

Caso clínico

Tiña del cuerpo diseminada, tiña de la mano y tiña de los pies por *T. tonsurans*

María del Carmen Padilla Desgarenes,* Carlos Lizárraga García,**
Tere Ivette Villanueva Ramos***

INTRODUCCIÓN

Las tiñas o dermatofitosis son un tipo de micosis superficiales muy frecuentes y se encuentran dentro de las primeras diez causas de consulta en dermatología. Las tiñas diseminadas son aquellas que abarcan dos o más segmentos corporales. A *T. tonsurans* se le ha relacionado con la tiña de la cabeza, del cuerpo en niños y luchadores (*tinea corporis gladiatorum*), y con otros cuadros cuando existe un factor de inmunosupresión.

Se presenta el caso de un paciente del sexo masculino de 20 años de edad, de ocupación estudiante, originario y residente de Yautepec, estado de Morelos, México. Acude con una dermatosis diseminada, con tendencia a la generalización, constituida por placas eritemato-escamosas cuyo tamaño varía entre 3 y 15 cm, que muestran además vesículas y costras hemáticas menos activas en el centro y más en los bordes, de crecimiento excéntrico, evolución crónica y pruriginosa.

El paciente acude a consulta por presentar «manchas» de 1 año de evolución. Refiere que se había aplicado crema con dipropionato de betametasona, clotrimazol y gentamicina diariamente durante varios meses. Se integró el diagnóstico clínico y micológico de tiña del cuerpo diseminada, tiña de la mano y de los pies por *T. tonsurans*. Se inició tratamiento a base de itraconazol por vía oral, isoconazol spray al 1% y ketoconazol shampoo al 2%. Se presenta este

caso por lo diseminado en piel lampiña, en zonas pilosas, en palmas y pies asociado a la aplicación de esteroides.

Las micosis superficiales son las más frecuentes, hasta en el 82%, y de éstas las dermatofitosis constituyen aproximadamente el 91% de los casos.

Los factores predisponentes más importantes de las infecciones por dermatófitos en adultos son el calor y la humedad, favorecida por el uso de ropa oclusiva y zapatos de material sintético. Los pacientes que practican deportes de contacto tales como lucha grecorromana, fútbol o rugby también pueden desarrollar con mayor facilidad tiña del cuerpo.¹⁻³

La tiña del cuerpo afecta la piel lampiña y es ocasionada por algunas especies de los géneros *Trichophyton* y *Microsporum*. Las especies más frecuentes son *Trichophyton rubrum* 70% y *M. canis* 20%, el resto son causadas por *T. mentagrophytes*, *T. tonsurans*, *M. gypsum* y *E. floccosum*.^{1,3}

El aumento de la frecuencia de *T. tonsurans* en Estados Unidos y Canadá se ha relacionado con las migraciones de latinoamericanos. El *T. tonsurans* es cosmopolita y se presenta del 15 al 28% en México. La *tinea corporis* se observa en ambos sexos y en todas las edades. En niños predominan el *M. canis* y el *T. tonsurans*, en adultos el *T. rubrum*, seguido del *M. canis*.^{2,3}

Los conidios del hongo caen en la piel y producen una pápula rojiza y pruriginosa que en pocos días crece en forma excéntrica y origina una lesión circular, escamosa y de borde activo. En la tiña de la piel lampiña podemos encontrar dos variedades clínicas, ambas pruriginosas: la tricofítica y la microspórica. La primera se caracteriza por la presencia de una placa grande, eritematoescamosa, con borde activo, que se extiende excéntricamente y deja la parte central sana. La microspórica presenta placas pequeñas y numerosas.¹

* Dermatomicóloga, Jefa del Servicio de Micología.

** Dermatólogo y Dermatopatólogo.

*** Residente de 4º año de Dermatología.

El diagnóstico diferencial se debe hacer con dermatitis numular, pitiriasis rosada de Gibert, eritema anular centrífugo, psoriasis, granuloma anular, sífilis temprana, entre otras.⁴

La tiña de la mano es una dermatofitosis causada principalmente por *T. rubrum* en 80% y por *T. mentagrophytes* en 15% de los casos, con predominio en varones adultos. Afecta los pliegues interdigitales y la palma, generalmente es unilateral, pero puede ser bilateral. Se ha descrito con el nombre de síndrome de una mano y dos pies, para referirse a la tiña de la mano con afección de los pies. Se consideran dos formas clínicas: la crónica o hiperqueratósica, que es la más frecuente, se manifiesta por hiperqueratosis difusa y descamación fina o por placas eritematoescamosas; la forma dishidróica, o inflamatoria, es de curso subagudo; en este caso el agente causal más frecuente es *T. mentagrophytes* y se caracteriza por la presencia de vesículas. El diagnóstico diferencial se realiza con dermatitis por contacto, psoriasis, queratodermias e intertrigos de otra etiología.¹

