

Tinea corporis por *Microsporum gypseum*. Un caso infantil con lesiones inflamatorias y micropustulares

Tinea Corporis by *Microsporum gypseum*. A Childhood Case with Inflammatory and Micropustular Lesions

Alicia Corella Márquez,¹ Angélica Beirana Palencia² y Roberto Arenas Guzmán³

¹ Residente de Dermatología, Instituto Mexicano del Seguro Social Centro Médico Nacional del Noreste 25.

² Dermatóloga pediatra.

³ Jefe de la Sección de Micología, Hospital General Dr. Manuel Gea González, México.

RESUMEN

Las dermatofitosis son infecciones ocasionadas por hongos queratinofílicos. Presentamos el caso de un paciente de cinco años de edad con dermatosis localizada en el tórax posterior, constituida por una placa eritematoescamosa de 10 cm de diámetro con borde activo y cubierta de pústulas. El estudio micológico demostró *Microsporum gypseum*. Se estableció tratamiento con fomentos de acetato de calcio y sulfato de aluminio y terbinafina oral 62.5 mg al día durante meses, hasta lograr la curación.

PALABRAS CLAVE: tinea corporis, *Microsporum gypseum*, terbinafina.

ABSTRACT

Dermatophytoses are infections caused by keratinophilic fungi. We present the case of a five-years-old male with dermatosis located in the posterior thorax, constituted by an erythematous plaque 10 cm diameter with active border covered with pustules. The mycological study showed *Microsporum gypseum*. Treatment was established with calcium acetate and aluminum sulfate wet dressing and oral terbinafina 62.5 mg per day for three months until healing was achieved.

KEYWORDS: tinea corporis, *Microsporum gypseum*, terbinafina.

Introducción

Las dermatofitosis son infecciones ocasionadas por hongos filamentosos queratinofílicos que afectan la capa córnea de la piel, el pelo y las uñas.^{1,2} Existen cuatro géneros de dermatofitos: *Microsporum*, *Trichophyton*, *Epidermophyton* y *Chrysosporium*, este último descrito recientemente.^{1,3}

Las lesiones clínicas que ocasionan tienen una denominación diferente según su localización;¹ y de acuerdo con la vía de transmisión se distinguen los dermatofitos antropófilos cuya transmisión es entre humanos, los zoófilos transmitidos por animales y los geófilos o telúricos adquiridos del suelo, así como del hocico o el pelaje de los animales. La transmisión del dermatofito del animal al ser humano se hace por contacto directo o indirecto.

Presentación del caso

Se trata de un paciente preescolar de sexo masculino de cinco años de edad, originario y residente de la Ciudad

de México, sin antecedentes de importancia, zoonosis negada; el cual presenta dermatosis localizada en el tórax posterior en la región de la espalda baja lado derecho; unilateral y asimétrica; constituida por una placa eritematoescamosa, acompañada de pústulas, de aproximadamente 10 cm, de forma circular, con borde activo (figura 1). Es crónica y pruriginosa. Menciona que no sufrió traumatismos previos. El resto de la piel y anexos sin patología agregada. Ya había recibido tratamiento con corticosteroides tópicos de alta potencia durante varias semanas, sin mejoría y, en cambio, con empeoramiento paulatino de la dermatosis.

Con los datos anteriores se integró el diagnóstico clínico de tiña corporal, por lo que se solicitó examen micológico y cultivo obteniendo colonias de bordes irregulares, con aspecto pulverulento de color marrón claro (figura 2); microscópicamente se observaron macroconidios elipsoidales, con los extremos distales redondeados y de tres a seis septos transversales (figura 3), hallazgos consistentes

CORRESPONDENCIA

Dra. Alicia Corella-Márquez ■ aliciamelina_cm@hotmail.com
FALTA FALTA FALTA FALTA FALTA FALTA DIRECCION



Figura 1. Placa eritematoescamosa, con pústulas, de aproximadamente 10 cm, circular, con borde activo.



Figura 3. Macroconidios elipsoidales, con los extremos distales redondeados y de tres a seis septos transversales.

