

Dermatofitosis cutánea atípica. Reporte de cinco casos

Atypical cutaneous dermatophytosis. Report of five cases

PATRICIA MANZANO GAYOSSO*, FRANCISCA HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ*

LUIS JAVIER MÉNDEZ TOVAR**, ROSARIO GARCÍA SALAZAR***, ERIKA CÓRDOVA MARTÍNEZ*,

YANNI PALACIOS MORALES***, ELVA BAZÁN MORA*, RUBÉN LÓPEZ MARTÍNEZ*

*Laboratorio de Micología Médica, Departamento de Microbiología y Parasitología, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

**Laboratorio en Investigación Médica en Dermatología y Micología "Dr. Ernesto Macotela", Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS, México.

***Servicio de Medicina Interna, Dermatología, Hospital General "Dr. Darío Fernández Fierro", ISSSTE, México.

RESUMEN

LA DERMATOFITOSIS TÍPICA DE LA PIEL GLABRA, BAJO EL EFECTO DE TRATAMIENTO CON ESTEROIDES O DE ALGUNAS ENFERMEDADES INMUNOSUPRESORAS, PUEDE MODIFICAR SUS CARACTERÍSTICAS EN FORMA ATÍPICA O INCÓGNITA Y EN CONSECUENCIA ES POSIBLE QUE SE CONFUNDA CON OTRAS DERMATOSIS. ESTE TRABAJO DESCRIBE LOS CASOS DE CINCO PACIENTES CON DIFERENTES ENFERMEDADES SISTÉMICAS DESCOMPENSADAS Y QUE PRESENTABAN MANIFESTACIONES CUTÁNEAS ATÍPICAS DE DERMATOFITOSIS: DOS RELACIONADOS CON LA APLICACIÓN DE CORTICOESTEROIDES. CUATRO DE ESTAS DERMATOFITOSIS FUERON CAUSADAS POR *TRICHOPHYTON RUBRUM* VARIEDAD "YELLOW" Y UNO POR *T. TONSURANS*. MEDIANTE LA PRUEBA DE SENSIBILIDAD A KETOCONAZOL, ITRACONAZOL, FLUCONAZOL Y TERBINAFINA SE DEMOSTRÓ SENSIBILIDAD EN TODOS LOS AISLAMIENTOS. EL TRATAMIENTO FUE DIFERENTE PARA CADA PACIENTE E INCLUYÓ FLUCONAZOL O TERBINAFINA POR VÍA SISTÉMICA ADICIONADO DE AMOROLFINA TÓPICA (EN DOS CASOS). DESPUÉS DE SEIS SEMANAS SE OBTUVO CURACIÓN CLÍNICA Y MICOLÓGICA. LA "TINEA INCOGNITO" NO SIEMPRE ESTÁ ASOCIADA A TRATAMIENTO CON ESTEROIDES.

PALABRAS CLAVE: DERMATOFITOSIS ATÍPICA, *TRICHOPHYTON RUBRUM*, TINEA INCOGNITO

ABSTRACT

STEROID TREATMENT OR SOME IMMUNOSUPPRESSIVE DISEASES CAN MODIFY THE TYPICAL DERMATOPHYTOSIS OF GLABROUS SKIN, CAUSING ATYPICAL PATTERNS, INCLUDING TINEA INCOGNITO, WHICH CAN BE MISTAKEN WITH OTHER DERMATOSES. "TINEA INCOGNITO" IS NOT ALWAYS ASSOCIATED WITH STEROID TREATMENT. WE DESCRIBE FIVE PATIENTS WITH DIFFERENT SYSTEMIC UNCONTROLLED DISEASES WHICH PRESENTED ATYPICAL CUTANEOUS MANIFESTATIONS OF DERMATOPHYTOSIS: TWO OF THEM RELATED WITH STEROIDS TREATMENT. FOUR DERMATOPHYSSES CASES CAUSED BY *TRICHOPHYTON RUBRUM* VAR. "YELLOW" AND ONE BY *T. TONSURANS*. USING ANTIFUNGAL SUSCEPTIBILITY MICRODILUTION IN BROTH TEST, THE ISOLATED STRAINS SHOWED SUSCEPTIBILITY TO KETOCONAZOLE, ITRACONAZOLE, FLUCONAZOLE AND TERBINAFINE. THE TREATMENT WAS DIFFERENT FOR EACH PATIENT AND INCLUDED ORAL FLUCONAZOLE OR TERBINAFINE PLUS TOPICAL AMOROLFINE (TWO CASES). A CLINICAL AND MYCOLOGICAL CURE WAS OBTAINED IN SIX WEEKS.

