

# Tiña de ingule en 114 pacientes. Estudio en un hospital general en el periodo 1994 a 2014

## *Tinea cruris* in 114 patients. A study in a general hospital from 1994 to 2014

Diana Carolina Vega-Sánchez,<sup>1</sup> Carlos Tzalam Vega-Nava,<sup>2</sup> Roberto Arenas<sup>3</sup>

1. Dermatólogo, Hospital General "Dr. Manuel Gea González"

2. Práctica privada

3. Dermatólogo, Sección de Micología, Hospital General "Dr. Manuel Gea González"

Fecha de aceptación: diciembre, 2015

### RESUMEN

**ANTECEDENTES:** dermatofitosis superficial causada por especies de los géneros *Trichophyton* y *Epidermophyton*. Afecta la región inguinocrural y predomina en varones adultos.

**OBJETIVOS:** demostrar la frecuencia y características epidemiológicas y micológicas de *tinea cruris* en pacientes de consulta externa en un lapso de 21 años en el Hospital General Dr. Manuel Gea González de la Ciudad de México.

**METODOLOGÍA:** estudio retrospectivo, transversal y observacional en un total de 115 pacientes de consulta externa con sospecha clínica de tiña de ingule.

**RESULTADOS:** de los 115 pacientes, en 114 se confirmó por examen directo positivo (filamentos y/o esporas). Predominó en el sexo masculino en 72%, el mayor número de casos fue de los 21 a 30 años de edad (33.91%) y con menor frecuencia en mayores de 70 años (3.47%). La evolución fue variable entre una a tres semanas. El agente causal más común fue *T. rubrum* (40.86%), seguido por *E. floccosum* (3.47%).

**CONCLUSIONES:** la tiña de ingule predominó en el sexo masculino, entre los 21 a 30 años de edad, y el agente causal más común fue *T. rubrum*.

**PALABRAS CLAVE:** tiña de ingule, *tinea cruris*, *eccema marginado* de Hebra, *T. rubrum*.

### ABSTRACT

**BACKGROUND:** tinea cruris is a superficial mycosis mainly observed in male adults and caused by species of the genera *Trichophyton* and *Epidermophyton*.

**OBJECTIVES:** to report frequency, epidemiological and mycological data of tinea cruris from outpatients that attended the Dr. Manuel Gea González General Hospital, during a period of 21 years (1994-2014).

**METHODS:** retrospective, cross-sectional and observational study in 115 outpatients with a clinical suspicion of tinea cruris.

**RESULTS:** diagnosis was confirmed by a KOH exam in 114 patients. Most frequently in males (72%) from 21 to 30 year of age (33.91%) and less frequently in elder than 70 years of age (3.47%), time of onset ranged from one to three weeks. Isolated ethiological agents were *T. rubrum* (40.86%) and *E. floccosum* (3.47%).

**CONCLUSIONS:** tinea cruris is frequently a male condition, from 21 to 30 years of age, usually caused by *T. rubrum*.

**KEYWORDS:** tinea of the groin, tinea cruris, Hebra's eczema marginatum, *T. rubrum*.

### Introducción

La tiña de la ingule afecta una o ambas regiones inguinales, puede extenderse al periné, la región púbica, el abdomen y las nalgas (figuras 1 y 2); pocas veces afecta el escroto y el pene. La evolución es crónica y pruriginosa.<sup>1-3</sup> En general, si la infección se limita a las ingles quizá de-

penda de *E. floccosum*; si es diseminada, de *T. rubrum*, y si es inflamatoria, de *T. mentaphytes*.<sup>1</sup>

El objetivo de este estudio es mostrar los datos epidemiológicos y etiológicos de casos de tiña de ingule atendidos en la Sección de Micología en un hospital de la Ciudad de México en los últimos 21 años.

### CORRESPONDENCIA

Dr. Roberto Arenas ■ Correo: rarenas98@hotmail.com ■ Teléfono: 4000 3058  
Hospital General Dr. Manuel Gea González, Sección de micología, Calzada de Tlalpan 4800, Sección XVI, C.P. 14080, Ciudad de México



**Figura 1.** Paciente con dermatosis localizada, con placas eritematoescamosas con bordes vesiculosos que confluyen entre sí y bien definidos.



**Figura 2.** Paciente con tiña de ingule con extensión a glúteos.

## Material y métodos

Estudio retrospectivo, transversal y observacional en 115 pacientes con diagnóstico presuntivo de tiña de ingule en la consulta externa del Hospital General Dr. Manuel Gea González. El estudio micológico se realizó en la Sección de Micología y se confirmó en 114 pacientes con el examen directo. Se valoró sexo, edad, si presentaban algún tipo de comorbilidad y agentes etiológicos.

