

Caso clínico

Tiña de la cara por *Microsporum canis*

Myrna Rodríguez Acar,* María del Carmen Padilla Desgarennes,** Cora María Siu Moguel***

RESUMEN

Las infecciones fúngicas superficiales son comúnmente llamadas tiñas. La tiña facial, también conocida como *tinea faciei*, se transmite por contacto directo con personas, animales infectados u objetos contaminados.

Palabras clave: Tiña, cara.

ABSTRACT

*Superficial fungal infections are commonly called «ringworm». Facial ringworm, also known as *tinea facie*, may be passed to humans by direct contact with infected people, animals or contaminated objects.*

Key words: Ringworm, *tinea*, facial.

INTRODUCCIÓN

Los dermatófitos son un grupo de hongos relacionados taxonómicamente, capaces de colonizar tejidos queratinizados, como el estrato córneo de la epidermis, las uñas, el cabello y los tejidos córneos de diversos animales. Esta colonización selectiva se debe a que los dermatófitos utilizan la queratina como fuente de nutrientes.¹

Las dermatofitosis o tiñas se consideran entre las dermatosis más frecuentes de la consulta diaria; son ocasionadas por los géneros *Trichophyton*, *Microsporum* y *Epidermophyton*, debido a que estos hongos son antropofílicos, zoofílicos y geofílicos, porque pueden adquirirse de persona a persona, de los animales y del suelo, respectivamente. Afectan de la cabeza a los pies y toman su nombre del lugar en donde se ubican, por ejemplo: tiña de la cabeza (*tinea capitis*) o tiña de los pies (*tinea pedis*). Se manifiestan por eritema y escama que confluyen formando placas de diferente forma y tamaño con un borde bien delimitado, elevado y que en algunas ocasiones puede acompañarse de vesículas.²

EPIDEMIOLOGÍA

Los dermatófitos tienen distribución mundial, pero algunos se limitan a zonas geográficas específicas; la distribución es dinámica debido a los movimientos migratorios, modos de vida, estado de salud del hospedero o viajes turísticos³ de la población.

En México, las tiñas se encuentran entre las diez dermatosis más frecuentes, constituyen el 70 a 80% de todas las micosis y ocupan el 5% de la consulta dermatológica; se consideran micosis cosmopolitas que predominan en zonas tropicales.⁴

Afectan a personas de cualquier edad, raza, sexo, ocupación o estrato socioeconómico.

La tiña de la cara con frecuencia se subdiagnosticá, ya que el cuadro clínico puede imitar otras dermatosis comunes como la dermatitis seborreica y la dermatitis por contacto. Es más frecuente en niños y adultos jóvenes, con un leve predominio en las mujeres. La forma habitual de contagio es a partir del contacto con mascotas infectadas.⁵

DIAGNÓSTICO

El estudio micológico es el método diagnóstico que ofrece mayor sensibilidad y especificidad, a través de la visualización directa, mediante preparación de muestras

* Jefa de la Consulta.

** Jefe del Laboratorio de Micología

*** Residente de cuarto año de Dermatología.

en hidróxido de potasio (KOH) y con el cultivo a partir de muestras obtenidas del borde activo de la lesión.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Dentro de los diagnósticos diferenciales se debe incluir: dermatitis seborreica, dermatitis de contacto irritativa, alérgica, erupción polimorfa lumínica, lupus eritematoso y otras fotodermatosis.

TRATAMIENTO

El tratamiento de las infecciones superficiales de la piel se realiza principalmente con agentes tópicos, con propiedades fungicidas o fungísticas; tanto los azoles como las alilaminas son muy efectivos. La elección de alguno de ellos depende de la extensión del padecimiento.

CASO CLÍNICO

Lactante mayor de 2 años de edad, originaria y residente de México, D. F.; fue llevada a consulta al Centro Dermatológico Pascua por presentar una dermatosis localizada en la cara, región centrofacial, en forma bilateral y asimétrica, constituida por eritema y escama que confluyen formando una placa circular de 10 cm de diámetro con borde elevado y centro respetado, de evolución crónica, pruriginosa (Figura 1). En el resto de la piel y anexos no se encontraron datos patológicos.

Al interrogatorio, la madre comentó que la paciente inició cuatro meses previos a la consulta con un «granito» en la cara, el cual fue creciendo de manera progresi-



Figura 1. Afectación centrofacial.

va hasta su estado actual. Fue tratada por un médico general con mometasona durante dos meses.

En el examen médico general no se hallaron datos de importancia para el padecimiento actual.

Se planteó el diagnóstico inicial de tiña de la cara, por lo que se realizó estudio micológico. En el examen directo se encontraron filamentos y en el cultivo se desarrollaron colonias de *Microsporum canis* (Figuras 2 a 4).



Figura 2. Cultivo. Colonias blanco vellosoas.



Figura 3. Cultivo. Reverso de coloración naranja.



Figura 4. Imagen microscópica del cultivo. Macroconidios de pared gruesa, en forma de huso, equinulados de 6 a 12 septos, con extremos terminados en punta.

Con el análisis de los datos anteriores se estableció el diagnóstico definitivo de tiña de la cara por *M. canis*.

Se inició tratamiento con fenticonazol crema durante un mes, con lo cual se obtuvo remisión del cuadro (Figura 5).

DISCUSIÓN

Las micosis superficiales son padecimientos relativamente frecuentes en los niños, por lo cual es necesario que el médico de primer contacto, ya sea general, familiar o pediatra, tenga el conocimiento necesario para diagnosticarlas y, de ser posible, corroborarlo mediante el estudio micológico. De esta forma se podrán establecer tratamientos adecuados y no enmascarar el cuadro con el uso de esteroides tópicos y otros medicamentos, como



Figura 5. Evolución postratamiento.

sucedió en este caso, lo que conlleva al aumento en la morbilidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wagner DK, Sohnle PG. Cutaneous defenses against dermatophytes and yeast. *Clin Microbiol Rev* 1995; 8: 317-335.
2. Arenas R, Bonifaz A, Padilla M y cols. Primer consenso micosis superficiales. *Dermatología Rev Mex* 1999; 43: 80-88.
3. Vásquez E, Arenas R. Datos epidemiológicos y etiológicos de las micosis superficiales en los niños de un servicio de dermatología de la ciudad de México. *Dermatología Rev Mex* 2004; 48: 295-299.
4. Padilla MC, Trejo J, Sánchez A. Tiña inflamatoria de la cabeza por *Trichophyton tonsurans*. *Rev Cent Dermatol Pascua* 2000; 3: 172-176.
5. Odom RB, James WD, Berger TG. *Andrew's diseases of the skin. Clinical dermatology*, 9^a ed. Filadelfia: WB Saunders Company, 2000; 510-516.

Correspondencia:

Dra. Myrna Rodríguez Acar,
Centro Dermatológico «Dr. Ladislao de la
Pascua», Av. Dr. Vértiz
Núm. 464, Col. Buenos Aires,
Delegación Cuauhtémoc, México, 06780, D. F.