KEY WORDS: ATYPICAL DERMATOPHYTOSIS, *TRICHOPHYTON RUBRUM*, TINEA INCOGNITO

CORRESPONDENCIA:

Dra. Patricia Manzano Gayoso
Laboratorio de Micología Médica. Departamento de Microbiología y Parasitología. Facultad de Medicina, UNAM, Ciudad Universitaria, CP 04510, México, D.F.
Tel: +(55) 56 23 24 58 Fax: +(55) 56 23 24 60
Correo electrónico: angelesmg@liceaga facmed.unam.mx

Introducción

Las dermatofitosis o tiñas son las micosis superficiales más comunes y de amplia distribución geográfica. La frecuencia de las diferentes formas clínicas es variada y generalmente está relacionada con diversos factores como el dermatofito causal, la edad y el nivel socioeconómico de la población. En países como España, por ejemplo, la dermatofitosis localizada en piel glabra es la forma más frecuente (40.8%).¹ En México, esta forma clínica se presenta entre 8.2% y 37% de las

micosis diagnosticadas en la consulta dermatológica.²⁻⁵ En general, el diagnóstico clínico de esta forma de dermatofitosis es sencillo, sin embargo, en algunas ocasiones se dificulta por el uso de corticoesteroides tópicos y sistémicos, ya que modifican la morfología típica de las lesiones cutáneas: placas anulares eritematosas cuyo borde se levanta, con escamas, vesículas o pápulas, acompañadas de prurito. La “*tinea incognita*” la describieron inicialmente Ive y Marks en pacientes con dermatofitosis tratadas con corticoesteroides tópicos, quienes presentaron modificación de las lesiones,⁶ dando el aspecto de otras patologías dermatológicas como dermatitis seborreica, rosácea, granuloma anular, lupus eritematoso discoide, lupus eritematoso subagudo, eritema anular centrífugo, dermatitis numular, eczema, pitiriasis rosada, dermatitis atópica, liquen crónico simple, lesiones psoriasisiformes y rosácea. Kaviarasan *et al.* observaron que la dermatofitosis cutánea en los pacientes VIH positivos se caracterizaban por descamación difusa mínima, y en ocasiones eritema y/o prurito discretos.⁷ Se ha informado que de las especies de dermatofitos, *Trichophyton rubrum* es el principal agente causal.⁸

El objetivo de este trabajo es presentar los casos de cinco pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital General “Dr. Darío Fernández Fierro”, por diferentes enfermedades sistémicas, quienes además presentaban lesiones cutáneas atípicas, en las que además se demostró infección por dermatofitos.

Casos clínicos

Caso 1. Varón de 68 años de edad, con diabetes mellitus tipo II, hipertensión arterial, cirrosis hepática y evento vascular cerebral isquémico. Presentaba dermatosis de tres meses de evolución, localizadas en cara posterior del tronco, caracterizadas por placas anulares, confluentes, de borde hipocrómico y con escamas gruesas; el centro de la lesión hipocrómico y con aspecto atrófico (figura 1). El paciente no refirió sintomatología.

Caso 2. Varón de 50 años con artritis reumatoide de 25 años de evolución, tratada con betametasona por vía IM durante 15 años y antiinflamatorios no esteroideos; e hipertensión arterial crónica. Presentaba una dermatosis de tres meses de evolución, diseminada al tercio superior de brazos y cara anterior de ambos miembros pélvicos, caracterizada por descamación gruesa y abundante, de predominio marginal; algunas placas eritematosas, con centro hipocrómico, acompañadas de prurito moderado (figura 2).

Caso 3. Varón de 69 años, con hipertensión arterial y cardiopatía crónica. Presentaba dermatosis diseminada al

cuello y cara anterior del antebrazo izquierdo de un mes de evolución. Las lesiones del cuello constituidas por eritema, liquenificación y descamación fina; la parte inferior mostraba un borde notablemente eritematoso y moderadamente elevado. Las lesiones del antebrazo consistían de placas anulares, confluentes, de borde eritematoso, elevado y circinado, acompañadas de prurito intenso (figura 3).