La tiña de los pies es la dermatofitosis más frecuente. Afecta pliegues interdigitales, planta y bordes de los pies, a menudo causa lesiones a distancia «ides». Los agentes causales son: *T. rubrum* 85%, *T. mentagrophytes* 10% y *E. floccosum* 5%. Es más frecuente en varones entre la tercera y cuarta décadas de la vida, con una proporción 6:4. El contagio es casi siempre de forma indirecta a partir de lugares contaminados: baños, albercas, toallas, calcetines y zapatos. Existen tres variedades clínicas: intertriginosa, vesiculosa e hiperqueratósica. En la intertriginosa se encuentra eritema, fisuras y maceración. En la vesiculosa hay vesículas que se rompen dejando erosiones. En la hiperqueratósica se encuentran áreas de tilosis con prurito. El diagnóstico diferencial se establece con intertrigos candidósico o microbiano, queratodermias, dermatitis por contacto, dishidrosis y psoriasis.^{1,2}

La fluorescencia con luz de Wood es negativa en la parasitación endotrix y positiva en la ectoendotrix. El diagnóstico se confirma por el estudio micológico. El examen directo de pelos, escamas o raspado de uñas se lleva a cabo con hidróxido de potasio. En las escamas, se observan filamentos tabicados y en casos corticoestropeados las hifas son más abundantes. En el cultivo *T. tonsurans* da lugar a colonias aterciopeladas que se pliegan con el tiempo; el color del anverso puede ser beige o grisáceo y el reverso ocre. El aspecto microscópico del cultivo se caracteriza por un micelio irregular tabicado con microconidios alargados que se disponen a uno y otro lado de la hifa, algunos piriformes

y otros redondos; son comunes las clamidiosporas e infrecuentes los macroconidios de paredes delgadas. Se reconocen dos variedades de *Trichophyton tonsurans*, la *tonsurans* y la *sulfureum*.³

En la mayoría de las dermatofitosis el tratamiento tópico es suficiente, el sistémico es necesario cuando se involucran grandes áreas del cuerpo, se trata de una infección crónica, recurrente, o de un paciente inmunosuprimido. Las tiñas del cuerpo y de los pies responden satisfactoriamente a terapias tópicas: toques yodados, tolnaftato, ácido undecilénico, azoles (sulconazol, oxiconazol, miconazol, clotrimazol, econazol y ketoconazol); las alilaminas (naftifina y terbinafina); derivados de las bencilaminas (butenafina); e hidroxipiridonas (ciclopirox olamina).^{1,5}

En la forma hiperqueratósica de la tiña de la mano se recomienda la aplicación de queratolíticos (ácido salicílico o urea). El tratamiento de elección es por vía sistémica por 4 semanas.¹

El uso de ketoconazol por vía oral ha sido limitado por su asociación con hepatotoxicidad. La griseofulvina tiene pobre unión a la queratina, por lo que desaparece rápidamente del estrato córneo y los pacientes tienen mayor riesgo de recurrencia. La dosis recomendada de terbinafina es de 250 mg/día por 2 a 4 semanas. Los triazoles, itraconazol y fluconazol son también tratamientos seguros y efectivos para tiña del cuerpo. El itraconazol es efectivo cuando se administra a razón de 200 mg diariamente por 7 días. El fluconazol ha mostrado tasas de curación clínica y micológica con tratamientos de una vez por semana. La administración de esteroides tópicos está contraindicada porque puede modificar el cuadro clínico y dar lugar a una tiña incógnita.⁵

CASO CLÍNICO

Paciente del sexo masculino de 20 años de edad, de ocupación estudiante, originario y residente de Yautepec, Morelos, México.

Presenta una dermatosis diseminada con tendencia a la generalización que afecta cabeza, tórax, abdomen, extremidades superiores e inferiores; de cabeza en mejilla y región retroauricular izquierda (*Figura 1*), de tórax cara posterior, axilas (*Figuras 2 a 4*) y región glútea izquierda (*Figura 5*), de abdomen región infraumbilical (*Figura 6*), en las extremidades superiores en la cara interna de brazo y externa de antebrazo derecho y palmas (*Figura 7*), en las inferiores en pies y de éstos, los pliegues interdigitales y plantas (*Figura 8*).

