily topical ketoconazole, in addition to ceftriaxone 1 g daily for 7 days for bacterial superinfection. After prolonged antifungal treatment, the patient showed marked clinical improvement with almost complete resolution of the hyperkeratosis and fissures. **Conclusions:** This case highlights the importance of considering chronic dermatophytosis caused by *T. rubrum* in patients with severe palmoplantar hyperkeratosis, especially in tropical rural areas. Atypical mycosis can be exacerbated by bacterial superinfection, altering its presentation. Appropriate microbiological diagnosis and prolonged systemic treatment with fluconazole proved effective, even in resource-limited settings.

Keywords: Keratoderma palmoplantar, Onychomycosis, *Pantoea agglomerans*, Tinea, *Trichophyton*.