Caso 4. Mujer de 79 años, con diabetes mellitus tipo II e insuficiencia renal crónica. Presentaba padecimiento cutáneo de un mes de evolución, asintomático. La lesión localizada en tercio inferior de la pierna izquierda, caracterizada por una placa redonda de 5 cm de diámetro, eritema intenso y escamas gruesas (Figura 4).

Caso 5. Mujer de 70 años, con hipertensión arterial e insuficiencia cardíaca crónica, con dermatosis de tres meses de evolución, asintomática, localizada en mejilla y párpado derecho, constituida por eritema difuso y descamación lige-

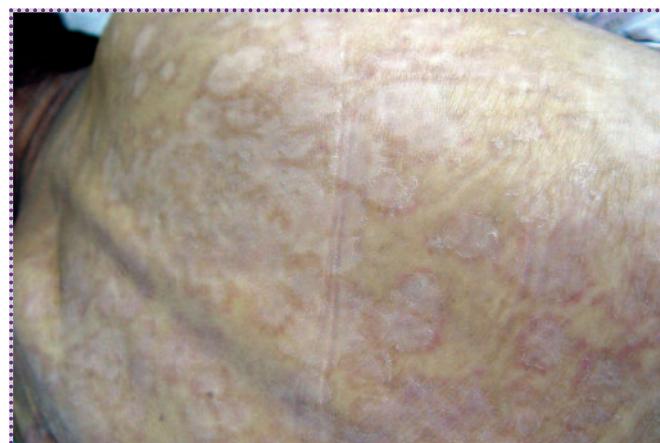


Figura 1. Placas anulares, confluentes, centro hipocrómico, de aspecto atrófico, localizadas en la cara posterior del tronco.



Figura 2. Placas eritematosas con descamación gruesa y abundante, localizadas en el muslo izquierdo.

ra en el margen de la lesión (Figura 5). La paciente se aplicó crema a base de betametazona, clotrimazol y yodohidroxiquinoleina durante dos meses.

Los diagnósticos clínicos fueron: caso 1, placas acróemicas, lupus eritematoso subagudo; caso 2, eczema, dermatitis exfoliativa; caso 3, dermatitis reacional secundaria a drogas, eritema anular; caso 4, dermatitis numular, liquen crónico simple; y caso 5, eritema facial secundario a drogas.

Los estudios micológicos y de sensibilidad antifúngica se realizaron en el Laboratorio de Micología Médica, Facultad de Medicina, UNAM. A todos los pacientes se les realizó examen microscópico directo de las escamas con KOH 15%, en el cual se observaron hifas septadas, ramificadas, hialinas. Las escamas se sembraron en agar dextrosa Sabouraud con y sin cloranfenicol y cicloheximida, e incubadas a 28° C durante 15 días. Se realizó estudio morfológico macro y microscópico de los aislados obtenidos. En los casos 1, 2, 4 y 5 las colonias eran blancas, algodonosas, rodeadas por un halo rojo-amarillento. En la morfología microscópica se observaron escasos microcondios piriformes, dispuestos de manera alterna a lo largo de la hifa. En estos aislados se realizaron diferentes pruebas siguiendo el esquema de Kane: crecimiento en agar lactrimel y en agar NaCl al 5%; producción de pigmento en agar peptona al 1%, prueba de producción de ureasa y perforación en pelo.⁹ Con los resultados obtenidos se identificó *Trichophyton rubrum* variedad "Yellow".

En el caso 3, las colonias eran aterciopeladas, plegadas, de color beige; microscópicamente se observaron hifas irregulares, distalmente engrosadas, además de abundantes conidios piriformes, alargados, dispuestos lateralmente sobre la hifa y algunos clamidoconidios. Este aislado se identificó como *T. tonsurans*. Por otro lado, a cada aislado se le realizó prueba de sensibilidad por el método de microdilución en caldo RPMI, para ketoconazol, itraconazol, fluconazol y terbinafina, siguiendo la técnica establecida en el documento M38-A.¹⁰ Los rangos de concentración mínima inhibitoria obtenidos fueron: para ketoconazol, de 0.125 a 1.0 µg/mL; itraconazol, de 0.06 a 0.25 µg/mL; fluconazol, 2.0 µg/mL; terbinafina, de 0.03 a 0.06 µg/mL. Estos valores estuvieron dentro del criterio de sensibilidad. Para los casos 1 y 2 se indicó tratamiento con fluconazol por vía bucal, 150 mg semanal y clorhidrato de amorofina tópica durante seis semanas; en el caso 4 sólo se indicó fluconazol en la misma dosis. Para los casos 3 y 5 se prescribió terbinafina 250 mg diarios, durante 30 días. En los cinco casos se obtuvo una curación clínica y micológica al término del periodo de tratamiento.