Se observa dermatosis monomorfa constituida por eritema y escama que confluyen para formar placas que

varían entre 3 y 15 cm, con borde activo vesiculoso con costras hemáticas, de crecimiento excéntrico y menor actividad en el centro, con evolución crónica y pruriginosa.

Al interrogatorio, el paciente refiere acudir por presentar «manchas blancas» en el cuerpo de 1 año de evolución, las cuales le producen mucha «comezón»,

y que relaciona con su trabajo previo como jardinero, pues su padre y un hermano desde hace 3 meses tienen lesiones similares. Dentro de los antecedentes no patológicos muestra higiene deficiente.

En el resto de piel y anexos no se encontraron datos relevantes para el padecimiento actual.



Figura 1.
Eritema y escama en región retroauricular.



Figura 3.
Placa eritemato-escamosa en axila izquierda.



Figura 2.
Borde activo característico en axila derecha.



Figura 4.
Múltiples placas con borde activo vesiculoso en cara posterior del tórax.

Había recibido múltiples tratamientos, entre los que se incluyen loratadina tab, clioquinol tópico, además de crema que contiene dipropionato de betametasona, clotrimazol y gentamicina.

Con los datos mencionados, se integra el diagnóstico clínico presuntivo de tiña del cuerpo diseminada, tiña de la mano y de los pies. Se realiza estudio micológico, examen directo, cultivo y posteriormente se inicia tratamiento.

La muestra se toma del borde activo de varias de las lesiones y en el examen directo con KOH se encuentran hifas septadas, gruesas, tortuosas, algunas con aspecto arrosariado y abundantes conidios redondos (*Figuras 9 y 10*).

El aspecto macroscópico del cultivo muestra colonias aterciopeladas, de color beige, de aspecto cerebriforme y con reverso ocre (*Figura 11*). En el aspecto microscópico de las mismas se observan hifas gruesas e irregu-



Figura 5.
Placas eritematoescamosas con huellas de rascado.



Figura 7. Ligero eritema y escama en palmas.



Figura 6. Crecimiento excéntrico de placa eritematoescamosa en el abdomen.



Figura 8. Abundante escama en dedos y espacios interdigitales.

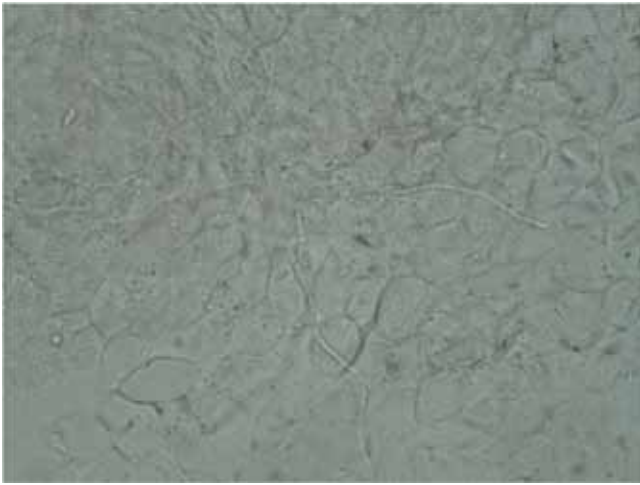


Figura 9. Examen directo: hifas septadas, gruesas y tortuosas.



Figura 11. Aspecto macroscópico: colonias aterciopeladas, de color beige, de aspecto cerebriiforme y con reverso ocre.

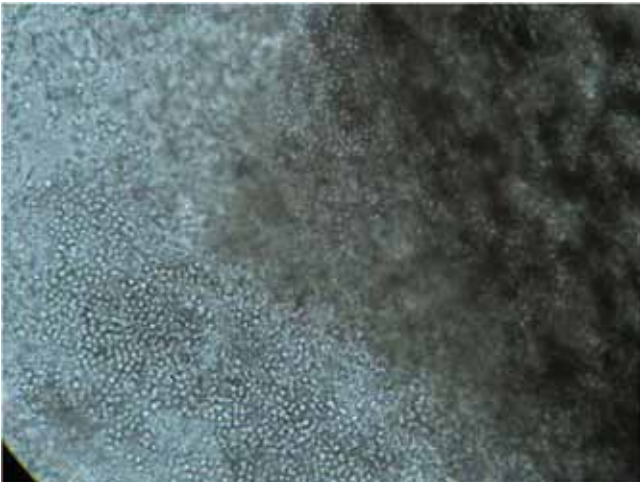


Figura 10. Abundantes conidios redondos en el examen directo.

