

Caso clínico

Tiña facial. A propósito de un caso con mecanismo de transmisión poco habitual

Larissa Dorina López-Cepeda,* Isabel Cristina Sánchez-Yarzagaray**

RESUMEN

Las dermatofitosis son el conjunto de micosis superficiales que afectan la piel, que pueden adquirirse por contacto directo y estrecho entre personas, con animales o del suelo y pueden afectar cualquier parte de la superficie corporal. En México se ubican entre las 10 dermatosis más frecuentes. Se comunica el caso de una paciente de 10 años de edad, con tiña facial de un año de evolución, adquirida mediante un mecanismo de transmisión inusual, ya que realizaba pedicura a su padre quien tenía onicomicosis.

Palabras clave: Dermatofitosis, tiña facial, micosis superficiales.

ABSTRACT

Dermatophytosis are a group of superficial mycosis that can affect skin surface; they can be acquired by direct and stretch contact among persons, with animals or the ground, and they can affect any part of the corporal surface. It is one of the ten most frequent dermatosis in Mexico. We communicate a 10 years old female with a one year evolution facial tinea, acquired by an unusual mechanism of transmission, because she made pedicure to her father with onychomycosis.

Key words: Dermatophytosis, facial tinea, superficial mycosis.

INTRODUCCIÓN

Las dermatofitosis son micosis superficiales que afectan piel y anexos. Son producidas por hongos dermatofitos queratinofílicos de los géneros *Trichophyton*, *Microsporum* y *Epidermophyton*. Estos hongos, según su origen y tropismo, pueden ser: antropofílicos, zoofílicos o geofílicos, ya que pueden adquirirse por contacto directo y estrecho de persona a persona, por los animales o por el suelo y afectar cualquier parte de la superficie corporal.¹

EPIDEMIOLOGÍA

Los dermatofitos, hongos filamentosos potencialmente patógenos para el hombre y los animales, generan

enfermedades de distribución mundial que pueden, en algunos casos, limitarse a zonas geográficas específicas. En la actualidad la distribución de dermatofitos es muy variable debido al gran movimiento migratorio de los seres humanos.

En México, las dermatofitosis constituyen uno de los padecimientos más comunes de la consulta dermatológica, ubicándose entre las 10 dermatosis más frecuentes.^{2,3} Predominan en zonas tropicales y afectan por igual a hombres y mujeres de todas las edades.²

En lo que respecta a la tiña facial (TF), es más frecuente en población pediátrica y en adultos jóvenes. Predomina en el sexo femenino y la forma habitual de contagio es a través de contacto directo con mascotas infectadas.^{2,4}

Representa aproximadamente 19% de todas las infecciones fúngicas superficiales en los niños.⁵

El agente etiológico más frecuentemente encontrado en las tiñas de la piel lampiña es el *Trichophyton rubrum*, aunque en una serie de casos publicados por Del Boz y colaboradores en la que se incluyeron 818 pacientes pediátricos (73 con afección facial), se encontró que el agente causal más frecuente era el *Trichophyton mentagrophytes*.⁴

* Médico adscrito a la Consulta General.

** Residente del tercer año de Dermatología.

PATOGENIA

Es ocasionada principalmente por los dermatofitos *Trichophyton rubrum*, *Trichophyton mentagrophytes*, *Microsporum canis* y *Microsporum nanum*.^{1,5}

La infección se adquiere por estar en contacto directo con mascotas infectadas (perros, ratones, etc.) y por autoinoculación a partir de otro foco en la cabeza, cuerpo, pies o uñas.⁵

Al entrar en contacto con la superficie queratinizada (piel, pelo, uñas) los dermatofitos liberan queratinasas que les permiten invadir exitosamente el estrato córneo.⁵

CUADRO CLÍNICO

Como ya se mencionó, la TF se encuentra limitada a la piel glabra de la cara. Las zonas más afectadas son las mejillas, seguidas de la región periorbitaria, el mentón y la frente, respetando barba y bigote en el hombre.⁵

Se caracteriza clínicamente por la presencia de una o múltiples placas eritematosas de borde bien definido, las cuales siguen un trayecto serpiginoso elevado, con escama fina y microvesículas generalmente confinadas a la periferia de las lesiones.⁵

DIAGNÓSTICO

Se realiza con base en las características clínicas de morfología y topografía de la dermatosis y se confirma solicitando un examen micológico directo con hidróxido de potasio (KOH), el cual es altamente sensible y específico, lo que permite visualizar las hifas y el cultivo del dermatofito para la identificación específica del agente causal.^{2,5}

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Se realiza con otras dermatosis eritematoescamosas que afectan la misma topografía, como la dermatitis seborreica y la dermatitis de contacto irritativa o alérgica. Con menos frecuencia debe diferenciarse de las fotodermatitis, del lupus eritematoso y de la erupción polimórfica lumínica.²

TRATAMIENTO

El manejo de las dermatofitosis puede ser tópico o sistémico, según la extensión de la enfermedad. En el caso de la TF, el método de elección es el tópico, con fungicidas y fungistáticos. La respuesta observada con azoles, ciclopiroxolaminas y alilaminas es

excelente. Debe mantenerse de cuatro a seis semanas, dos a tres veces al día, obteniéndose la remisión completa del cuadro. La terapia sistémica sólo se recomienda en casos de resistencia o muy diseminados, sugiriéndose itraconazol 200 mg/día por una semana o 100 mg/día por dos semanas, terbinafina 250 mg/día dos a cuatro semanas, fluconazol 50 mg/día por tres a seis semanas o 150 mg/semanales por tres a cuatro semanas.^{1,2,5}



Figura 1. Aspecto general de la dermatosis. Se observa importante eritema y escama que confluyen en placas elevadas con microvesículas y costras melicéricas.



