

Tinea corporis

Descripción del caso presentado en la sección “¿Cuál es su diagnóstico?” del número anterior

Dra. María L. Gioseffi^a, Dra. María J. Guerdile^b, Dra. Gabriela Boscaro^c,
Dra. Ana Giachetti^a, Dra. Graciela Greco^c, Dra. Melina Nogueiras^a,
Dra. Marcela Bocian^a, Dra. Ana Carbajosa^a y Dra. Margarita Giardelli^a

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino de 8 años de edad, sana.

Consulta por presentar placa eritematosa de 5 x 4 cm en cara anterior de muslo superior izquierdo de una semana de evolución, con límite bien definido. Se observan escamas y costras puntiformes en su superficie y es levemente pruriginosa. Se sumaron luego tres placas pequeñas similares, satélites de la primitiva.

La niña se encuentra afebril, en muy buen estado general.

¿CÓMO ORIENTA EL INTERROGATORIO?

¿Hay otros miembros afectados en el grupo familiar?

¿Hubo contacto con mascotas, como gato, perro, conejo?

¿Realizó algún tratamiento previo a la consulta?

DATOS:

- Único miembro del grupo familiar afectado.
- Niega contacto con mascotas.
- Antecedente de dermatitis atópica: aplicó tacrólimus 0,03% por 3 días y por falta de respuesta consultó en una guardia pediátrica.

¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO?

La presencia de una placa/s eritematoescamosa/s con límites bien definidos, en zonas de piel lampiña, obliga a considerar, entre otros diagnósticos, a la tinea corporis.

CONDUCTA

La madre consultó inicialmente en una guardia pediátrica de otra institución, donde se interpretó la lesión

como eccema impetiginizado; se suspendió el tacrólimus 0,03% ungüento y se medicó con cefalexina vía oral (100 mg/kg/día).

Al 7° día de tratamiento, al ver que el cuadro empeoraba con progresión del eritema, aparición de lesiones satélite y aumento del prurito, consultó en la sección Dermatología Pediátrica de nuestro hospital.

Con la sospecha clínica de tinea, un interrogatorio más exhaustivo evidenció el contacto ocasional con un conejo en una granja, días previos al inicio de las lesiones.

Se tomó una muestra de las escamas para realizar los estudios micológico directo y cultivo.

El examen directo fue positivo.

La extensión y el componente inflamatorio determinaron la elección de la vía oral para el tratamiento. Indicamos griseofulvina a 20 mg/kg/día en una dosis diaria, junto con un alimento graso para optimizar su absorción.

La mejoría fue progresiva con disminución del eritema, de las escamas y el prurito.

Se suspendió a los 21 días; la paciente sólo presentaba leve hiperpigmentación residual.

A los 30 días, el cultivo confirmó la presencia de *Trichophyton mentagrophytes*.

TINEA CORPORIS

Las tineas o dermatoficias son micosis superficiales producidas por hongos queratinofílicos llamados dermatofitos; pertenecen a tres géneros: *Microsporum*, *Trichophyton* y *Epidermophyton*.

Mediante queratinasas hidrolizan la queratina y así colonizan los tejidos

a. Sección Dermatología.

b. Clínica.

c. Laboratorio Bacteriología. Departamento de Pediatría. Hospital Italiano de Buenos Aires.

Correspondencia:
Dra. María L. Gioseffi
lauragioseffi@fibertel.com.ar

Recibido: 21-4-09
Aceptado: 21-4-09

queratinizados: piel, pelo y uñas. No viven en las mucosas.

Generan en el huésped una respuesta inmunitaria de tipo celular y el proceso inflamatorio dermoepidérmico tiene características semejantes al eccema.

Según su parasitismo se clasifican en antropófilos, zoófilos y geófilos de acuerdo con su adaptación al hombre, los animales o el suelo, respectivamente:

- Antropófilos: el contagio es interhumano, directo de piel a piel o a través de fomites. Ej.: *T. rubrum*, *T. mentagrophytes*.
- Zoófilos: parasita el cuero de los animales. El contagio al hombre es común, pero la inversa es infrecuente. Ej.: *Microsporum canis*.
- Geófilos: Ej.: *M. Gypseum*.

Las diferentes especies tienen afinidad selectiva por las distintas clases de queratina:

Microsporum: piel, pelo.

Epidermophyton: piel, uña.

Trichophyton: piel, pelo, uña.

Las tineas son las micosis superficiales más frecuentes en la infancia.

Son más comunes en verano y en climas húmedos.

Las enfermedades que alteran la inmunidad celular favorecen su extensión (diabetes, enfermedades sistémicas).

La expresión clínica depende de factores del hongo (afinidad selectiva, virulencia) y del huésped (integridad de la piel, humedad, factores séricos, susceptibilidad genética). Los ácidos grasos producidos en la pubertad tienen acción antifúngica.