Discusión

La ausencia de manifestaciones cutáneas características en la dermatofitosis atípica o "tinea incógnito" hacen difícil establecer un diagnóstico preciso; estas manifestaciones son



Figura 3. Placas anulares, confluentes con un borde eritematoso y circinado moderadamente elevado, localizado en el antebrazo izquierdo.



Figura 4. Placa redonda con eritema intenso y escama gruesa, localizado en la pierna.

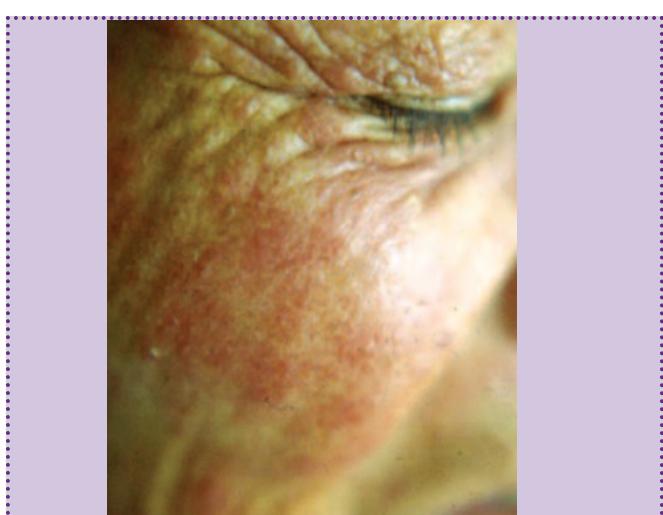


Figura 5. Eritema difuso en la mejilla y párpado.

similares a una serie de padecimientos dermatológicos.^{8,11-18} Desde la primera publicación este padecimiento se relacionó con el uso prolongado de corticoesteroides.⁶ En los pacientes VIH positivos o con otra alteración en la respuesta inmune, se llegan a presentar lesiones muy extensas.¹⁹⁻²⁰ En el presente estudio, todos los diagnósticos clínicos establecidos fueron diferentes a dermatofitosis como placas acrómicas, lupus eritematoso subagudo, liquen crónico simple, dermatitis numular, dermatitis exfoliativa, eczema, eritema anular y eritema facial secundario a drogas. Sólo dos pacientes tuvieron el antecedente de uso prolongado de corticoesteroides, uno para el tratamiento de artritis reumatoide (paciente 2) y otro para el tratamiento del eritema facial (paciente 5). Los otros tres presentaron otras enfermedades subyacentes, de las que destaca diabetes mellitus.

Se ha descrito que *M. canis* rara vez causa dermatofitosis extensas y atípicas en pacientes VIH.¹⁹ Gorani *et al.* describieron dermatofitosis atípica causada por *M. canis* en un paciente adulto diabético.¹¹ Sin embargo, el principal agente causal relacionado con estas manifestaciones ha sido *T. rubrum*, como lo describieron Romano *et al.*: de 207 casos de dermatofitosis atípica, alrededor de 50% fueron causados por este dermatofito, seguido por *T. mentagrophytes* y *M. canis*.⁸ H. M. Feder describió un caso de dermatofitosis atípica por *T. tonsurans* localizada en cuello y diagnosticada como eritema migrans, en una niña de 12 años que no respondió al tratamiento con amoxicilina.²¹

En el presente estudio, en cuatro pacientes se identificó *T. rubrum*, todos variedad "Yellow", dato no publicado en ninguna de las casuísticas precedentes; y un caso ocasionado por *T. tonsurans*.

En la dermatofitosis atípica se han utilizado diversos antifúngicos tópicos y sistémicos, las drogas más comunes son los azoles y las alilaminas.^{8,13,18} En nuestros pacientes, el resultado obtenido de la prueba de sensibilidad *in vitro* de los aislados frente a los diferentes antifúngicos estuvo dentro del criterio de sensibilidad, y respondieron adecuadamente a los diferentes esquemas terapéuticos, lo que nos hace pensar que las lesiones atípicas no están relacionadas con resistencia a los antifúngicos.