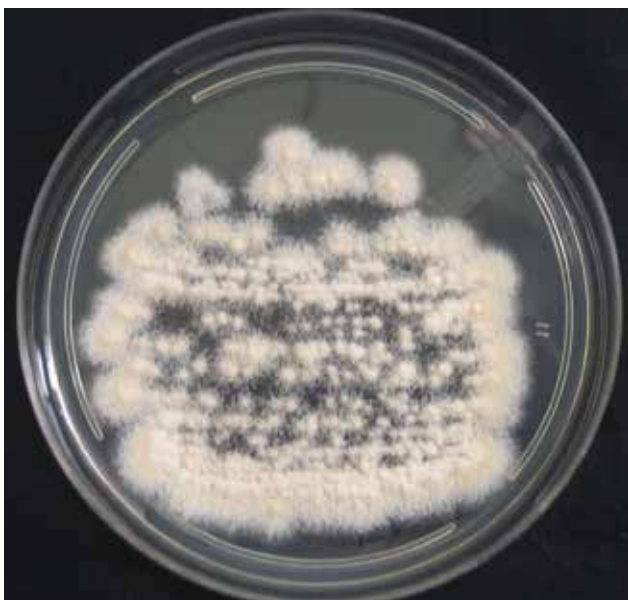


Figura 2. Colonias de bordes irregulares, con aspecto pulverulento de color marrón claro.



Figura 4. Hiperpigmentación postinflamatoria.

con *Microsporum gypseum*. Se estableció tratamiento con acetato de calcio y sulfato de aluminio mañana y noche durante una semana, y terbinafina oral 62.5 mg al día por tres meses hasta lograr la curación total de la dermatosis, sólo con hiperpigmentación postinflamatoria (figura 4).

Discusión

Microsporum gypseum es un dermatofito geofílico, cosmopolita, que habita en el suelo.⁴ Su estado perfecto es el de *Nannizzia incurvata*, descrito en 1927 por Nannizzi. Representa la forma asexual común de dos especies diferentes, *Artbroderma gypseum* y *A. incurvatum*. Es la única especie geofílica claramente patógena para el ser humano.^{5,6}

Se considera poco frecuente como causa de tiñas tanto en el hombre como en los animales, quizá por cierta resistencia natural a la infección o un insuficiente poder patógeno del hongo.⁷ *M. gypseum* es responsable de 1.4% de las infecciones por dermatofitos,⁸ su incidencia en casi todo el mundo es baja, en Grecia es donde se informa una mayor prevalencia; aunque en la literatura se ha reportado un inesperado incremento de casos esporádicos en países como Brasil, México y Japón.^{7,8} De acuerdo con la estadística, entre los años 1956 a 2001 en el Centro Dermatológico Pascua se describieron 40 casos de tiña por *M. gypseum*, lo cual representa 0.4%.⁹

Principalmente produce casos de tiña corporal o tiña de piel cabelluda, aunque también se ha aislado esporádicamente en otras localizaciones,^{4,5} se ha descrito en tiña inguinal, en casos de tiña incógnito y en pacientes con infección por VIH.¹⁰ Afecta con mayor frecuencia a niños;

no se han encontrado diferencias en cuanto al sexo, pero se ha descrito un predominio en mujeres. Suele producir lesiones clínicamente muy inflamatorias. El caso que presentamos es infantil, con lesiones muy inflamatorias y con un aspecto morfológico atípico por la gran cantidad de pústulas en la superficie. Se ha documentado en varias especies de animales domésticos (perros, gatos, caballos y conejos) y es más frecuente en perros que en gatos (13/3%).¹¹ Se transmite por contacto directo con el suelo u hocico de un animal sobre el cual se encuentra el hongo.¹⁰ En nuestro caso no pudimos demostrar la fuente de contagio.

Para que se lleve a cabo la penetración del dermatofito se necesita la presencia de una mínima excoiación en la piel, por lo que en la mayoría de las ocasiones las lesiones se encuentran en zonas de contacto frecuente. En el caso de la tinea corporis, clínicamente se caracteriza por una pequeña mácula eritematosa que se extiende de forma concéntrica y puede alcanzar de 4 a 5 cm de diámetro; conforme se extiende, la piel del centro de la lesión es normal, pero en el borde de aspecto activo puede presentar vesículas, pústulas o escamas; en las formas atípicas, como el caso que informamos, se han reportado la presencia de pústulas en el interior de la placa o en el borde; por lo que pueden simular impetiginización secundaria u otras dermatitis inflamatorias; la mayoría de las ocasiones se acompaña de prurito.^{11,12}