Figura 2. Puede observarse la dermatosis comprometiendo hemicara derecha constituida por eritema y escama.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de una paciente de 10 años de edad que acudió a esta unidad por presentar dermatosis de un año de evolución, localizada en cabeza de la que comprometía cara y de esta última, mejilla derecha, párpados superior e inferior derechos y dorso nasal. Bilateral y asimétrica. Dicha dermatosis estaba constituida por eritema y escama que confluían para formar una placa de 15 por 10 cm, de bordes bien definidos, elevados, con algunas microvesículas y costras melicéricas. De evolución crónica y asintomática (**Figuras 1 y 2**).

Había recibido múltiples tratamientos tópicos conjugados (antibiótico, antimicótico y esteroide), sin éxito.

En el resto de la piel y anexos la paciente no presentaba lesiones ni tenía antecedentes patológicos o no patológicos de importancia para su dermatosis.

Con la sospecha clínica de tiña facial con corticoestropo se inició un interrogatorio dirigido en busca de la fuente de contagio, se nos informó que la paciente tenía la costumbre de realizar pedicura a su padre, a quien al examinar encontramos clínicamente con onicomicosis total (**Figura 3**).

El diagnóstico definitivo de tiña facial por *T. rubrum* con corticoestropo se confirmó por examen micológico

directo y cultivo en el laboratorio de micología de esta unidad dermatológica (**Figuras 4 a 6**). Se inició tratamiento tópico con ketoconazol en crema, obteniendo curación de 100% en un periodo de cuatro semanas.

COMENTARIO

Este caso de TF muestra un mecanismo de transmisión completamente inusual del que, de acuerdo con nuestra revisión de la literatura internacional, no existe ninguna otra comunicación, por lo que consideramos importante su publicación. Por otra parte, a pesar de que la paciente había sido multimalturada antes de acudir a esta unidad, evolucionó favorablemente con



Figura 3. Dermatitis del padre localizada en miembro inferior izquierdo, comprometiendo uña de primer artejo, constituida por hiperqueratosis subungueal, onicólisis y leuconiquia.

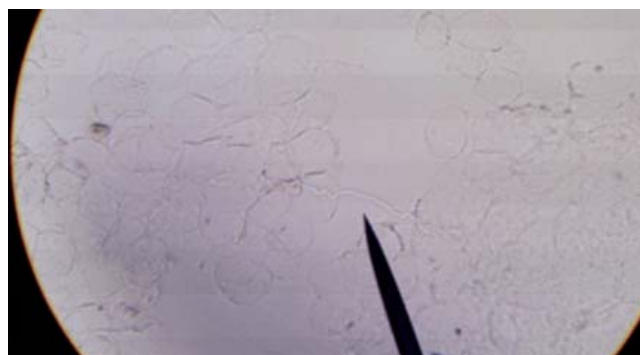


Figura 4. Examen directo. Podemos ver abundantes filamentos tortuosos y birrefringentes.



Figura 5.

Cultivo blanco algodonoso con reverso rojo vinoso, compatible con *T. rubrum*.

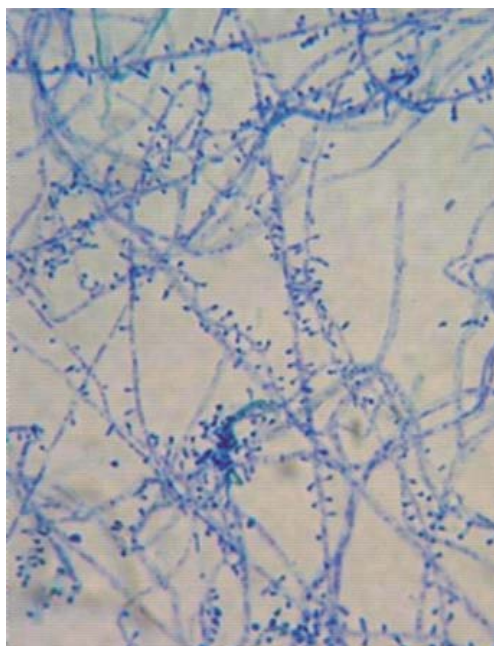


Figura 6. Examen directo. Múltiples filamentos delgados con abundantes microconidios piriformes, dispuestos a uno y otro lado de la hifa compatible con *T. rubrum*.

el tratamiento aplicado con ketoconazol tópico cada 12 horas por cuatro semanas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gómez A, Borbujo J. Dermatomicosis: pautas actuales de tratamiento. *JANO*. 2003; 65: 420-427.
2. Rodríguez M, Padilla M, Siu C. Tiña de la cara por *Microsporum canis*. *Rev Cent Dermatol Pascua*. 2009; 18: 65-67.
3. Bonifaz A. *Dermatofitosis. Micología médica básica*. 3a edición. México, D.F.: McGraw Hill; 2010. pp. 60-99.
4. Del Boz J, Crespo V, De Troye M. Pediatric tinea faciei in southern Spain: a 30-year survey. *Pediatr Dermatol*. 2012; 29: 249-253.
5. Sánchez-Saldaña L, Matos-Sánchez R, Kumakawa H. Infecciones micóticas superficiales. *Dermatología Peruana*. 2009; 19: 227-266.

Correspondencia:

Dra. Larissa López-Cepeda
Dr. Vértiz Núm. 464, esq. Eje 3 Sur,
Col. Buenos Aires, 06780,
Deleg. Cuauhtémoc,
Ciudad de México, México.
Tel: 55196351
E-mail: larisslo@yahoo.com.mx