## Resultados

De los 115 pacientes que presentaban una clínica que sugería tiña de ingule, se confirmó con estudio micológico hifas y/o esporas en 114 pacientes. De ellos, fueron 83 hombres (72%) y 32 mujeres (28%); los rangos de edad de 15 pacientes fueron de 10 a 20 años (13.04%), 39 de 21 a 30 años (33.91%), 21 de 31 a 40 años (18.36%), 15 fueron de 41 a 50 años (13.04%), 11 de ellos de 51 a 60 años (9.56%), 10 fueron de 61 a 70 años (8.69%) y cuatro de ellos mayores de 70 años (3.47%). El tiempo de evolución con un predominio de 36 pacientes fue de uno a cinco meses (31.3%), seguido por 25 pacientes de uno a cinco años (21.73%). El agente causal más común fue *T. rubrum* en 47 pacientes (40.86%), seguido de cuatro por *E. floccosum* (3.47%) (gráfica 1). En cuanto a las comorbilidades, en cuatro fue diabetes mellitus (3.57%) y cuatro con hipertensión arterial (3.47%), 17 presentaron otras enfermedades (14.78%), el resto sin ninguna comorbilidad.

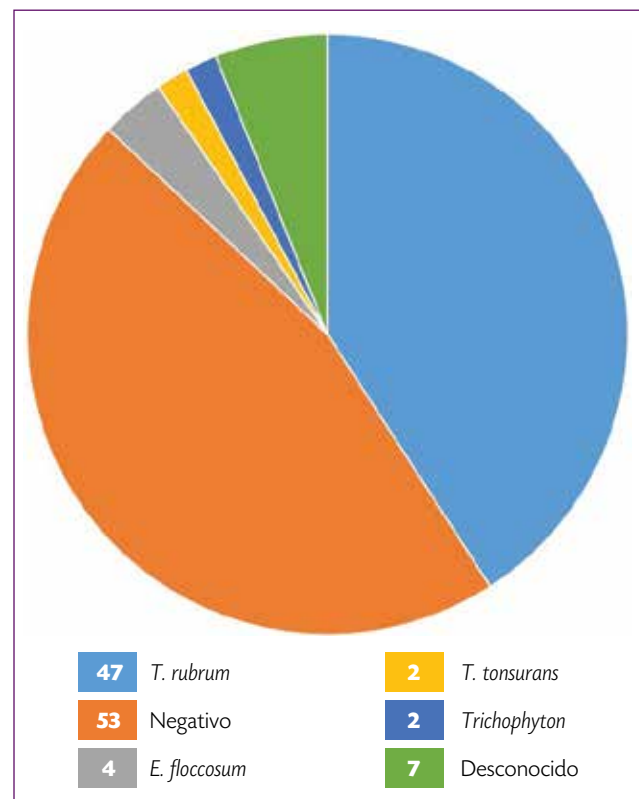
## Discusión

La tiña de ingule, *tinea cruris* o eccema marginado de Hebra predomina en varones adultos en la tercera o cuarta décadas de la vida, pero también llega a observarse en mujeres y niños. Nosotros lo encontramos con una similitud de

predominio en varones en 72%, pero a diferencia de la literatura que disponemos en nuestros datos, predominó entre la segunda y tercera décadas de la vida.

Su incidencia en México es de 4 a 17% y de 45 a 52%, respectivamente, pero se señala que la padece de 30 a 70%

**Gráfica 1.** Agentes causales de los casos positivos en este estudio.



de la población general.<sup>1,3,4</sup> Es una micosis superficial cosmopolita, pero predomina en climas cálidos y húmedos. Su fuente de infección es por contacto directo con otra persona, o bien por medio de fómites; sin embargo, el hongo por lo regular es llevado por el mismo paciente a partir de un foco primario en los pies, lo cual se realiza de manera directa por el rascado o a través del secado posterior al baño.<sup>2</sup>

Los dermatofitos más aislados son *T. rubrum* (85%) (figuras 3 y 4), *T. mentagrophytes* (10%) y *E. floccosum* (5%).<sup>4</sup> En su estudio, Kane y colaboradores describen que *T. rubrum* var. *T. raubitschekii* produce fundamentalmente *tinea corporis* y *tinea cruris*, y en menor medida *tinea pedis*, *tinea unguium* y *tinea capitis*.<sup>3,4,10,11</sup>

En general este padecimiento se inicia en el pliegue inguinal para luego extenderse a toda la región crural; la situación crónica y diversas enfermedades, como la diabetes y la corticoterapia, provocan la diseminación del padecimiento al pliegue interglúteo, nalgas y abdomen, aunque en raras ocasiones llega a afectar los genitales, sobre todo el escroto y la piel del cuerpo del pene. Se caracteriza por placas eritematoescamosas con bordes vesiculosos; casi nunca hay pústulas, la evolución crónica y el prurito intenso dan lugar a pigmentación y liquefificación.<sup>1-3</sup>

En el tratamiento para la tiña de ingle en formas localizadas y no complicadas, casi siempre basta el uso de fármacos por vía tópica. Se recomiendan antimicóticos sistémicos cuando hay formas diseminadas, resistentes a tratamiento local, recurrentes o en modalidades inflamatorias profundas. Pueden emplearse medicamentos clásicos, como los toques yodados de 0.5 a 1% y el ungüento de Whitfield. Existen muchos imidazoles tópicos que se aplican dos veces al día. De los nuevos productos, luliconazole tiene una actividad antifúngica contra *Trichophyton spp.*, similar a la terbinafina, una vez al día durante una semana. El eberconazole al 2% aplicado diariamente es más eficaz que eberconazole 1%, y fue muy similar la eficacia de nitrato de eberconazol 1% vs. miconazol 2% dos veces al día durante cuatro semanas, 76.1 y 75%, respectivamente.<sup>15-9</sup>