Desde el año 2001, Larralde y col. advirtieron un cambio epidemiológico con la incorporación

de *T. mentagrophytes* como agente causal de tineas transmitidas por conejos. Desde entonces su frecuencia sigue en aumento. Su aspecto es muy inflamatorio y un contacto fugaz con la mascota es suficiente para el contagio.

Junto con *M. canis* constituyen las dos principales etiologías de tiñas de piel lampiña en nuestro medio.

Clínica

Puede afectarse cualquier región de piel lampiña; es más común en cara, tronco y miembros.

Inicialmente hay pápulas que coalescen formando placas eritematoescamosas con crecimiento centrífugo y un centro que tiende a aclarar. Esto determina una configuración anular y a veces circinada por confluencia de las lesiones.

El borde puede presentar vesículas, pápulas o pústulas y siempre está bien definido.

La localización en general es unilateral, con patrón asimétrico.

T. mentagrophytes produce mayor respuesta inflamatoria que las dermatofitiasis zoófilas (*M. canis*). El inicio es agudo y la diseminación es muy rápida.

El diagnóstico es clínico y ante la sospecha debe realizarse el estudio micológico, que rápidamente aclara el diagnóstico.

El material se obtiene mediante el raspado de la placa con un bisturí y las escamas se colocan entre dos portaobjetos (ver Figura 1).

La tinción con hidróxido de potasio al 10% mezclado con tinta azul Parker en partes iguales revela la presencia de micelios hialinos tabicados y ramificados. Recientemente se incorporó la tinción calcoflúor en nuestro hospital, que mediante fluorescencia confirma la presencia de micelios. Es más sensible que el hidróxido de potasio ya que la fluorescencia descubre rápidamente los micelios en el fondo oscuro (ver Figura 2).

FIGURA 1. Toma de material para un estudio micológico, directo y cultivo. Se obtienen escamas mediante el raspado con un bisturí y se colocan entre dos portaobjetos



FIGURA 2. Micológico directo: tinción con calcoflúor. La fluorescencia identifica la presencia de micelios



El material también se incuba en los medios agar Saboureaud y agar Lactrimel para el cultivo. Las colonias crecen lentamente y se visualizan a partir de los 20 días (ver Figura 3).

Para su tipificación se obtiene parte de este material y se tiñe con azul de lactofenol. *T. men-*

FIGURA 3. Cultivo: se visualizan las colonias en los medios de agar Saboureaud y agar lactrimel

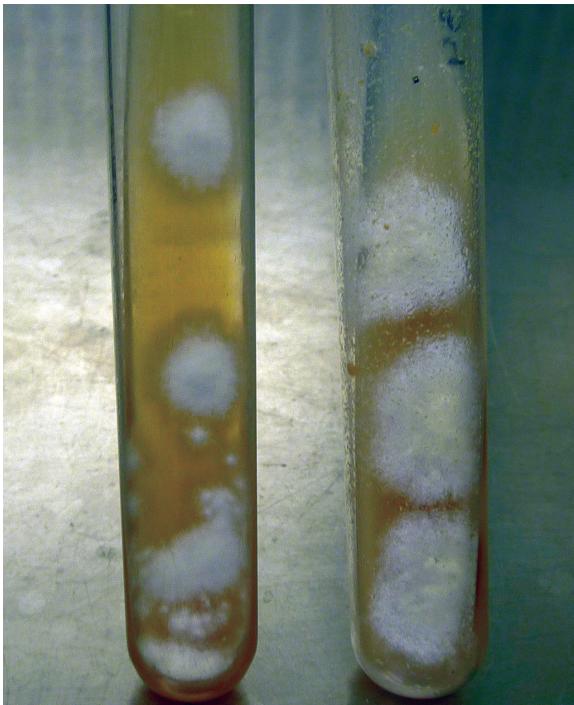


FIGURA 4. Tinción con azul de lactofenol de material tomado del cultivo. Presencia de hifas espiraladas características de *T. mentagrophytes*



tagrophytes desarrolla hifas espiraladas características (ver Figura 4).

El rápido proceso, bajo costo e inocuidad hacen que el estudio micológico directo sea un complemento ideal para confirmar la sospecha clínica de tinea.

El trípode: interrogatorio dirigido, clínica y micológico directo esclarece el diagnóstico y orienta el tratamiento.