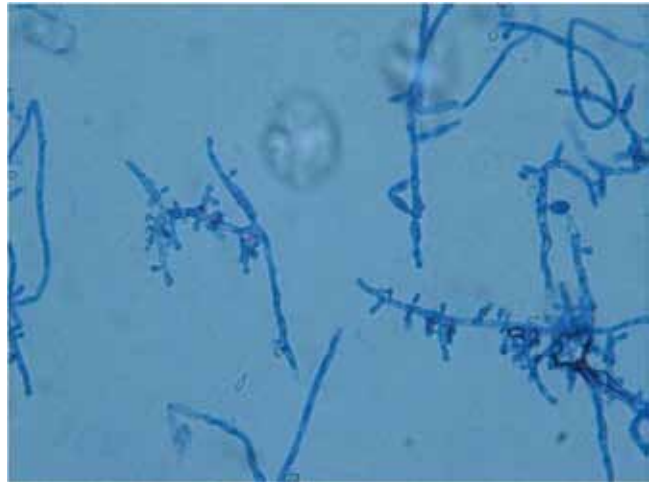


Figura 12. Aspecto microscópico: hifas gruesas e irregulares, con microconidios alargados que se distribuyen a uno y otro lado de la hifa, algunos piriformes.

lares, con microconidios alargados que se distribuyen a uno y otro lado de la hifa, algunos piriformes, imagen característica de *T. tonsurans* (Figura 12).

Con lo anterior, se integra el diagnóstico definitivo de tiña del cuerpo tricofítica diseminada, tiña de la mano y de los pies por *T. tonsurans*. Se establece el tratamiento con itraconazol 200 mg al día durante 1 mes, isoconazol 1% spray una vez al día y shampoo con ketoconazol al 2%. A las 4 semanas de iniciar el tratamiento presenta curación.

COMENTARIOS

El interés de este caso es porque se trata de una presentación atípica de tiña del cuerpo a la que también se le denomina tiña de la piel lampiña y en este caso se afectaron zonas pilosas como las axilas y la región retroauricular a nivel de implante del pelo.

Es probable que las lesiones que al decir del paciente presentaban sus familiares correspondieran a tiña del cuerpo, ya que existe la posibilidad de contagio

porque *T. tonsurans* es un dermatófito antropofílico, pero desafortunadamente no se pudieron estudiar. El foco primario de la tiña del cuerpo en nuestro paciente pudo estar localizado en los pies, posteriormente en manos y cuerpo; la diseminación de la tiña del cuerpo y la afección de áreas pilosas estuvo favorecida por la aplicación de corticoides durante varios meses, así como por prácticas higiénicas deficientes.

Aunque *T. tonsurans* no es el agente causal más frecuente en adultos, se ha comunicado que su incidencia va en aumento, sobre todo cuando existe algún grado de inmunosupresión, que no es el caso de nuestro paciente en el que se documentó inmunocompetencia. Debido a esto, tuvo una evolución satisfactoria al mes de tratamiento con itraconazol, el cual se seleccionó por lo diseminado de las lesiones y por la coexistencia de tiña de la mano y de los pies.

BIBLIOGRAFÍA

1. Padilla DMC. Micosis superficiales. *Rev Fac Med UNAM* 2003; 46: 133-137.
2. Arenas R. *Dermatofitosis en Micología Médica Ilustrada*. 3ª edición. México; Mc Graw-Hill, 2008: 61-94.
3. Gupta A, Chaudhry M, Elewski B. *Tinea corporis, tinea cruris, tinea nigra*, and piedra. *Dermatol Clin* 2003; 21: 395-400.
4. Saul A. *Las Micosis en Lecciones de Dermatología*. 15ª edición. México; Méndez Editores, 2008: 266-282.
5. Gupta A, Cooper E, Ryder J et al. Optimal management of fungal infections of the skin, hair, and nails. *Am J Clin Dermatol* 2004; 5: 225-237.

Correspondencia:

Dra. Carmen Padilla Desgareñnes
Dr. Vértiz Núm. 464 Esq. Eje 3 Sur,
Col. Buenos Aires, Deleg. Cuauhtémoc,
México 06780, D. F.
Tel. 5519 6351