## Conclusiones

El presente estudio demostró que la tiña de ingle predomina en el sexo masculino entre la segunda y tercera décadas de la vida, con un tiempo de evolución en la mayoría de ellos de uno a cinco años. El agente causal más aislado fue *T. rubrum* seguido por *E. floccosum*, y no se asoció a ninguna comorbilidad específica.



Figura 3. Examen directo de cultivo con azul de metileno, con presencia de múltiples microconidios piriformes en lágrima, a los lados de los filamentos. 10x.

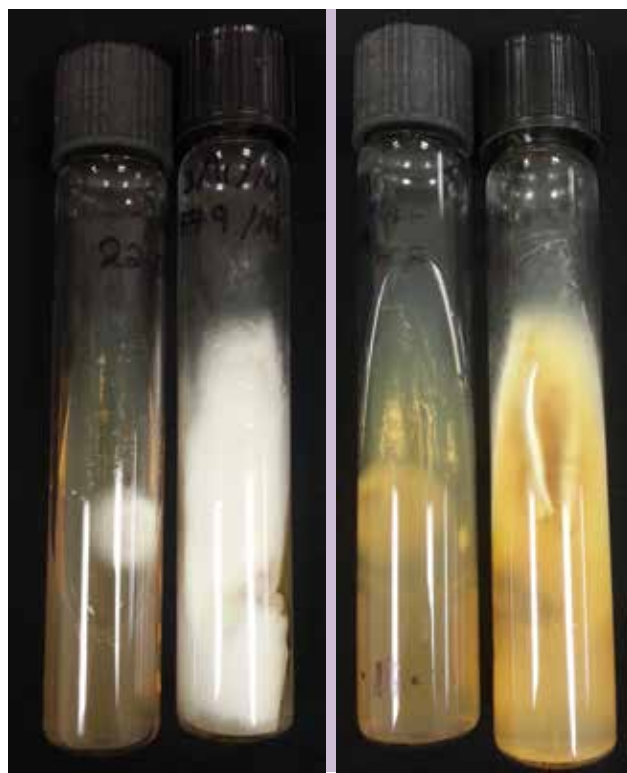


Figura 4. Moho mucedináceo velloso, algodonoso, con crecimiento moderado que corresponde a *T. rubrum* (izquierda). Cultivo de *T. rubrum* que difunde pigmento rojo sangre en su reverso (derecha).

## BIBLIOGRAFÍA

1. Arenas, R., *Micología médica ilustrada*, México, McGraw Hill, 2014, p. 79.
2. Bonifaz, A., *Micología médica básica*, México, McGraw Hill, 2012, pp. 103-104.
3. Arenas, R., *Dermatología. Atlas, diagnóstico y tratamiento*, México, McGraw Hill 2015, pp. 490-491.
4. Arenas, R., "Dermatofitosis en México", *Rev Iberoam Micol*, 2002, 19: 63-67.
5. Jones, T.M., Jarratt, M.T., Méndez-Moguel, I. et al., "A randomized, multicenter, double-blind, vehicle-controlled study evaluating the efficacy and safety of luliconazole cream 1% once daily for 7 days in patients aged >12 years with tinea cruris", *J Drugs Dermatol*, 2014, 13: 32-38.
6. Deepshikha, K. y Subhash, B., "Luliconazole for the treatment of fungal infections: an evidence-based review", *Core Evidence*, 2014, 9: 120.
7. Ryder, N.S., "Terbinafine: mode of action and properties of the squalene epoxidase inhibition", *Br J Dermatol*, 1992, 126: 2-7.
8. Del Palacio, A., Cuétara, S. y Rodríguez Noriega, A., "Topical treatment of tinea corporis and tinea cruris with eberconazole cream 1% and 2%: a phase II dose-finding pilot study", *Mycoses*, 1995, 38: 317-324.
9. Sanjiv, V., Choudhary, T.A. y Shazia, B., "Efficacy and safety of terbinafine hydrochloride 1% cream vs. eberconazole nitrate 1% cream in localised tinea corporis and tinea cruris", *Indian Dermatology Online Journal*, 2014, 5: 128-130.
10. Kane, J., Krajden, S., Summerbell, R.C. y Sibbald, R.G., "Infections caused by *Trichophyton raubitschekii*: clinical and epidemiological features", *Mycoses*, 1990, 33: 499-506.
11. Gómez Moyano, E., Crespo-Erchiga, V., Samaniego González, E., Del Boz González, J. y Martínez García, S., "Tinea cruris (*glutealis*) de importación por *Trichophyton rubrum* var. *Raubitschekii* en España", *Rev Iberoam Micol*, 2008, 25: 250-253.