Diagnósticos diferenciales

- *Eccema numular*: (ver Figura 5). Las placas son eritematosas, con escamas y el borde es neto. Una particularidad clínica: al tomar el material para el micológico, pese a visualizarse cantidad de escamas, son pocas las que pueden recolectarse. Su desprendimiento es dificultoso, a diferencia de la tinea, en que caen fácilmente.
- *Psoriasis*: (ver Figura 6). La escama es blanquecina, localización simétrica, raspado metódico.
- *Impétigo*: (ver Figura 7). Presencia de costra melicérica, rápida progresión clínica.
- *Granuloma anular*: (ver Figura 8). Placa eritematosa redondeada u oval, con borde activo, sin escamas.
- *Placa madre de pitiriasis rosada de Gibert*: (ver Figura 9). Placa eritematosa, ovalada, con escama de ubicación central sin alcanzar la totalidad de la placa.
- *Dermatitis por contacto de tipo Lucky-Luke*: (ver Figura 10). En región superior externa del glúteo, por dermatitis de contacto a la banda elástica del pañal. Placa eritematosa redondeada, bien delimitada. Puede contener vesículas, escamas y costras en la superficie. Es muy pruriginosa.

FIGURAS 5. *Eccema numular*: placa eritematosa, con escamas y borde neto. Generalmente pruriginosa



FIGURA 6. *Psoriasis. Escama blanquecina, bordes netos. Asintomática*



FIGURA 7. *Impétigo. Costra melicérica, rápida progresión clínica*



FIGURA 8. *Granuloma anular. Placa eritematosa redondeada u oval, con borde activo que evidencia discreto resalto. Sin escamas. Generalmente en dorso de pies o manos*



FIGURA 9. *Placa madre de pitiriasis rosada de Gibert. Eritematosa, ovalada, con escama de ubicación central, sin alcanzar la totalidad de la placa*



FIGURA 10. *Dermatitis por contacto de tipo Lucky-Luke en el cuadrante superoexterno del glúteo. Es secundaria al contacto de la piel con la banda elástica del pañal*



Tratamiento

Si el huésped es inmunocompetente y la enfermedad es limitada, el tratamiento es tópico.

Los antimicóticos tópicos del grupo de los imidazoles (clotrimazol 2 veces/día, econazol y oxiconazol 1 vez/día) se utilizan diariamente por 2-4 semanas, hasta una semana después de la resolución clínica. Son fungistáticos.

Los nuevos agentes del grupo de las alilaminas (terbinafina) se aplican 2 veces/día.

La eficacia es similar a la de los imidazoles, pero se logra en menor tiempo, debido a que son fungicidas.

Un error frecuente es prescribir la asociación antifúngico-esteroide, sin confirmar el diagnóstico de tinea previamente. No es recomendable por varios motivos:

- altera el aspecto de la lesión: suprime la inflamación sin erradicar la infección (tinea incógnita);
- confunde el diagnóstico con otras patologías;
- prolonga el tratamiento con los consecuentes efectos adversos de los esteroides;
- es más costoso que el antifúngico como monodroga.

Ante la duda diagnóstica sugerimos evitar la medicación tópica sin la toma previa de material para el estudio micológico.

Si la afección es extensa, las placas presentes son varias (más de cinco) o hubiera mala respuesta al tratamiento tópico, se indica el antifúngico por vía oral. El tratamiento de elección es griseofulvina 20 mg/kg/día junto a un alimento graso y, como segunda opción, puede utilizarse terbinafina en niños mayores de 2 años (62,5 mg/día en menores de 20 kg, 125 mg/día en niños de 20-40 kg y 250 mg/día en mayores de 40 kg).

Tinea corporis: importante recordar

- Ante la duda diagnóstica no iniciar tratamiento y realizar un estudio micológico directo.
- Al confirmar el diagnóstico rastrear la mascota potencialmente transmisora y derivarla al veterinario.
- Incluir al conejo entre las mascotas transmisoras, además de gatos y perros.
- *T. mentagrophytes* es altamente infectante: un contacto efímero es suficiente para contagiar la tinea. Considerar esta característica en el interrogatorio.
- Evitar las combinaciones esteroide-antifúngico, ya que no erradican la infección, confunden el diagnóstico, prolongan el tratamiento, suman efectos adversos y son más costosas.
- Si la afección es extensa, muy inflamatoria o fracasa el tratamiento tópico, los antifúngicos utilizados son griseofulvina, en primera instancia, y, en segundo término, terbinafina. Para menores de 2 años sugerimos el fluconazol. ■

BIBLIOGRAFÍA

- Hurwitz S. Skin disorders due to fungi. En: Hurwitz S. Clinical and pediatric Dermatology. Filadelfia: WB Saunders; 1993. Pág.379-382.
- Friedlander S, Rueda M, Chen B, Cáceres Ríos H. Fungal, protozoal and helminthic infections. En: Schachner L, Hansen R. Pediatric Dermatology. Filadelfia: Mosby; 2003. Págs.1093-1103.
- Larralde de Luna M, González V, Label M. Variación clínica y epidemiológica de dermatofitias zoófilas. *Arch Argent Pediatr* 2001;99(3):205-209.
- Dermatophyte tinea infections. UpToDate on line. [Acceso: 16 de abril de 2009] Disponible en: <http://illman2.osr.columbia.edu:2048>