Este dermatofito crece a temperatura ambiente en medio de Sabouraud y éste adicionado con antibióticos⁵ (Mycocel® agar). Su crecimiento en cultivo es rápido, forma colonias planas, con bordes irregulares, son de aspecto granuloso y pulverulento con el centro un poco veloso, y el típico color marrón claro, ante, arena o canela. Los macroconidios son elipsoidales, con extremo distal redondeado, cuyo tamaño es de 22 a 60 × 8 a 16 micras y tres a cinco septos transversales; los microconidios son escasos, tienen forma de mazo y son sésiles o con pedúnculo; sin embargo, en algunos reportes se han encontrado de forma abundante.^{1,2,10}

El diagnóstico diferencial incluye la alopecia areata, dermatitis seborreica, psoriasis y piodermatitis. La sospecha clínica se confirma mediante el estudio microbiológico, y en algunos casos histopatológico.⁷

El tratamiento de elección es la griseofulvina 10-20 mg/día durante ocho a 12 semanas, aunque por sus menores efectos colaterales y menos tiempo de administración, como alternativas se pueden indicar itraconazol en dosis de 5-10 mg/kg/día durante tres a seis semanas o en pulsos (5 mg/kg/día); la terbinafina es una opción secundaria, se ha utilizado en dosis de 62.5 mg/día en niños con menos de 20 kg, 126 mg en niños de 20 a 40 kg y 250 mg en los de más de 40 kg, así como en pulsos.^{7,9}

Conclusión

Presentamos un caso pediátrico con una forma de manifestación atípica micropustular, causado por *Microsporum gypseum*, caso de tiña corporal, de baja frecuencia. El tratamiento utilizado fue terbinafina, con la que se obtuvo una respuesta favorable en nuestro paciente a las 12 semanas con desaparición total de las lesiones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Arenas R, *Micología médica ilustrada*, México, Interamericana-McGraw-Hill, 5ª ed, 2014, pp. 67-97.
2. Bonifaz A. *Micología médica básica*, México, Méndez Editores, 4ª ed, 2012, pp. 93-131.
3. Mijiti J, Pan B, De Hoog S *et al*, Severe chromoblastomycosis-like cutaneous infection caused by *Chryso sporium keratinophilum*, *Front Microbiol* 2017; 25:8:83.
4. Avilés J, Huerta M, Lecona M *et al*, Tiña del cuero cabelludo inflamatoria por *Microsporum gypseum* en un adulto, *Actas Dermosifiliogr* 2004; 95(6):403-4.
5. Velasco O y Tay J, *Introducción a la micología médica*, México. Francisco Méndez Cervantes, 1991, pp. 34-54.
6. Cohant N y Smith I, *Micología médica*, México, Interamericana, 1971, pp. 481-5.
7. García-Agudo L y Espinosa-Ruiz J, Tiña capitis por *Microsporum gypseum*, una especie infrecuente, *Arch Argent Pediatr* 2018; 116(2):e296-e9.
8. Lavallo P, Padilla M y Elizondo A, *Microsporum gypseum*. Su aislamiento del suelo y de dermatofitosis humanas. Las minitiñas de *Microsporum gypseum*, *Dermatología Rev Mex* 2002; 46:101-7.
9. Padilla-Desgarennes M, Cervantes-Acevedo A y Aguilera-Martínez A, Tiña de la cabeza por *Microsporum gypseum*, *Rev Cent Dermatol Pascua* 2002; 11 (3).
10. García-Martos P, Ruiz-Aragón J, García-Agudo L *et al*, Dermatofitosis por *Microsporum gypseum*, *Rev Iberoam Micol* 2004; 21:147-9.
11. Viguié-Vallanet C y Paugam A, Dermatofitos transmitidos por animales, *Acta Bioquím Clín Latinoam* 2009; 43(2):263-70.
12. Souza B, Sartori D, Andrade C, Weisheimer E *et al*, Dermatophytosis caused by *Microsporum gypseum* in infants: report of four cases and review of the literature, *Anais Brasileiros de Dermatologia* 2016; 91(6): 823-5.