Este trabajo corrobora los reportes previos sobre la variación clínica en las dermatofitosis atípicas, que deben considerarse como diagnóstico diferencial de otras dermatosis clínicamente similares, las cuales han de confirmarse por estudio micológico, para evitar que el médico no acusoso indique tratamientos inadecuados y por tiempo prolongado.

REFERENCIAS

- Piqué E, Fuste R, Copado R, Noguera J y Ramis P, *Estudio de las dermatofitosis en Lanzarote (1995-1999)*, Rev Iberoam Micol 2002; 19: 165-168.
- Arenas R, *Dermatofitosis en México*, Rev Iberoam Mico l 2002; 19: 63-67.
- Manzano Gayoso P, Méndez Tovar LJ, Hernández Hernández F y López Martínez R, *Dermatophytosis in Mexico City*, Mycoses 1994; 37: 49-52.
- Mayorga JA, Muñoz F y Barba Rubio J, *Dermatofitosis: estudio epidemiológico en el Instituto Dermatológico de Jalisco (1984-1993)*, Dermatología Rev Mexicana 1995; 39: 18-21.
- Welsh O, Welsh E, Ocampo Candiani J, Gómez M y Vera Cabrera L, *Dermatophytes in Monterrey, Mexico*, Mycoses 2006; 49: 119-123.
- Ive FA y Marks R, *Tinea incognito*, Br Med J 1968; 3: 149-152.
- Kaviarasan PK, Jaisankar TJ, Tapa Devinder Mohan y Sujatha S, *Clinical variation in dermatophytosis in HIV infected patients*, Indian J Dermatol Venereol Leprol 2002; 68: 213-216.
- Romano C, Maritati E y Gianni C, *Tinea incognito in Italy: a 15-year survey*, Mycoses 2006; 49: 383-387.
- Kane J, Summerbell R, Sigler L, Krajden S y Land G, *Laboratory Handbook of Dermatophytes*, Star Publishing Company, Belmont, USA, 1997.
- Clinical Laboratory Standards Institute (CLSI). National Committee for Clinical Laboratory Standards 2002. *Reference method for broth dilution antifungal susceptibility testing of filamentous fungi. Approved standard M38-A*. National Committee for Clinical Laboratory Standards, Wayne, PA.
- Gorani A, Schiera A y Oriani A, *Case Report. Rosacea-like tinea incognito*, Mycoses 2000; 43: 135-137.
- Hines WA y Paniker PU, *Ring around the collar area*, Am J Med 2005; 118: 217-218.
- Jacobs JA, Kolbach DN, Vermeulen AH, Smeets MHM y Martino Neuman HA, *Tinea incognito due to Trichophyton rubrum after local steroid therapy*, Clin Infect Dis 2001; 33: e142-e144.
- Lin RL, Szepietowski JC y Schwartz RA, *Tinea faciei, an often deceptive facial eruption*, Int J Dermatol 2004; 43: 437-440.
- Oklota CA y Brodell RT, *Uncovering tinea incognito. Topical corticosteroids can mask typical features of ringworm*, Postgrad Med 2004; 116: 65-66.
- Sánchez Castellanos ME, Mayorga Rodríguez J, Sandoval Tress C y Hernández Torres M, *Tinea incognito due Trichophyton mentagrophytes*, Mycoses 2006; 50: 85-87.
- Wacker J, Durani BK, y Hartschuh W, *Bizarre annular lesion emerging as tinea incognito*, Mycoses 2004; 47: 447-449.
- Ziemer M, Seyfarth F, Elsner P y Hippler UC, *Atypical manifestation of tinea corporis*, Mycoses 2007; 50 (suppl 2): 31-35.
- Bournerias I, Chauvin MF de, Datry A, Chambrette I, Carriere J y Devidas A, *Unusual Microsporum canis infection in adult HIV patients*, J Am Acad Dermatol 1996; 35: 808-810.
- Serrano Jaen L, Méndez Tovar LJ, Almeida Arvisu V, Manzano Gayoso P, Córdova Martínez E, Bazán Mora E, Hernández Hernández F y López Martínez R, *Dermatofitosis diseminada crónica asociada a fagocitosis deficiente tratada con antimicóticos e inmunoestimulación fagocitaria*, Gac Med Mex 2006; 142: 415-417.
- Feder HM Jr, *Tinea incognito misdiagnosed as erythema migrans*, N Engl J Med 2000; 343:1499.